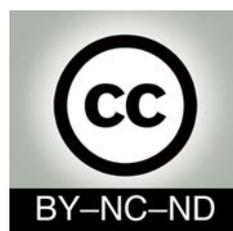




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard LYON I
Faculté de Médecine Rockefeller
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BOURG EN BRESSE

Sans papiers, mais pas sans risques...

Grossesse et accouchement chez des femmes en situation irrégulière

Mémoire présenté et soutenu par

Maud LAGNIET

Née le 28 juillet 1985

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Année 2010

Sans papiers, mais pas sans risques...

***Grossesse et accouchement
chez des femmes en situation irrégulière***

REMERCIEMENTS

Je remercie toute l'équipe pédagogique, en particulier ma guidante de mémoire Myriam Michel pour son aide.

Médecins Du Monde Lyon pour leurs informations qui m'ont été précieuses.

Un grand merci également à mes parents pour leur soutien et leur patience, ainsi qu'à ma famille (en particulier Anne Lambert pour son aide à la mise en page).

Enfin à mes amies de promo pour leur enthousiasme.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	p1
<u>PARTIE I</u>	p2
I. Définitions : une grande variété de situations.....	p2
II. Historique de l’immigration en France	p3
III. Statistiques de l’immigration en France	p4
IV. Droits administratifs des personnes étrangères et des sans papiers	p12
4.1 Les droits administratifs	p12
4.1.1 Le droit au séjour	p12
4.1.2 Le droit d’asile.....	p13
4.1.3 L’acquisition de la nationalité française.....	p14
4.2 Les droits sociaux.....	p15
4.2.1 L’Aide Médicale d’Etat.....	p15
4.2.2 Les soins urgents.....	p 16
4.2.3 Droits non accessibles aux personnes en situation irrégulière.....	p 17
4.3 Les risques encourus.....	p 19
V. Répercussions de l’irrégularité sur la santé des individus.....	p 20
5.1 Conditions de vie des personnes sans papiers.....	p 20
5.2 Précarité et santé.....	p 21
5.2.1 Etat de santé des personnes.....	p 21
5.2.2 Accès aux soins.....	p 23
5.2.3 Causes de renoncement aux soins.....	p 25

5.3 Conséquences de la précarité sur la grossesse.....	p 26
5.3.1 Suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière.....	p 26
5.3.2 Accouchement des femmes en situation irrégulière.....	p 27

PARTIE II p 28

I. Problématique, objectifs, hypothèses p 28

 1.1 La problématique..... p 28

 1.2 Les objectifs et les hypothèses..... p 28

II. Description de l'étude..... p 30

 2.1 Matériel..... p 30

 2.2 Paramètres étudiés..... p 30

III. Résultats..... p 31

PARTIE III p 48

I. Les limites de l'étude et les difficultés rencontrées..... p 48

II. Validation ou invalidation des hypothèses de départ..... p 49

III. L'analyse des résultats et discussion.....p 50

3.1 Comparatif des complications obstétricales pendant la grossesse et lors de l'accouchement dans les deux populations.....	p 51
3.1.1 Pathologies gravidiques chez les femmes sans papiers de notre étude et dans la population de référence.....	p 51
3.1.2 Complications obstétricales lors de l'accouchement des femmes sans papiers de notre étude et de la population de référence	p 54
3.1.3 Eléments d'explication.....	p 55
3.2 Comparaison des suivis de grossesse dans les deux populations ...	p 58
3.2.1 Age gestationnel à la première consultation.....	p 58
3.2.2 Nombre de consultations prénatales.....	p 58
3.2.3 Nombre d'échographies.....	p 59
3.2.4 Examens sanguins.....	p 60
3.2.5 Hospitalisation pendant la grossesse.....	p 61
3.2.6 Eléments d'explication.....	p 61
3.3 Suivi post-partum.....	p 64

CONCLUSION..... p 66

LISTE DES ABREVIATIONS

AME=Aide Médicale d'Etat

ANAEM= Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations

CASF= Code de l'Action Sociale et des Familles

CESEDA= Code d'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile

CIMADE= Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués

CMU=Couverture Maladie Universelle

COMEDE=Comité médical pour les exilés

DDASS= Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

INED= Institut National des Etudes Démographiques

INSEE= Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAP= Menace d'Accouchement Prématuro

MISP= Médecins Inspecteur de la Santé Publique

MSF= Mutilations Sexuelles Féminines

MSRA = Migration Santé Rhône-Alpes

OMS=Organisation Mondiale de la Santé

ONM= Office Nationale des Migrants

PASS=Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI= Protection Maternelle et Infantile

RCIU= Retard de Croissance Intra Utérin

SVR= Syndrome Vasculo Rénaux

INTRODUCTION

Le recensement des personnes en situation irrégulière est difficilement quantifiable du fait même de la clandestinité. Cependant, l'actualité est très souvent marquée par des faits concernant ces personnes : conditions de vie précaires, instabilité, état de santé fragile... Les femmes enceintes sans papiers sont encore plus vulnérables et nécessitent une attention particulière pendant leur grossesse. Ces femmes ont accès à une couverture sociale, et à des structures de soins. Malgré tout, leurs grossesses semblent être plus à risque en raison de leur situation. Leur maternité peut être une période de leur vie propice à un contact médical et social qui peut initier un suivi.

Nous avons choisi le thème de ce mémoire pour réfléchir sur des questions qui nous semblent importantes à prendre en compte de nos jours. Compte tenu de l'immigration clandestine croissante, les sages-femmes sont de plus en plus confrontées à la prise en charge de ces femmes.

Nous avons étudié de manière rétrospective des femmes en situation irrégulière venant accoucher dans quatre maternités de la région lyonnaise.

Nous commençons par une partie qui traite de l'immigration en France et des droits sociaux auxquels les personnes sans papiers ont accès. Ensuite, nous organisons notre étude autour des axes suivants :

- Description des caractéristiques socio-économiques et des conditions de vie
- Description du suivi obstétrical, des conditions d'accouchement, et du post-partum.

Enfin nous terminons par une analyse comparative des critères étudiés avec une population de référence, et nous proposons des explications aux constats que nous avons faits.

PARTIE I

I. Définitions: une grande variété de situations

Nous allons définir dans cette partie un certain nombre de termes fondamentaux.

En effet, il existe dans le langage courant une confusion entre les différentes situations que l'on peut rencontrer. Migrants, étrangers, demandeurs d'asile, sans papiers, sont autant de mots désignant autant de situations singulières. Il est important de connaître ces spécificités pour une prise en charge de qualité.

Tout d'abord le terme général d'étranger ; Il regroupe un ensemble de sous populations. Ce sont des personnes résidant en France qui n'ont pas la nationalité Française.

Les immigrés sont des personnes résidant en France nées étrangères dans un pays étranger. Un immigré peut être étranger ou avoir acquis la nationalité Française.

On entend souvent parler, via les médias, de clandestins : ce sont des personnes qui vivent cachées. Ce terme est souvent employé à tort notamment pour qualifier des sans-papiers (connus de l'administration).

Quant aux sans-papiers, ce sont des étrangers résidant en France en séjour irrégulier, et qui réclament un titre de séjour. Cette situation peut intervenir de multiples façons : soit après être entrés de façon clandestine sur le territoire national, soit pour être demeurés sur le territoire après expiration de la durée de validité du titre de séjour.

Un séjour irrégulier se définit par l'absence de titre de séjour en cours de validité. (1)

Cette population de sans-papiers, et plus particulièrement les femmes enceintes (ou ayant accouché), sont donc dans des conditions de vie précaires.

On définit un état précaire comme : un « état qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause » (2)

On peut donc aisément imaginer que les femmes enceintes (population plus vulnérable), ne soient pas dans des conditions de vie de qualité pour vivre et faire suivre leur grossesse de façon optimale.

Pour des raisons d'ordre humanitaire, une autorisation provisoire de séjour peut être délivrée à l'étranger qui n'a pas le souhait de demeurer sur le territoire français, mais ne peut le quitter (par exemple, certaines personnes sont régularisées pour raison médicale).

Le séjour précaire, lui est défini par l'absence de titre de séjour, ou l'obtention d'un document de séjour sans autorisation de travail et/ou sans garantie de renouvellement (convocation en préfecture, autorisation provisoire de séjour, récépissé de séjour temporaire). (1)

Après avoir clarifié ces notions, nous allons exposer un bref historique de l'immigration en France.

II. Historique de l'immigration en France

L'histoire de l'immigration en France est ancienne. Nous nous intéressons surtout à la migration moderne datant du début du 20ème siècle, influencée par l'économie, la géopolitique.

Avant la première guerre mondiale, ce sont surtout des immigrés Belges et Italiens qui viennent apporter à la France de la main d'œuvre. Du fait de sa forte dénatalité, la France n'est pas en mesure d'industrialiser le pays.

A la suite de la première guerre mondiale, la France a besoin de se reconstruire. Elle conclut des conventions d'immigration avec les colonies Françaises, l'Italie, l'Espagne, la Pologne, ou la Yougoslavie.

Il s'agit alors d'une immigration massive, sans politique d'immigration proprement dite.

Après la seconde guerre mondiale, une politique d'immigration se construit à partir d'une approche économique.

Des objectifs de reconstruction du pays et de production sont élaborés. Pour gérer ces flux, la France va créer l'Office National des Migrants (ONM, qui deviendra l'Agence Nationale de l'Accueil des Etrangers et des Migrations, ANAEM), et rédiger une réglementation de l'entrée et du séjour des étrangers.

Ces nouveaux travailleurs sont Italiens, Espagnols, et sont rejoints dans les années 60 par des immigrés originaires du Maghreb et de l'Afrique noire.

La crise économique qu'a connue la France dans les années 70, a amené le pays à suspendre les entrées d'étrangers.

Cependant, seul les étrangers qui souhaitent entrer sur le territoire national via les regroupements familiaux sont exclus de cette restriction. Les flux migratoires sont dès lors essentiellement des femmes, et leurs enfants, venus rejoindre leurs familles arrivées antérieurement. (3)

C'est ainsi qu'apparaissent des questions plus sociales et médicales.

Le corollaire de ces mesures fait que la part des entrées d'étrangers en situation irrégulière s'est accrue. C'est dans cette population de femmes immigrées que les femmes en situation irrégulière, et plus particulièrement les femmes enceintes nous interpellent.

III. Statistiques de l'immigration en France

Nous allons aborder dans ce paragraphe des notions statistiques concernant la population immigrée, la population étrangère et la population d'individus en situation irrégulière en France.

Le recensement des personnes sans papiers est par définition difficile. De part leur caractère « illégal », nombre de ces individus ne sont pas connus de l'administration. C'est pour cette raison que les chiffres avancés dans ce paragraphe et qui concernent cette population ne sont qu'approximatifs.

D'autre part aucun recensement plus récent que 2006 n'est documenté. Néanmoins, la situation en 2006 peut être comparée à celle d'aujourd'hui.

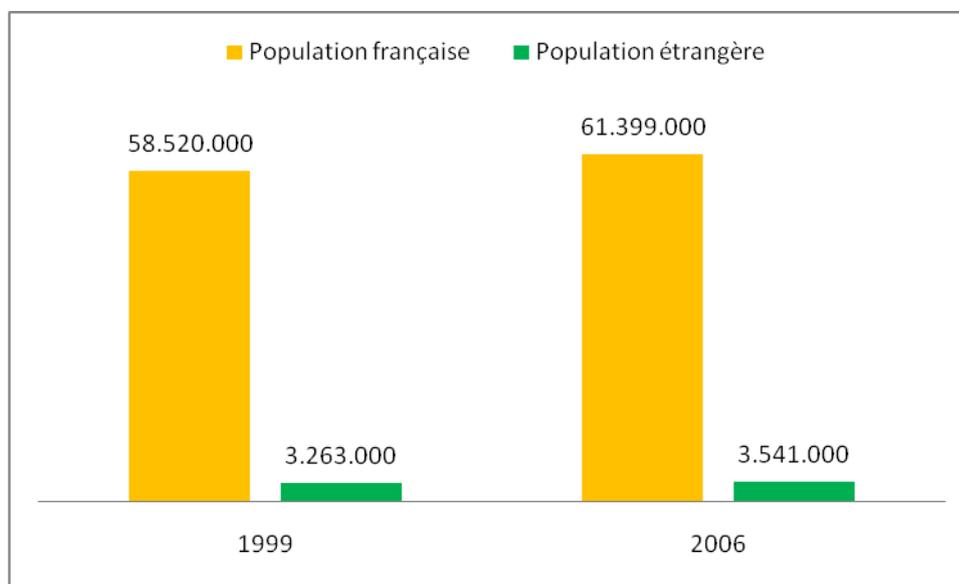
D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), près de cinq millions d'immigrés résident en France en 2006 (40% d'entre eux ont acquis la nationalité Française). Un tiers sont originaires d'Europe de l'ouest, un tiers d'Afrique du nord, un tiers des autres régions du monde. Par rapport au recensement précédent, la proportion d'immigrés d'Afrique, d'Europe de l'est, et d'Asie a augmenté, alors qu'elle a diminué pour l'Italie et l'Espagne. (4)

Les hommes et les femmes sont de nos jours aussi nombreux les uns que les autres. Cela peut s'expliquer par le regroupement familial.

Toujours selon l'INSEE, en 2006, la France compte 3,5 millions d'étrangers. Parmi eux, 73% ont une carte de résident, 14% une carte de séjour et 5% un document provisoire de séjour.

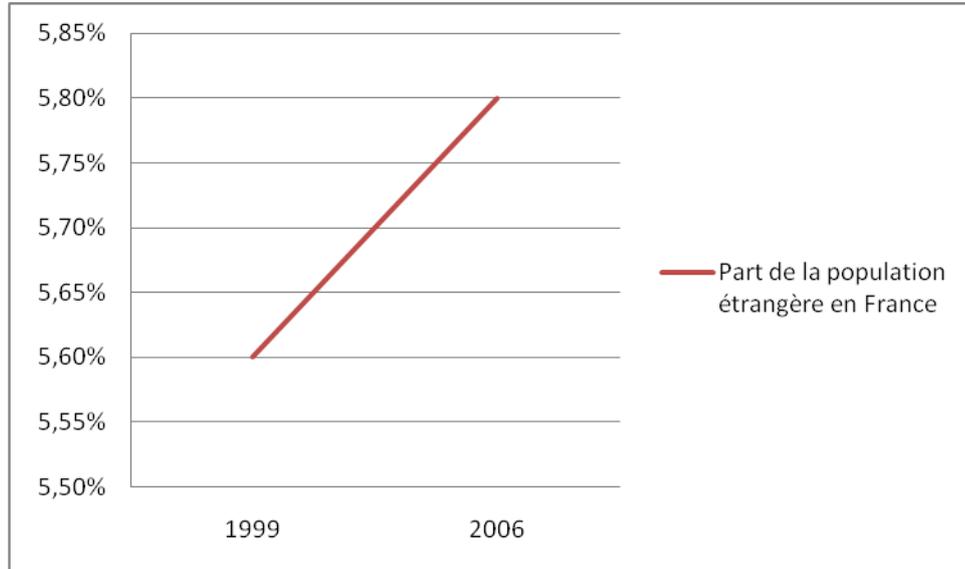
Le pourcentage des étrangers parmi la population française augmente légèrement en 2006 par rapport à 1999, pour atteindre 5,8 % de l'ensemble de la population (5)

Population française et étrangère en France en 1999 et 2006



Source : Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire

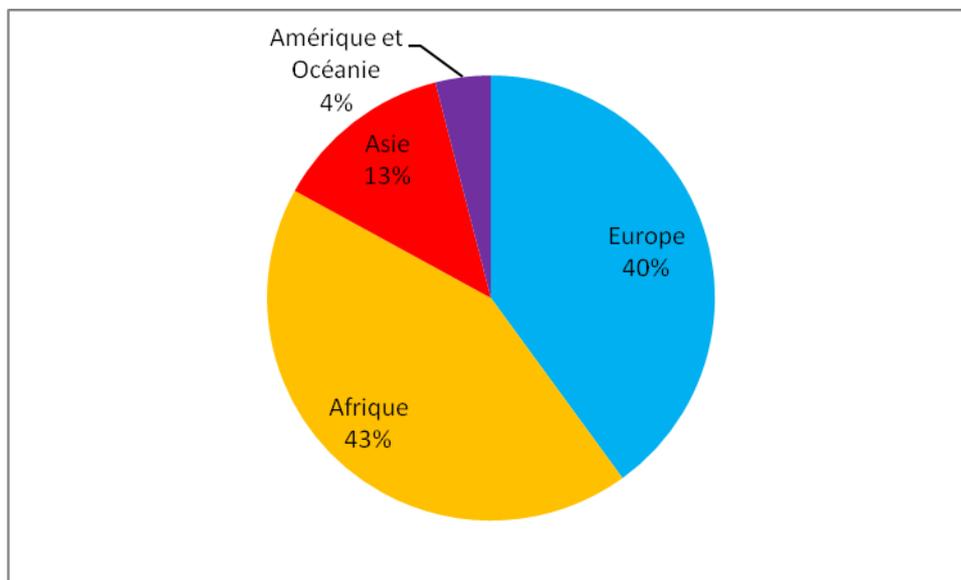
Evolution de la population étrangère en France entre 1999 et 2006



Source : Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire

En ce qui concerne les origines géographiques des étrangers, on constate que 40% sont originaires d'Europe (Union Européenne, plus les autres nationalités d'Europe), 43% sont originaires d'Afrique, 13% d'Asie, et 4% d'Amérique et d'Océanie. (5)

Les étrangers selon leur nationalité en 2006 – France métropolitaine

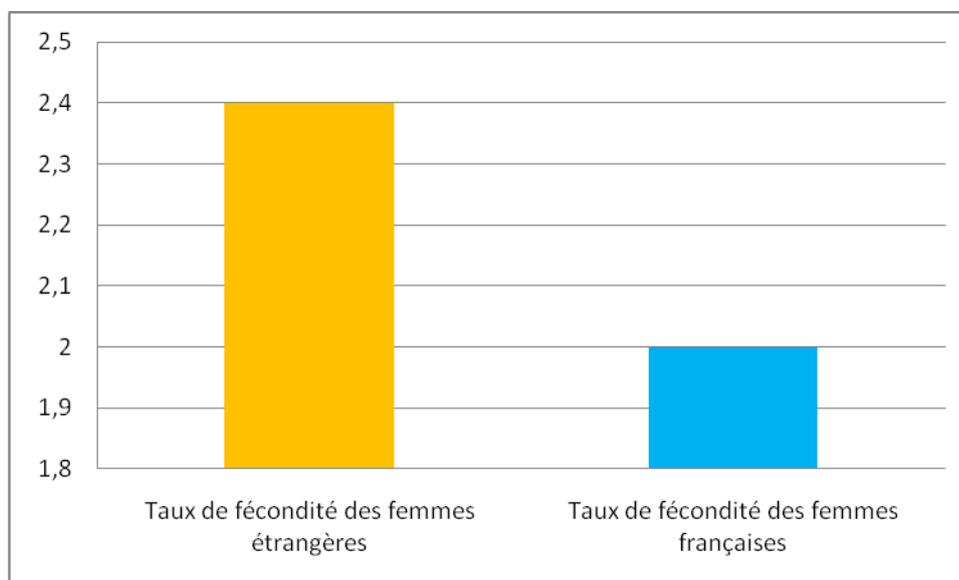


Source : Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire

Les étrangers sont un peu plus jeunes que les Français : ils ont 38,9 ans en moyenne contre 39,8 ans pour les Français. Cette différence d'âge est particulièrement marquée pour les femmes : 38 ans pour les étrangères, 41,4 ans en moyenne pour les autochtones. (5)

Le taux de fécondité des femmes étrangères en France est légèrement plus élevé que celle des femmes françaises. (6)

Les taux de fécondités en France des femmes étrangères et françaises



Source : INSEE

Néanmoins, plus l'immigration est ancienne, plus le comportement des étrangères tend à être proche de celui des françaises. Et comme les Françaises, les étrangères deviennent mère plus tard.

Le tableau ci-dessous montre que la contribution de naissances vivantes issue d'au moins un parent étranger comparée à l'ensemble des naissances vivantes a augmenté ces dernières années. Cette contribution a atteint 13,1% en 2006. (7)

Les naissances vivantes d'au moins un parent étranger en France en 2002 et 2006

	Deux parents étrangers	Un parent étranger	Ensemble des naissances	Contribution de la natalité étrangère
2002	55793	79147	793606	12%
2006	58514	100767	830288	13,1%

Source : INSEE, Etat-civil

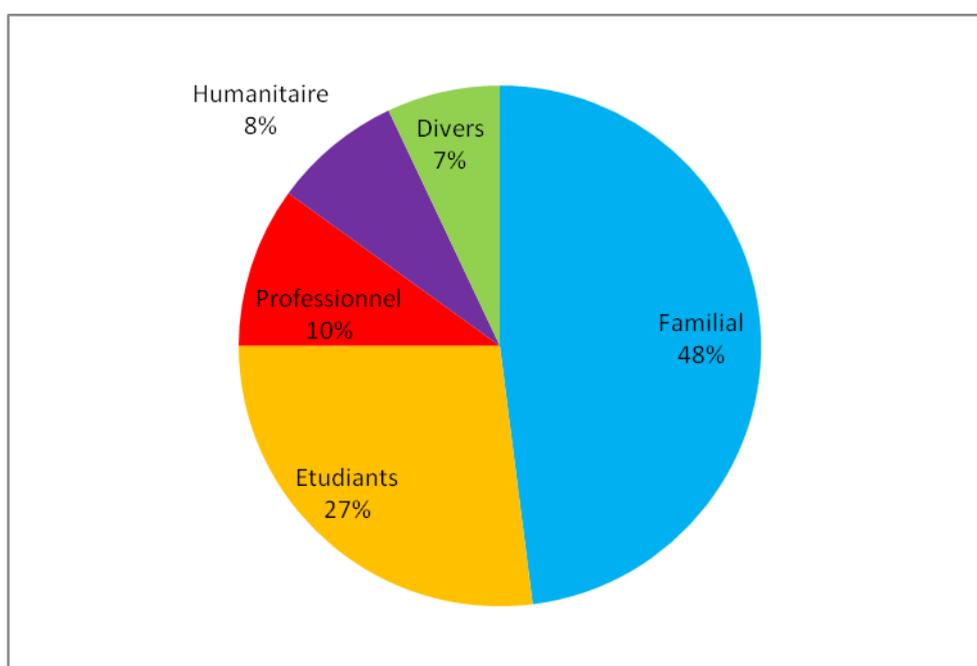
Selon l'étude « Comment prendre en compte l'âge à l'arrivée et la durée de séjour en France dans la mesure de la fécondité des immigrants? » trois facteurs peuvent expliquer la forte contribution des étrangères à la natalité Française. En premier lieu, l'âge des étrangères est plus favorable à la natalité car les femmes concernées sont plus jeunes. Ensuite la fécondité dans leur pays d'origine est généralement plus élevée. Enfin leur fécondité se concentre sur la période de leur vie qui suit l'arrivée en France, soit parce que ce sont des femmes sans enfant qui migrent, soit parce qu'elles attendent l'arrivée en France pour avoir des enfants. (8)

Le ministère de l'intérieur dénombre 500 000 étrangers en séjour précaire. Parmi eux, il a été dénombré environ 300 000 étrangers en séjour irrégulier sur le sol Français, soit 8% de sans papiers parmi l'ensemble des étrangers. (9)

Depuis 2003, on assiste à une diminution du nombre de délivrance des premiers titres de séjour passant de 201 564 en 2003 à 180 736 en 2007 (les premiers titres de séjour sont les titres délivrés aux étrangers à la suite d'une première demande de séjour). (7)

En, ce qui concerne leurs motifs, on voit que c'est le motif familial qui regroupe le plus d'admission au séjour.

Admission au séjour selon le motif, en 2007



Source : Ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du développement solidaire (MIIIDS)
Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation (DSED)

En ce qui concerne le motif de régularisation pour soins, l'association Médecins du Monde, à Lyon, a pu fournir des chiffres qui illustrent la situation des personnes sans papiers sur la région Lyonnaise.

Rappelons que la région Rhône-Alpes est l'une des trois régions rassemblant 60% des immigrés (avec l'Ile de France et Paca).

Le droit au séjour pour raison médicale est défini dans le Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA). Il prévoit que la carte « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit à « l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire ».

Ce titre de séjour est attribué par décision du préfet sur avis du Médecin Inspecteur de la Santé Publique (MISP) de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Cet avis est émis en fonction du rapport médical détaillé transmis par le praticien hospitalier ou par le médecin agréé que le patient aura consulté. Ce droit répond à certains critères d'attribution comme :

- Interruption Médicale de Grossesse, Interruption Volontaire de Grossesse
- Femme enceinte et son nouveau-né (10)

Ainsi, les femmes en situation irrégulière soit enceintes soit ayant accouché, peuvent être prises en charge par le droit aux soins urgents.

A Lyon, Médecins du Monde dispose d'une activité de certificats médicaux dans le cadre de la procédure de régularisation pour soins. Il y a eu en 2008, 278 entretiens pour certificats, dont la moitié a effectivement abouti à la rédaction d'un certificat médical.

Les demandes de cartes de séjour temporaire « vie privée et familiale » ne concernaient que 0,7% des étrangers vivant en France en 2006. (11)

Nous constatons que les 5 pays principaux d'origine sollicitant une régularisation pour soins en 2008 sont l'Algérie, la Bosnie, l'Arménie, le Congo RDC, et le Kosovo. (11)

IV. Droits administratifs des personnes étrangères et des sans papiers:

Nous allons maintenant aborder une partie juridique qui traite des droits des personnes étrangères et des sans papiers.

Dans un premier temps nous nous intéresserons aux droits administratifs, puis aux droits sociaux, et enfin nous évoquerons les risques encourus par les personnes en situation irrégulière.

4.1 Les droits administratifs

Les étrangers et les sans papiers en France relèvent de deux types de législation : le droit général de l'immigration (dont le droit au séjour), et le droit de protection au titre de l'asile.

4.1.1 Le droit au séjour :

Jusqu'en 2006, une distinction est faite entre le titre de résident (validité de dix ans) et la carte de séjour temporaire (validité d'un an). Aujourd'hui on distingue quatre catégories de cartes de séjour qui ouvrent droit au séjour sur le territoire français :

- Carte de séjour temporaire : valable pour une durée maximale d'un an renouvelable. Il existe plusieurs types de cartes temporaires dont la carte mention « vie privée et familiale ».
- Carte de séjour « compétences et talents » : valable pour trois ans renouvelable
- Carte de résident : valable pour une durée de dix ans renouvelable
- Carte de séjour « retraité » valable pour dix ans renouvelable.

Les conditions d'attribution des différents titres de séjour se trouvent dans les articles du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA)

4.1.2 Le droit d'asile :

Le droit d'asile, sur un plan juridique, est la protection qu'accorde un Etat à un individu sur son territoire pour lui permettre d'échapper aux risques auxquels il serait exposé dans son propre pays pour sa vie, sa sécurité ou sa liberté. (12)

Les deux types de statuts accordés par la France au titre de l'asile sont:

- Le statut de réfugié qui offre la plus grande protection. Elle se traduit par une carte de séjour de dix ans renouvelable.
- La protection subsidiaire, pour ceux qui n'ont pas été reconnus réfugiés, se traduit par une carte de séjour de un an, renouvelable sous conditions. Elle est accordée à toute personne qui ne remplit pas les conditions d'octroi du statut de réfugié et est exposée dans son pays à l'une des menaces suivantes: la peine de mort, la torture, des traitements inhumains ou dégradants.

Les individus en séjour irrégulier qui craignent pour leur sécurité dans leur pays d'origine peuvent donc faire appel à la demande d'asile. En pratique, ces personnes, de par leur statut de sans papiers, ne font que peu de demandes de peur d'être arrêtées par les forces de police et reconduites à la frontière.

De même les femmes ayant subi des actes violents portant atteinte à leur intégrité physique ou morale (viol, mutilations sexuelles, exploitation sexuelle), pourraient en théorie demander l'asile.

En 2006, en France, il y a eu 59 221 demandes d'asile enregistrées et 13 770 statuts accordés (23,25%), dont 557 protections subsidiaires (0,95%). (13)

4.1.3 L'acquisition de la nationalité française :

C'est un lien juridique qui relie un individu à un Etat déterminé.

De ce lien découle pour les personnes aussi bien des droits que des obligations.

La nationalité Française peut résulter soit d'une attribution, soit d'une acquisition.

- L'attribution par filiation : « Est Français l'enfant dont l'un des parents au moins est Français au moment de sa naissance. »
- L'attribution par double naissance en France prévoit que : « Est Français l'enfant né en France lorsque l'un de ses parents au moins y est lui-même né ».

La simple naissance en France ne vaut attribution de la nationalité Française que pour l'enfant né de parents inconnus ou apatrides.

- L'acquisition de la nationalité Française : de plein droit, notamment à raison de la naissance et de la résidence en France : « Tout enfant né en France de parents étrangers acquiert la nationalité Française à sa majorité si, à cette date, il a en France sa résidence et s'il y a eu sa résidence habituelle pendant une période continue ou discontinue d'au moins 5 ans, depuis l'âge de 11 ans »
- « L'acquisition de la nationalité Française : par déclaration, notamment à raison du mariage avec un(e) français(e), ou à raison de l'adoption. »

Les effets de l'acquisition de la nationalité Française : la personne l'ayant acquis, jouit des mêmes droits et devoirs que tout Français de naissance.

L'enfant âgé de moins de 18 ans, dont l'un des parents a acquis la nationalité française devient Français de plein droit s'il a la même résidence que ce parent. (14)

4.2 Les droits sociaux :

L'assurance maladie, plus communément appelée «sécurité sociale », permet la prise en charge financière des frais de santé (consultations médicales, remboursement de médicaments, frais d'hospitalisation), et en cas d'arrêt de travail, d'assurer un revenu de remplacement.

Les sans papiers sont exclus de l'assurance maladie (comme assurés ou comme ayant droits). Effectivement, la sécurité sociale exige que l'étranger réside de façon régulière en France. C'est-à-dire avec un titre de séjour valable.

Néanmoins, les personnes en séjour irrégulier peuvent demander de bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

4.2.1 L'Aide Médicale d'Etat :

Elle s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les exclusions. Cette protection santé s'adresse aux personnes sans papiers qui rencontrent souvent des difficultés dans l'accès à la prévention et aux soins. Ces soins pris en charge sont : « Les consultations médicales en médecine de ville, les actes effectués dans un établissement de santé (hôpitaux principalement), et toutes prescriptions y afférent (ordonnances), y compris suite à une consultation externe, les frais pharmaceutiques, les examens de laboratoire, les soins dentaires, une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ».

L'AME prend en charge les frais à 100%, c'est-à-dire sans participation financière du bénéficiaire.

Comment l'acquérir ? Le demandeur doit justifier de quatre éléments :

- Son identité (et celle de ses ayants droits). On peut se demander si cela ne constitue pas un obstacle pour les personnes sans papiers qui craignent d'être arrêtées et reconduites à la frontière.
- Sa présence en France : il y a deux conditions de résidence : Il faut être présent en France depuis plus de trois mois consécutifs (les mineurs sont dispensés de ce délai). La preuve

peut se faire par l'attestation d'un professionnel de santé, ou d'une association. Il faut également y résider dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité.

- Ses ressources (document explicatif récapitulant ses conditions de vie depuis les douze derniers mois).
- La liste de ses obligés alimentaires (parents proches ne vivant pas sous le toit du demandeur).

A la suite des démarches, le bénéficiaire reçoit une « notification » d'ouverture de droit pour un an de date à date. (15)

Ainsi, théoriquement, les femmes enceintes sans papiers pourraient toutes bénéficier de l'AME et bénéficier d'un suivi de grossesse de qualité (consultations médicales mensuelles, examens de laboratoire...).

Or par la suite, nous verrons que ce suivi n'est pas optimal, et qu'un certain nombre de femmes ne bénéficient pas de l'AME. Quelles en sont les raisons ? Un manque d'information nécessaire pour l'ouverture des droits ? La peur d'être « découvertes » et expulsées ?

4.2.2 Les soins urgents :

Le « fond pour les soins urgents et vitaux » a été créé en rapport avec le délai de trois mois pour accéder à l'AME. L'objectif est déontologique : délivrer des soins urgents aux personnes en situation irrégulière dépourvues des droits de l'AME car ne pouvant pas justifier de plus de trois mois de présence sur le territoire français. Par contre ce fond ne constitue pas un système de protection maladie et n'ouvre donc pas de droits à l'AME.

Le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) définit la notion de soins urgents : « Ce sont des soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité ». (16)

Cela concerne également les soins destinés à éviter une propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (par exemple la tuberculose, ou le SIDA), la grossesse : soins à la femme enceinte et au nouveau-né, examens de prévention durant et après la grossesse, la prise en charge des IVG et des Interruptions Médicale de Grossesse (IMG), et les mineurs.

Pour bénéficier du « fond pour les soins urgents et vitaux », les demandeurs doivent pouvoir fournir :

- Un certificat médical indiquant soins urgents sans détail ou certificat de grossesse
- Papiers d'identité
- Justificatif de domiciliation ou d'hébergement.

4.2.3 Droits non accessibles aux personnes en situation irrégulière :

Les individus sans-papiers sont exclus de certains droits administratifs

- La Couverture Maladie Universelle (CMU) : elle comporte deux volets
 - La CMU de base
 - La CMU complémentaire (CMUc)

La CMU de base est un droit immédiat et permanent à l'assurance maladie et maternité obligatoire, et puis une prise en charge de toutes les prestations liées aux soins.

La CMUc est une couverture complémentaire gratuite, et une dispense d'avance de frais.

Les conditions d'admission sont au nombre de trois :

- Etre en **situation régulière** sur le sol français
- Y être présent de façon ininterrompue depuis plus de trois mois
- Avoir une adresse

(Il existe une condition de ressource pour la CMUc)

La CMU est accordée pour une durée de un an. (15)

- Les prestations familiales (dans certains cas)

Les prestations familiales sont destinées à compenser la charge de l'entretien et de l'éducation de l'enfant. Il en existe plusieurs types : allocations familiales, complément familial, Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)...

Pour les étrangers, il existe une condition de **régularité de séjour** de l'allocataire.

Cependant, cette exigence légale de titre de séjour concerne l'allocataire, qui est celui qui ouvre droit aux prestations familiales.

Effectivement, aucune exigence de titre de séjour ne concerne l'attributaire qui est celui qui reçoit les prestations et qui assume la charge de l'enfant (17) (18)

Néanmoins, dans la plupart des situations l'allocataire est aussi l'attributaire. Il est donc très difficile pour des parents tous deux sans papiers de bénéficier des prestations familiales.

- L'aide juridictionnelle

Elle permet la prise en charge des frais liés à un procès (honoraires d'avocats, etc.), et est accordée sous certaines conditions, pour toutes les procédures devant les tribunaux français.

L'aide juridictionnelle est réservée, sous conditions de ressources, aux Français, aux ressortissants communautaires et aux étrangers résidant de **façon régulière** en France.

Cependant, il existe des exceptions à la condition de régularité pour :

- L'étranger mineur, le témoin assisté, l'inculpé, le prévenu, l'accusé, le condamné ou la partie civile.
- Certaines procédures liées à l'entrée, au séjour, ou à l'éloignement
- Les demandeurs d'asile qui ont recours à la Cour nationale du droit d'asile
- Les procédures de refus de séjour lorsque la situation des étrangers « apparaît particulièrement digne d'intérêt ». (18)

Dans les nombreux autres cas, les personnes sans-papiers ne peuvent pas bénéficier de l'aide juridictionnelle. Les obstacles financiers seraient une des raisons pour lesquelles les sans-papiers renoncent à leurs droits.

4.3 Les risques encourus

L'irrégularité expose les personnes sans papiers à différents risques : délation, sanctions pénales. Ces risques peuvent aussi être encourus par des tiers.

Le fait pour un étranger d'entrer et/ou de séjourner irrégulièrement en France est considéré comme un délit. Les sanctions pénales prévues par la loi pour réprimer cette infraction sont extrêmement lourdes.

Le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile prévoit en effet des peines d'un an de prison et de 3 750 euros d'amende.

En outre, une interdiction du territoire français pour une durée de trois ans peut-être prononcée à titre principal ou complémentaire.

L'aide directe ou indirecte au séjour irrégulier est également un délit. Les articles L.662-1 et suivants prévoient des peines allant jusqu'à cinq ans de prison et 30 000 euros d'amende, sauf pour les membres de la famille proche.

Selon les textes, le délit d'aide au séjour irrégulier n'est constitué que s'il existe un élément intentionnel, c'est-à-dire si la personne poursuivie a eu connaissance de la situation irrégulière de l'étranger. (19)

V. Répercussions de l'irrégularité sur la santé des individus

Comme nous l'avons vu, il existe des mesures et diverses aides en faveur des personnes en situation précaire. Cependant, l'irrégularité se répercute malgré tout sur la santé des hommes et des femmes sans-papiers.

5.1 Conditions de vie des sans papiers :

Les conditions de vie de ces personnes sont très précaires. Logements insalubres exposés au risque de saturnisme, surpopulation, instabilité résidentielle sont des réalités qui peuvent être délétères pour eux. En effet, les déménagements multiples suite aux expulsions, génèrent une instabilité psycho-sociale et un risque de rupture dans le suivi médical. Le deuxième rapport de l'observatoire Européen de l'accès aux soins de Médecins Du Monde (octobre 2009), est une enquête ayant regroupé les résultats d'une étude menée dans onze pays Européens, auprès de personnes sans autorisation de séjour. Il montre que 52,4% des personnes enquêtées vivent dans un logement précaire ou un foyer d'hébergement à court ou moyen terme, ou sont sans domicile. Parmi eux, 34% estiment que ces conditions de logement sont dangereuses ou néfastes pour leur santé.

Les personnes en situation irrégulière sont dans l'impossibilité de travailler légalement. Cependant, environ la moitié d'entre elles exerce une activité régulière ou ponctuelle pour subvenir aux besoins familiaux. Ils exercent des emplois particulièrement dans le nettoyage, les services aux particuliers, et le bâtiment. Les sans-papiers ont des conditions de travail difficiles : 37% travaillent plus de dix heures par jour, 22% travaillent de nuit quotidiennement. Il arrive également que certains travailleurs aient été privés de l'argent gagné. (20)

5.2 Précarité et santé :

Pour des personnes en situation d'exclusion, la consultation médicale représente une opportunité rare d'échange autour des questions de santé et de prévention.

5.2.1 Etat de santé des personnes :

En ce qui concerne l'état de santé des personnes en situation irrégulière, nous allons citer les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans les différentes populations en raison de l'épidémiologie du pays d'origine. (1)

- L'anémie : fréquente surtout chez les femmes africaines et en particulier les multipares. Les causes sont multiples : insuffisance d'apports en protéines animales, grossesses rapprochées, ménorragies (règles abondantes).
- Le diabète : dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 210 millions le nombre de diabétiques. Les taux de prévalence sont plus élevés chez les personnes originaires d'Asie du sud (Sri-Lanka, Bangladesh, Pakistan, Inde), d'Algérie et du Congo. La précarité dans laquelle vivent les diabétiques en situation irrégulière aggrave les difficultés d'une prise en charge régulière.
- L'hypertension artérielle et les maladies cardio-vasculaires : plus fréquentes chez les originaires de pays d'Afrique centrale, d'Afrique de l'ouest, et d'Asie du sud. Cette prévalence plus élevée serait liée à des facteurs constitutionnels et environnementaux.
- Maladies infectieuses :
 - HIV/Sida : c'est une pandémie mondiale qui touche particulièrement l'Afrique centrale (presque la moitié sont des femmes), l'Asie l'Amérique latine, et l'Europe de l'est. La transmission se fait surtout par voie sexuelle, mais la transmission materno-fœtale n'est pas rare, d'où l'importance de la prévention auprès des femmes enceintes. Les étrangers en France constituent une part

croissante des cas d'infection à VIH (ceci est en rapport avec la dynamique de l'épidémie dans leur pays d'origine). Les facteurs explicatifs peuvent être : un accès limité à l'information, un moindre recours au dépistage qui entraîne un accès plus tardif aux traitements, un partage des traitements avec des proches.

- Hépatites B et C : les prévalences les plus élevées de ces deux pathologies se retrouvent en Afrique centrale, et Asie essentiellement. La prévention parmi les migrants sans-papiers est un point capital de la prise en charge (promotion du port de préservatifs...). En ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, le dépistage de l'antigène Hbs est obligatoire dans le bilan de grossesse.
- La drépanocytose : les principales régions concernées sont l'Afrique, le sud de l'Inde, les Antilles et les Etats-Unis. Chez la femme atteinte, la grossesse est à haut risque de mortalité maternelle et fœtale. Mais ces grossesses peuvent être menées à terme s'il existe une prise en charge multidisciplinaire adaptée et dans une maternité de niveau III.
- Les troubles psychologiques : la dépression. La migration entraîne une diminution des défenses psychologiques. Les migrants (dont les personnes en situation irrégulière), doivent faire le deuil de leur « terre-mère », où se trouvent leur famille, leurs relations, leur convictions, leur nation. Ce deuil est d'autant plus difficile qu'il doit se dérouler à l'étranger et parmi des étrangers. La dépression qui peut faire suite à un traumatisme vécu dans le pays d'origine (torture), ou suite à la perte du pays d'origine, touche fréquemment les Africains. La prise en charge est essentiellement centrée sur le suivi médico-social.
- Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) : En France, des dizaines de milliers de femmes migrantes ont subi des MSF dans le pays d'origine. Elles viennent principalement d'Afrique subsaharienne (Guinée-Conakry, Egypte, respectivement 99 et 97 % de prévalence). Les MSF entraînent des complications majeures pour la santé des femmes migrantes : complications infectieuses, urinaires, psychiatriques, mais aussi gynécologiques et obstétricales : travail long, déchirures périnéales, infections périnéales, hémorragies du post-partum, césariennes, augmentation de la mortalité périnatale. La prise en charge doit être au maximum pluridisciplinaire : sages-femmes, gynécologues-

obstétriciens, urologues, sexologues, psychologues. (21)

- La malnutrition chez les femmes enceintes : l'impossibilité d'accéder à une alimentation équilibrée peut entraîner des carences nutritionnelles (vitamines, minéraux...). La consultation médico-sociale est un temps d'échange sur les conseils alimentaires. La supplémentation n'est pas à négliger pour la prévention d'accouchement prématuré, d'hypotrophie, et de malformations fœtales (non fermeture du tube neural en cas de carences en vitamines B9).

5.2.2 Accès aux soins :

Nous allons continuer en exposant les différentes possibilités d'accès aux soins qui s'offrent aux personnes en situation irrégulière.

Premièrement, les structures d'accueil hospitalières :

- Dans la région Lyonnaise, les femmes enceintes sans papiers étaient préférentiellement orientées vers l'hôpital de l'Hôtel Dieu. Effectivement, les futures mères y avaient accès à une prise en charge multidisciplinaire : assistantes-sociales, Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), médecins et sages-femmes préoccupés par les questions médicales mais aussi sociales de ces femmes. Depuis avril 2009 le service d'obstétrique de l'Hôtel Dieu a fermé. Cela entraîne des difficultés quant à la réorientation des futures mères vers les autres hôpitaux de la ville. Ces derniers doivent s'adapter à une population particulière qu'ils n'ont pas l'habitude d'accueillir et modifier leur prise en charge de façon plus globale (les problématiques sociales et culturelles sont très présentes).
- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale à destination des personnes en situation de précarité, dont l'objectif principal est de faciliter l'accès aux systèmes de soins. Les PASS font partie de la mission sociale du service public hospitalier (loi de lutte contre les exclusions juillet 1998). Les publics concernés sont essentiellement les sans domicile fixe, les migrants en situation précaire (dont les sans papiers).

Deuxièmement, les structures d'aide extra-hospitalières :

- La Protection Maternelle et Infantile (PMI) : La précarité qui affecte les sans-papiers peut avoir un retentissement important sur les conditions et les soins qui entourent la naissance de l'enfant avant, pendant et après la grossesse. La PMI a un rôle de protection et de promotion de la santé de l'enfant, de la mère et de la famille. Elle assure des consultations de suivi de grossesse, des consultations post-natales et des visites à domicile par des sages-femmes. Egalement un suivi médical des enfants de moins de six ans, du conseil conjugal, de la prévention sur les infections sexuellement transmissibles, des informations sur la sexualité et la contraception, du soutien psychologique.

- Des associations :
 - Médecins Du Monde (MDM) : La mission France assure des consultations pluridisciplinaires : médicales (obstétricales, gynécologiques, médecine générale...), et sociales. L'objectif est de favoriser l'accès aux soins et aux droits des populations en situation de grande précarité. MDM exerce également une mission « squats/bidonvilles » dont le but est d'améliorer l'accès aux soins des personnes vivants en habitats précaires. En outre, l'association participe à la prévention périnatale pour les femmes en grande précarité (femmes en situation irrégulière), et assure un suivi de grossesse pour les femmes qui le désirent.

 - Le COmité MEDical pour les Exilés (COMEDE) : il travaille à la promotion de la santé des exilés. L'accueil, la prise en charge médico-psycho-sociale font du COMEDE un poste d'observation de la santé des exilés en France.

5.2.3 Causes de renoncement aux soins :

Nous allons désormais traiter des causes de renoncement aux soins. Elles sont multiples :

- Problème de domiciliation qui rend difficile l'accès aux droits et à une couverture sociale. Rappelons que pour obtenir l'AME, le demandeur doit justifier d'une présence ininterrompue sur le territoire français depuis plus de trois mois.
- Problème de ressources, d'hébergement, d'alimentation. La priorité est donc donnée à leur instinct de survie personnel et familial.
- Problème d'information et méconnaissance de leurs droits et des circuits d'accès aux soins.
- Barrière linguistique, d'où l'importance d'avoir recours si possible à un interprète.
- Barrière culturelle : l'approche occidentale de la santé peut être perçue en décalage avec les cultures d'origines. (22)

5.3 Conséquences de la précarité sur la grossesse :

Pour terminer, nous allons étudier la façon dont sont suivies les grossesses des femmes sans-papiers, et comment ces dernières accouchent.

5.3.1 Suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière :

Les femmes enceintes sont normalement protégées par l'article 24 de la Convention internationale des droits de l'enfant qui stipule que « les Etats prennent des mesures pour assurer les soins pré et post-natals des mères ».

Chez les femmes migrantes en situation irrégulière, la prise en charge médicale de la grossesse est confrontée à de multiples obstacles. En effet on retrouve au premier plan des difficultés de logement : instabilité résidentielle, insalubrité, exposition au risque de saturnisme. Ensuite, les femmes sans-papiers ne bénéficient pas toutes d'une protection maladie (AME dans leurs cas), ce qui décourage nombre de futures mères à initier un suivi. Le manque d'information, les difficultés de communication font également obstacle à l'accès aux soins. De plus, la peur d'une dénonciation par l'équipe médicale dissuade les femmes à se faire suivre. Enfin, la peur de soins culturellement inadaptés (ne prenant pas en compte les croyances), peut entraver le suivi de grossesse.

Une étude menée par Médecins Du Monde dans onze pays européens en 2008 montre qu'en France, seulement 48% des femmes enceintes en situation irrégulière sont suivies pendant leur grossesse. Cette proportion reste à peu près identique dans tous les pays européens (sauf en Suède où le pourcentage monte à 80%). De plus il a été montré que ce suivi dépend de l'existence ou non d'un suivi médical préexistant : 80% des femmes qui ont déjà consulté (pour un motif autre que la grossesse) sont suivies, contre 44% pour les femmes n'ayant jamais consulté auparavant. (20)

Ceci montre l'importance du premier accès dans le système de soin, où les femmes peuvent être prises en charge et orientées vers un suivi plus régulier de leur grossesse.

5.3.2 Accouchement des femmes en situation irrégulière :

Les complications obstétricales et le mode d'accouchement peuvent être des indicateurs de l'accès aux soins et de la qualité du suivi de grossesse.

Il a été montré qu'une situation irrégulière peut entraîner un suivi médical de grossesse non optimal et favoriser la survenue de complications sévères, notamment des complications hypertensives gravidiques. (23)

Le problème de la datation de grossesse est également à prendre en compte pour l'accouchement des femmes en situation irrégulière. La détermination de l'âge gestationnel se fait lors de l'échographie précoce du premier trimestre (12 SA), et repose essentiellement sur la mesure de la longueur craniale de l'embryon. Un terme de grossesse exact est une condition indispensable pour effectuer certains examens comme l'évaluation du risque de trisomie 21 par la mesure de la clarté nucale et les marqueurs sériques, ou le dépistage du diabète gestationnel. La prise en charge optimum de la MAP, le diagnostic de RCIU, et la surveillance des dépassements de terme nécessitent cette datation précoce, ce qui est le cas dans peu de situations. L'évaluation par les critères pédiatriques permet une approche de l'âge gestationnel de l'enfant à sa naissance.

En plus nous supposons qu'il existe une proportion accrue de malformations fœtales non dépistées pendant la grossesse des femmes sans papiers. Rappelons que l'échographie obstétricale ne détecte que 60% des malformations lors d'un suivi échographique régulier. (24)

PARTIE II

Dans un premier temps, nous allons présenter la problématique, les objectifs et les hypothèses de recherches. Ensuite nous décrirons le matériel et la méthode utilisés pour l'enquête. Enfin nous exposerons les résultats de notre étude.

I. Problématique, objectifs, hypothèses

1. 1 La problématique

Existe t-il un lien entre la qualité du suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière, et la fréquence des complications obstétricales et néonatales pendant la grossesse, lors de l'accouchement, et jusqu'à la sortie de maternité ?

1. 2 Les objectifs et les hypothèses

Nous allons présenter nos différents objectifs ainsi que les hypothèses en rapport.

Objectifs n°1 : réaliser une étude pour dresser un état des lieux des pratiques médicales en région Lyonnaise

- Evaluer dans quelles conditions socio-économiques vivent les femmes en situation irrégulière
- Connaître leurs origines géographiques
- Etudier le suivi de grossesse
- Savoir comment et où elles accouchent
- Savoir s'il existe plus de complications obstétricales et néonatales dans cette population.

Hypothèses n°1:

- La situation administrative de ces femmes ne les incite pas à se faire suivre correctement (climat de peur)
- Les conditions de vie (habitat précaire, alimentation déséquilibrée), ainsi que leurs faibles revenus ne leur permettent pas de vivre leur grossesse de façon optimale
- Les femmes sans papiers ne bénéficient pas d'un suivi de grossesse de qualité : nombre de consultations prénatales en quantité et en qualité insuffisante ; elles n'ont pas tous les examens para-cliniques d'un suivi classique (trois échographies, dépistage du diabète gestationnel, dépistage de la trisomie 21...). Or ces examens influent fortement sur la prise en charge obstétricale et néonatale.
- Il existerait plus de complications obstétricales quand les futures mères ne sont pas suivies dans de bonnes conditions.

Objectif n°2 : mettre en évidence les facteurs de risques de complications médicales dans cette population.

Hypothèses n°2 :

- Des habitats insalubres, des carences alimentaires, ainsi qu'une hygiène parfois insuffisante, sont des facteurs de risques de complications obstétricales et néonatales.
- Les femmes en situation irrégulière se projettent peu dans leur future maternité, avec pour conséquence un suivi médiocre (absentéisme, refus de consultations...).

Objectif n°3 : évaluer les problèmes spécifiques aux suites de naissance

Hypothèses n°3 :

- Il existe peu de problématiques médicales dans les suites de naissance, mais plutôt des problématiques d'ordre social (modalités de sortie de la maternité, suivi post-natal...)
- La durée du séjour est prolongée pour assurer des conditions optimales de sortie

II. Description de l'étude

2.1 Matériel

Pour l'élaboration de ce travail, nous avons analysé 59 dossiers obstétricaux de femmes qui se trouvaient en situation irrégulière au moment de la grossesse et de l'accouchement. Ces dossiers proviennent de quatre hôpitaux Lyonnais : l'Hôtel-Dieu, les centres hospitaliers de Lyon-sud et de la Croix-Rousse et l'Hôpital Femme-Mère-Enfant. Il s'agit d'une étude rétrospective sur des dossiers datant de fin 2007 à 2009.

Les critères d'exclusion sont :

- Les grossesses multiples car à plus haut risque obstétrical. Nous en avons rencontré deux cas
- Les dossiers incomplets et donc non exploitables

Nous avons pu nous procurer ces dossiers par l'intermédiaire de l'association Médecins Du Monde et certains acteurs sociaux comme des assistantes sociales.

2.2 Paramètres étudiés

Tout d'abord, nous avons analysé des paramètres administratifs qui permettent de se représenter la population étudiée. Ensuite nous avons étudié des critères médicaux : les antécédents (médicaux, gynécologiques et obstétricaux), la grossesse en cours, l'accouchement, le nouveau-né et la sortie de la maternité.

Les détails des différents critères se trouvent en annexe 1.

III. Résultats

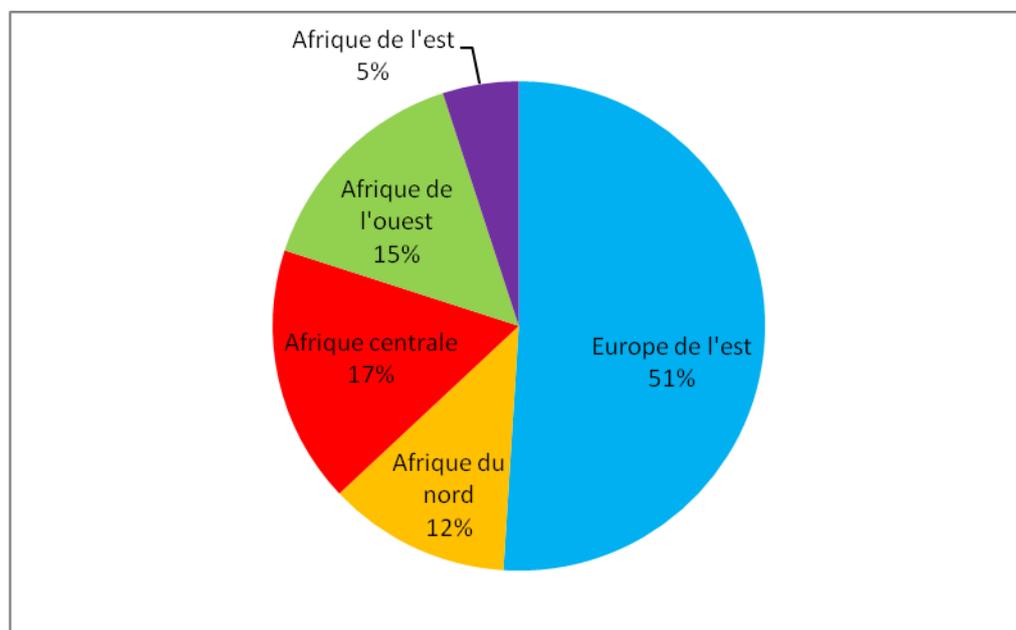
Nous allons maintenant exposer les résultats de chaque critère de notre enquête.

Données administratives

➤ Age et origine des femmes sans papiers de notre étude

- L'âge moyen des femmes sans papiers incluses dans notre étude est de 26, 4 ans.
- 51% des femmes sont originaires d'Europe de l'est (30 sur 59), 17% sont d'Afrique centrale (10 sur 59), 15% viennent d'Afrique de l'ouest (9 sur 59), 12% d'Afrique du nord (7 sur 59), et 5% d'Afrique de l'est (1 sur 59).

Origines géographiques des patientes



Les pays concernés dans notre étude sont réunis par zones géographiques :

- Europe de l'est : Roumanie, Azerbaïdjan, Monténégro, Tchétchénie, Bosnie-Herzégovine
- Afrique centrale : République Démocratique du Congo (RDC), Guinée, Angola, Cameroun
- Afrique de l'ouest : Bénin, Côte-d'Ivoire, Sénégal
- Afrique du nord : Algérie, Tunisie
- Afrique de l'est : Les Comores

➤ **Conditions de vie**

Nous avons défini un logement insalubre comme un logement malsain et nuisible à la santé (2)

Pour le logement :

- 37,3% (soit 22 sur 59) vivent en habitat précaire : logement insalubre, squat
- 11,9% (soit 7 sur 59) sont en foyer d'accueil
- 6,8% (soit 4 sur 59) sont sans domicile fixe

Soit 56% des femmes sans papiers de notre étude qui n'ont pas des conditions de vie optimales pendant une grossesse.

➤ **Droit à l'Aide Médicale d'Etat**

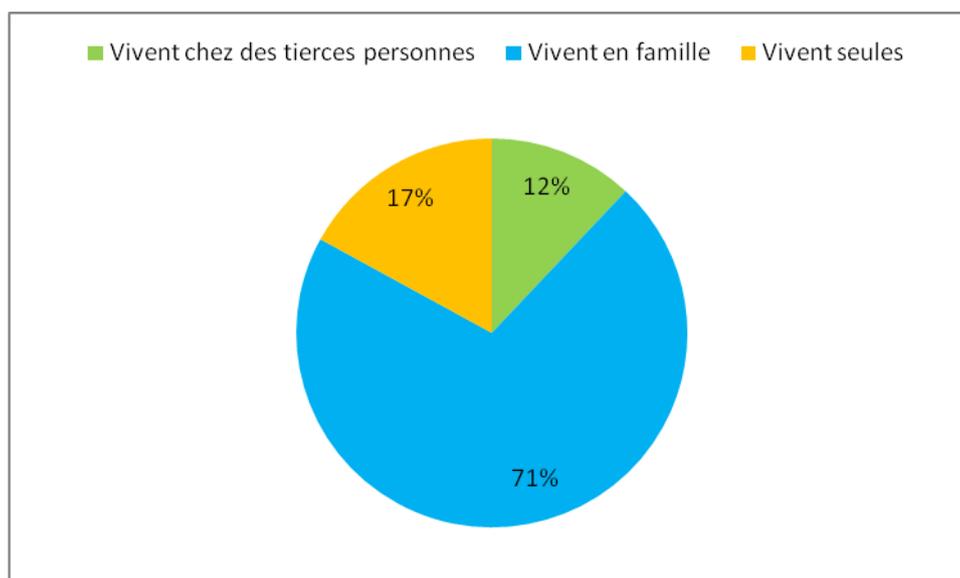
37,3% des femmes en situation irrégulière bénéficient de l'AME dans notre étude (22 sur 59)

62,7% des femmes n'ont alors pas de couverture sociale au moment de l'enquête.

➤ **Contexte familial**

71,2% vivent avec leur famille (42 sur 59), 17% sont seules (10 sur 59), et 11,9% sont logées par des tierces personnes (famille au sens large, amis) (7 sur 59).

Contexte familial de vie des femmes sans papiers



La non compréhension de la langue française par les femmes en situation irrégulière est aussi un obstacle aux soins de santé. Il aurait été intéressant de connaître la proportion de femmes ne parlant pas le Français et de mettre en relation cette barrière linguistique et la qualité du suivi de grossesse. Cela ne nous a pas été permis par manque d'information dans les dossiers étudiés.

Données médicales

➤ **Les antécédents médicaux**

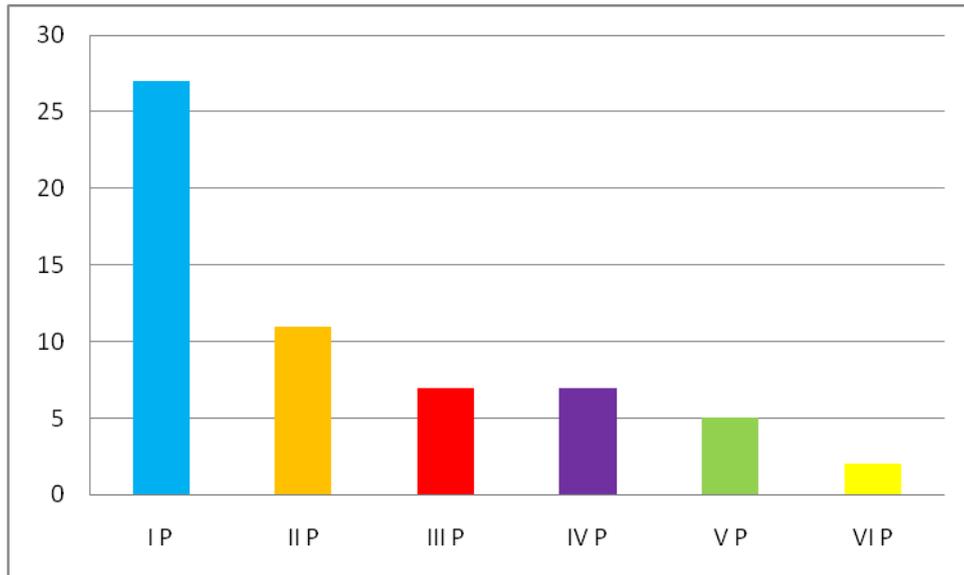
- 6 femmes sur 59 ont une hépatite B guérie
- 2 femmes sur 59 ont une hépatite B active
- 4 femmes sur 59 souffrent de paludisme
- 4 femmes sur 59 ont des pathologies respiratoires type asthme ou bronchite chroniques
- 2 femmes sur 59 souffrent de pathologies neurologiques (épilepsie)
- 2 femmes sur 59 sont drépanocytaires

Une patiente souffre de deux pathologies à la fois (paludisme et drépanocytose)

➤ **Les antécédents obstétricaux**

- La moyenne de la gestité des femmes de l'étude est de 2,7
- La parité des femmes se répartit comme dans le tableau suivant. Nous observons qu'une grande majorité de ces femmes sont des primipares.

Répartition des femmes de l'étude selon leur parité



➤ **Données générales**

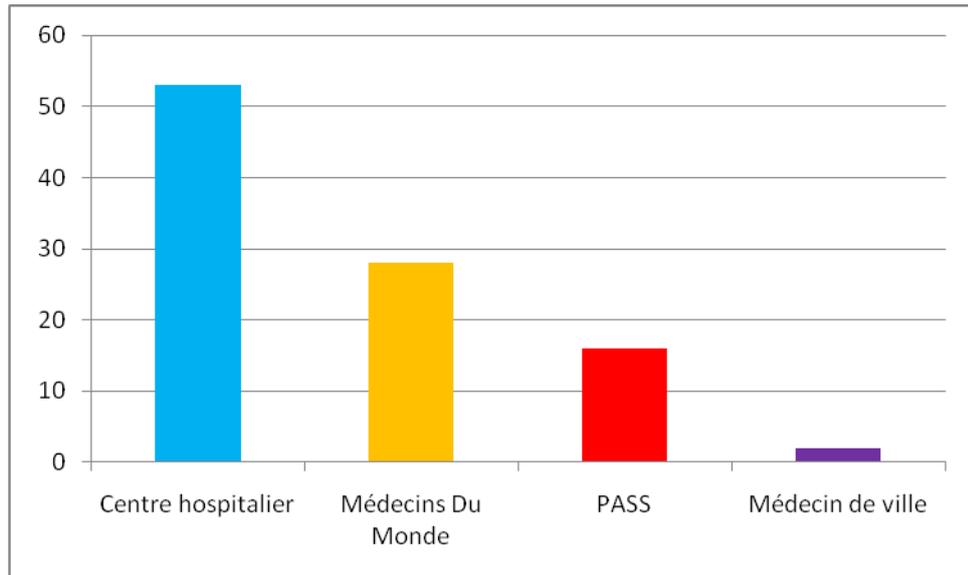
Nous appelons infections à répétitions des infections vaginales ou urinaires présentes deux fois ou plus pendant la grossesse.

25,4% des femmes soit 15 cas sur 59 ont été sujettes à des infections uro-génitales à répétitions.

➤ **Lieux du suivi de grossesse**

Le suivi de grossesse des femmes se fait à 89,9% (53 cas sur 59) dans l'un des quatre centres hospitaliers où nous avons étudié les dossiers. Dans 47,5% des cas, ce suivi se fait par l'intermédiaire de l'association Médecins Du Monde (soit 28 femmes sur 59). 27,1% (16 cas sur 59) des femmes sont suivies par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), et seulement 3,4 % (2 cas sur 59) ont fait appel à un médecin de ville.

Lieux du suivi de grossesse



➤ Consultations prénatales

Le nombre moyen de consultations prénatales de surveillance des femmes est de 3,4.

➤ Age gestationnel à la première consultation

L'âge gestationnel moyen à la première consultation est de 24,7 semaines d'aménorrhées dans l'ensemble des dossiers étudiés.

L'écart type est de 9 semaines ce qui nous montre qu'il existe une grande disparité concernant l'âge gestationnel à la première consultation qui varie de 7 semaines d'aménorrhées à 40 semaines d'aménorrhées.

➤ Absentéisme

Nous avons défini l'absentéisme comme l'oubli ou le refus de deux consultations ou plus. On note que 19 femmes sur 59, soit 32,2% en ont fait preuve.

➤ Consultations en urgence

Le nombre moyen de consultations en urgence est de 1,3. Les principaux motifs de consultations en urgence sont les contractions utérines, puis ensuite les ruptures spontanées des membranes et les métrorragies.

➤ Nombre d'échographies

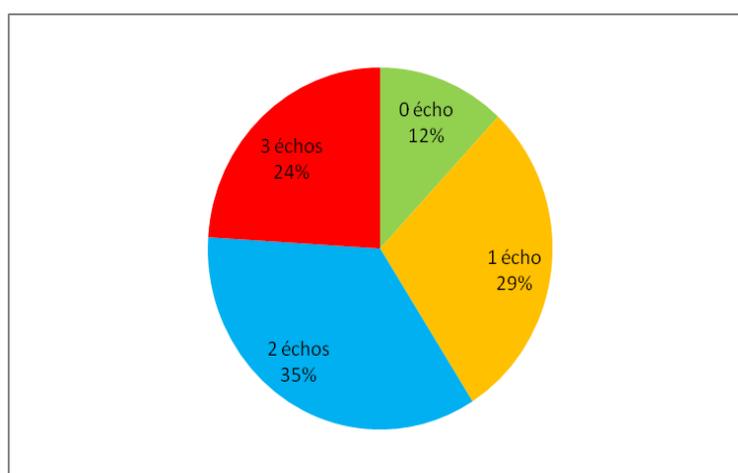
On parle ici des trois échographies recommandées pendant la grossesse (12, 22,32 SA)

Les femmes n'ont pas toutes bénéficié des trois échographies recommandées pendant la grossesse.

- 11,9% soit 7 femmes sur 59 n'ont jamais eu d'échographie
- 28,9% soit 17 femmes sur 59 ont eu une de ces échographies
- 35,6% soit 21 femmes sur 59 ont eu deux de ces échographies
- 23,7% soit 14 femmes sur 59 ont eu trois de ces échographies

La majorité des femmes n'ayant eu qu'une échographie, ont eu l'échographie du troisième trimestre.

Nombre d'échographies recommandées pendant la grossesse
des mères sans papiers de l'étude



➤ **Examens paracliniques**

Concernant les bilans sanguins, on constate que 28 femmes sur 59 (soit 47,5%) ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel (par un test OMS ou une Hyper Glycémie Provoquée Orale). De même, seulement 20 sur 59 ont eu des sérologies mensuelles régulières (il s'agit des sérologies du début de grossesse (toxoplasmose, rubéole, syphilis, HIV, hépatite C) et des sérologies toxoplasmose en cas d'absence d'immunité). Enfin, 2 patientes sur 59 (3,4%) ont bénéficié du dosage des marqueurs sériques de la trisomie 21.

➤ **Consultation d'anesthésie**

23 femmes sur 59 (soit 39%) ont eu leur consultation prénatale d'anesthésie au 8^{ème} mois, 14 (soit 23,7%) au 9^{ème} mois, et 22 sur 59 (37,3%) l'ont eu le jour de leur accouchement.

➤ **Hospitalisations**

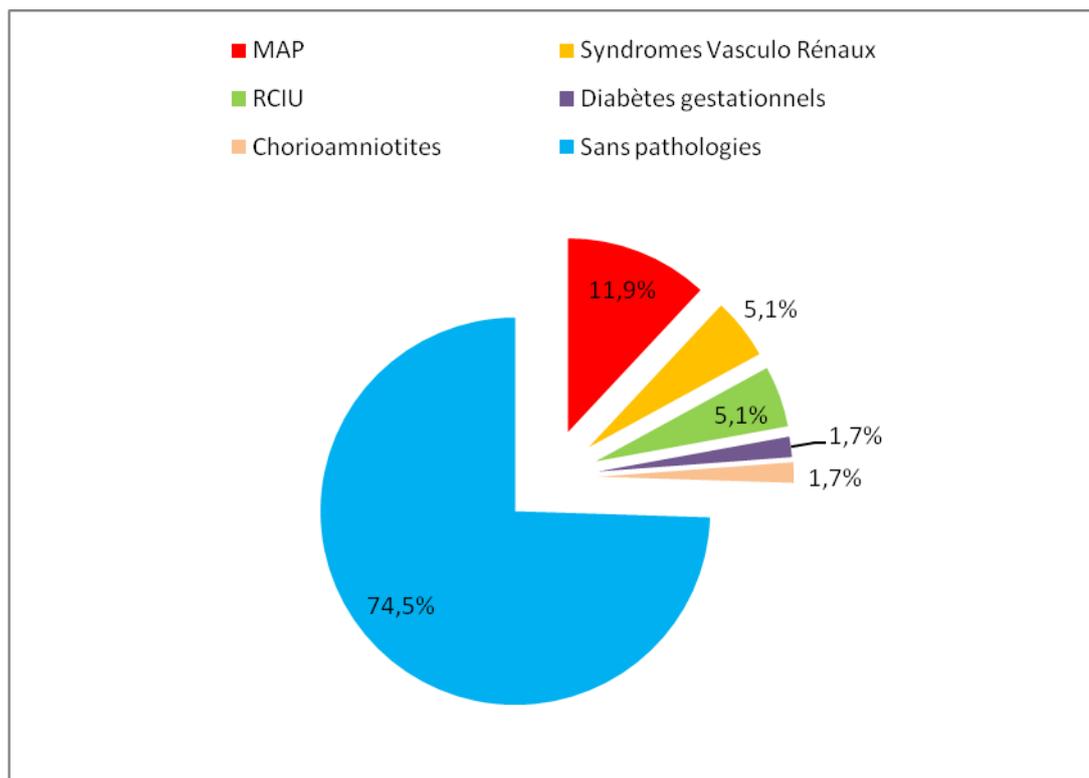
9 patientes sur 59 (15,2%) ont été hospitalisées au cours de leur grossesse. La durée moyenne du séjour est de 7,75 jours. Le motif principal est la Menace d'Accouchement Prématuro (MAP), puis vient l'hospitalisation pour Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU).

➤ Pathologies gravidiques

- 7 femmes sur 59 (11,9%) ont souffert d'une MAP
- 3 femmes sur 59 (5,1%) ont développé un syndrome vasculo-rénal
- 3 patientes sur 59 (5,1%) ont été suivies pour RCIU
- 1 diabète gestationnel a été dépisté.

Soit près de 24 % de pathologies obstétricales courantes pendant la grossesse dans la population de femmes enceintes sans papiers étudié.

Pathologies gravidiques chez les femmes en situation irrégulière étudiées



➤ **Lieux d'accouchement**

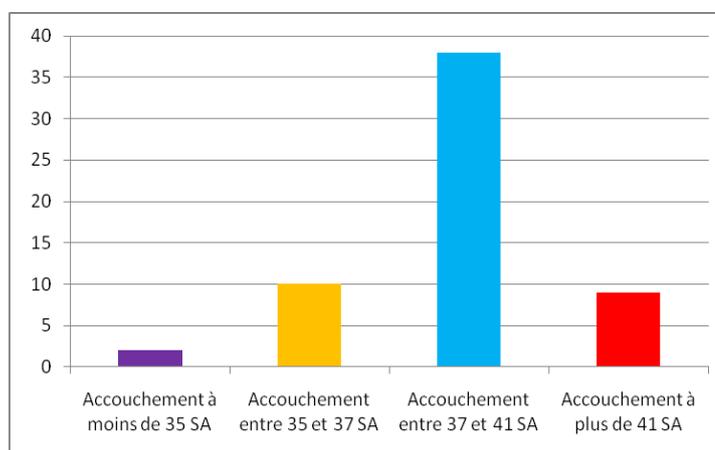
Pratiquement toutes les femmes retenues dans l'enquête ont accouché dans un centre hospitalier : 57 femmes sur 59 soit 96,6%. On a dénombré 2 cas d'accouchement à domicile.

➤ **Terme de l'accouchement**

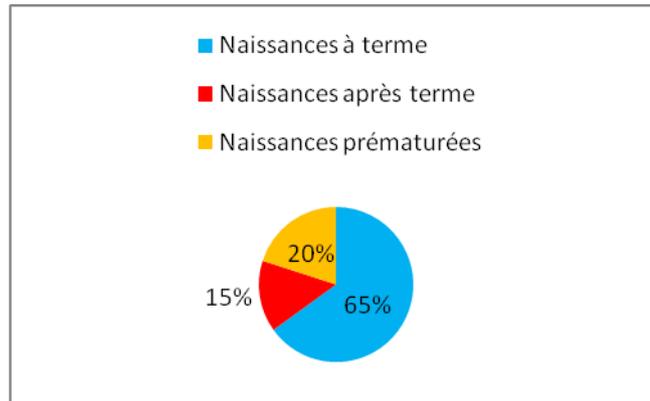
En moyenne, les patientes en situation irrégulière, ont accouché à un terme de 38,5 semaines d'aménorrhées .

L' écart type est de 2,16 .

*Répartition des femmes en fonction
du terme d'accouchement*



Pourcentage de naissances prématurées, de naissance à terme
et de naissance après terme



➤ **Admission**

Plus de la moitié des femmes enceintes (54,2%) ont été admises pour des contractions utérines. 21 patientes sur 59 (35,6%) présentaient une rupture spontanée des membranes. En moyenne, elles sont admises avec une dilatation de 4cm.

➤ **Analgésie péri-durale (APD)**

39 parturientes sur 59 ont bénéficié d' une APD (66,1%).

➤ **Durée de travail, de rupture et d'expulsion**

La durée du travail est en moyenne de 4,8 heures

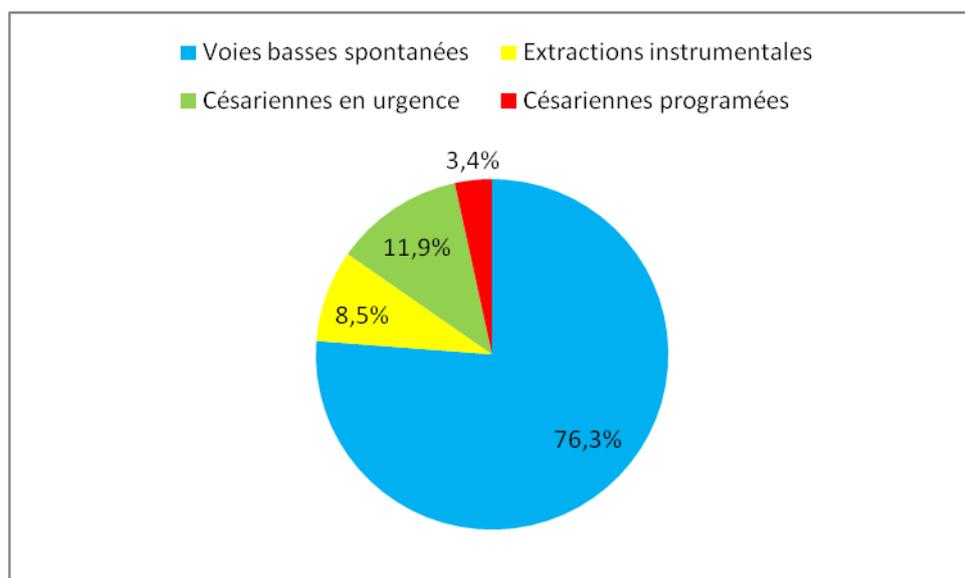
La durée de rupture de la poche des eaux est en moyenne de 8,4 heures

La durée d'expulsion est en moyenne de 14 minutes.

➤ Mode d'accouchement

- 45 femmes sur 59 (76,3%) ont accouché par voie basse spontanée
- 5 sur 59 (8,5%) ont eu une extraction instrumentale
- 7 sur 59 (11,9%) ont eu une césarienne en urgence le plus souvent pour anomalies du rythme cardiaque fœtal
- 2 sur 59 (3,4%) ont eu une césarienne programmée .

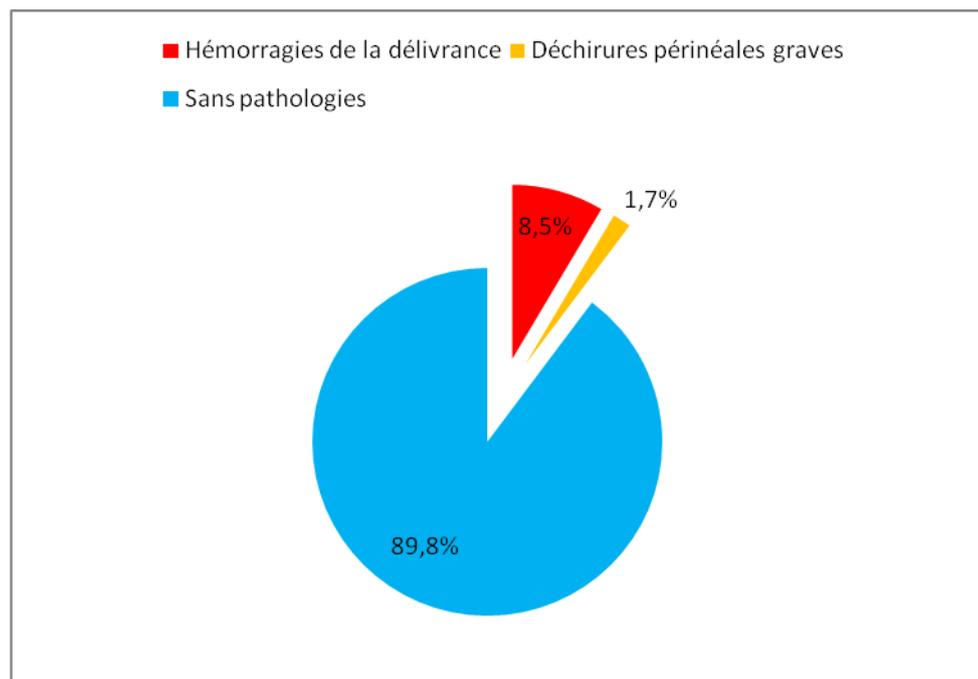
Mode d'accouchement des femmes en situation irrégulière dans l'étude



➤ Pathologies obstétricales lors de l'accouchement

Concernant les hémorragies de la délivrance, nous en avons recensé 5 cas sur 59 patientes (8,5%). Nous avons noté un cas de déchirure périnéale grave (périnée complet compliqué).

Pathologies obstétricales lors de l'accouchement chez les femmes en situation irrégulière de l'étude

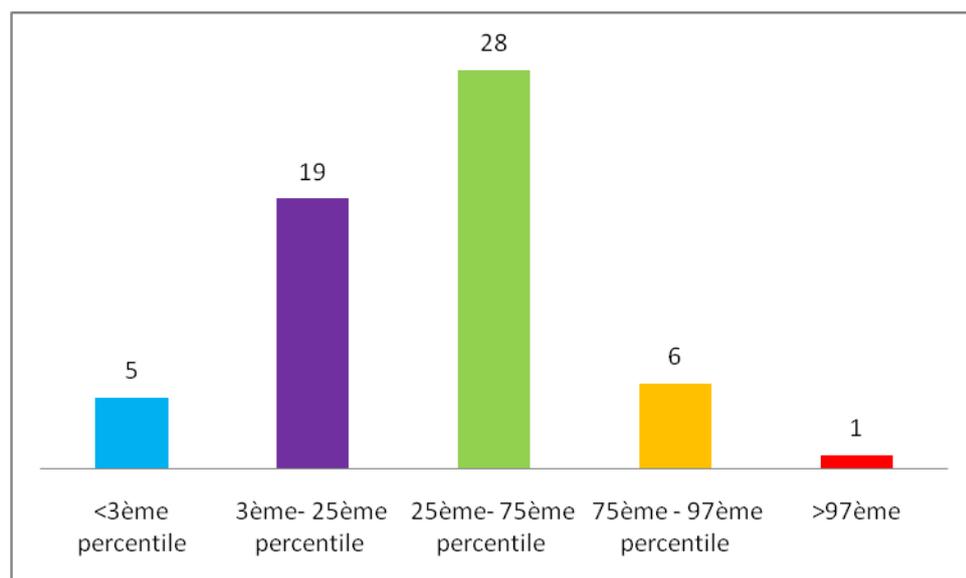


➤ Poids de naissance des nouveau-nés

En moyenne les nouveau-nés des femmes étudiées pèsent 3100 grammes.

On a dénombré 5 nouveau-nés hypotrophiques soit 8,5% (poids de naissance inférieur au 3^{ème} percentile) et un macrosome (poids de naissance supérieur au 97^{ème} percentile).

Répartition des poids de naissance en fonction des percentiles



Les poids de naissance varient de 2010 grammes à 4975 grammes.

➤ Ph

En moyenne les Ph des nouveau-nés sont de 7,26

➤ Réanimation néonatale

4 enfants ont nécessité une réanimation néonatale. Les causes principales furent les détresses respiratoires et la prématurité.

➤ **Mutation en néonatalogie**

12 enfants sur 59 (20,3%) ont été mutés en service de néonatalogie, la majorité pour risque infectieux et prématurité. Cependant, on peut imaginer que le suivi de grossesse médiocre des mères incite les équipes médicales à muter les enfants par précaution pour dépister d'éventuelles pathologies à révélation néonatale.

➤ **Autres observations**

Nous avons observé en plus : 2 enfants hétérozygotes pour la drépanocytose, un enfant porteur de doigts surnuméraires bilatéraux non diagnostiqués en anténatal, un enfant ayant un hypospade, un nouveau-né porteur d'une artère ombilicale unique, une dilatation pyélique significative, et une hospitalisation en néonatalogie pour perte de poids importante à quinze jours de vie.

➤ **Allaitement maternel**

52 femmes sur 59 ont allaité leur nouveau-né (soit 88,1%)

➤ **Durée du séjour**

En moyenne les femmes sans papiers de notre enquête sont restées 4,6 jours à la maternité. Aucune femme n'est sortie précocement de la maternité.

➤ **Recours aux assistantes sociales et à la PMI**

Nous avons observé que la grande majorité des femmes sans papiers qui sortent de la maternité ont recours à l'assistante sociale : 49 sur 59 soit 83%.

De plus environ 30 % sont également orientées vers la PMI

➤ **Contraception**

54 femmes sur 59 (91,5%) sont sorties de la maternité avec une contraception prescrite :

- 29 avec un contraceptif oral (micro progestatif)
- 14 ont eu un implant
- 11 ont opté pour les préservatifs

5 femmes sont sorties sans contraception (8,5%). Nous ne sommes pas en mesure de savoir si pour ces femmes il s'agissait d'un refus ou d'une non prescription de contraception.

➤ **Consultation post-natale**

34 femmes sur 59 ont bénéficié de la consultation post-natale à l'hôpital soit 57,6% des patientes de notre étude ; 25 ne sont pas allées à cette consultation soit 42% d'absentéisme.

Autres observations

Nous avons également relevé un cas d'endométrite du post-partum, et un cas de déhiscence sur infection de cicatrice de césarienne.

PARTIE III

Nous allons maintenant exposer notre dernière partie. Tout d'abord nous expliquerons les limites de notre étude et les difficultés rencontrées. Puis viendra ensuite le temps de l'analyse des résultats obtenus : nous effectuerons une comparaison avec la population générale, et nous proposerons des explications. Ce temps nous permettra également de faire émerger des questionnements et des propositions en rapport avec nos premiers objectifs. Enfin nous évaluerons notre travail en validant ou non nos hypothèses de départ.

I. Les limites de l'étude et les difficultés rencontrées

La principale limite de notre travail est le nombre de dossiers étudiés. En effet nous n'avons retrouvé que 59 dossiers de femmes en situation irrégulière ayant accouché pendant la période de l'étude et sur la région lyonnaise. De plus, nous n'avons pas pu étudier tous les paramètres qui nous semblent important. Par exemple la date d'arrivée en France n'est que très peu renseignée dans les dossiers, tout comme la compréhension de notre langue. Or, ceci influe fortement sur l'intégration des femmes dans notre système de soins : facilité pour comprendre et se faire comprendre, simplicité pour les demandes administratives, donc meilleur accès au système de santé.

Ces deux exemples reflètent les difficultés que l'on a rencontrées pour exploiter de façon complète les dossiers. En effet, nombre de dossiers ne sont pas remplis entièrement, et sont donc inexploitable (sans doute il est difficile pour un soignant de faire un interrogatoire précis avec une femme ne parlant pas le Français). Lors de notre recueil de données nous avons été confrontés à environ 10% de dossiers incomplets.

Une autre difficulté a été de retrouver ces dossiers. Une fois l'identité des femmes sans papiers connue, il nous a fallu savoir dans quel hôpital elles avaient accouché, et à quelle date. Nous avons donc utilisé un logiciel des Hospices Civils de Lyon (HCL) qui nous a renseignés sur le lieu et la date d'accouchement. Puis il a fallu obtenir les autorisations des chefs de service des

hôpitaux concernés pour accéder aux dossiers.

De plus, par rapport au nombre initial d'identités que nous avons obtenu (environ 120), seulement 60% ont pu être ressortis des archives des HCL. Pour les 40% restant, les dossiers sont restés introuvables. Nous avons émis l'hypothèse que ces femmes ont fait suivre leur grossesse à Lyon pour un temps, mais n'y ont pas accouché.

Enfin, la fermeture du service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu nous a posé des difficultés pour savoir où les archives allaient être déménagées, et savoir si elles nous seraient accessibles dans la période de notre enquête.

II. Validation ou invalidation des hypothèses de départ

En effectuant ce travail, nous avons pu répondre aux objectifs fixés en début de travail et confronter nos hypothèses avec la réalité et ainsi les valider ou les invalider.

Les hypothèses concernant les conditions socio-économiques, les origines géographiques, les modalités du suivi de grossesse et les conditions d'accouchement sont validées. Nous avons également montré que les complications obstétricales sont plus importantes dans cette population, et nous avons mis en évidence les facteurs de risques s'y rapportant. Par contre, l'aspect concernant la fréquence des chorioamniotites dans la population de femmes sans papier n'est pas concluante, puisque nous n'en avons retrouvé qu'un cas.

Nous n'avons pas pu évaluer l'objectif spécifique aux suites de naissance par manque de critères étudiés dans les dossiers. Pour atteindre cet objectif, nous aurions pu nous entretenir avec des sages-femmes de maternité qui sont au cœur de ces problèmes quand ils se présentent. Cependant nous avons évalué le suivi post natal en étudiant la proportion de mères sans papiers qui vont à la consultation post partum. L'hypothèse qu'il existe peu de problématiques médicales dans les suites de couches, mais plutôt des problématiques d'ordre social n'est donc pas validée. Par contre, il a été intéressant de vérifier que la durée de séjour est augmentée pour assurer des conditions optimales de sortie.

III. L'analyse des résultats et discussion

Par soucis de pertinence, nous étudierons plus particulièrement les critères principaux en rapport avec la problématique de départ : « Existe t-il un lien entre la qualité du suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière, et la fréquence des complications obstétricales et néonatales pendant la grossesse, lors de l'accouchement, et jusqu'à la sortie de maternité ? »

- En premier lieu, nous partons du constat que la fréquence des complications obstétricales pendant la grossesse et l'accouchement des femmes sans papiers est plus importante que dans la population de femmes référence.
- Puis, nous expliquerons ces résultats en confrontant les critères concernant le suivi de grossesse des femmes sans papiers et de la population de référence.
- Enfin, à partir des informations recueillies lors de notre étude, nous tenterons d'appréhender le suivi postnatal.

3.1 Comparatif des complications obstétricales pendant la grossesse et lors de l'accouchement dans les deux populations

3.1.1 Pathologies gravidiques chez les femmes sans papiers de notre étude et dans la population de référence

Les pathologies gravidiques recherchées dans notre enquête sont : les Menaces d'Accouchement Prématuro (MAP), les Syndromes Vasculo-Rénaux (SVR), les Retards de Croissance Intra-utérin, les diabètes gestationnels et les chorioamniotites.

- MAP : on en constate 30% de plus chez les femmes suivies dans l'étude (11,9% contre 9% chez les autres femmes) (25). Nous retrouvons dans la population de femmes sans papiers des facteurs de risques de MAP : les infections urinaires et cervico-vaginales, le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle, les grossesses rapprochées (26). Un autre facteur de risque est très présent pour ces femmes : le niveau socio-économique bas, qui implique bien souvent une malnutrition quantitative et qualitative, un surcroit de fatigue due aux conditions de vie (logements vétustes sans ascenseurs, pas de possibilité d'aide ménagère...). Dans l'évaluation des risques, explique le Pr Pascal Gaucherand, chef de service de la maternité de l'hôpital de Lyon sud, « le surmenage occupe une place certaine, et il entre dans la catégorie des risques non médicaux, tels que le niveau socio-économique, le nombre d'enfants à charge et d'étages à monter. »

Le test du khi-deux utilisé pour montrer que la différence est significative est en annexe n° 2

- SVR : 5,1% contre 4,1%, soit 20% de plus (25). Les explications se retrouvent dans certains facteurs de risques retrouvés chez les femmes en situation irrégulière : malnutrition entraînant une obésité, un diabète mal équilibré. On retrouve de nouveau l'importance de la nutrition dans la prévention des pathologies gravidiques. Or, pour ces femmes, nous imaginons qu'une nutrition de qualité n'est pas leur préoccupation première. C'est à l'occasion des consultations prénatales que l'on pourrait aborder le sujet de l'alimentation (connaître leurs habitudes alimentaires...) et leur donner des conseils adaptés à leur possibilité d'achat.
- RCIU : nous en retrouvons deux fois plus dans la population de femmes en situation irrégulière, que dans la population de référence (5,1 % contre 2,6%) (25). Le dépistage et le diagnostic des RCIU reposent sur l'examen clinique (évolution de la hauteur utérine) et surtout sur les échographies du deuxième et troisième trimestre. Or, nous savons maintenant que ces femmes n'ont, en moyenne que 3,4 consultations prénatales (au lieu de sept), et que seulement 59% ont trois échographies (41% n'en ont eu que deux au maximum).

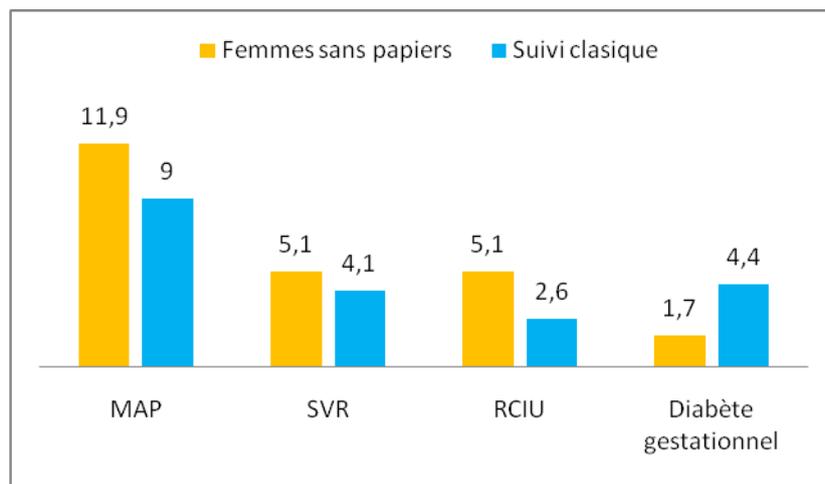
Une explication partielle à cette augmentation de RCIU serait le nombre important de SVR qui en est une des étiologies. De plus, une alimentation quantitativement et qualitativement pauvre, associée à des carences protéiques et vitaminiques sont des facteurs de risques connus de RCIU et que l'on retrouve fréquemment dans les populations de personnes en situation irrégulière. Une prise de poids harmonieuse pendant la grossesse est importante à surveiller (surtout pour ces femmes), et fait partie de l'examen clinique à la recherche de RCIU.

Nous n'avons pas pu déterminer la prise de poids moyenne des femmes dans notre étude à cause de l'absentéisme important aux consultations, et du peu de renseignements dans les dossiers. Par contre, nous avons constaté 5 cas de nouveau-nés hypotrophes sur 59 (soit 8,5% contre 3 à 5% dans la population générale (27),) ce qui corrobore nos hypothèses quant aux facteurs de risque de RCIU (malnutrition des femmes enceintes sans papiers).

Comment améliorer le dépistage des RCIU chez les femmes sans papiers étudiées ? Quelques éléments de réponses seront avancés par la suite.

- Diabète gestationnel : 1,7% chez les mères sans papiers et 4,4% chez les autres mères (25), (soit plus de 50% d'écart). Cette différence étonnante peut-elle s'expliquer par le fait que seulement 47,5% des femmes étudiées (soit une sur deux) ont pratiqué le dépistage, alors que la majorité des femmes enceintes françaises ont été testées ?

Pourcentages des pathologies gravidiques
dans les deux populations



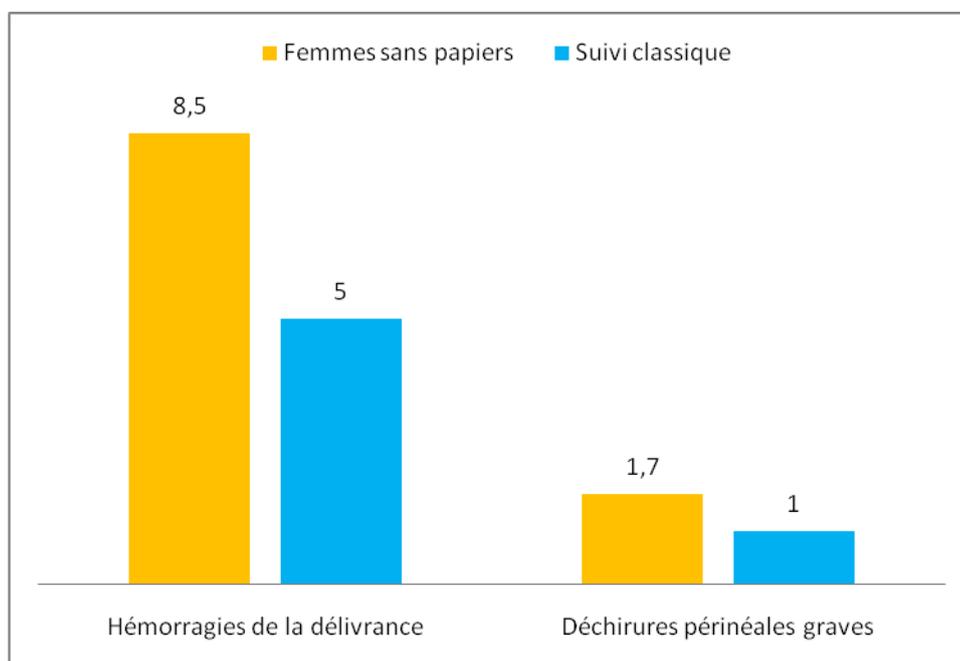
A travers ces données, nous entrevoyons déjà les lacunes du suivi de grossesse des femmes sans papiers.

3.1.2 Complications obstétricales lors de l'accouchement des femmes sans papiers de notre étude et de la population de référence

Les pathologies retrouvées lors de l'accouchement sont : les hémorragies de la délivrance, et les déchirures périnéales graves.

- Hémorragies de la délivrance : il y a 70% de différence entre nos deux populations (8,5% contre 5% (28)). Nous avons remarqué que les femmes qui ont eu une hémorragie de la délivrance sont, soit de grande multipares, soit ont eu un travail rapide ou au contraire long. Ce sont des facteurs de risques connus mais non spécifiques aux femmes en situation irrégulière. Par contre, le fait de ne pas dépister d'autres facteurs de risques d'hémorragie pendant la grossesse (antécédent d'hémorragie, distension utérine, anomalie d'insertion placentaire, thrombopénie maternelle), pourrait être en lui-même un facteur de risque expliquant cette différence. Or ces derniers se recherchent pendant le suivi de grossesse par les interrogatoires, les examens cliniques et para cliniques, ce qui nous rappelle encore les lacunes de ces suivis, car peu de femmes sans papiers dans notre étude en bénéficient.
- Déchirures périnéales graves : il y en a 1,7% dans notre étude, et 1% dans la population de parturientes françaises (29), soit 70% en plus. Notre enquête a montré une déchirure périnéale grave chez une femme excisée originaire du Bénin. L'excision est un facteur de risque de déchirure périnéale grave (30).

Pourcentages des complications obstétricales lors de l'accouchement
dans les deux populations



3.1.3 Eléments d'explication

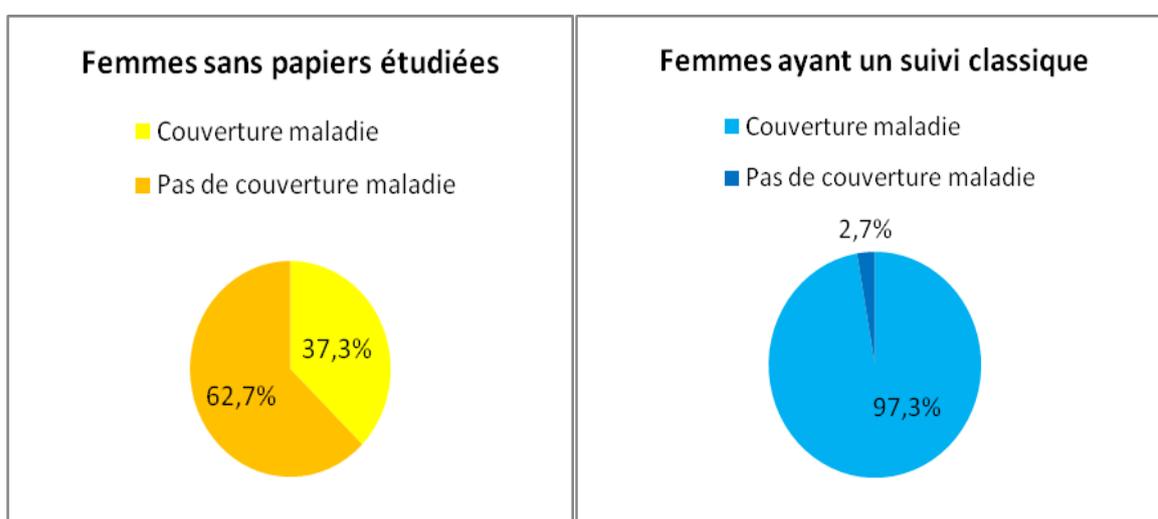
Les complications gravidiques et obstétricales lors de l'accouchement sont plus nombreuses dans la population de femmes sans papiers que nous avons étudiée, que dans la population de référence.

Ceci peut en partie être expliqué par les conditions sociales (présence ou non d'une couverture maladie), les conditions de vie, et le contexte familial de cette population.

Lors de notre enquête, nous avons constaté qu'une grande majorité des femmes sans papiers n'a pas de couverture maladie. En effet, seulement 37,3% de ces femmes sont prises en charge au compte de l'Aide Médicale d'Etat. Rappelons que l'AME constitue la protection maladie des

étrangers sans titre de séjour. Elle prend en charge à 100% les frais médicaux afférents à la grossesse. Les femmes enceintes françaises qui ont un suivi de grossesse classique sont 97,3% à avoir une couverture maladie. (31)

Pourcentages des femmes ayant ou pas une couverture maladie
pendant leur grossesse



Historiquement, en France dans les années 50, différentes mesures telle que l'assurance maternité avaient été instaurées afin de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale. Le lien de cause à effet entre le manque de suivi, de couverture des soins, et les risques médicaux étaient donc établis.

Comment expliquer ce faible taux de couverture maladie pour les femmes en situation irrégulière; s'agit-il d'un manque d'informations, de difficultés inhérentes à la barrière linguistique, ou la crainte de se présenter à l'administration ? Les interprètes pourraient être très utiles pour faire le lien entre l'administration et ces femmes pour l'ouverture de leur droit à l'AME. Ces dernières pourraient ainsi s'inscrire dans un projet de soins et de suivi de leur grossesse.

De plus, nous avons vu dans notre première partie que la malnutrition touche particulièrement les femmes sans papiers. Ces dernières peuvent être carencées et donc plus à risque de développer des pathologies comme l'anémie, le RCIU et la MAP.

D'autres facteurs peuvent aussi influencer l'apparition de pathologies gravidiques : le stress lié à l'insécurité que ressentent ces femmes, l'instabilité résidentielle dont elles sont victimes, ainsi que les conditions de vie : saturnisme, surpopulation, taches ménagères, immeubles vétustes sans ascenseur... sont autant de risques de développer des pathologies comme les MAP, les SVR.

En plus de les accompagner dans leurs démarches de régularisation, les travailleurs sociaux peuvent avoir une action directe en orientant ces gens vers des organismes s'occupant des mal logés.

De plus, les femmes sans papiers de notre étude sont plus nombreuses à vivre seule que les femmes de la population de référence. En effet, elles sont 17% contre 7,3% (31). Leurs familles et leurs conjoints sont peut être restés ou ont été expulsés dans leur pays d'origine. Ces femmes doivent assumer la solitude et gérer leur grossesse au mieux. Dans ces conditions nous pouvons deviner le manque d'investissement et de sérénité de ces femmes. L'isolement familial peut être un facteur de risque d'un moins bon suivi de grossesse dans le sens où ces femmes doivent se sentir moins soutenues et moins aptes à faire les démarches seules. De plus, le surcroît de fatigue qu'engendre cet isolement, peut favoriser des pathologies gravidiques comme la Menace d'Accouchement Prématuro (MAP).

3.2 Comparaison des suivis de grossesse dans les deux populations

Nous allons comparer le suivi de grossesse des femmes sans papiers enquêtées, et des femmes enceintes françaises. Nous axerons l'étude sur les critères les plus significatifs.

3.2.1 Age gestationnel à la première consultation

Les femmes incluent dans notre enquête consultent en moyenne pour la première fois à 24,7 semaines d'aménorrhées(SA), alors que pour la plupart des femmes en France cette consultation se fait aux alentours des 12 SA (généralement pour la première échographie et la déclaration de grossesse).

Cette différence d'environ 12 SA aura de nombreuses répercussions. Les femmes sans papiers qui consultent tard dans la grossesse sont privées de la surveillance clinique et des examens para cliniques du début de grossesse (sérologies, dépistage diabète gestationnel, dépistage échographique de certaines malformations...). Ainsi c'est la prise en charge médicale d'éventuelles pathologies gravidiques et fœtales qui en est d'autant plus retardée, avec un risque accru de complications lors de l'accouchement et en période périnatale.

3.2.2 Nombre de consultations prénatales

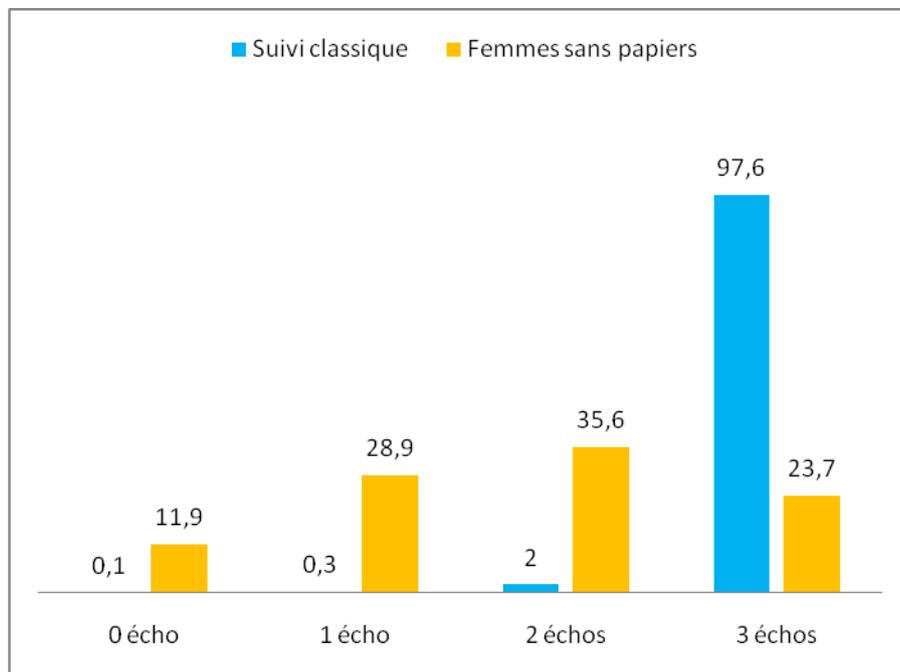
Nous en comptons en moyenne 3,4 pour les femmes sans papiers étudiées, contre 7 dans un suivi classique. Ceci montre bien que ces femmes ne sont pas suivies de façon satisfaisante. La même réflexion peut être faite concernant la régularité et la globalité du suivi de grossesse de ces femmes, ce qui influence le dépistage et le traitement précoce des pathologies obstétricales.

3.2.3 Nombre d'échographie

Il s'agira essentiellement des trois échographies recommandées pendant la grossesse.

- 11,9% des femmes étudiées n'en n'ont aucune, contre 0,1% pour la population de référence (31)
- 28,9% n'ont qu'une seule échographie, contre 0,3% (31)
- 35,6% des femmes sans papiers ont deux échographies, et seulement 2% dans la population de référence. (31)
- 23,7% bénéficient des trois échographies, contre 97,6%. (31)

Pourcentage des femmes ayant eu 0, 1, 2 ou 3 échographies recommandées, chez les femmes étudiées et dans la population de référence



La majorité des femmes sans papiers que nous avons étudiées, n'a qu'une ou deux échographies. Il s'agit des échos du deuxième et troisième trimestre. Il en résulte une détermination de l'âge gestationnel très imprécise puisqu'elle se fait lors de la première échographie. La clarté nucale ne peut pas être mesurée correctement et prive le dépistage de la trisomie 21 d'un élément essentiel. De la même manière, le fait de ne pas avoir un suivi échographique régulier et précoce empêche les praticiens de dépister les malformations fœtales, d'apprécier la croissance du fœtus, et de connaître le nombre d'embryon et la placentation. Tout ceci influence encore une fois la prise en charge ultérieure de la grossesse et de l'accouchement. La méconnaissance du terme exact de la grossesse implique que les biométries, les examens sanguins, ou le prélèvement vaginal (dépistage de la présence du streptocoque B), ne peuvent pas être fait au moment le plus opportun.

3.2.4 Examens sanguins

Le dépistage sanguin du diabète gestationnel n'est fait que chez 47,5% des femmes sans papiers, alors que la grande majorité des femmes bénéficiant d'un suivi classique sont dépistées.

Il en est de même pour les sérologies mensuelles puisque deux tiers des femmes sans papiers ne font pas cette surveillance chaque mois.

Les pathologies infectieuses comme la toxoplasmose, la rubéole, les hépatites... sont mal dépistées et donc mal prises en charge au terme adéquat.

Concernant les marqueurs sériques de la trisomie 21, 3,4% des femmes étudiées ont bénéficié du prélèvement, contre 79,7% dans la population de référence (31). Nous avons pu rencontrer, lors de stage, des médecins qui ne savaient pas s'ils pouvaient prescrire cet examen à des femmes en situation irrégulière ; cela montre bien la méconnaissance du corps médical concernant les droits sociaux des femmes sans papiers, puisque « l'AME prend en charge les frais d'examen de laboratoire ». (15). Une autre difficulté apparaît pour les équipes médicales car ce test nécessite un consentement éclairé de la patiente. Comment faire en pratique pour apporter toutes les explications à des femmes qui ne comprennent pas la langue française ?

Nous pourrions imaginer que les professionnels de santé se voient proposer une formation concernant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Nous pourrions également créer des protocoles de prise en charge des femmes enceintes sans papiers, puisqu'il s'agit de situations bien particulières.

3.2.5 Hospitalisations pendant la grossesse

15,2% des femmes que nous avons étudiées ont été hospitalisées pendant leur grossesse. La moyenne nationale est de 18,6% (31). Ces résultats sont étonnants car le taux d'hospitalisation semble être à peu près le même. Cependant, une des raisons que nous proposons pour expliquer ces résultats, est que les femmes en situation irrégulière sont peu dépistées du fait d'un mauvais accès à la politique préventive. Si le dépistage des pathologies gravidiques était plus efficace, le pourcentage d'hospitalisation des femmes sans papiers ne serait-il pas plus important ?

L'hospitalisation améliore le pronostic de la pathologie, et assure une meilleure prise en charge obstétricale et néonatale pour le reste de la grossesse et lors de l'accouchement. Les femmes sans papiers qui ne sont pas suivies correctement ne peuvent être soignées de la même façon.

3.2.6 Eléments d'explication

Nous constatons que le suivi de grossesse des femmes sans papiers n'est pas d'une qualité optimale.

Nous avons vu que se pose le problème du dépistage des pathologies gravidiques dans la population de femmes sans papiers. Or, ce dépistage influe fortement la conduite à tenir pour le reste de la grossesse et pour l'accouchement. En ne bénéficiant pas de cette prévention, les femmes n'ont pas une prise en charge obstétricale adaptée et de qualité.

Nous allons exposer quelques hypothèses pour essayer d'expliquer ceci.

Lors de nos premières investigations, nous avons pu assister à des consultations prénatales avec des femmes sans papiers. Nous avons remarqué que beaucoup de ces futures mères ne comprennent pas la langue française, et sont donc gênées pour communiquer : nous pouvons

parler de communication parasitée. D'ailleurs beaucoup d'entre elles sont accompagnées de leurs maris et parfois de leurs enfants. Ces moments de dialogue avec les praticiens, sont, nous pensons, utiles aux femmes enceintes pour prendre conscience de leur grossesse, investir leur bébé, et accepter l'importance du suivi qui leur est proposé par la législation française.

Les femmes en situation irrégulière n'ont pas accès à des soins de santé totalement satisfaisants, et par là ne peuvent mettre en œuvre les processus psychiques hérités de leurs cultures d'origine, qui leur permettrait de devenir mère à part entière.

De plus, nous avons pris conscience que ces femmes sont habitées par la peur : peur de se faire dénoncer par les soignants, peur aussi d'être jugées par des équipes médicales qui ne reconnaîtraient pas ou peu leurs spécificités culturelles.

Le fait de ne pas avoir un logement stable peut également être une explication à l'absentéisme aux consultations. Rappelons que dans notre enquête, 11 femmes sur 59 (soit près de 20%) n'ont pas d'habitat stable (SDF ou foyers). Ces femmes doivent être dans l'obligation permanente de chercher un toit pour leur famille, de la nourriture, et donc privilégier leur besoins primaires au détriment de leur état de santé et de celui de leur enfant à naître.

Nous avons vu au fil de notre travail l'importance du suivi social dans la prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière. Ne pourrait-on pas proposer à chaque consultation une prise en charge multidisciplinaire : médicale, psychologique et sociale. Ainsi, les besoins des femmes seraient réévalués et réadaptés en prenant en compte les aspects médicaux et sociaux. Il s'agirait d'une prise en charge globale des femmes.

Nous pouvons cependant nous poser la question de savoir si un trop grand nombre d'interlocuteurs ne serait pas un frein à l'établissement d'un climat de sécurité et de confiance. Nous en avons fait l'expérience lors de nos stages : avoir à faire à un visage connu apparaît comme très rassurant. Ces deux hypothèses concernant la multiplicité des intervenants seraient intéressantes à étudier en interrogeant des femmes enceintes sans papiers.

Ne pourrait-on pas envisager la création d'un centre de « référence » pour les femmes sans papiers, distinct de l'hôpital ? Cela les inciterait plus à s'y rendre pour consulter, sans être confrontées aux difficultés de prise de rendez-vous, tout en se sentant en sécurité. On y trouverait tout le personnel nécessaire pour un suivi complet : sages-femmes, médecins, psychologues, assistantes sociales, conseillère en économie sociale et familiale, et des interprètes pour faire le lien. Nous sommes cependant conscients du coût que pourrait avoir ces structures, mais il est important d'avoir déjà conscience de ces besoins.

Enfin, ne serait-il pas possible de créer un statut particulier pour les femmes enceintes en situation irrégulière, qui ouvrirait automatiquement leurs droits et les protégerait ?

Cela suggère une volonté nouvelle de faire une place plus importante à la prévention des risques materno-fœtaux, qui s'inscrirait dans une politique novatrice de santé publique.

3.3 Suivi post-partum

La consultation post-natale se fait dans les six à huit semaines qui suivent l'accouchement. Elle permet de s'assurer que le corps de la femme retrouve son état non gravidique, et qu'il n'existe pas de complications du post partum. C'est aussi le moment pour faire le point sur l'allaitement, la santé du nouveau né, et sur l'état psychologique de la jeune mère (prévention des dépressions du post partum).

Lors de notre recueil de données, nous avons été surpris par le faible pourcentage de femmes étudiées qui vont à cette consultation. Cela ne représente que 40%. Or nous savons que la grande majorité des femmes ayant un suivi habituel en ressentent la nécessité. Il est à noter que les mères qui ne consultent pas en post partum sont les mêmes qui consultent peu et très tardivement lors de leur grossesse.

De notre étude il ressort que le séjour à la maternité est augmenté de un jour pour les femmes sans papier : elles restent en moyenne 4,6 jours. Or, les équipes de sages-femmes et d'auxiliaires de puéricultrices jouent un rôle important pour informer et orienter les mères vers des structures comme la Protection Maternelle et Infantile, le Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués (CIMADE), le COMEDE, Migration Santé Rhône-Alpes...

Lors de cette « pause hospitalière », les assistantes sociales peuvent rencontrer les femmes, déterminer leurs besoins et les accompagner dans leurs démarches administratives. Cependant, par expérience, nous avons observé que la barrière de la langue posait problème lors de la visite post-natale. Les pratiques françaises en matière de santé se heurtent à l'incompréhension culturelle des femmes étrangères, en particulier non européennes : par exemple la contraception, l'encouragement à l'allaitement, la prévention des MST, les risques des grossesses rapprochées...

Les interprètes pourraient améliorer le lien entre les femmes sans papiers nouvellement arrivées en France et les équipes médico-sociales, assurant ainsi une prise en charge adaptée aux différentes situations socioculturelles et aux histoires personnelles des femmes : une femme africaine n'a pas les mêmes besoins qu'une femme européenne ; une femme qui entre dans le cadre du regroupement familial, n'a pas les mêmes attentes qu'une femme isolée...

CONCLUSION

Les femmes en situation irrégulière que nous avons enquêtées dans notre étude vivent dans des conditions socio-économiques difficiles : logement précaire, peu de couverture sociale.

Cette précarité retentit sur le suivi de leur grossesse : premier contact tardif, nombre de consultations prénatales et d'échographies insuffisant, dépistage des pathologies gravidiques médiocre. A l'accouchement, il existe plus de complications médicales pour les femmes sans papiers.

Cependant, leurs nouveau-nés sont en général en bonne santé.

Les femmes en situation irrégulière restent plus longtemps à la maternité, laissant le temps aux équipes d'appréhender la sortie dans les meilleures conditions et d'instaurer un suivi par une assistante sociale. Ceci nous permet de penser que d'une part, ces femmes accèderont en plus grand nombre à l'Aide Médicale d'Etat et d'autre part verront éventuellement leur situation future se régulariser.

En l'absence de centres "spécialisés" et plus accessibles aux femmes étrangères, il est nécessaire que les sages-femmes soient sensibilisées à ces particularités de prise en charge (par exemple dans le cadre de la formation continue). Il s'agit d'une question majeure de santé publique, à laquelle les professionnels de l'obstétrique sont confrontés, et pour laquelle ils doivent être prêts.

A l'issue de ce travail, et en tenant compte des différentes données que nous avons étudiées, nous pouvons dire qu'il existe un lien entre la qualité du suivi de grossesse des femmes en situation irrégulière et la fréquence des complications obstétricales et néonatales pendant la grossesse, lors de l'accouchement, et jusqu'à la sortie de maternité.

ANNEXES

ANNEXE I

RECUEIL DE DONNÉS

DONNEES ADMINISTRATIVES

Age

Nationalité

Lieu de résidence (conditions de vie)

Droit à l' AME

Contexte familiale

DONNEES MEDICALES

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Antécédents obstétricaux/gynécologiques

Parité

Gestité

La grossesse actuelle

Données générales (prise de poids, hygiène...)

Nombre de consultations prénatales de surveillance

Nombre de consultations en urgence (motif)

Absentéisme (oublis, refus)

Age gestationnel à la 1ere consultation

Lieux des consultations : hôpital, médecin de ville, PASS, autre

Nombre d'échographie de référence

Surveillance biologique : sérologies mensuelles, dépistage du diabète gestationnel, dépistage de la trisomie 21

AG à la consultation et au bilan anesthésie

Hospitalisation motif et durée du séjour

Complications obstétricales : MAP, Syndrome Vasculo-Rénal, RCIU, diabète gestationnel

L'accouchement

Lieu d'accouchement

AG à l'accouchement

Motif d'admission

Dilatation du col à l'entrée

APD

Durée du travail, durée de rupture, durée d'expulsion

Mode d'accouchement : voie basse, extraction instrumentale, césarienne programmée, césarienne en urgence (motif)

Complications d'accouchement : hémorragie de la délivrance, déchirure périnéales graves, dystocie des épaules...

Le nouveau né

Poids de naissance, percentiles

Apgar, ph

Réanimation

Présence du pédiatre à la naissance (motif)

Transfert en néonate (motif)

Autres (malfo...)

Les suites de couches

Allaitement

Durée du séjour (en jour)

Mode de sortie (domicile, foyer, autre)

Recours à l'assistante sociale

Contraception : contraception orale, implan, préservatifs, aucune

Consultation post-natale

ANNEXE II

TEST DU KHI-DEUX

	Femmes sans papiers de l'étude	Femmes de la population de référence	TOTAL
MAP	O=7 T= 8,55	O=4680 T=4681,69	4687
Pas de MAP	O=52 T=53,69	O=47327 T=47325,31	47379
TOTAL	59	52007	52066

Khi-deux=somme (o-T)² / T

$$= 3,19$$

Degrés de liberté= (2-1)*(2-1)

$$=1$$

Pour un seuil de significativité à 0,9, le khi deux est de 2,71

3,19 > 2,71 donc relation significative

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- Comité médical pour les exilés (COMEDE) : « Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale », édition 2008, 560p.
- Groupe d'information et de soutien des immigrés (GISTI) : « Sans papiers mais pas sans droits », 5^{ème} édition, Paris, Expressions II, 2009, 72p.
- PASQUIERS O et LEVY J.L : « Maux d'exil », Le bar floréal édition, 2000, 49p.
- REVEYRAND-COULON O : « Maternité et immigration », Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 1993,129p.
- SCHAAL J.P : « Mécanique et techniques obstétricales », 3^{ème} édition, Sauramp Médical, 2007, 922p.

ARTICLES

- BOISGUERIN B et HAURY B : « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), n°645, 2008.
- BOUVIER-COLLE M, DENEUX-THARAUX C, et PHILIBERT M : « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France, et qualité des soins obstétricaux », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°9, 2009, P 77 à 80.
- Institut National des Etudes Démographiques (INED) : « Comment prendre en compte l'âge à l'arrivée et la durée de séjour en France, dans la mesure de la fécondité des immigrants ? », document de travail n°120, 2004, 34p.
- Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale, et du Développement Solidaire (MIIIDS), Infos migrations, n°10, octobre 2009

RAPPORTS/ENQUETES

- Deuxième rapport de l'observatoire européen de l'accès aux soins : « L'accès aux soins : un droit non respecté en Europe », septembre 2009, 24p.
- Enquête Nationale Périnatale, 2003.
- Médecins Du Monde : Rapport d'activité 2008, 68p.
- Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins Du Monde : « L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe », septembre 2009, 156p.

SITES INTERNET

- Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : www.insee.fr
- Site du Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale et du Développement Solidaire : www.immigration.gouv.fr
- Site du ministère de l'intérieur : www.interieur.gouv.fr
- Site de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides : www.ofpra.gouv.fr
- Site de l'assurance maladie : www.amelie.fr
- Site de l'UNICEF : www.unicef.org
- Site du réseau AUDIPOG : www.audipog.fr
- Site de l'OMS : www.who.int
- Site de la Haute Autorité de Santé
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques

- (1) COMEDE : Migrants /étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale, édition 2008 ; 560 p, p 12
- (2) LE PETIT LAROUSSE ; édition 2009
- (3) <http://etrangersimmigres.oriv-alsace.org>
- (4) INSEE recensement 2006
- (5) Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité nationale, et du Développement Solidaire ; Infos migrations, numéro 10, octobre 2009
- (6) INSEE, Indicateur conjoncturel de fécondité selon le pays de naissance
- (7) www.immigration.gouv.fr
- (8) INED, « Comment prendre en compte l'âge à l'arrivée et la durée de séjour en France dans la mesure de la fécondité des immigrants ? » ; Paris, INED, document de travail n°120, 2004, 34 pages
- (9) Ministère de l'Intérieur
- (10) Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) : article L 313-11-11
- (11) Rapport d'activité Médecins Du Monde, 2008
- (12) Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA)
- (13) Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA)
<http://www.ofpra.gouv.fr>
- (14) <http://www.diplomatie.gouv.fr> ; Ministère des Affaires Etrangères et Européennes
- (15) www.ameli.fr/ ; site de l'assurance maladie
- (16) Code de l'action sociale et des familles (CASF) : article L254-1
- (17) Code de Sécurité Sociale (CSS) : articles R.513-1, L.512-2 et L.511-1
- (18) Groupe d'Information et de SouTien des Immigrés (GISTI) : Sans-papiers mais pas sans droits, 5^{ème} édition, juin 2009
- (19) Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et du Droit d'Asile (CESEDA) : article L.621-1

(20) Deuxième rapport de l'observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins Du Monde ; octobre 2009

(21) UNICEF : Mutilations Génitales Féminines /excision

<http://www.unicef.org>

(22) BOISGUERIN B. et HAURY B. « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins » n°645 ; juillet 2008 ; Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

(23) Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°9 mars 2009 : « Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux : étude nationale 1996-2001

(24) DE TOURIS h, MAGNIN g, PIERRE f, Gynécologie et obstétrique manuel illustré, Masson 7^{ème} édition, 2000,443p.

(25) AUDIPOG, réseau sentinelle www.audipog.fr

(26) THOULON j-m, tractocile et Menace d'Accouchement Prématuro, compte rendu de la journée de l'Association Consultative et promotionnelle des Pharmaciens Hospitaliers de la région Rhône-Alpes, 2000

(27) : RAMBAUD p, Prématuroité et hypotrophie à la naissance, Service de médecine néonatale, CHU Grenoble

(28) OMS www.who.int

(29) SCHAAL J.P : « Mécanique et techniques obstétricales », 3^{ème} édition, Sauramp Médical, 2007, 922p.

(30) Site de Amnesty International www.amnesty.fr

(31) Enquête périnatale 2003 www.sante.gouv.fr

RESUME :

La précarité dans laquelle vivent les femmes en situation irrégulière influence le suivi de leur grossesse et les modalités de leur accouchement.

Nous avons dressé un aperçu de l'état des lieux des pratiques médicales et sociales concernant cette population en Rhône-Alpes, et tenté de mettre en évidence les facteurs de risques obstétricaux dans le but d'une prise en charge de qualité.

TITRE : Sans papiers mais pas sans risques : grossesse et accouchement chez des femmes en situation irrégulière.

MOTS-CLES : Situation irrégulière, sans papiers, précarité