

**« Données de santé et parcours des femmes migrantes
enceintes : Illustration dans le Rhône »**

***6^è journée humanitaires sur la santé des femmes
Webinaire - 25 Novembre 2020***

**Dr Dominique Dejour Salamanca (ARS)
Dr Chantal Mannoni (ARS)
Carole Martin Des Champs (ORS)**



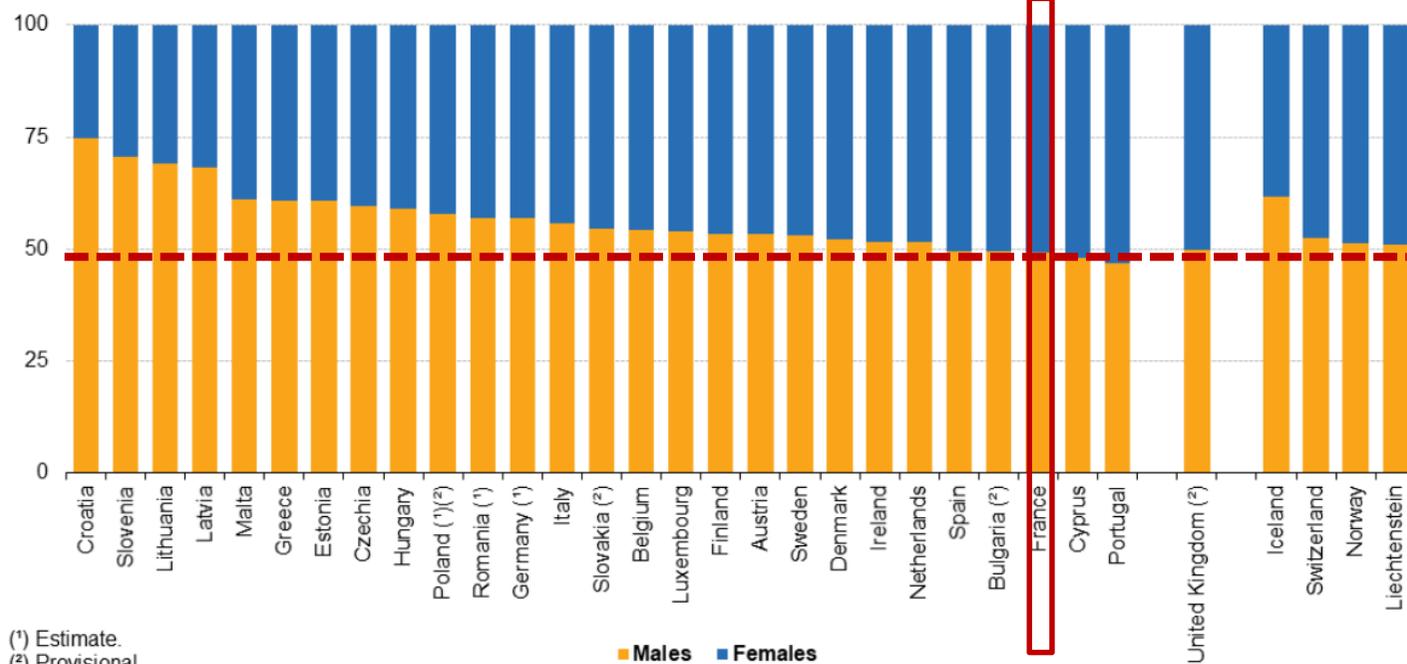
Sommaire

1. ***Quelques données de santé des femmes migrantes en France***
2. ***Illustration le groupe de travail « Femmes enceintes sans domicile individuel dans le Rhône et la Métropole de Lyon » de 2017-2019 :***
 1. Impact sur la santé périnatale
 2. Parcours de soin : principales difficultés
 3. Regards croisés des professionnels et des femmes - Etude qualitative de l'ORS
3. ***Perspectives***

- **1 Santé et morbidité des femmes migrantes en France : quelques données**

Immigrants by sex, 2018

(% of all immigrants)



(*) Estimate.

(*) Provisional.

Source: Eurostat (online data code: migr_imm2ctz)

eurostat

Données démographique en 2018 (source Eurostat):

- Environ 50% des immigrants en France sont des femmes
 - **Age médian** pour les immigrants des 27 Etats Membres = **29.2 ans** (vs 43.7 ans au 01/01/2019, pour la population générale des 27 Etats Membres)
- (https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics)

1 Santé et morbidité des femmes migrantes en France : quelques données (suites)

1 - Santé maternelle et périnatale des femmes immigrées en France

En 2018, 24% naissances vivantes mères nées à l'étranger (22% en 2015) ; les risques obstétricaux variables selon origine géographique des femmes

- Enquête périnatale 2016 France :

- Femmes originaires d'Afrique Sub-Saharienne (ASS) : groupe à haut risque
 - **Accouchement par césarienne** (28,5% vs 18,5% femmes nées en France)
 - **Mortalité maternelle** (*Sauvegrain Priscilla, BEH 19-20 2017*)
 - **chez les femmes d'Afrique Sub-Saharienne avec un RR de 3,4 IC95%[2,2-5,1]**, période 2010-2012
 - **Chez femmes autres pays que Europe et Afrique du Nord : RR =3,1 IC95%[2,0-4,6]**,
 - **Accouchement prématuré** (9,5% versus 6% des natives)
 - **Début de suivi de grossesse tardif** (8,5% versus 2% des natives)
- Femmes nées en Afrique du Nord et Europe : risques similaires aux natives

Mais meilleur taux d'allaitement et moins de consommation de toxiques (tabac, alcool, ...)

- Cohorte PreCARE (10.000 femmes, 4 hôpitaux parisiens, 2010-2011) :

Taux de **suivi prénatal inadéquat** (>14 s d'aménorrhée et moins de 50% des C recommandées /âge gestationnel et si échographie 1^{er} trimestre et/ou 2^e ou 3^e trimestres non faites) :

- 35%, chez femmes nées en Afrique Sub-Saharienne
- 27% pour femmes nées en Afrique du Nord
- 17% femmes nées en France,

1 Santé et morbidité des femmes migrantes en France : quelques données (suite)

- Etude EPIMOMS sur la morbidité maternelle sévère (MMS) : 6 régions, 2012-2013, :

Etude le lien entre statut migratoire et la MMS après prise en compte des facteurs démographiques et médicaux et adéquation suivi prénatal

Risque de morbidité maternelle sévère selon le pays de naissance des femmes. Données de l'étude Epimoms, France, 2007-2012

Catégories de morbidité maternelle sévère	Cas (N)	Témoins (N)	Femmes nées en Afrique du Nord*		Femmes nées en Afrique subsaharienne*	
			OR [IC95%]	ORa [IC95%]	OR [IC95%]	ORa [IC95%]
Toutes catégories confondues	2 540	2 802	1,1 [0,9-1,3]	1,0* [0,8-1,3]	2,2 [1,8-2,7]	1,8* [1,4-2,4]
Complications hypertensives sévères	449	2 802	1,0 [0,7-1,4]	0,9* [0,6-1,4]	2,8 [2,1-3,8]	1,8* [1,1-2,9]
Sepsis sévère	35	2 802	0,6 [0,1-2,4]	0,5* [0,1-2,3]	3,6 [1,5-8,4]	1,8* [0,3-9,6]
Hémorragies obstétricales sévères						
Après césarienne avant travail	382	306	0,9 [0,6-1,4]	0,6* [0,3-1,1]	1,9 [1,2-3,0]	1,5* [0,8-2,8]
Après accouchement par voie basse ou césarienne en cours de travail	1 010	2 496	1,0 [0,8-1,3]	1,1** [0,8-1,5]	1,8 [1,4-2,4]	1,8** [1,2-2,6]

* Référence : Femmes nées en France.

* Ajustement pour l'âge, l'indice de masse corporelle, les antécédents médicaux, la parité et les césariennes antérieures, les complications de la grossesse en cours (diabète gestationnel, pré-éclampsie, autre complication notable), l'anémie au 3^e trimestre et l'adéquation du suivi anténatal.

** Ajustement sur les mêmes variables + les caractéristiques du travail (déclenchement du travail, durée du travail, utilisation d'ocytocine) et de l'accouchement (spontané ou instrumental, voie basse ou césarienne, déchirure périnéale ou épisiotomie, prévention de l'hémorragie par ocytocine et macrosomie fœtale).

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; OR : odds-ratio ; ORa : odds-ratio ajusté.

- 1% des femmes qui accouchent ont des MMS.
- **Sur risque uniquement femmes nées en Afrique Sub-Saharienne**, pour MMS toutes catégories de MMS confondues, complications hypertensives sévères et hémorragie obstétricales après accouchement par voie basse ou césarienne en cours de travail
- **Une des Hypothèses soins sous optimaux** (<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14658>)

- **Etude SIRS- santé inégalité et ruptures sociales** (Chauvin, Parizot, 2006) : nationalité étrangère = facteur associé à l'absence de suivi gynécologique OR : 1,69 IC95%[1,02 - 2,17]

1 Santé et morbidité des femmes migrantes en France : quelques données (suite)

2 – Pathologies infectieuses et parasitaires

- **VIH, hépatites et IST : *absence de logement = déterminant majeur exposition au VIH***
Expositions majorées par relations sexuelles transactionnelles et des agressions/violences subies :
15% femmes infectées par le VIH en France disent avoir subi des violences contre 4% pour les femmes non infectées VIH (adsp n°111 juin 2020)
- **Tuberculose (BEH, n°10-11, 7 avril 2020) : 4000 cas en 2018 dont 66% chez personnes nées à l'étranger (52% d'Afrique subsaharienne et 19% d'Afrique du Nord, 13% d'un pays d'Européen, 12% d'Asie et 4% d'Amérique ou d'Océanie).**
- **Paludisme ...**

3 - Santé mentale, troubles psychiques +++ (Veisse A, BEH 1017 ; adsp 2020)

- Prévalence des troubles psychiques graves (dépressions , stress post traumatiques ...) :
 - Prévalence 2 fois plus élevée que pour maladies cardiovasculaires et 10 fois plus que infection VIH (Comede, rapport activité 2004-2019) ;
 - Corrélation avec aux antécédents de violences (pays d'origine, parcours exil), les troubles sont 3 fois plus fréquents si antécédents tortures ou violences de genre.
- Dépressions post -partum et mauvais état de santé perçue plus fréquentes chez les femmes immigrées

4 – Les mutilations génitales féminines (M. Lesclingang, BEH 15/02/2019) :

- en France en 2000 estimation de 60 000 femmes adultes mutilées,
- Début années 2010 : 125 000 femmes victimes de MGF, augmentation liée en partie à la féminisation de la population migrante

2 - Illustration de la situation des femmes enceintes dans le Rhône et la Métropole de Lyon

Contexte : 2017-2018 : nombreuses alertes AS de maternités pour femmes enceintes à la rue et le risque de « sorties sèches » après accouchement

Femmes enceintes/parturientes et nouveau-nés à la rue = Urgence périnatale

☞ Mise en place par l'ARS d'un groupe de travail pluridisciplinaire (PMI, réseau périnatalité AURORE, PASS, associations, maternités, DDCS, OFII)

Objectif général : *améliorer le repérage, l'accès à la prévention et aux soins et à l'hébergement des femmes enceintes sans domicile individuel afin de diminuer la morbidité maternelle et infantile et de renforcer le lien mère-enfant.*

Objectifs spécifiques :

1. Améliorer les connaissances sur le nombre et l'état de santé des femmes sans domicile individuel qui accouchent dans le département du Rhône et de la Métropole de Lyon et de leurs bébés
2. Améliorer la prise en charge médico-sociale, la prévention et le parcours des femmes enceintes dans le système de soins
3. Sensibiliser les institutions (DRJSCS, Métropole, OFII, CD du Rhône, HCL ...) pour la recherche de solutions d'hébergements stables

2 – Illustration de la situation des femmes enceintes dans le Rhône et la Métropole de Lyon

- Sources informations :

- **Données hospitalières PMSI, MCO (2017-2019)** = Séjours pour accouchement dans le Département 69 recherche de codes exprimant un problème d'hébergement = 3 codes (*Source ARS ARA*)
- **Remontées des équipes de terrain** : PASS; associations, maternités, ...
- **Réalisation étude qualitative ORS** : regard croisé des femmes et des professionnel(le)s sur prise en charge

- Principaux résultats : de combien de femmes parle-t-on ?

Tableau : Répartition des femmes SDF ayant accouché selon un des **3 codes Z** sur 2013-2018-2019

Code PMSI	Libellé CIM 10	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Z59,0	Difficultés liées au fait d'être sans abri	41	60	29	39	137	159	187
Z59,10	Logement insalubre ou impropre à l'habitation			7	10	12	12	17
Z59,13	Logement en habitat temporaire ou de fortune			57	53	59	53	71
		41	60	93	102	208	224	275

- 715 accouchements dans une maternité du Rhône et Métropole Lyon sur la période 2017-2019 dont **68% sont sans abri**
- Toutes ces femmes ne sont pas des migrantes (mais les femmes migrantes représentent une partie non négligeable des femmes sans domicile)

2 – Illustration de la situation des femmes enceintes dans le Rhône et la Métropole de Lyon (suite)

Principales caractéristiques des femmes dans domicile individuel ayant accouché dans une des maternités du Rhône sur la période 2017-2019 comparées aux autres femmes
(Source : ARS PMSI 2017-2019 - Codes : Z59.0 - 59,13 - 59,10)

MAMANS	Période 2017-2019		
	% Femmes sans Domicile individuel (n=715)	% Autres femmes (n = 84 716)	p
Agée de moins de 25 ans	36%	9,5%	p<0,0001
Hospitalisation pendant la grossesse			
OUI	17%	12%	p=0,0002
Césarienne en urgence			
OUI	18,7%	10	p<0,0001
Hémorragies du post partum			
OUI	8%	5%	p=0,0023
Prééclampsie			
OUI	5%	2%	p<0,0001
Durée Moyenne Séjour maman			
8 jours et plus	21%	6%	p<.0001
NOUVEAU-NES			
Bébés de moins de 2500 gr			
OUI	17,34%	8,2%	p<.0001
Prématurité (< 37 semaines)			
OUI	11,3%	7,3%	p<.0001

3. – Illustration de la situation des femmes enceintes dans le Rhône et la Métropole de Lyon : Points de blocage dans parcours de santé (remontées partenaires)

- **Suivi prénatal** : Accès tardif dans le système de soins au 2^e trimestre voire 3^e trimestre
- **Problème d'Inscription dans maternités de Métropole ++**
- **Inscription maternités uniquement sur Internet (HCL) +++**
- **Accès à l'interprétariat très inconstant** en dépit de ligne budgétaire hospitalière
- **Manque de coordination, de communication et de partages d'informations entre les professionnels** ville-hôpital, social et sanitaire,
- **Besoins de médiateur/trice +++**, passerelles vers le système de soins français

3. Résultats SG2 : « regards croisés » - étude qualitative Observatoire Régional Santé -Constats

3.1 Points de vue des femmes

- **Différents « profils »**
 - **Afrique Sub-Saharienne** : DA, déboutées du DA, réseaux de compatriotes/prostitution, parcours traumatique (violences +++), souvent hébergées contre tâches ménagères ou sexuelles,
 - **Albanie, Roms** : grossesses précoces, souvent en couple, lien communauté fort
 - **Maghreb** : arrivée récente, rupture avec famille (séparation ou divorce, conjoint maltraitant), isolement ++, réprobation sociale (divorce, IVG)
 - **Françaises** : grandes précaires, (toxicomanes, psychiatriques ou précarité économique et sociale),
- **Ambivalence/grossesse**
- **Stress +++ (grande vulnérabilité)** : souffrance psychique liée à absence logement, de ressources et de droit au séjour (déplacements « risqués »)
- **Souffrances physiques +++** : intempéries, manque sommeil, difficultés d'alimentation, exposition aux violences (physiques, psychologiques et sexuelles)

3. Résultats SG2 : « *regards croisés* » Observatoire Régional Santé Principaux constats (suite)

- **Obstacles entravant suivi de grossesse :**
 - Accès aux droits + **irrégularité séjour (déplacements limités)**
 - Peu d'accès à l'interprétariat
 - Pas de préparation à l'accouchement ni à l'allaitement alors que elles sont souvent très isolées (petits groupes spécifiques à mettre en place)
 - illettrisme, non maîtrise du français, importance des médiatrices +++
- **Accouchement** : confiantes dans les équipes soignantes et sociales, satisfaites de leur PEC (accueil bienveillant), mais parfois pratiques médicales « perturbantes » (intimité, péridurale subie/choisie, crainte effets négatifs pour le bébé ...)
- **Suivi post-césarienne** difficile, pas souvent de visite post-natale à 6 sem., pas de rééducation périnéale

3. Résultats SG2 : « *regards croisés* » Observatoire Régional Santé Principaux constats (suite)

3.2 Points de vue des professionnels

- Souffrance des travailleurs sociaux : parcours du combattant pour inscription en maternité et pas de solution d'hébergement, confrontation aux sorties « sèches »,
- Equipes soignantes : angoisse d'accoucher une femme sans un dossier médical sur la grossesse et les Facteurs de Risques obstétricaux, besoin d'interprètes, prise en charge plus complexe, consommatrice de temps ...
- Des **stratégies** particulières mises en place dans certaines maternités (carnet de maternité en roumain ...)
- Quelques postures/représentations négatives des migrantes : absence de légitimité de femmes qui « profitent » du système français, qui arrivent pour accoucher ... renforcées par les contraintes budgétaires et notion performance qui pèsent sur les équipes (injonction paradoxale des autorités sanitaires)

Projets - perspectives pour « Zéro femmes enceintes à la rue ».

- Quelques avancées :

- **Création d'une PASS périnatalité** (financement ARS)
 - Portage HCL, Calendrier 1^{er} trimestre 2021
 - Amélioration de la prise en charge
- **Diminution des alertes pour sorties sèches** de maternité : mise à l'abri à l'hôtel par la Métropole à la sortie de maternité avec 5 nuitées sans condition renouvelables jusqu'au 28^e j de l'enfant sous réserve du rapport social à renouveler tous les 5 jours.
- **Diminution des difficultés d'inscription en maternité**
- **Ouverture de 20 places depuis septembre pour femmes en demande d'asile et victimes de violence à Lyon avec accompagnement social renforcé (Ministère de l'intérieur)**

- Mais aussi des inquiétudes :

- **Accès aux droits pour les DA** : Délai de carences de 3 mois depuis janvier 2021
- Persistance de femmes enceintes à la rue (SAMU SOCIAL) même si augmentation des mises à l'abri avec l'épidémie de covid

👉 **Poursuivre le plaidoyer** pour la création de places d'hébergement inconditionnel pour femmes enceintes et jeunes accouchées avec leurs bébés

Remerciements

- Bruno Ferroud-Plattet (ARS-ARS, DSPar) pour l'analyse des données
- *Et à l'ensemble des participants aux groupes de travail de la DD69 : PMI Métropole, Réseau périnatalité AURORE, Associations (Médecins du Monde, Amicale du Nid ...), Réseau Social rue Hôpital (RSRH), Coordination régionale des PASS, maternités du Rhône, Service social des HCL, DDCS, OFII.*

Mortalité maternelle selon le pays de naissance des femmes. Données de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, France, 2007-2012

	2007-2009			2010-2012		
	Ratio de mortalité maternelle (/10 ⁵ NV)	Risque relatif	IC95%	Ratio de mortalité maternelle (/10 ⁵ NV)	Risque relatif	IC95%
France	8,6	1		7,9	1	
Autres pays d'Europe	12,3	1,4	0,6-2,9	5,8	0,7	0,2-1,9
Afrique du Nord	16,9	2,0	1,3-2,9	6,3	0,8	0,4-1,5
Afrique subsaharienne	26,9	3,1	2,0-4,8	26,9	3,4	2,2-5,1
Autres pays	11,5	1,3	0,7-2,3	24,5	3,1	2,0-4,6

Source : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), Inserm UMR1153 EPOPé (Rapport sur les données 2010-2012 de l'Enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle – à paraître).

NV : naissances vivantes ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.