



HAL
open science

Issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes d'un Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants

Rémi Albagli-Curiel

► **To cite this version:**

Rémi Albagli-Curiel. Issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes d'un Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02440184

HAL Id: dumas-02440184

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02440184>

Submitted on 15 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE**

**MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE SAGE-FEMME**

**Issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes
d'un Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants**



ALBAGLI-CURIEL Rémi

né le 27 mai 1993

Nationalité française

**Directeur de mémoire : Dr Richard BEDDOCK, Vice-Président de Gynécologie
Sans Frontières, Chef de service adjoint de la maternité des Diaconesses**

Codirectrice : Madame Aurélie NLANDU, sage-femme à la maternité de Port-Royal

Année Universitaire 2018-2019

**ESF – SORBONNE UNIVERSITÉ
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE**

**MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE SAGE-FEMME**

**Issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes
d'un Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants**

ALBAGLI-CURIEL Rémi

né le 27 mai 1993

Nationalité française

**Directeur de mémoire : Dr Richard BEDDOCK, Vice-Président de Gynécologie
Sans Frontières, Chef de service adjoint de la maternité des Diaconesses**

Codirectrice : Madame Aurélie NLANDU, sage-femme à la maternité de Port-Royal

Année Universitaire 2018-2019

Remerciements

À Richard et Aurélie, bien sûr, pour nous avoir permis de travailler sur un sujet passionnant, pour le temps qu'ils nous ont consacré, pour leurs nombreux conseils, leurs encouragements et leur bienveillance pendant ces deux années de travail

À Edith Launay, pour ses courriels hebdomadaires, son soutien, son extraordinaire gentillesse et son aide précieuse sans laquelle l'aboutissement de ce mémoire aurait été particulièrement épineux

Aux chefs de service et cadres sages-femmes, pour la confiance qu'ils nous ont accordée

Aux archivistes, pour leur aide dans la recherche des dossiers

À Thérèse, ma consœur et compagne de route, pour m'avoir accompagné de longues heures durant dans les entrailles dédaléennes des maternités franciliennes, pour sa bonne humeur et pour son travail remarquable sur la prise en charge des femmes enceintes migrantes par les équipes obstétricales

À ma future épouse, Catherine, pour m'avoir apporté un soutien indéfectible durant ces longs mois de travail et de doutes (et accessoirement avoir réussi à me supporter)

Et à Lapeyronie, pour m'avoir fourni du café de qualité.

Table des matières

Préambule	1
INTRODUCTION	2
1. Données sur la santé des femmes enceintes migrantes	2
2. Parcours administratif et hébergement en France.....	8
3. Présentation du Centre et des associations	13
ÉTUDE ET MÉTHODOLOGIE	17
RÉSULTATS	20
1. Diagramme de flux de la population de l'étude	20
2. Caractéristiques socio-démographiques des patientes recrutées	21
3. Suivi des patientes	24
4. Antécédents	26
5. Pathologies diagnostiquées en cours de grossesse	28
6. Issues maternelles	29
7. Issues néonatales	32
ANALYSE ET DISCUSSION	36
1. Analyse et comparaisons	36
2. Points forts, limites et biais	41
3. Implications et perspectives.....	43
CONCLUSION	45
RÉFÉRENCES	46
ANNEXE.....	53
GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	54
Résumé	1

Préambule

En 2017, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), liée à l'Organisation des Nations Unies (ONU) dénombrait 258 millions de migrants internationaux à travers le monde, en augmentation de 60% par rapport à 1990. D'après le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), mandaté par l'ONU, environ 20 millions d'entre eux sont réfugiés, dont 2.6 millions vivent en Europe. (1)

Les données concernant l'Europe, obtenues par Eurostat (office statistique de l'Union Européenne), font état, pour 2018, de 111.415 premières demandes d'asile en France, sur un total de 581.775 en Europe (contre 1.250.000 en 2015). Parmi les primo-demandeurs d'asile en Europe, se trouvent principalement des Syriens (13.3%), des ressortissants afghans (7.1%) ainsi que des Irakiens (6.8%) et 80% d'entre eux ont moins de 35 ans. Ces demandes donnent lieu à des issues favorables dans 37% des cas en moyenne (2). L'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) compte, quant à elle, 122 743 premières demandes d'asile en 2018 (réexamens inclus), en augmentation de 22% par rapport à 2017. (3)

Ces indicateurs nous montrent que l'accueil des demandeurs d'asile est devenu un enjeu majeur, tant sur le plan politique que sur le plan de la santé publique.

Parmi les demandeurs d'asile en Europe, environ 37% sont des femmes (4), parmi lesquelles se trouvent des femmes enceintes : à l'anxiété générée par la migration et aux potentielles violences rencontrées dans leurs parcours, vient s'ajouter la vulnérabilité inhérente à la grossesse et au post-partum, exposant ces femmes à de très hauts risques, tant sur le plan médical que psychosocial.

Les professionnels de santé sont ainsi amenés, de plus en plus souvent, à rencontrer ces femmes aux parcours erratiques et doivent être conscients des obstacles potentiels sur le plan culturel, linguistique ou socio-économique que cela peut représenter en termes de prise en charge. En obstétrique, particulièrement, surmonter ces obstacles est un enjeu crucial pour limiter la morbidité materno-infantile.

INTRODUCTION

Pour commencer, nous allons, par une revue de la littérature, décrire quelques généralités sur la santé des femmes enceintes migrantes et leur intégration dans le système de soins. Nous nous intéresserons ensuite à leur parcours administratif et aux possibilités d'hébergement en France. Enfin, nous présenterons le Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine et l'action des différentes associations qui y travaillent.

1. Données sur la santé des femmes enceintes migrantes

Dresser un panorama de la santé des femmes enceintes migrantes est relativement complexe car les migrants forment un groupe très hétérogène, dont les facteurs de risque diffèrent, par exemple, suivant l'origine géographique, le statut administratif ou la capacité à communiquer. Malgré cette difficulté, il est possible de faire ressortir un certain nombre de points saillants sur leur état de santé.

1.1. Morbi-mortalité des femmes enceintes migrantes

De nombreuses études ont été menées sur l'état de santé des populations migrantes et notamment sur les femmes enceintes et leurs nouveau-nés. Deux méta-analyses, publiées en 2013 et 2016, portant sur respectivement 30 et 51 études, montrent qu'il est fréquemment retrouvé un surrisque, tant en termes de mortalité que de morbidité, par rapport au reste de la population des pays d'accueil, certains sous-groupes étant plus exposés que d'autres (5,6).

Les femmes enceintes migrantes possèdent souvent des caractéristiques différentes de la population du pays hôte. Au plan sociologique, ces femmes sont plus jeunes, ont en moyenne un niveau d'éducation plus faible et sont plus souvent des mères isolées. Une séropositivité au VIH plus fréquente (plus marquée chez les migrantes d'origine africaine) ainsi qu'une prévalence plus élevée de la tuberculose et de la syphilis ont été également retrouvées chez les femmes enceintes réfugiées. (6-8)

Sur le plan obstétrical, les études relèvent, en moyenne, une plus grande parité, un taux plus élevé de grossesses adolescentes, de grossesses non désirées, de grossesses prolongées, d'accouchements inopinés et de morts fœtales in utero. Nous retrouvons également une prévalence de l'anémie plus élevée et un suivi plus tardif ou inadéquate. (6,7)

Par rapport aux issues obstétricales, les critères fréquemment utilisés sont la mortalité maternelle et la « morbidité maternelle aiguë sévère », dont la définition varie suivant les

études. Cette dernière comprend généralement la prévalence ou l'incidence de pathologies obstétricales graves : éclampsie, prééclampsie sévère, hémorragie sévère du post-partum, sepsis et rupture utérine. En France, d'après *van Akker et al.*, les migrantes ont une mortalité maternelle multipliée par deux et un risque relatif de 2.00 de développer une des morbidités maternelles aiguës sévères (ce risque augmentant à 5.45 pour le sous-groupe des patientes d'origine subsaharienne). Parmi ces pathologies, nous notons par exemple que l'hémorragie sévère du post-partum a une incidence plus élevée, notamment chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, du bassin méditerranéen et d'Asie (6). Il est en de même pour la rupture utérine et le sepsis chez les femmes d'origine subsaharienne (9,10) ; ce groupe étant également plus à risque de césariennes. Les taux d'hystérectomies en urgence sont aussi augmentés dans certains groupes (Afrique, Asie, Amérique Latine) (10).

Si l'on s'intéresse à des pathologies plus fréquentes, nous remarquons qu'une incidence plus élevée de la prééclampsie et du diabète gestationnel est retrouvée dans la plupart des études. La surmortalité observée peut d'abord s'expliquer par le fait que l'incidence de ces pathologies est connue pour différer suivant l'origine géographique des femmes : le diabète gestationnel et la pré-éclampsie ont une incidence plus élevée chez les femmes d'origine afro-antillaise (odds ratio respectivement d'environ 2.5 et 1.6). (11–13) Cependant, il semble que des différences d'incidence subsistent en ajustant les résultats sur des facteurs biologiques, géographiques et socio-économiques. De plus, il est à noter que les femmes migrantes sont plus susceptibles de développer ces pathologies de façon plus sévère (prééclampsie sévère, HELLP syndrome, éclampsie) probablement en raison d'un accès plus difficile au soin et de la précarité de leur situation (6,14). Chez les femmes d'origine africaine, a également été retrouvée une prévalence plus élevée d'hypertension préexistante et d'hypertension gravidique par rapport à la population générale. Enfin, ces femmes ont également une durée d'hospitalisation plus longue, par rapport aux autres migrantes. (8)

En France, spécifiquement, le dernier rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles¹ (ENCMM, 2010-2012), souligne que la mortalité des femmes migrantes est 2.5 fois plus élevée que celles nées en France, avec une surmortalité particulièrement marquée chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (ratio de mortalité maternelle de 28 pour 100 000, soit 3.5 fois plus élevé que celui des femmes nées en France) (15). Il

¹ Mort maternelle définie dans l'ENCMM : Mort survenant durant une période s'étendant de la conception jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse. Dans les autres études, cette période s'arrête au 42^{ème} jour post-partum.

s'agit d'une tendance ancienne puisque qu'étude française de 2008, prenant en compte les 267 morts maternelles ayant eu lieu en France métropolitaine entre 1996 et 2001, versus un échantillon de 13186 femmes ayant accouché en 1998, avait déjà montré une surreprésentation de femmes de nationalités étrangères, notamment d'origine subsaharienne (odds ratio ajusté sur l'âge de 5.5 [3.3-9.0]). Dans cette étude, les femmes de nationalité étrangères avaient un risque, ajusté sur l'âge, 4 fois plus élevé de mourir d'un trouble hypertensif (7 fois plus dans le sous-groupe des femmes subsahariennes) et également 4 fois plus élevé de mourir d'une infection (9 fois plus dans le sous-groupe des femmes d'origine subsaharienne). (16)

Enfin, le stress lié à la migration (facteurs ayant conduit à la décision de migration et parcours migratoire lui-même, violences, isolement, précarité, adaptation à un nouvel environnement) cumulé à la vulnérabilité psychique de la grossesse, place ces femmes dans un groupe à haut risque sur le plan psychologique : on observe ainsi un risque très augmenté de dépression du post-partum et de psychose puerpérale. Les migrants dans leur ensemble sont d'ailleurs plus à risque de souffrir de pathologies psychiatriques (dépression, schizophrénie, hallucinations, dépression, syndrome de stress post-traumatique). (17,18)

1.2. Issues néonatales

Les études portant sur les taux de mortalités sont nombreuses et parfois contradictoires. Dans une méta-analyse de 2009 regroupant 34 études (19) portant sur les taux de mortalité fœtale, néonatale², infantile³ et périnatale⁴ menées dans des régions « industrialisées » (Europe, Canada, Australie), la moitié des études incluses font état d'une surmortalité néonatale, tandis qu'un tiers n'a pas retrouvé de différence et qu'un petit nombre a montré de meilleures issues chez les migrantes que dans le reste de la population du pays hôte. Ces divergences sont explicables par l'aspect très hétérogène des populations étudiées. En analysant les données par sous-groupes, les auteurs constatent que le sous-groupe formé par les réfugiés est le plus à risque de surmortalité et a un taux de prématurité plus élevé. Parmi les « non réfugiés », ce sont les migrants installés en Europe qui présentent les risques les plus élevés. Parmi les causes de cette surmortalité, les décès imputables à la prématurité et aux anomalies

² Rapport du nombre d'enfants décédés avant le 28^{ème} jour de vie sur le nombre d'enfants vivants

³ Rapport du nombre d'enfants décédés avant 1 an sur le nombre d'enfants vivants

⁴ Rapport de la somme des morts fœtales in utero et des nouveau-nés décédés avant le 7^{ème} jour de vie sur l'ensemble des naissances (vivantes ou non)

congénitales sont surreprésentés par rapport au reste de la population. Cette incidence plus élevée des anomalies congénitales est relevée dans plusieurs études, et expliquée par un mauvais suivi prénatal (échographies), un recours moins fréquent à l'interruption médicale de grossesse ou encore par la consanguinité. (19–21)

Une autre étude réalisée par *Gagnon et al.* retrouve une surmortalité fœtale et infantile, avec des odds ratio compris entre 1.29 (migrants originaires d'Asie) et 2.43 (Afrique subsaharienne). De plus, ces deux populations (asiatique et subsaharienne) ont significativement plus de risques d'accoucher prématurément (odds ratio respectivement à 1.14 et 1.29). (22)

Enfin, concernant la morbidité néonatale, une grande méta-analyse (20) retrouve, dans un certain nombre de pays européens, des risques significativement augmentés (versus les femmes natives des pays) de faible poids de naissance⁵ (OR = 1.43 [1.42-1.44]), de prématurité (OR = 1.24 [1.22-1.26]), de mortalité périnatale (OR = 1.50 [1.47-1.53]) et d'anomalies congénitales (OR = 1.61 [1.57-1.65]). Ces nouveau-nés ont également un score d'Apgar plus faible. (8)

1.3. Interactions avec le système de santé

Une des hypothèses avancées pour expliquer la surmorbidity des femmes enceintes ayant migré vers des régions à niveau de vie élevé est une mauvaise interaction avec le système de soin (23). L'OMS recommande, pour le suivi des femmes enceintes, un minimum de 4 visites pré-natales (24), soit moins que le suivi standard en vigueur dans l'ensemble des pays occidentaux. Or, dans une méta-analyse de 2012 sur 29 études internationales, il a été constaté, dans les pays offrant l'accès universel aux soins, que les femmes enceintes migrantes ont tendance à bénéficier d'un nombre inférieur de consultations par rapport au reste de la population et sont plus susceptibles d'avoir un suivi tardif. Cette prise en charge prénatale inadéquate semble varier grandement suivant le pays de naissance des patientes. (7,25)

Plusieurs obstacles dans l'accès aux soins ont été mis en évidence, avec notamment trois facteurs prépondérants. Le premier est celui de la barrière de la langue : les systèmes de santé occidentaux semblent avoir des difficultés à s'adapter à l'accueil de ces femmes, avec qui la

⁵ Poids de naissance inférieur à 2500g, indépendamment de l'âge gestationnel

communication est parfois difficile. L'étude par *Philibert et al.* de 2008 sur les morts maternelles en France montre ainsi que les femmes de nationalité étrangère sont plus susceptibles d'avoir reçu des soins⁶ jugés « non optimaux » par les experts de l'ENCMM. Les auteurs avancent l'hypothèse d'une mauvaise communication avec les soignants (faible connaissance de la langue du pays), notamment dans le cadre de pathologies nécessitant une bonne interaction avec le corps médical (troubles hypertensifs par exemple), qui peuvent entraîner un retard de prise en charge ou une mauvaise observance d'un traitement (16). D'autres facteurs augmentant le risque d'une prise en charge anténatale inadéquate ont été retrouvés, tels qu'un âge maternel inférieur à 20 ans, la multiparité, l'absence de conjoint, un faible niveau d'éducation, une grossesse inopinée ou encore le fait d'être en situation irrégulière. (25)

Le deuxième grand facteur est la méconnaissance du système de soin, de son accès et de sa spécificité dans le pays d'accueil, notamment chez les migrants en situation irrégulière ou en cours de démarches pour obtenir l'asile. D'autres paramètres viennent se heurter à leur intégration dans le système de soin : problèmes de transport, non prise en compte des spécificités culturelles de ces patientes par les professionnels de santé, heures d'ouverture, voire sentiment d'être « mal traité » par les professionnels de santé ou encore la peur d'être dénoncé aux autorités. (26)

Le troisième facteur faisant obstacle à l'intégration de ces femmes dans le système de santé est intrinsèquement lié à la précarité de leur situation. Une femme enceinte migrant de pays en pays ou n'ayant pas de résidence fixe dans un pays peut difficilement être suivie sur le plan médical (multiplication des démarches et des intervenants, adaptation à un nouvel environnement). Une étude française a ainsi mis en évidence le fait qu'un certain nombre de femmes enceintes ne cherchent pas à être suivies médicalement. D'une part parce que les femmes ne comprennent pas nécessairement l'importance du suivi de leur grossesse (notamment les multipares) et d'autre part parce qu'elles savent qu'elles seront peut-être amenées à partir (reconduction à la frontière, déménagement vers un autre centre d'hébergement). De la même façon, la prise en charge médicale est parfois considérée

⁶ Critères de l'adéquation des soins : Prise en charge préconceptionnelle, surveillance prénatale, soins de premiers recours et prise en charge de la complication elle-même (soins obstétricaux, soins d'anesthésie-réanimation)

comme secondaire par rapport à des problématiques jugées prioritaires telles que trouver un logement, une source de revenus ou régulariser sa situation. (27)

L'étude d'*Heaman et al.* de 2013 (25) sur le recours au suivi prénatal par les femmes migrantes souligne en conclusion la nécessité d'étudier l'action des programmes d'aides aux migrants mis en place et leur impact sur le suivi médical de ces femmes. La méta-analyse de *Bollini et al.* (20) souligne dans son introduction les différences a priori étonnantes entre les surmortalités constatées dans différents pays d'Europe de l'Ouest et du Nord : les migrantes en Suède ou en Norvège ont des issues de grossesse équivalentes en termes de morbidité à celles des femmes natives, contrairement à l'Angleterre ou l'Italie, où une forte surmortalité est constatée. Son étude met en évidence une corrélation entre une « politique forte d'intégration des migrants »⁷ et de meilleures issues de grossesse (prématurité, faible poids de naissance, mortalité périnatale).

1.4. "Healthy migrant effect"

Plusieurs études ont montré des issues de grossesse identiques voire meilleures dans des populations de migrantes. Une méta-analyse portant sur près de 500 000 femmes enceintes migrantes dans différentes régions « industrialisées » montre par exemple qu'en Ontario, à l'exception des migrantes originaires d'Afrique subsaharienne, les migrantes ont une morbidité maternelle sévère moindre que les femmes nées dans cette province. (9) Des résultats similaires ont été retrouvés en Irlande ou en Angleterre.

Cet effet paradoxal a été expliqué par le fait que les personnes ayant les capacités de migrer (donc d'endurer un voyage potentiellement long et éprouvant) sont en moyenne en meilleure santé que la population de leur pays d'origine. De plus, certains pays, à l'instar des États-Unis et de l'Australie pratiquent une immigration sélective, basée par exemple sur l'éducation, qui peut statistiquement amplifier cet effet. D'autre part, certaines femmes incluses dans les études peuvent avoir vécu de nombreuses années dans le pays hôte et avoir un mode de vie similaire à celui de la population (ces études étant essentiellement basées sur un pays de naissance et non sur une immigration supposée récente). Cet effet est toutefois à considérer avec précaution, au vu des chiffres de morbi-mortalité généraux (nettement en

⁷ Pour cette variable, les auteurs ont pris en compte le taux de naturalisation de chaque pays. La France fait partie des pays classés comme ayant une « faible politique d'intégration ».

défaveur des migrantes) et de la multitude de facteurs pouvant influencer sur cette morbidité.
(6)

2. Parcours administratif et hébergement en France

Appréhender le parcours administratif et légal des migrants arrivant en France ainsi que les droits dont ils disposent et les hébergements qui leur sont proposés est essentiel pour comprendre leur intégration dans le système de soin et leurs besoins.

2.1. Les différentes formes de protection en France

Trois formes de protection coexistent en France : le statut de réfugié, la protection subsidiaire et le statut d'apatride. L'OFPRA est chargé de statuer sur la qualité de réfugié ou d'apatride, sous le contrôle de la Cour National du Droit d'asile (CNDA).

2.1.1. Le statut de réfugié

Le statut de réfugié peut être accordé sur trois fondements :

- La Convention de Genève relative au statut de réfugié du 28 juillet 1951, stipulant que le statut de réfugié est délivré à « toute personne qui [...] craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ». (28)
- L'asile constitutionnel prévu par l'alinéa 4 du Préambule de la Constitution de 1946, par exemple lorsqu'une persécution est effectivement subie dans son pays d'origine par le demandeur (et non une simple crainte).
- Le mandat de l'UNHCR permettant à une personne d'être directement reconnue comme réfugiée.

2.1.2. La protection subsidiaire

Lorsqu'une personne ne remplit pas les conditions pour être reconnue comme réfugiée mais qu'il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle court un risque grave dans son pays d'origine (peine de mort, torture, traitements inhumains ou dégradants), une protection subsidiaire peut être accordée. Les bénéficiaires de la protection subsidiaire sont placés sous

la protection juridique et administrative de l'OFPRA et peuvent obtenir une carte de séjour temporaire, ainsi que leur famille⁸.

2.1.3. Le statut d'apatride

La Convention de New-York du 28 septembre 1954 stipule que le statut d'apatride peut être octroyé à toute personne « qu'aucun Etat ne considère comme son ressortissant en application de sa législation ». Ce statut est accordé par l'OFPRA sous contrôle du Tribunal administratif et permet l'obtention, pour le demandeur et sa famille, d'une carte de séjour temporaire. En 2016, l'OFPRA dénombre 286 nouvelles demandes d'apatridie. À la différence du demandeur d'asile, l'étranger qui sollicite le statut d'apatride ne bénéficie pas d'un droit au maintien sur le territoire pendant l'instruction de sa demande et peut faire l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire.

2.2. La demande d'asile en France

2.2.1. Le dispositif « Dublin III »

L'examen d'une demande d'asile dans les 28 pays de l'Union Européenne (ainsi que dans 4 pays associés : Islande, Norvège, Suisse, Liechtenstein) est actuellement régi par le règlement dit « Dublin III » (26 juin 2013)⁹. Celui-ci a notamment pour objet de déterminer quel pays est responsable de cet examen. Un des objectifs principaux de ce règlement est d'empêcher un demandeur de déposer des demandes dans plusieurs États membres. Ce règlement énonce un principe général : le pays responsable de l'examen de la demande correspond au premier de ces 32 pays dont les frontières ont été franchies de façon irrégulière par le demandeur. Ainsi, un migrant sur le territoire français qui serait arrivé en Europe par l'Italie doit déposer une demande d'asile en Italie et non en France. S'il dépose une demande en France, la Préfecture doit engager des démarches auprès de l'Etat concerné (ici, l'Italie) et une attestation de demande d'asile lui est remise, l'autorisant à rester sur le territoire français avant son transfert vers l'Etat responsable (qui doit donner son accord). La notification de décision de transfert peut être contestée devant le Tribunal administratif. Le temps de la détermination de l'Etat responsable (5 mois maximum), le demandeur d'asile peut être assigné à résidence, « aux fins de mise en œuvre de la procédure de détermination

⁸ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Articles L712-1 et L313-13

⁹ Le règlement Dublin III succède à la Convention de Dublin (15 juin 1990) puis au règlement Dublin II (2003)

de l'Etat responsable de l'examen de la demande d'asile et du traitement rapide et du suivi efficace de cette demande ». ¹⁰ (29)

Il existe quelques exceptions à ce règlement, dont la présence de membres de famille du demandeur dans le pays dans lequel est déposée la demande.

Ces migrants sont couramment qualifiés de « Dublinés ». Leur situation juridique est complexe et ils ne bénéficient pas d'un certain nombre de droits dont jouissent les personnes ayant pu déposer une demande d'asile examinée par la France, notamment, nous le verrons, par rapport aux hébergements. De plus, ce règlement sollicite de façon importante les pays frontaliers de l'UE (où entrent majoritairement les demandeurs d'asile), ce qui rend l'accès à la procédure plus difficile dans ces pays. Notons enfin qu'un Etat garde toujours le droit souverain d'accorder l'asile à une personne dont la demande dépendrait d'un autre État.

2.2.2. Rôles de la Préfecture et de l'OFPRA

Toute personne, qu'elle soit en situation régulière ou non, peut déposer une demande d'asile. La démarche est initiée en Préfecture. Elle se charge de vérifier, par le parcours du demandeur et le relevé de ses empreintes digitales (base de données européenne Eurodac), qu'il n'existe pas de précédentes demandes d'asile dans un autre pays européen et que l'examen de la demande relève bien de la responsabilité de la France. Dans ce cas, la Préfecture remet une attestation de demande d'asile ainsi qu'un formulaire de demande d'asile à transmettre à l'OFPRA, qui instruira le dossier et accordera ou non le statut de réfugié ou la protection subsidiaire. En cas de refus de l'OFPRA, un recours devant la CNDA est possible.

2.2.3. L'Office Français de l'Intégration et de l'Immigration (OFII)

Créé en 2009, l'OFII est responsable de l'accueil des demandeurs d'asile ainsi que de l'accueil et de l'intégration des immigrés autorisés à séjourner durablement en France. Il se charge également des aides au retour et de la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine, ainsi que des demandes de regroupement familial. Dans le cadre de l'accueil des demandeurs d'asile, il gère au plan national leurs entrées dans les Centres d'Accueil de Demandeurs d'Asile (CADA).

¹⁰ Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - Articles L742-1 et L742-2

2.3. Hébergements des demandeurs d'asile en Île-de-France

L'examen d'une demande d'asile par l'OFPRA dure en moyenne 112 jours en 2018, pendant lesquels le demandeur doit pouvoir se loger. (3)

De fait, un grand nombre de structures ont été mises en place pour accueillir et héberger les migrants en région parisienne, désignées par de nombreuses abréviations et acronymes (voir Annexe et Glossaire p. 53-55), qui coexistent de façon particulièrement complexe. Elles n'ont pas les mêmes fonctions et n'accueillent pas forcément le même public :

- Hébergements ayant pour vocation de « trier » les migrants en fonction de leur situation administrative : Centre de Pré-Orientation (CPO), Centre de Premier Accueil (CPA)
- Hébergements « de transit », sans conditions de statut administratif : Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO), Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants (CHUM)
- Accueil des réfugiés uniquement : Centre Provisoire d'Hébergement (CPH)
- Accueil des migrants en demande d'asile : CADA (réservés aux non « dublinés »), PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA), Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile (HUDA)
- Hébergements des migrants déboutés de leur demande (« Dublinés » avec décision de transfert ou personne faisant l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire) : Dispositif de Préparation Au Retour (DPAR)

Nous revenons brièvement sur les CADA et les hébergements de transit.

2.3.1. Les CADA

Les CADA sont des structures financées par l'Etat et gérées par des associations ou des sociétés, ayant pour vocation d'héberger les personnes dans l'attente de l'examen de leur demande d'asile : ce peut être un foyer ou un hôtel. En janvier 2018, 40.450 places autorisées sont disponibles en CADA. Outre l'hébergement, les CADA prennent en charge l'alimentation, la scolarisation des enfants et accompagnent les demandeurs sur le plan administratif, social et médical¹¹.

Bien que le nombre de places dans ces établissements soit en augmentation constante, il est sensiblement inférieur au nombre de primo-demandeurs arrivant chaque année en France. De plus, les CADA sont réservés aux personnes dont l'examen de la demande d'asile est fait

¹¹ Code de l'action sociale et des familles - Articles L348-2 et R348-4

par la France : les migrants concernés par la procédure de Dublin ne peuvent donc pas y avoir accès.

2.3.2. L'accueil des « Dublinés »

Par un arrêt de la Cour de Justice Européenne du 27 septembre 2012, dans un procès opposant des associations de défense des migrants au Ministère de l'intérieur français, il est rappelé que la directive du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile s'applique également aux personnes dont l'examen de la demande dépendrait d'un autre Etat. Les « Dublinés » bénéficient dès lors, en France, de l'Allocation pour Demandeurs d'Asile (ADA) et des hébergements d'urgence, mais pas des CADA.

2.3.3. Les hébergements de transit : les CAO et les CHUM

Pour héberger les personnes « dublinées » ou n'ayant pas encore entamé les démarches de demande d'asile, deux grandes structures existent.

Mis en place en octobre 2015 après le démantèlement de la « Jungle de Calais », les CAO sont des structures provisoires destinées à accompagner les migrants dans leurs démarches de demande d'asile et de leur proposer une place dans un CADA. Ils sont désormais principalement utilisés lors des évacuations des campements parisiens.

L'autre solution mise en place a été la création des CHUM qui sont des établissements sociaux visant à l'accueil, à l'hébergement et à la réinsertion sociale de personnes sans domicile fixe, sans conditions de régularité de séjour. Ils permettent d'assurer les besoins fondamentaux des personnes (nourriture, hygiène, sécurité) mais également leur suivi administratif et social et permettent un accès aux soins. Tout comme les CAO, il s'agit d'un « hébergement de transit » : une fois accueillies, ces personnes peuvent y demeurer durant le temps d'examen de leur demande ou jusqu'à ce qu'une place en CADA se libère, s'ils y sont éligibles. Ces centres sont gérés par des associations et sont uniquement présents en Île-de-France. Ils proposent, en janvier 2018, environ 10.000 places. (30)

2.4. Ressources et intégration dans le système de soin

Les demandeurs d'asile n'ont pas le droit de travailler (sauf exceptions) et ne peuvent percevoir ni l'allocation chômage ni le Revenu de Solidarité Active (RSA), droits qu'ils obtiennent après validation de leur statut de réfugié. L'Union Européenne, dans l'article 17 d'une directive de juin 2013, stipule toutefois que « les États membres font en sorte que les mesures relatives aux conditions matérielles d'accueil assurent aux demandeurs un niveau

de vie adéquat qui garantisse leur subsistance et protège leur santé physique et mentale ». (31) La loi a donc évolué dans ce sens. Depuis le 1^{er} novembre 2015, l'Allocation Temporaire d'Attente (ATA) et l'Allocation Mensuelle de Subsistance (AMS) sont remplacées par l'ADA. Les demandeurs d'asile majeurs, y compris ceux relevant de la procédure de Dublin peuvent y bénéficier sous conditions. Il s'agit d'un montant forfaitaire journalier dépendant de la taille de la famille.

Concernant la couverture maladie, il existe plusieurs situations. Un demandeur d'asile en possession d'une attestation a droit à la prise en charge par l'Assurance Maladie : la Protection Universelle MALadie (PUMA), qui remplace notamment la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base depuis le 1^{er} janvier 2016. Il peut également demander à bénéficier de la CMU complémentaire, sous conditions de ressources. En cas de rejet définitif de la demande d'asile, la prise en charge des frais de santé est maintenue pendant un an à compter de la date d'expiration de l'attestation. En l'attente de bénéficier de la PUMA, il existe quelques solutions en cas d'urgence, telles que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans certains hôpitaux ou les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Les PASS permettent ainsi aux plus démunis d'avoir une consultation de médecine générale ou spécialisée, de recevoir des soins dentaires, de bénéficier de soins infirmiers, de bilans et d'examens et de pouvoir obtenir des médicaments. Enfin, sous conditions de ressource et à condition de pouvoir justifier d'une présence stable d'au moins 3 mois sur le territoire français, les migrants en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'État (AME) pendant un an renouvelable.

3. Présentation du Centre et des associations

Dans ce mémoire et dans l'étude qui va suivre, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux femmes enceintes ayant séjourné dans un Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants ouvert récemment en région parisienne.

3.1. Le CHUM d'Ivry-sur-Seine

Le CHUM d'Ivry-sur-Seine a vu le jour en janvier 2017 et est géré par l'association Emmaüs Solidarité, dont le but est de lutter contre la pauvreté et de venir en aide aux personnes sans abris. Ce centre, situé sur le site d'une ancienne usine d'Eau de Paris, peut accueillir 400 personnes et a une double mission : l'hébergement et l'accompagnement de femmes isolées, enceintes ou non, ainsi que des couples et des familles avec enfants, sans conditions de statut administratif. De fait, les personnes hébergées dans ce centre sont majoritairement des

demandeurs d'asile. Les familles hébergées dans le centre y séjournent en moyenne 42 jours, avant d'être redirigées vers des structures d'hébergement plus pérennes. Actuellement, Emmaüs Solidarité emploie 83 personnes pour le fonctionnement de ce site. L'accompagnement des personnes hébergées est à la fois médical et administratif.

3.1.1. Accompagnement médical et psychologique

Le SAMU social coordonne, à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France, un « pôle santé », comprenant à la fois du personnel soignant du SAMU social et des bénévoles travaillant au sein d'associations humanitaires. On compte ainsi un certain nombre d'intervenants médicaux et paramédicaux, tels que des médecins généralistes, des pédiatres, des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des gynécologues et des sages-femmes. Ces deux dernières catégories de personnels travaillent bénévolement pour l'association Gynécologie Sans Frontières (GSF). Deux sages-femmes de la PMI de Paris se rajoutent à ce dispositif. Il existe une petite pharmacie où l'on trouve des médicaments courants à destination des adultes et des enfants. Le premier accueil comprend systématiquement un bilan infirmier en présence d'un interprète pour évaluer la situation sanitaire globale et orienter, si besoin, la personne vers un professionnel médical adapté.

Ce pôle a reçu, au cours de l'année 2017, 1400 personnes. Il a pour objectif de repérer et diagnostiquer les pathologies existantes, d'initier les prises en charge les plus urgentes en orientant les personnes vers des structures hospitalières, de permettre une éducation à la santé, de délivrer une information sur le système de soin français et enfin de faire le lien avec les futurs professionnels médicaux et les structures d'hébergement d'aval pour assurer la continuité des soins.

Des partenariats ont été mis en place avec des hôpitaux franciliens, pour pouvoir, par exemple, orienter si besoin les personnes vers les PASS, comme ceux du Kremlin Bicêtre, du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC) et de la Pitié-Salpêtrière, dans lesquels l'équipe du Pôle santé bénéficie de créneaux définis. En cas d'urgence, les patients sont renvoyés vers les urgences du Kremlin-Bicêtre.

Des actions de prévention sont également menées sur place de façon régulière : promotion de la santé (contraception, tuberculose, groupes de parole pour les nouvelles mamans, hygiène bucco-dentaire et des mains chez les tout-petits, fièvre chez le nourrisson), campagnes de vaccination bimensuelles par la Croix rouge Française, dépistage du VIH et des hépatites, camion de dépistage de la tuberculose tous les 45 jours et dépistage visuel.

Il est à noter que les femmes enceintes de plus de 7 mois de grossesse ont vocation à rester hébergées dans le centre jusqu'à leur accouchement et au moins 15 jours en post-partum pour assurer leur suivi.

3.1.2. Accompagnement social et éducatif

Des travailleurs sociaux travaillant pour Emmaüs Solidarité interviennent pour aider les réfugiés dans leur demande d'asile et l'ouverture de leur droit. Trois traducteurs en arabe, dari et pachtoune sont également présents tous les jours dans le centre pour faciliter les échanges avec le personnel (96% des personnes vues par le pôle santé sont non francophones). (32)

Pour les enfants, une école primaire a été mise en place, dans laquelle enseignent des fonctionnaires volontaires de l'Éducation Nationale.

3.2. Rôle de Gynécologie Sans Frontières (GSF)

GSF, qui a été créée en 1995, est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) qui a pour but de « promouvoir la femme tant sur le plan médical que sur le plan psychologique ou social et visant à respecter la dignité humaine ». Elle mène régulièrement des missions dans des camps de réfugiés à travers le monde mais intervient également en France, dans des endroits regroupant des femmes en situation de grande précarité (33).

La mission à Ivry-sur-Seine s'appelle CAMPARIS et implique 27 sages-femmes et 9 médecins. L'ONG prend en charge le suivi gynécologique de prévention de toutes les femmes du centre (dépistage, contraception) et a également pour mission d'entamer la prise en charge obstétricale par des échographies de datation et des dépistages de grossesse (femmes nouvellement arrivées ou grossesses survenant dans le centre) et d'assurer des consultations d'urgence. Les intervenants ont à leur disposition des box de consultations avec une table d'examen gynécologique, du matériel gynécologique ainsi que des contraceptifs (pilules micro-progestatives, oestro-progestatives, contraception d'urgence, implants, dispositifs intra-utérins). Environ 25% des femmes vues au pôle santé sont enceintes. Au cours de l'année 2017, 360 consultations ont été menées par GSF et 270 par des sages-femmes de la PMI de Paris. Au 1^{er} mars 2018, 170 échographies et 60 poses de dispositifs intra-utérins ont été réalisées. Deux demi-journées de consultation sont assurées par semaine. L'association dispense également quelques séances de préparation à la naissance (explication du déroulement de l'accouchement dans sa version médicalisée,

principe de la péridurale) et des animations de groupe sur des thèmes tels que la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles. Enfin, des consultations post-partum et de PMI sont organisées pour assurer le suivi post-natal des femmes du centre.

3.3. Rôle de la PMI de Paris

La PMI de Paris se charge, quant à elle, d'effectuer une première consultation en vue du suivi hospitalier, d'orienter et d'inscrire les femmes enceintes dans certaines maternités franciliennes (principalement la Pitié mais aussi Port-Royal, Kremlin-Bicêtre et plusieurs autres maternités) pour assurer le reste du suivi obstétrical. Elle prescrit le premier bilan sanguin et les échographies (notamment celles du 1^{er} et 2^{ème} trimestre) et les fait réaliser grâce à un partenariat interne avec les Centres de Planification de la Ville de Paris. La PMI de Paris prépare ainsi un dossier complet et à jour pour la maternité où sera suivie la femme enceinte et fait le lien entre la maternité et le pôle santé tout au long du suivi de grossesse. Début décembre 2017, ce sont plus de 200 femmes enceintes qui ont ainsi été prises en charge.

ÉTUDE ET MÉTHODOLOGIE

1. Problématique et intérêt de l'étude

Nous avons vu précédemment que la prise en charge des femmes enceintes est initiée par GSF avant qu'un relais ne soit effectué par les maternités. Du point de vue de l'association, il est intéressant d'étudier le devenir de ces grossesses, sur le plan maternel et néonatal. De fait, l'analyse de ces données pourrait permettre à GSF d'avoir un retour sur son action et d'être au plus près des besoins de ces femmes. D'autre part, si une surmorbidity est constatée à l'issue de l'étude, elle pourrait aider à pérenniser son activité au sein du CHUM et à démontrer aux acteurs sociaux l'intérêt de la prise en charge des femmes et des enfants dans les centres d'hébergement.

2. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est triple :

- Décrire les issues obstétricales et néonatales des femmes enceintes prises en charge au CHUM
- Comparer ces issues de grossesses à celles de la population générale et mettre en évidence d'éventuelles différences
- Mettre en évidence d'éventuels facteurs de risque de morbidité au sein de cette population

3. Hypothèses

Nous formulons deux hypothèses principales :

- La morbidité maternelle et néonatale de la population étudiée est augmentée par rapport à la population générale
- Cette surmorbidity maternelle et néonatale est multifactorielle

4. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale multicentrique, avant tout descriptive, à partir des données présentes dans les dossiers obstétricaux et néonataux. Le recrutement des patientes est prospectif et l'analyse des données est rétrospective (dossiers consultés après l'accouchement). Si le nombre de patientes incluses le permet, une étude analytique sera réalisée, comprenant une analyse avec le logiciel R (34) pour comparer les issues de

grossesse de ces patientes avec celles de la population française, en utilisant les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 (35).

5. Population cible et période d'inclusion

Toutes les femmes enceintes hébergées au CHUM d'Ivry-sur-Seine et ayant un terme prévu entre mars 2017 et février 2019, quelle que soit l'issue, sont incluses dans notre étude.

Ces femmes ont en commun le fait d'avoir une prise en charge de leur grossesse souvent tardive, initiée par GSF, et constituent une population relativement homogène d'un point de vue social (sans-abri réfugié ou en demande d'asile, d'arrivée en France souvent récente). La période d'inclusion correspond au début de l'action de GSF dans le centre et se termine arbitrairement en février 2019 pour respecter les délais de rendu de l'étude.

6. Déroulement de l'étude et variables retenues

Des listes de patientes enceintes ayant été prises en charge ont été établies par la PMI de Paris et le CHUM, comprenant l'identité des patientes (noms, prénoms et date de naissance). Les données de la maternité d'inscription et du terme prévu sont parfois présentes. A partir de ces listes, les dossiers d'accouchement de ces patientes ont été recherchés et consultés dans les différentes maternités franciliennes concernées.

Une base de données anonymisée contenant des critères de jugement de morbidité materno-infantile a ensuite été constituée, comprenant :

- Données socio-démographiques : âge à l'accouchement, origine géographique, droits sociaux, immigration moins d'un an avant l'accouchement, capacité à communiquer en français ou en anglais, antécédents de violences
- Critères de qualité du suivi obstétrical : âge gestationnel au 1^{er} contact avec la maternité, suivi obstétrical correct (défini comme au moins 3 consultations hors urgences et au moins 1 échographie), nombre de consultations prénatales
- Critères de jugement obstétricaux : gestité, parité, IMC, grossesse unique ou multiple, antécédents obstétricaux, issue de grossesse (fausses couches précoces ou tardives, mort fœtale in utero, IVG), pathologies diagnostiquées et anémie en cours de grossesse. Si accouchement : mode d'accouchement (mise en travail, durée du travail, voie basse normale, extraction instrumentale, césarienne), type d'analgésie, lésions périnéales, type de délivrance, hémorragie de la délivrance, durée du séjour en suites de couches.

- Critères de jugement néonataux : prématurité/âge gestationnel, poids de naissance/trophicité, pH artériel au cordon, Apgar à 5 minutes, réanimation et durée d'hospitalisation éventuelle en néonatalogie.

7. Outils méthodologiques

Ces données seront initialement colligées dans un tableur Excel avant d'être analysées par le logiciel de statistiques R.

Les moyennes, médianes, écarts-types (e.c.) et quantiles sont calculés à partir du logiciel R. Les données sont présentées avec leurs intervalles de confiance à 95% (IC_{0.95}). Pour les moyennes, ces intervalles sont calculés à partir d'une loi de Student (fonction *t.test* sur R). Pour les proportions binomiales, la méthode de Wilson avec correction de continuité a été utilisée (fonction *prop.test*). Pour les comparaisons avec les données nationales, des tests de Student (comparaison de moyennes, après vérification de la normalité des données collectées), des tests du Chi² de conformité ou des tests exacts de Fisher, en fonction des effectifs, ont été utilisés. La normalité des données est vérifiée par des tests de Shapiro-Wilk (fonction *shapiro.test*) et des diagrammes quantile-quantile (fonction *qqplot*). Une valeur-p inférieure ou égale à 0.05 a été retenue pour établir la significativité d'un résultat.

8. Considérations éthiques et réglementaires

La réalisation d'une recherche médicale est encadrée par la loi Informatique et Libertés, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), et le Code de la santé publique (CSP).

Du point de vue du CSP¹², il s'agit d'une recherche multicentrique n'impliquant pas la personne humaine. Celle-ci est conforme à la méthodologie de référence MR-004.

Dans les différentes maternités où les recherches de dossiers ont été effectuées, l'accord du Chef de Service et des cadres sages-femmes a été préalablement recherché par le biais d'une « Demande d'autorisation d'enquête ». Une fois l'accord obtenu, les dossiers ont pu être consultés et colligés dans une base de données anonymisée.

¹² Article R1121-1 du CSP

RÉSULTATS

1. Diagramme de flux de la population de l'étude

Au total, 225 femmes répondant aux critères de sélection ont été recrutées prospectivement au cours de l'étude. Sur ces 225 patientes, 105 dossiers obstétricaux mentionnant une issue de grossesse ont été retrouvés (46.7%) dans huit maternités d'Île-de-France (*figure 1*). Parmi les 120 patientes perdues de vue, 76 ont été transférées en cours de suivi dans un autre hébergement (donnée mentionnée dans le dossier obstétrical ou dans les listes de la PMI de Paris) et 44 ont un devenir inconnu (dossier non retrouvé ou patientes disparues en cours de suivi sans mention d'un transfert).

Parmi les 105 dossiers obstétricaux mentionnant une issue de grossesse, sont retrouvés 93 accouchements au-delà de 22 Semaines d'Aménorrhée (SA), 11 Fausses Couches Précoces (FCP, avant 12 SA) et 1 Fausse Couche Tardive (FCT, entre 12 et 22 SA).

Plus de la moitié des 93 accouchements étudiés ont eu lieu à la Pitié-Salpêtrière (54.8%). Les autres ont eu lieu dans les maternités du Kremlin-Bicêtre, de Port-Royal, du CHIC, des Diaconesses, de Tenon, de Bichat et de Trousseau (*tableau 1*). Deux accouchements ont eu lieu au sein du CHUM (accouchements extra-hospitaliers).

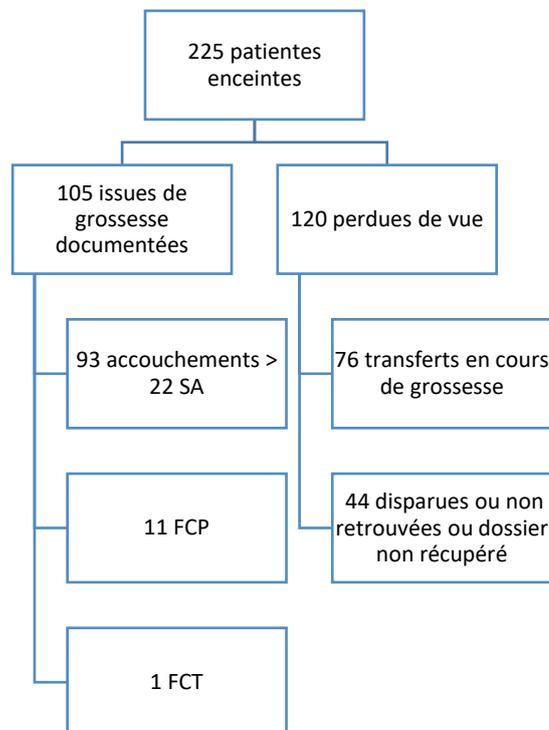


Figure 1 - Diagramme de flux de la population

	n	%
Issues de grossesse documentées (n = 225) dont	105	46.7
Accouchements > 22 SA	93	88.6
FCP	11	10.4
FCT	1	1.0
Perdues de vue (n = 225) dont	120	53.3
Transferts	76	63.3
Disparues ou non retrouvées	44	36.7
Lieux d'accouchement (n = 93)		
Pitié-Salpêtrière	51	54.8
Kremlin-Bicêtre	23	24.7
Port-Royal	8	8.6
Accouchement au Centre d'hébergement	2	2.2
Autres (CHIC, Diaconesses, Bichat, Tenon, Trousseau)	9	9.7

Tableau 1- Devenir des femmes enceintes et lieux d'accouchement

2. Caractéristiques socio-démographiques des patientes recrutées

2.1. Origines géographiques

Pour 187 patientes sur 225, la donnée de l'origine géographique était présente. Les patientes recrutées dans notre étude sont originaires de 22 pays différents. Plus de la moitié d'entre elles sont originaires d'Afrique de l'Est (58.8%). Les 4 pays les plus représentés sont l'Éthiopie, la Somalie, l'Afghanistan puis l'Erythrée. Dans le sous-groupe des patientes ayant accouché, ces répartitions sont similaires (*tableau 2*).

2.2. Caractéristiques sociales

Les patientes de notre étude ayant accouché sont très majoritairement d'arrivée récente en France : 91.3% d'entre elles sont arrivées moins d'un an avant leur accouchement. En parallèle, seulement un tiers des patientes (34.5%) avaient la capacité de communiquer en français ou en anglais avec le professionnel de santé présent pendant les consultations. Cette donnée a été obtenue en comptabilisant les mentions d'une communication difficile ou impossible, requérant un interprète ou une aide extérieure pour procéder au déroulé de la consultation. Par ailleurs, une majorité de dossiers ont fait état d'une absence de prise en

charge sociale à l'ouverture du dossier obstétrical (63.6%) contre seulement 5.7% de patientes ayant l'AME (tableau 3).

Origines géographiques	Ensemble des patientes n = 187 (%)	Patientes ayant accouché n = 92 (%)
Afrique de l'Est	110 (58.8)	55 (59.8)
Ethiopie	41	22
Somalie	35	16
Erythrée	25	11
Soudan	9	6
Autres pays d'Afrique	19 (10.2)	11 (12.0)
Côte-d'Ivoire	6	4
Libye	4	3
Tchad	3	2
Guinée	3	1
République Démocratique du Congo	1	1
Egypte	1	1
Mauritanie	1	0
Moyen-Orient et Asie	51 (27.2)	21 (22.8)
Afghanistan	30	11
Irak	8	3
Syrie	3	1
Pakistan	3	2
Koweït	2	1
Palestine	2	1
Géorgie	1	1
Iran	1	1
Turquie	1	0
Europe de l'Est	7 (3.7)	5 (5.4)
Roumanie	6	4
Ukraine	1	1

Tableau 2 - Origines géographiques des patientes (38 non renseignés)

	n	%
Communication possible en français ou en anglais (n = 87)	30	34.5
Immigration en France moins d'un an avant l'accouchement (n = 69)	63	91.3
Droits sociaux au début de grossesse (n = 88)		
Aucuns	56	63.6
PUMA/CMU/CMUc	27	30.7
AME	5	5.7

Tableau 3 - Communication, immigration et droits sociaux des femmes ayant accouché et dont les données sont présentes

2.3. Âge à l'accouchement

Les patientes de notre étude ont entre 17 et 37 ans au moment de l'accouchement, avec une moyenne de 26.0 ans (écart-type de 4.7 ans). Les primipares ont en moyenne 24.3 ans et les multipares 27.8 ans (*tableau 4 et figures 2 et 3*).

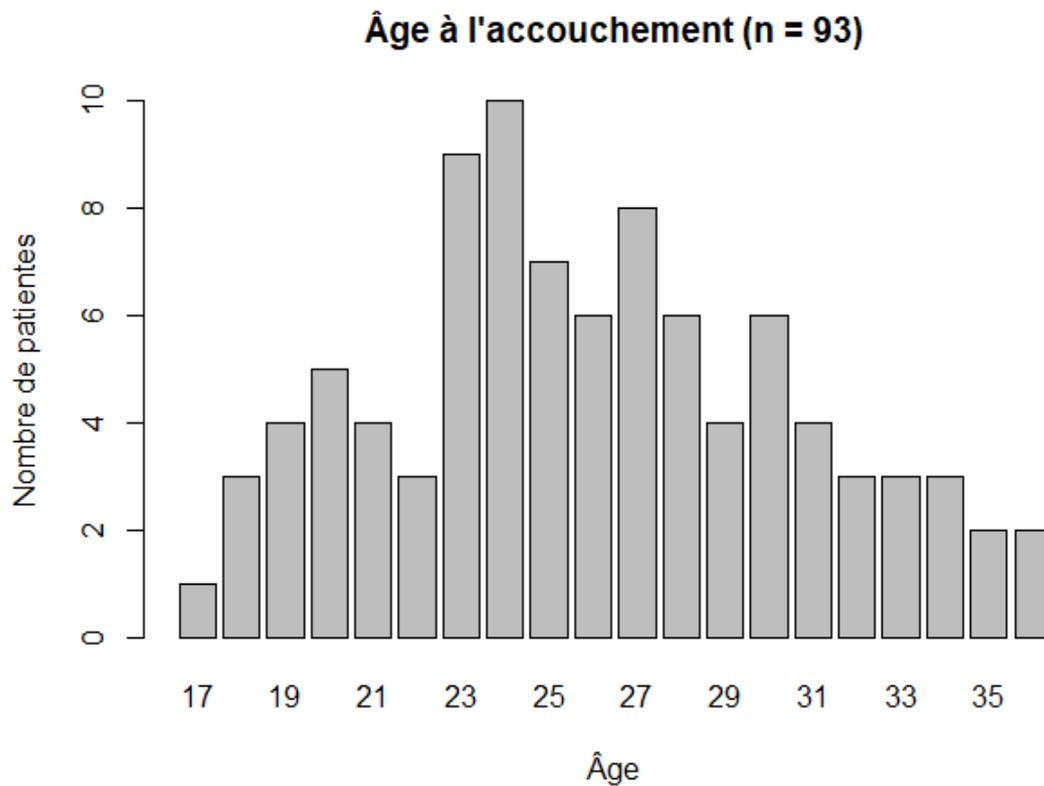


Figure 2- Diagramme à barres du nombre de patientes en fonction de l'âge à l'accouchement

	Âge moyen	IC _{0.95}	ENP	Valeur-p
Ensemble des femmes (n = 93)	26.0 ± 4.7	[25.1 – 27.0]	30.3 ± 5.2	< 0.0001
Primipares (n = 41)	24.3 ± 4.3	[22.9 – 25.7]		
Multipares (n = 52)	27.8 ± 4.6	[26.5 – 29.0]		

Tableau 4 - Âge moyen des accouchées en fonction de la parité avec écarts-types et intervalles de confiance, comparé à l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016

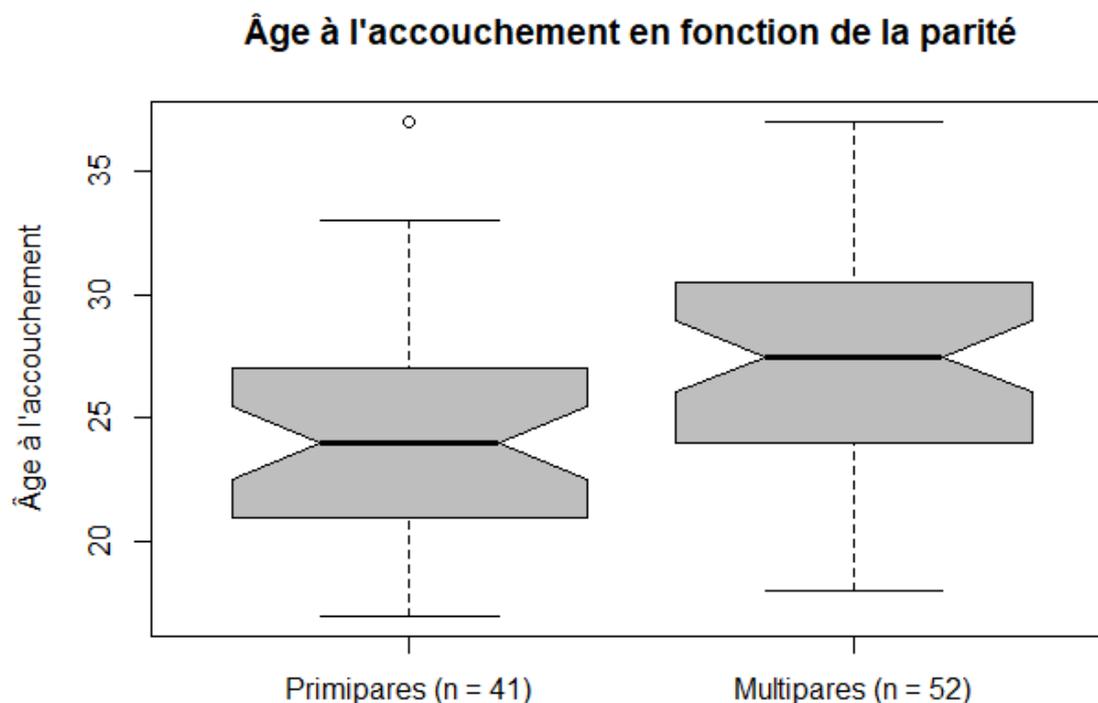


Figure 3- Diagramme en boîte représentant la répartition de l'âge en fonction de la parité. Les ronds représentent les valeurs "aberrantes", i.e. dont la distance à la valeur du 3ème quartile (Q3) est supérieure à 1.5 fois l'intervalle interquartile Q1-Q3. L'incisure représente l'intervalle de confiance à 95% de la médiane.

3. Suivi des patientes

Le suivi des patientes est une donnée importante de notre étude car il reflète la qualité de la prise en charge.

En moyenne, parmi les patientes ayant accouché, la première consultation prénatale inscrite dans le dossier de suivi obstétrical de la maternité est estimée à 29.0 SA, avec une dispersion importante. Un suivi obstétrical « correct », défini comme étant constitué au moins de trois consultations hors urgence et d'une échographie, a été constaté pour environ deux tiers des patientes.

Parmi les patientes transférées vers d'autres hébergement en cours de suivi obstétrical, leur âge gestationnel moyen au moment du transfert est estimé à 20.8 SA, avec un écart-type de 8 semaines (*tableau 5, figure 4*).

Enfin, la donnée du nombre de consultations prénatales des patientes ayant accouché n'a été relevée que dans 47 dossiers pour des raisons logistiques. Ces 47 patientes ont eu, en moyenne, 4.6 consultations prénatales à la maternité (y compris les explorations fonctionnelles), en dehors des consultations d'urgence (*tableau 5, figure 5*)

	[min – max]	IC _{0.95}	ENP	Valeur-p
1 ^{er} contact avec la maternité (n = 91)	29.0 SA ± 8.1 [11 – 40]	[27.3 – 30.7]		
AG des patientes transférées (n = 65)	20.8 SA ± 8.0 [6 -37]	[18.8 – 22.8]		
Suivi correct (n = 93)	61 (65.6%)	[54.9 – 74.9]		
Nombre de consultations prénatales hors urgences (n = 47)	4.6 ± 2.9 [0 – 14]	[3.7 – 5.4]	10.0 ± 3.8	< 0.0001

Tableau 5 - Suivi des patientes avec âges gestationnels (AG) moyens ± écarts-types, étendue et intervalles de confiance avec comparaison à l'ENP

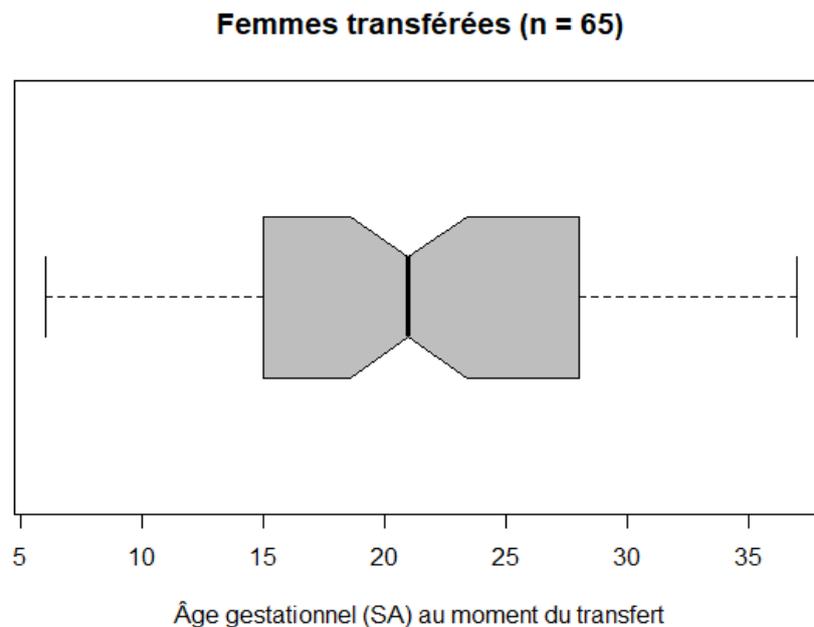


Figure 4 - Diagramme en boîte de l'âge gestationnel au moment du transfert

Nombre de consultations hors urgences (n = 47)

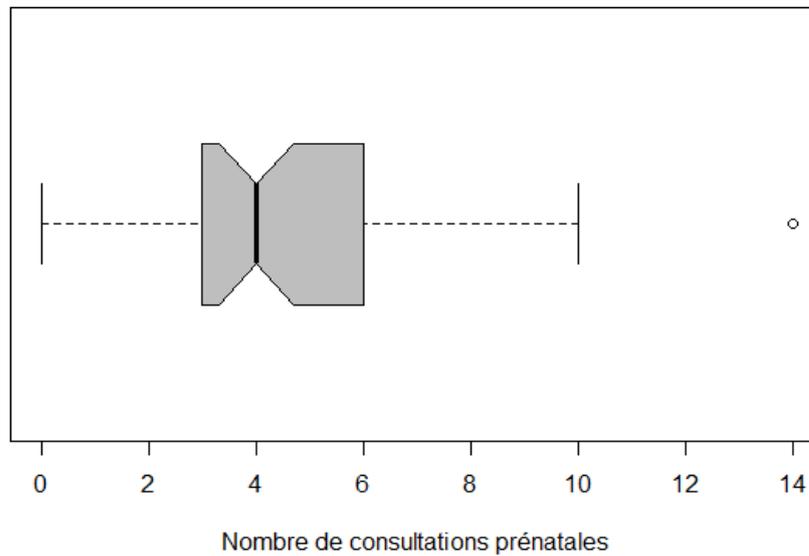


Figure 5 - Diagramme en boîte du nombre de consultations prénatales des patientes ayant accouché

4. Antécédents

Les antécédents personnels, médicaux et obstétricaux ont été relevés.

4.1. Antécédents de violences

Dans 37.6% des dossiers obstétricaux des patientes ayant accouché, ont été mentionnés des antécédents de violences, particulièrement lors du parcours migratoire, qu'elles soient physiques (torture, agression, violences conjugales), sexuelles (excision, viols) ou psychologiques (séquestration, menaces, mariages forcés). Certaines patientes ont subi plusieurs formes de violence. Les dossiers contenaient parfois des détails donnant la mesure de l'extrême gravité des violences subies : « frappée et électrocutée », « grossesse issue d'un viol », « viols à répétition et en groupe en Libye », « torture et viol par un policier en Libye », « ébouillantée par son père »...

En plus de ces antécédents de violence, deux cas de violences en cours de grossesse ont été répertoriés parmi les 93 patientes.

4.2. Antécédents médicaux

Parmi les antécédents médicaux notables relevés, 5 patientes sur 93 avaient une prise en charge psychiatrique antérieure à la grossesse, principalement pour dépression.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) avant la grossesse n'a été relevé que dans 44 dossiers sur 93, en raison du fait que le poids avant la grossesse n'était pas toujours connu (*figure 6*). On note un IMC moyen égal à 23.5 kg/m², avec 11 patientes ayant un IMC supérieur à 25 (surpoids), dont deux égaux à 35 (obésité).

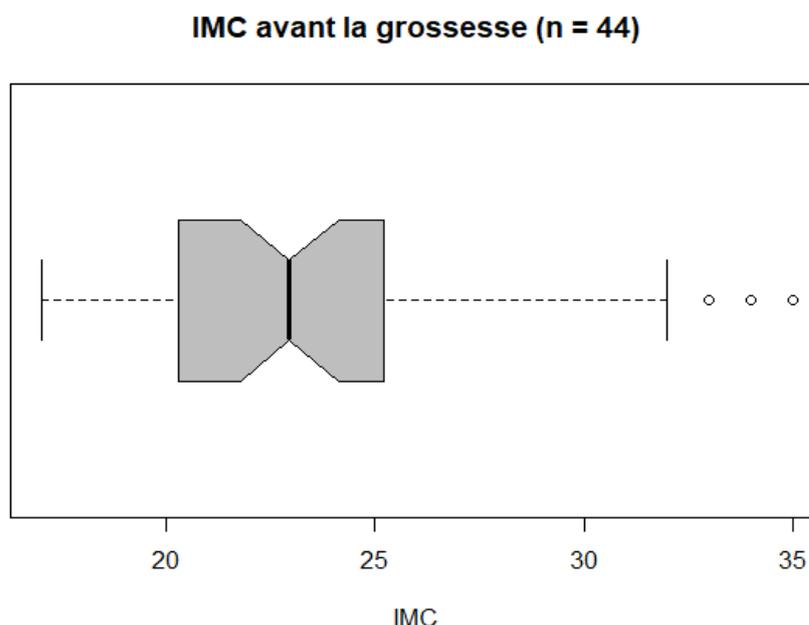


Figure 6 - Diagramme en boîte de l'IMC des patientes ayant accouché

4.3. Antécédents obstétricaux

Parmi les 93 patientes ayant accouché, 41 sont primipares et 52 sont multipares (*figure 7*). La parité moyenne des multipares est de 2.8 (après accouchement).

Un quart des patientes ont un antécédent d'au moins une fausse-couche spontanée (FCS) et une patiente a un antécédent de mort-fœtale in utero (MFIU). (*tableau 6*)

Parmi les 52 multipares, 10 ont un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel).

Antécédents	n	%	IC _{0.95} (%)	ENP (%)	Valeur-p
Au moins 1 FCP (n = 93)	23	24.7	[16.6 – 35.0]		
MFIU (n = 93)	1	1.1	[0 – 6.7]		
Utérus cicatriciel (n = 52)	10	19.2	[10.1 – 33.0]	19.8	p = 0.5

Tableau 6 - Antécédents obstétricaux des patientes ayant accouché, comparé à l'ENP de 2016

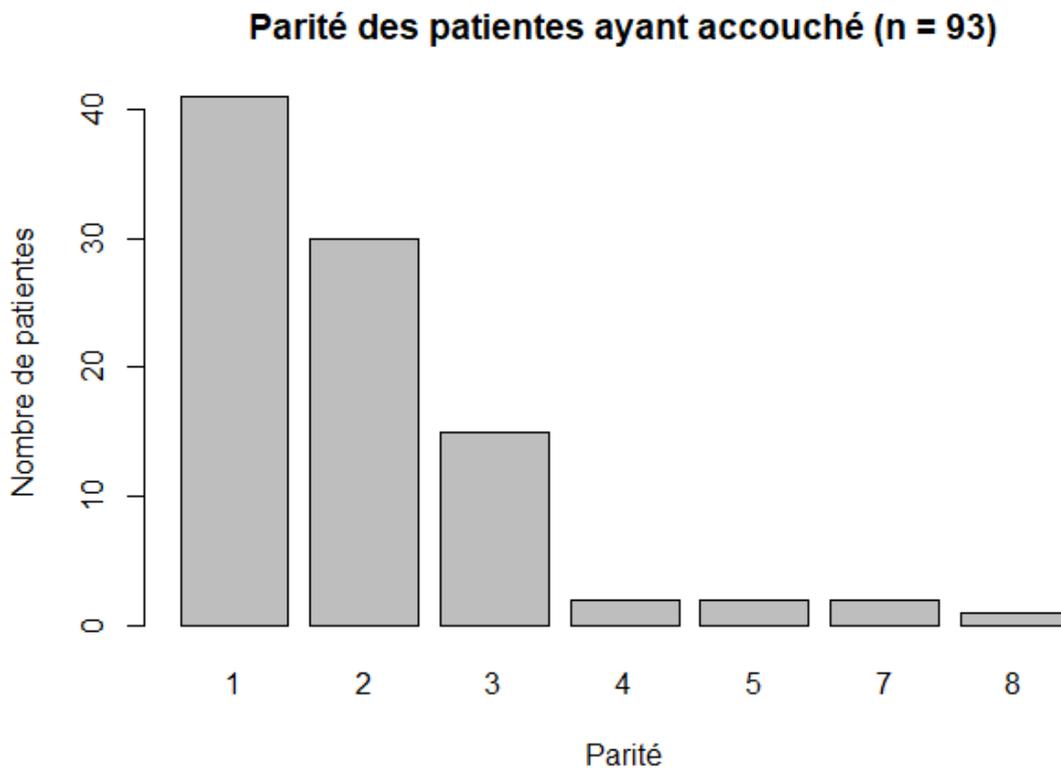


Figure 7- Diagramme à barres du nombre de patientes en fonction de la parité

5. Pathologies diagnostiquées en cours de grossesse

Les 93 grossesses étudiées étaient toutes uniques.

Au total, 26 patientes sur 93 ont nécessité un suivi aux explorations fonctionnelles ou ont été hospitalisées pour des pathologies diagnostiquées en cours de grossesse (*tableau 7*). Certaines de ces pathologies sont strictement obstétricales : suspicion d'anomalie de quantité de liquide, de PAG, de chorioamniotite, cholestase, pathologies placentaires, rupture prématurée des membranes (RPM) avant 37 SA. En particulier, 4 cas de MAP avec hospitalisation et 5 cas de diabète gestionnel (DG), avec ou sans insuline, ont été retrouvés.

Parmi les autres pathologies, des infections de différentes natures, parfois peu courantes, ont été relevées telles que des parasitoses (gale, taeniasis, paludisme), 2 cas de tuberculose, trois pyélonéphrites et une gonococcie. Parmi les 11 femmes ayant eu une fausse-couche, une d'entre elles s'est compliquée d'une infection génitale haute.

Aucune pré-éclampsie ou suspicion de prééclampsie n'a été retrouvée sur l'ensemble des dossiers consultés, ni aucune hypertension gravidique.

Enfin, la donnée du taux d'hémoglobine le plus bas au cours de la grossesse n'a été recherchée que dans 59 dossiers de grossesse, par manque de temps. Près de la moitié (44.1%) de ces patientes ont eu au cours de leur grossesse un taux d'hémoglobine inférieur à 10.5 g/dl.

Pathologies en cours de grossesse	n (%)	IC _{0.95} (%)	ENP (%)	Valeur-p
Anémie < 10.5g/dl pendant la grossesse (n = 59)	26 (44.1)	[31.4 – 57.5]		
Infection pendant la grossesse (n = 93)	9 (9.7)	[4.8 – 18.0]		
Chorioamniotite	2			
PNA	3			
Gonococcie	1			
Tuberculose	2			
Parasitose (paludisme, taeniasis, gale)	3			
Pathologies obstétricales (n = 93)				
Suspicion de PAG ou de RCIU	2 (2.2)	[0.4 – 8.3]	5.4	0.876
Oligoamnios et hydramnios	3			
Diabète gestationnel	5 (5.4)	[2.0 – 12.7]	10.8	0.924
Cholestase	1			
Pathologie placentaire (vaisseaux praevia)	2			
MAP avec hospitalisation	4 (4.3)	[1.4 – 11.3]	5.4	0.595
Pré-éclampsie	0	[0 – 4.9]		
RSM < 37 SA	1			

Tableau 7- Pathologies diagnostiquées en cours de grossesse et comparaison avec l'ENP de 2016

6. Issues maternelles

6.1. Mise en travail

Environ deux tiers des patientes (66.7%) sont entrés en travail spontanément. Quatre patientes ont eu une césarienne avant la mise en travail tandis que les autres patientes (29.0%) ont été déclenchées. Parmi les patientes déclenchées, cinq avaient pour seul motif le fait d'avoir atteint 41 SA avec un terme imprécis (*tableau 8*).

La durée moyenne du travail, obtenue à partir du partogramme (comptée à partir du moment où le partogramme a été débuté) ou du résumé d'accouchement, est de 5.6 heures pour

l'ensemble des patientes, avec une moyenne de 7.0 heures pour les primipares et de 4.2 heures pour les multipares (*tableau 8*).

6.2. Mode d'accouchement, analgésie et lésions périnéales

64.5% des patientes ont accouché voie basse normalement (n = 73 / 93), 14% ont eu une extraction instrumentale et 21.5 % ont accouché par césarienne.

Parmi ces césariennes, la grande majorité s'est faite en urgence (n = 17 / 20). Sur ces 17 césariennes en urgence¹³, 12 ont été réalisées en « code vert » (mise en travail sans accord voie basse, stagnation de la dilatation, non-engagement à dilatation complète, échec de déclenchement), quatre en « code orange » (anomalies du rythme cardiaque fœtal) et une seule en « code rouge » (procidence du cordon).

Plus des trois-quarts (78.1%) des patientes ayant accouché voie basse ont eu recours à l'analgésie péridurale (APD). Parmi les patientes ayant accouché par césarienne, aucune anaesthésie générale n'a été constatée.

37.3% des patientes ayant accouché voie basse ont eu un périnée intact, dont environ un tiers de primipares. Aucune déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré (selon la classification anglo-saxonne) n'a été relevée. Le taux d'épisiotomie sur l'ensemble des patientes ayant accouché voie basse est de 20.5%. Environ un tiers des primipares ayant accouché voie basse en ont subi une, contre 7.7% des multipares.

6.3. Délivrance et pertes sanguines

Dans 16.4% des accouchements voie basse, une révision utérine (RU) ou une délivrance artificielle (DA) a été nécessaire. L'estimation moyenne des pertes sanguines, quand elle a été renseignée sur les compte-rendus d'accouchement, est de 225 mL. Seulement 4 hémorragies du post-partum¹⁴ ont été diagnostiquées et aucune hémorragie sévère¹⁵ n'a été relevée.

¹³ Les codes « vert », « orange » et « rouge » représentent le degré d'urgence et nécessitent respectivement un délai inférieur ou égal à 60, 30 et 15 minutes entre la décision de césarienne et la naissance

¹⁴ Estimation des pertes sanguines supérieure ou égale à 500 mL

¹⁵ Estimation des pertes sanguines supérieure ou égale à 1000 mL

6.4. Sortie de la mère

Sur l'ensemble des patientes dont la donnée est présente (n = 89), la sortie de la mère s'est effectuée en moyenne 4.2 jours après son accouchement. Cette durée est de 4.1 jours pour les accouchements voie basse et de 4.8 jours pour les accouchements par césarienne.

	n (%)	IC _{0.95} (%)	ENP (%)	Valeur-p
Mise en travail (n = 93)				
Spontanée	62 (66.7)	[56.1- 76.1]	68.6	0.780
Déclenchement ou maturation pour	27 (29.0)	[20.1 – 39.4]	22.0	0.132
Terme imprécis autour de 41 SA (seul motif)	5 (18.5)			
AG estimé entre 37 et 41 SA + 5 j avec une indication obstétricale ¹⁶	15 (55.6)			
Rupture prématurée des membranes à terme (rupture prolongée ou PV+)	3 (11.1)			
AG estimé ≥ 41 SA + 5 j	4 (14.8)			
Césarienne avant travail	4 (4.3)	[1.2 – 10.6]	9.4	0.131
Durée moyenne du travail en heures (n = 77)				
Primipare (n = 37)	7.0 ± 4.1			
Multipare (n = 40)	4.2 ± 2.6			
Mode d'accouchement (n = 93)				
Voie basse non instrumentale	60 (64.5)	[53.9 – 74.2]	67.4	0.626
Voie basse instrumentale	13 (14.0)	[7.7 – 22.7]	12.2	0.711
Césarienne	20 (21.5)	[13.7 – 31.2]	20.4	0.891
En urgence dont	17 (85.0)			
Code vert	12			
Code orange	4			
Code rouge	1			
Programmée	3 (15.0)			
APD voie basse (n = 73)	57 (78.1)	[66.6 – 86.6]	81.4	0.281
Type d'analgésie ou d'anesthésie à l'accouchement (n = 93)				
APD	67 (72.0)	[61.8 – 81.9]	72.1	1
Rachianalgésie	9 (9.7)	[4.8 – 18.0]	10.8	0.859

¹⁶ ARCF, oligoamnios, hydramnios, diminution des MAF, suspicion de PAG, antécédents de MFIU, cholestase

Rachi-péridurale combinée	1 (1.1)	[0 – 6.7]	0.9	1
AG	0	[0 – 4.9]	1.2	0.630
Aucune	16 (17.2)	[10.4 – 26.7]	14.8	0.603
Périnée voie basse hors épisiotomie				
(n = 59)				
Intact	22 (37.3)	[25.3 – 50.9]	47.9	0.134
Primipares	8			
Multipares	14			
Déchirures du 1 ^{er} ou 2 ^{ème} degré	37 (62.7)	[49.1 – 74.7]	51.3	0.104
Déchirures du 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré	0	[0 – 7.6]	0.8	1
Épisiotomie (n = 73)	15 (20.5)	[12.3 – 31.9]	20.1	1
Primipares (n = 34)	12 (35.3)	[20.3 – 53.5]	34.9	1
Multipares (n = 39)	3 (7.7)	[2.0 – 22.0]	9.8	1
Pertes sanguines moyennes en mL	225 ± 187			
(n = 50)				
HPP (n = 93)	4 (4.3)	[1.4 – 11.3]		
RU ou DA/RU (n = 73)	12 (16.4)	[9.1 – 27.3]		
Jour de sortie de la mère (n = 89)	4.2 ± 2.3		4.0 ± 1.6	0.041
AVB (n = 71)	4.1 ± 1.3		3.6 ± 1.0	< 0.001
Césarienne (n = 18)	4.8 ± 1.4		4.8 ± 1.2	0.461

Tableau 8 - Description des accouchements et de leurs suites, et comparaison avec l'ENP 2016

7. Issues néonatales

7.1. Âge gestationnel estimé à l'accouchement et trophicité

Selon les débuts de grossesse estimés, les patientes de notre étude ont accouché entre 35 SA et 42 SA + 6 jours, avec une moyenne estimée à 39.8 SA (écart-type égal à 1.5 SA). Sur 93 patientes, 4 ont accouché prématurément et 23 ont dépassé leur terme estimé (*figure 8*). A partir de leur sexe, de leur poids et de leur âge gestationnel, le percentile de naissance a été calculé : 13.6% des nouveau-nés ont un poids de naissance inférieur au 10^{ème} percentile, tandis que 5.7% ont un poids de naissance supérieur au 90^{ème} percentile (*tableau 9*).

Les nouveau-nés de notre étude sont majoritairement des filles (59.6%). Le poids de naissance moyen est de 3271.4g, avec une étendue comprise entre 2390g et 4030g (*figure 9, tableau 8*).

7.2. Adaptation à la vie extra-utérine

Le pH artériel permet d'objectiver une éventuelle hypoxie per-partum. Une acidose néonatale modérée est définie comme un pH artériel au cordon compris entre 7.00 et 7.15 (inclus). L'acidose néonatale sévère est définie par un pH strictement inférieur à 7.00 (36). Le pH a été noté dans 86 dossiers sur 93 : le pH artériel moyen est de 7.27, avec un écart-type de 0.05. Les nouveau-nés ont eu un pH strictement supérieur à 7.15 dans 95.3% des cas. Aucun pH strictement inférieur à 7.00 n'a été relevé.

Le score d'Apgar est une évaluation clinique systématique des nouveau-nés permettant d'apprécier leurs fonctions circulatoire, respiratoire ainsi que leur état neurologique, et d'entamer d'éventuelles manœuvres de réanimation. Dans notre étude, 5 enfants sur 82, soit 6.1%, avaient un score d'Apgar à 5 minutes strictement inférieur à 7. Inversement, 90.2% des nouveau-nés avaient un Apgar à 5 minutes supérieur ou égal à 9 (*tableau 9*).

Des manœuvres de réanimation ont été entreprises chez 10 nouveau-nés sur 93 (10.8%) et 6 d'entre eux ont été hospitalisés en néonatalogie (6.5%).

Une seule anomalie morphologique a été constatée parmi les 93 nouveau-nés (métatarsus varus isolé).

Âge gestationnel à la naissance (n = 93)

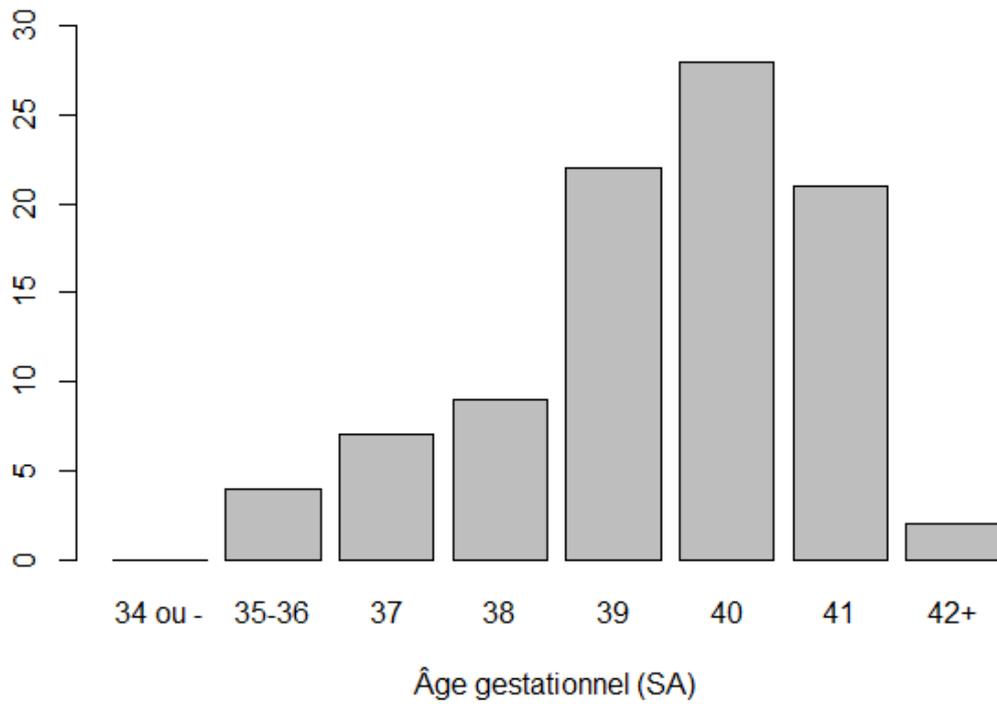


Figure 8 - Diagramme à barres du nombre de patientes en fonction de leur âge gestationnel estimé à l'accouchement. Pour la lecture, « 35-36 » signifie « entre 35 SA + 0 j et 36 SA + 6 j » et « 37 » signifie « entre 37 SA + 0 j et 37 SA + 6 j »

Poids de naissance (n = 92)

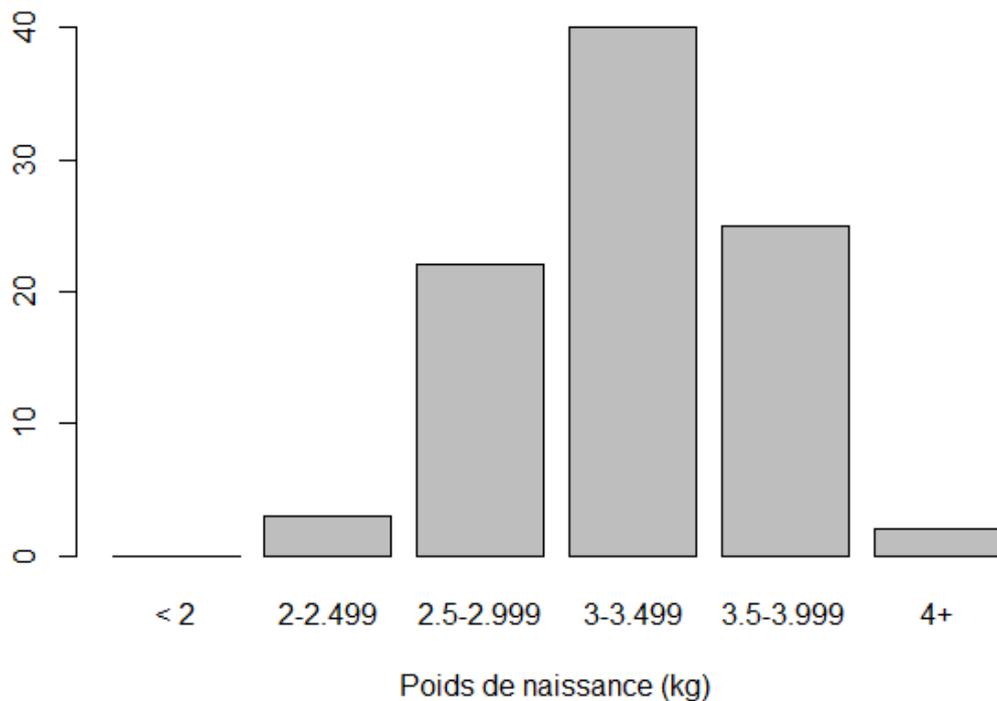


Figure 9 - Diagramme à barres du nombre de nouveau-nés en fonction de leur poids de naissance

Issues néonatales	(%) [min – max]	IC _{0.95} (%)	ENP (%)	Valeur-p
AG moyen à l'accouchement (n = 93)	39.8 SA ± 1.5 [35+0 ; 42+6]			
Accouchements prématurés (n = 93)	4 (4.3)	[1.4 – 11.3]	7.5	0.836
Sexe des nouveau-nés (n = 89)				
Féminin	53 (59.6)	[48.6 – 69.7]	48.0	0.039
Masculin	36 (40.4)	[30.3 – 51.4]	52.0	
Poids de naissance moyen en g (n = 92)	3271.4 ± 411.3 [2390 – 4030]		3246.6 ± 556.8	0.718
Percentile de croissance (n = 88)				
Percentile < 10 ^e	12 (13.6)	[7.7 – 23.0]		
Percentile > 90 ^e	5 (5.7)	[2.1 – 13.3]		
pH artériel moyen au cordon (n = 86)	7.27 ± 0.05			
pH < 7.00	0	[0 – 5.3]	0.6	0.343
pH entre 7.00 et 7.15	4 (4.7)	[1.5 – 12.1]	8.49	
pH > 7.15	82 (95.3)	[87.9 – 98.5]	90.5	
Apgar à 5 minutes (n = 82)				
< 5	3 (3.7)	[0.9 – 11.1]	0.4	< 7 : < 0.001
5-6	2 (2.4)	[0.4 – 9.4]	0.8	
7-8	3 (3.7)	[0.9 – 11.1]	3.2	
9-10	74 (90.2)	[81.2 – 95.4]	95.6	
Réanimation (n = 93)	10 (10.8)	[5.6 – 19.3]		
Hospitalisation nouveau-né (n = 93)	6 (6.5)	[2.7 – 14.1]	9.9	0.827

Tableau 9 - Description des issues néonatales et comparaison avec l'ENP 2016

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Analyse et comparaisons

Notre étude avait pour objectif de décrire les issues de grossesse d'une population de femmes enceintes migrantes et d'avoir un élément de comparaison avec la population générale. Par commodité, nous avons choisi de comparer la plupart de ces résultats avec l'Enquête Nationale Périnatale (35) la plus récente (2016) élaborée par l'Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), qui donne un panorama obstétrical complet à partir d'un échantillon représentatif de plus de 14.000 naissances de femmes majeures avec naissance vivante. Nous avons retenu les données portant sur les naissances en France métropolitaine pour mettre en évidence des différences avec les patientes accouchant dans ces maternités.

1.1. Des différences avec la population générale...

Parmi l'ensemble des patientes dont nous avons récupéré les données, nous notons un certain nombre de différences. L'âge à l'accouchement, en particulier, est significativement plus faible (différence de près de 4 ans, $p < 0.0001$). Si l'on étudie la répartition des patientes en classe d'âge, on constate également, par un test exact de Fisher, que cette répartition est différente de celle de la population générale ($p < 0.0001$). Sur les 151 patientes dont nous connaissons la parité (cette donnée étant souvent présente sur les listes que nous avons pu consulter), nous constatons également une proportion significativement plus importante de « grandes multipares », c'est-à-dire ayant déjà 3 accouchements avant la grossesse actuelle ($p = 0.011$). De même que pour l'âge, la répartition des patientes en classes de parité montre une répartition significativement différente par un test du Chi² de conformité ($p = 0.013$). Ces données sont cohérentes avec les études menées en France, qui montrent unanimement un âge plus faible et une parité plus grande (27,37,38). Nous retrouvons toutefois une proportion de primipares quasi-identique à celle de la population générale (44.1% versus 42.5%), ce qui, pour notre étude est intéressant pour les comparaisons des issues de grossesse.

Le centre d'Ivry-sur-Seine étant un hébergement d'urgence, nous retrouvons logiquement parmi ces femmes, des migrantes primo-arrivantes récentes. Par comparaison, l'ENP estime à 11.5% la proportion de patientes nées hors de France ayant accouché moins d'un an après

leur arrivée, versus 91.3% dans notre étude (35) : ceci montre la spécificité de notre population. Nous retrouvons une proportion un peu plus élevée de femmes n'ayant pas d'ouverture de droits en début de grossesse que dans une autre étude menée à Toulouse sur une population de patientes primo-arrivantes : 63.6% versus 43% (38). Ceci peut être expliqué par le fait que la prise en charge obstétricale au CHUM est rapide et souvent concomitante à l'initiation des démarches administratives, qui peuvent être longues. Sur l'ensemble de la population française, seulement 1.4% des femmes n'avaient pas de prise en charge sociale. (35)

Concernant le suivi des femmes de notre étude, nous constatons qu'en moyenne, l'ouverture du dossier obstétrical se fait pratiquement au début du 3^{ème} trimestre (29 SA). Ceci est une donnée importante car elle montre que la patiente qui va accoucher aura peu de temps pour s'habituer à la maternité et à son cadre médical et, inversement, l'équipe médicale aura également un temps très limité pour organiser une prise en charge adaptée. Toutefois, les patientes auront déjà eu au moins un rendez-vous avec une équipe médicale au CHUM avant ce rendez-vous à la maternité, puisque c'est le CHUM qui se charge de faire une échographie de datation et d'orienter les patientes vers les différentes maternités. La première rencontre avec des professionnels de santé est donc un peu plus précoce que 29 SA. La prise en charge de la grossesse étant tardive, le nombre de consultations à la maternité hors urgence est logiquement faible : 4.6 versus 10.0 dans la population générale ($p < 0.0001$). On retrouve ce faible nombre de consultations dans un certain nombre d'études portant sur des populations défavorisées (6,25,26,39,40). Le suivi tardif n'est toutefois pas la seule explication : en consultant les dossiers obstétricaux, nous avons constatés de façon récurrente des rendez-vous annulés en raison d'une absence de la patiente. D'une part, les migrantes ont parfois des difficultés à se déplacer pour aller aux rendez-vous, pour des raisons logistiques (pas de moyens de transport, difficulté à localiser la maternité), financières ou en raison de la barrière de la langue. Ces problèmes sont difficilement accommodables avec la rigueur des horaires et la nécessité d'être à l'heure : plusieurs patientes se sont vues refusées le rendez-vous car arrivées avec un retard jugé trop important. Parfois, des difficultés administratives viennent se rajouter : une patiente a ainsi manqué 3 rendez-vous de suite en raison d'une assignation à résidence. Pour autant, les deux-tiers des patientes de notre étude ont eu au moins trois consultations hors urgence et une échographie, ce qui n'est pas négligeable. L'ENP nous indique par comparaison, que 99.2% des patientes ayant accouché ont eu au moins 3 consultations hors urgence.

Parmi les antécédents des patientes, ce qui ressort essentiellement est la proportion très importante de femmes ayant subi des violences (37.6%). Cette proportion est similaire à celle obtenue dans l'étude de Toulouse (45%), dont la population a pourtant une origine géographique très différente de celles de nos patientes, avec une majorité de femmes chinoises (38). Ces violences envers les femmes migrantes semblent répandues et nécessitent d'être dépistées et prises en charge car elles participent à une vulnérabilité psychique particulière des migrants, qu'on retrouve notamment dans une méta-analyse de 2017. (41,42) Pour autant, seulement 5 patientes sur 93 ont eu un suivi pour dépression. Ce taux est similaire à la prévalence de l'épisode dépressif majeur estimé dans une grande étude menée dans la population américaine en 2016 (43), alors même que notre population de femmes migrantes est très à risque de ce type de complications : les problèmes psychiques sont probablement sous-diagnostiqués. Par ailleurs, seulement 2 cas de violences conjugales pendant la grossesse ont été relevés sur 93, ce qui est très semblable au taux observé dans l'ENP (1.7%, $p = 0.5$) : d'une part, les violences mentionnées ont lieu pour la plupart lors du parcours migratoire ou au pays d'origine et d'autre part, l'hébergement et l'encadrement dans le CHUM permet peut-être de limiter ce type de violence.

À propos des pathologies diagnostiquées en cours de grossesse, la seule différence notable qui est relevée concerne la prévalence de l'anémie (44.1%). Nous avons choisi dans notre étude de fixer le seuil de l'anémie à 10.5g/dl, essentiellement pour tenir compte de l'hémodilution physiologique au cours de la grossesse et notamment de la décroissance du taux d'hémoglobine au 2^{ème} trimestre. Ce choix est cependant critiquable : l'OMS fixe ce seuil à 11g/dl, quel que soit le trimestre, tout en admettant une diminution de l'ordre de 0.5g/dl au 2^{ème} trimestre (44). Les études sur la prévalence de l'anémie pendant la grossesse considèrent des seuils variables, compris entre 10 et 11g/dl. Une grande étude publiée dans *The Lancet* en 2013 estime cette prévalence, avec un seuil de 11g/dl, à environ 22% dans les pays industrialisés, 36% en Afrique de l'Est, d'où notre population d'étude est majoritairement originaire et jusqu'à 56% en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale (45). Nous retrouvons donc une prévalence tout à fait cohérente avec les études antérieures, environ deux fois plus élevée que la population générale.

Parmi les autres particularités relevées dans notre étude, on note un séjour des mères en maternité légèrement allongé par rapport au reste de la population : 4.2 jours vers 4.0 jours ($p = 0.041$ avec un test de Student unilatéral) et plus particulièrement pour les mères ayant

accouché voie basse (4.1 jours versus 3.6 jours, $p = 0.007$). Cette durée n'est pas allongée pour les mères ayant accouché par césarienne ($p = 0.461$). Cet écart n'est pas surprenant : l'équipe obstétrical doit s'assurer du relais avec le CHUM pour la prise en charge médicale et sociale et s'assurer de la bonne compréhension de la patiente, en faisant, par exemple, appel à un interprète. Ces écarts restent cependant faibles et témoignent plutôt d'une bonne coordination entre le CHUM et les maternités. Le CHUM permet ainsi aux patientes sans-domicile d'être sûres de pouvoir y revenir après leur accouchement et leur évite le stress de ne pas savoir où se loger après le séjour à la maternité. Les patientes ne restent donc pas indéfiniment en suites de couches, comme c'est parfois le cas pour les patientes sans domicile fixe en attente d'une réponse du Samu Social (« 115 »).

Enfin, la dernière différence concerne l'Apgar à 5 minutes, avec une proportion de nouveau-nés plus grande ayant un score inférieur strictement à 7 ($p = 0.0004$) et cela reste vrai pour les nouveau-nés ayant un score inférieur ou égal à 8 ($p = 0.039$). Près de 10% des nouveau-nés étudiés ont un Apgar à 5 minutes inférieur ou égal à 8, contre moins de 5% dans la population française. Un test exact de Fisher montre que la répartition de l'Apgar en classes diffère du reste de la population ($p = 0.002$). Dans les études consultées, un Apgar entre 0 et 3 inclus est considéré comme « bas », entre 4 et 6 inclus « intermédiaire » et « normal » à partir de 7. L'Apgar à 5 minutes est retenu dans la plupart des études, car un Apgar bas (0-3) à 5 minutes est associé à une morbidité neurologique à long-terme (épilepsie, déficit neurosensoriel, déficit intellectuel) et un Apgar à 5 minutes bas ou intermédiaire est associé à des complications à court-terme, telles que des détresses respiratoires, des difficultés d'alimentation ou l'hypothermie (46,47).

Pour terminer, la répartition des sexes des nouveau-nés est différente de celle de la population française, avec significativement plus de filles ($p = 0.039$), ce que nous ne pouvons pas expliquer autrement que par une fluctuation d'échantillonnage dû au faible effectif de notre étude.

6.1.2. ... et des similitudes

Nous avons vu qu'il existe un certain nombre de différences entre les issues de grossesses des patientes incluses et le reste de la population. Cependant, nous retrouvons également un grand nombre de similitudes, dont certaines n'étaient pas attendues, au vu des études présentées dans l'introduction. Nous revenons dans cette partie sur certaines de ces similitudes.

Parmi les antécédents personnels, aucune différence en terme d'IMC n'a été constatée : les proportions de femmes en surpoids avant la grossesse est similaire à celle de la population générale ($p = 0.424$) et la répartition en classes ne diffère pas non plus ($p = 0.704$), contrairement aux études qui montrent une surreprésentation des femmes ayant un IMC supérieur ou égal à 25 (48). De même, les antécédents obstétricaux sont comparables, tant au niveau des fausses-couches (24.7% versus « 1 femme sur 4 avant 39 ans » dans l'enquête de *Delabaere et al.* (49)), des MFIU que des césariennes (19.2% versus 19.8%). Au niveau des pathologies diagnostiquées en cours de grossesse, le taux de diabète gestationnel est plus bas que dans la population générale et aucun trouble hypertensif n'a été mis en évidence alors que des proportions élevées étaient attendues. Peu d'autres pathologies obstétricales ont été observées et notamment peu de MAP ayant nécessité une hospitalisation (ce critère étant retrouvé toutefois retrouvé de façon inconstante dans les études). Ceci peu s'expliquer de plusieurs manières : notre échantillon est faible, l'incidence de ces pathologies obstétricales est faible également (les critères de jugement portant sur des événements rares sont peu fiables) et le suivi des patientes n'était pas optimal. En particulier, le dépistage du diabète gestationnel par hyperglycémie provoquée (normalement pratiqué entre 24 et 28 SA) a été rarement mis en place, soit parce que les patientes n'avaient pas d'indications particulières pour le faire, soit parce que le terme était trop tardif.

Aucune différence statistiquement significative n'est notée sur le mode de mise en travail ($p = 0.095$) ni sur la proportion de déclenchement ou de maturation (29.0% versus 22%, non significatif avec $p = 0.132$). La durée du travail semble courte et corrélée avec la parité mais sa comparaison est difficile avec la littérature car elle dépend du moment à partir duquel elle est décomptée, du mode d'entrée en travail et du mode d'accouchement. À ce propos, la répartition des modes d'accouchement est quasiment identique à celle de l'ENP ($p = 0.810$). Nous notons toutefois, parmi les césariennes, qu'une grande majorité est réalisée en urgence (85.0% versus environ 50% dans la population générale), ce qui peut être expliqué par un suivi non optimal. (50)

Une proportion importante de patientes de notre étude ayant accouché voie basse a bénéficié de la péridurale et celle-ci est comparable aux données de l'ENP (78.1% versus 81.4%, $p = 0.281$). Ceci est relativement surprenant pour des patientes qui ne connaissaient forcément pas le concept d'analgésie péridurale avant d'arriver en France. Ceci peut s'expliquer en partie par le travail qui est en fait en amont au CHUM, avec des cours de préparation à la

naissance mais peut-être aussi par une propension des équipes obstétricales à préférer une péridurale sur des patientes parfois grandes multipares avec des termes imprécis (risque d'hémorragie du post-partum).

Ces données sur l'entrée en travail, le mode d'accouchement et la péridurale peuvent constituer un renseignement sur la qualité de la prise en charge en salle de naissance : nos patientes migrantes semblent avoir été prises en charge, sur le plan médical, de la même manière que n'importe quelle patiente.

Contrairement à ce que nous attendions, nous n'avons pas retrouvé un taux d'hémorragie du post-partum plus important. Dans la population française, celle-ci est estimée à environ 5% des accouchements par *Deneux-Tharaud et al.* en 2014 (51), contre 4.3% dans notre étude (et à 2% pour les hémorragies sévères versus 0 dans notre étude).

Concernant les issues néonatales, les données portant sur les âges gestationnels sont à considérer avec précautions, étant donné que les datations de grossesse sont tardives. Nous n'avons pas constaté de différences significatives par rapport à la répartition des termes d'accouchement ($p = 0.065$), à la proportion de prématurés ($p = 0.836$), à la répartition des poids de naissance ($p = 0.198$) et des pH ($p = 0.343$), ni par rapport à la fréquence des hospitalisations ($p = 0.827$).

2. Points forts, limites et biais

Le point fort de notre étude est de donner un aperçu relativement exhaustif des issues de grossesse d'une population de femmes enceintes primo-arrivantes en France et de sa prise en charge en tentant de montrer ses spécificités et ses besoins. La taille de notre échantillon, quoique limitée, reste raisonnable pour mettre en avant quelques points saillants.

La difficulté majeure pour mener à bien cette étude a été le recueil de données, et particulièrement la localisation des dossiers obstétricaux des patientes enceintes ayant un terme compatible avec notre étude. Cette étape essentielle s'est révélée complexe car les listes sur lesquelles nous nous sommes appuyés étaient souvent approximatives, notamment par rapport à l'orthographe des noms et prénoms (variants régulièrement de quelques lettres entre les listes fournies par le CHUM et la PMI, et l'enregistrement dans les hôpitaux) et aux dates de naissance parfois erronées. La maternité d'inscription des patientes était souvent précisée mais lorsque nous ne parvenions pas à retrouver le dossier obstétrical dans ladite maternité, il était difficile de savoir si la patiente avait fini par accoucher dans cette maternité

sous une identité différente ou si elle avait accouché ailleurs (transfert en région ou accouchement dans une autre maternité). Pour pallier ces difficultés, nous nous sommes servis de deux logiciels de l'APHP : ORBIS et GDM (Port-Royal), en utilisant des critères de recherche très larges (par noms approximatifs et/ou date de naissance). Dans certaines maternités, comme la Pitié-Salpêtrière, où l'informatique est peu utilisée, nous avons passé en revue des listes de centaines d'accouchements dans l'espoir d'apercevoir un nom que nous connaissions. Ces recherches extensives nous ont permis de retrouver quelques patientes que nous pensions perdues de vue. Malheureusement, ce nombre de perdues de vue reste élevé et représente plus de la moitié des patientes que nous souhaitions inclure. La majorité a été transférée dans d'autres hébergements hors Île-de-France et il nous était quasiment impossible de savoir dans quelle ville : nous n'avons donc aucun moyen d'apprécier comment s'est passé le relais avec les maternités en région ni ce que ces patientes sont devenues. Pour les autres perdues de vue, une partie ont rompu leur suivi en cours, sans pour autant être connues pour avoir été transférées : elles sont donc considérées comme « disparues ». Enfin, par manque de temps et également faute d'avoir pu obtenir certaines autorisations, plusieurs dossiers obstétricaux localisés dans certaines maternités (Necker, Les Noriets, Lariboisière) n'ont pas pu être consultés. Ces patientes ont donc été comptabilisées avec les « disparues » car leur devenir est inconnu.

Ainsi, le nombre de patientes dont nous connaissons l'issue de grossesse est limité et restreint l'analyse et la fiabilité des données : les marges d'erreur sont grandes et n'ont pas permis de conclure à des différences pour la majorité des critères de jugement étudiés. De même, les dossiers obstétricaux étaient parfois remplis de façon parcellaire, en raison de la difficulté de communication avec les patientes, ce qui peut contribuer à diminuer la fiabilité des résultats. Par ailleurs, deux critères (anémie, nombre de consultations hors urgence) n'ont été relevés que sur une partie des patientes, par manque de temps : les effectifs de ces deux critères sont donc faibles mais les résultats sont suffisamment différents pour être significatifs. De plus, un des critères, l'IMC, était particulièrement imprécis, le poids avant la grossesse étant rarement connu avec précision (risque de biais de classement). Enfin, il s'agit plus globalement d'une étude épidémiologique rétrospective, descriptive transversale, avec des éléments comparatifs, donc de niveau de faible niveau de preuve (NP4).

En conclusion, la surmorbidity attendue n'a pas été retrouvée, bien que la population étudiée ait des caractéristiques distinctes que nous avons pu mettre en évidence. Ceci nous amène à

plusieurs pistes de réflexion. D'une part, il pourrait s'agir du *healthy migrant effect* (voir introduction) : les femmes hébergées au CHUM ont, dans leur immense majorité, dû endurer un parcours migratoire long et difficile. Celles qui y parviennent sont majoritairement jeunes, en bonne santé et ayant des ressources suffisantes. Au-delà de cet effet, les patientes dont nous connaissons les issues de grossesse sont les patientes qui ont été suivies correctement (accouchement qui a eu lieu dans la maternité de suivi dans la plupart des cas), ce qui crée une forme de biais de sélection. De plus, un certain nombre de ces grossesses ont débuté alors que ces femmes étaient déjà en France et parfois déjà hébergées au CHUM, ce qui tend à limiter l'influence du parcours migratoire sur l'issue de grossesse (biais de sélection). Enfin, s'il s'agit bien de femmes migrantes récemment arrivées en France et vivant dans des conditions de précarité extrême, celles-ci ont la particularité d'avoir un accompagnement médical, psychologique, social et administratif ainsi qu'une forme de sécurité qui pourrait expliquer en partie que leurs issues de grossesse soient finalement très proches de celles de la population générale. En particulier, ces issues pourraient être le reflet d'une organisation efficace entre le CHUM d'Ivry-sur-Seine et les maternités, permettant une prise en charge adéquate des patientes. Il est à noter que le CHUM d'Ivry-sur-Seine a lui-même des particularités, avec des moyens plus importants que les autres CHUM et des liens davantage structurés avec les hôpitaux.

3. Implications et perspectives

Ces issues de grossesse nous montrent essentiellement une forme d'« occidentalisation » de ces femmes sur le plan obstétrical. Si le retentissement de cette migration n'est pas, dans notre étude, particulièrement marqué sur le plan physique, il l'est sur le plan psychologique et social. Ces femmes ont donc des besoins spécifiques et il serait intéressant d'étudier leur prise en charge par les équipes obstétricales en maternité, pour observer si les structures de soin arrivent à s'adapter à ces patientes. De fait, les professionnels de santé peuvent éprouver des difficultés de plusieurs natures : grossesse non ou peu suivie, absence de prise en charge sociale, difficultés de communication avec les patientes rendant les consultations difficiles, difficulté de compréhension de certaines attitudes (comme le refus d'une césarienne en urgence par exemple). Nous pourrions imaginer un circuit spécifique pour ce genre de patientes au sein des maternités avec des équipes sensibilisées aux difficultés des femmes migrantes, un accès plus facile aux services d'interprétariat, des horaires plus souples et

surtout une attention particulière à leur santé mentale. En somme, une prise en charge plus globale, telle que celle qui est initiée au CHUM d'Ivry-sur-Seine.

CONCLUSION

L'accueil et la prise en charge des migrants est un sujet d'actualité et constitue un enjeu majeur de santé publique. Parmi eux, les femmes enceintes migrantes en demande d'asile constituent une population particulièrement vulnérable et fortement à risque d'être exposée à des violences. La santé de cette population est peu étudiée en France. Notre étude, portant sur une population de femmes d'un CHUM comparée aux résultats de l'ENP de 2016, montre que ces patientes sont globalement plus jeunes, sont plus fréquemment de grandes multipares et sont très susceptibles d'avoir subi des violences, notamment pendant le parcours migratoire. Leur suivi obstétrical est tardif et non optimal, malgré un accès aux soins facilité par leur prise en charge médicale et administrative au CHUM. De même, le nombre de perdues de vue en cours de suivi est élevé (plus de 50%), majoritairement dû aux transferts de femmes enceintes dans d'autres hébergements. Parmi les critères de jugement obstétricaux, seule une prévalence importante d'anémie et un séjour plus long en maternité sont observés. Aucune autre différence en termes de morbidité n'est retrouvée. Parmi les critères de jugement néonataux, seul un Apgar strictement inférieur à 7 à 5 minutes est retrouvé plus fréquemment.

Ainsi, cette étude donne un aperçu des besoins spécifiques de ces femmes et de la nécessité d'un accompagnement adapté, notamment sur le plan psychologique et social. L'intégration dans le système de soin est initiée au CHUM, grâce à son pôle médical et à ses assistants sociaux, et poursuivie dans les maternités. Cette organisation permet une prise en charge médicale qui, au vu de notre étude, semble donner des résultats satisfaisants. Il faudrait donc inciter les pouvoirs publics à continuer d'investir dans des structures similaires, permettant une prise en charge globale et éviter de transférer les femmes enceintes en cours de suivi pour ne pas compliquer davantage leur accès au soin. Enfin, il importe que les équipes soignantes et les structures de soins soient sensibilisées aux spécificités de cette population pour assurer un suivi adéquat.

RÉFÉRENCES

1. Organisation Internationale pour les migrations. Migration Data Portal [Internet]. 2017 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://migrationdataportal.org/data>
2. Direction Générale de la Commission Européenne chargée de l'information statistique à l'échelle communautaire. Database - Eurostat [Internet]. Eurostat. [cité 17 janv 2018]. Disponible sur: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/asylum-and-managed-migration/data/database>
3. Office Français de Protection des Réfugiés et des apatrides. Les données de l'asile à l'Ofpra en 2018 [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/l-ofpra/actualites/les-donnees-de-l-asile-a-l-ofpra-en>
4. Organisation des Nations Unies. World Migration Report 2018. 2018.
5. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J.* oct 2013;17(8):1346-54.
6. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 avr 2016;32(Supplement C):26-38.
7. Gibson-Helm ME, Teede HJ, Cheng I-H, Block AA, Knight M, East CE, et al. Maternal health and pregnancy outcomes comparing migrant women born in humanitarian and nonhumanitarian source countries: a retrospective, observational study. *Birth Berkeley Calif.* juin 2015;42(2):116-24.
8. Salvador S, Bertozzi S, Londero AP, Driul L, Da Riolo R, Marchesoni D. Outcome of pregnancy for immigrant women: a retrospective study. *Minerva Ginecol.* août 2010;62(4):277-85.
9. Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen A-M, Small R, Davey M-A, et al. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *Eur J Public Health.* août 2015;25(4):620-5.
10. Reime B, Janssen PA, Farris L, Borde T, Hellmers C, Myezwa H, et al. Maternal near-miss among women with a migrant background in Germany. *Acta Obstet Gynecol Scand.* juill 2012;91(7):824-9.

11. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, Bandyopadhyay M, Stray-Pedersen B, Stewart D, et al. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol.* nov 2011;25(6):575-92.
12. Urquia ML, Ying I, Glazier RH, Berger H, De Souza LR, Ray JG. Serious Preeclampsia Among Different Immigrant Groups. *J Obstet Gynaecol Can.* 1 avr 2012;34(4):348-52.
13. Urquia ML, Glazier RH, Gagnon AJ, Mortensen LH, Nybo Andersen A-M, Janevic T, et al. Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialised countries. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* nov 2014;121(12):1492-500.
14. Haelterman E, Qvist R, Barlow P, Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 10 nov 2003;111(1):25-32.
15. EPOPé. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012. 2017 sept p. 231.
16. Philibert M, Denaux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explain by suboptimal obstetric care? *BJOG.* 20 juin 2008;115(11):1411-8.
17. Bunevicius R, Kusminskas L, Bunevicius A, Nadisauskiene RJ, Jureniene K, Pop VJM. Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(5):599-605.
18. Stewart DE, Gagnon A, Saucier J-F, Wahoush O, Dougherty G. Postpartum depression symptoms in newcomers. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* févr 2008;53(2):121-4.
19. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(2):134-48.

20. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med.* 1 févr 2009;68(3):452-61.
21. Nybo Andersen A-M, Gundlund A, Villadsen SF. Stillbirth and congenital anomalies in migrants in Europe. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 avr 2016;32(Supplement C):50-9.
22. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J. Migration to western industrialised countries and perinatal health: A systematic review. *Soc Sci Med.* 1 sept 2009;69(6):934-46.
23. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen A-MN. Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies – The case of the MAMA ACT intervention in Denmark. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 avr 2016;32(Supplement C):100-12.
24. World Health Organization. Antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model. 2002 [cité 22 mai 2018]; Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42513>
25. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, et al. Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. *Matern Child Health J.* 1 juill 2013;17(5):816-36.
26. Boerleider AW, Wiegers TA, Manniën J, Francke AL, Devillé WL. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 mars 2013;13:81.
27. Blondel B, Marshall B. [Women with little or no prenatal care during pregnancy. Results of a study of twenty departments]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1996;25(7):729-36.
28. United Nations High Commissioner for Refugees. Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees [Internet]. 1951 [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.unhcr.org/protection/basic/3b66c2aa10/convention-protocol-relating-status-refugees.html>
29. Parlement et Conseil Européens. Règlement 604/2013 du 26 juin 2013 établissant les critères et mécanismes de détermination de l'État membre responsable de l'examen d'une

demande de protection internationale introduite dans l'un des États membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride (refonte) [Internet]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0031:0059:FR:PDF>

30. République Française. Loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094&categorieLien=id>

31. Parlement et Conseil Européens. Directive 2013/33/UE du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale [Internet]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:FR:PDF>

32. Emmaüs Solidarité. Présentation du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine. 10 oct 2016 [cité 21 oct 2017]; Disponible sur: <http://ivrymaillage.ivry94.fr/fileadmin/ivry-sur-seine/MEDIA/Actualites/0-IMV-hebdo/IMV-hebdo343/Centre-Hebergement-dUrgence-emmaus-10-10-16.pptx>

33. Gynécologie Sans Frontières. Constats - Historique - Objectifs [Internet]. [cité 9 déc 2017]. Disponible sur: <https://gynsf.org/gsf/constats-historique-objectifs/>

34. R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. 2005; Disponible sur: <http://www.R-project.org>

35. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P. Enquête Nationale Périnatale 2016. oct 2017 [cité 21 oct 2017]; Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

36. Carbonne B, Nguyen A. Surveillance fœtale par mesure du pH et des lactates au scalp au cours du travail. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2008;37(1):S65-71.

37. Gayral-Taminh M, Arnaud C, Parant O, Fournié A. Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1999;28:462-71.

38. Dessaint L. Description des grossesses des femmes enceintes migrantes primo-arrivantes suivies au sein du réseau Louis Guilloux à Rennes [Internet] [Thèse d'exercice en

vue du Diplôme d'État de Docteur en Médecine]. [Rennes]: Rennes 1; 2016 [cité 20 oct 2017]. Disponible sur: <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/f0a83e7c-49a5-4f66-b659-bd4cb3eb9885>

39. Carayol M, Bucourt M, Cuesta J, Blondel B, Zeitlin J. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 20 févr 2015;44(3):258-68.

40. David M, Borde T, Brenne S, Ramsauer B, Hinkson L, Henrich W, et al. Obstetric care quality indicators and outcomes based on the degree of acculturation of immigrants—results from a cross-sectional study in Berlin. *Arch Gynecol Obstet*. 25 oct 2017;1-10.

41. Fellmeth G, Fazel M, Plugge E. Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. avr 2017;124(5):742-52.

42. Stewart DE, Gagnon AJ, Merry LA, Dennis C-L. Risk factors and health profiles of recent migrant women who experienced violence associated with pregnancy. *J Womens Health* 2002. oct 2012;21(10):1100-6.

43. Ashley JM, Harper BD, Arms-Chavez CJ, LoBello SG. Estimated prevalence of antenatal depression in the US population. *Arch Womens Ment Health*. 1 avr 2016;19(2):395-400.

44. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. 2011 [cité 13 avr 2019]; Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85839/WHO_NMH_NHD_MNM_11.1_eng.pdf

45. Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Glob Health*. juill 2013;1(1):e16-25.

46. Leinonen E, Gissler M, Haataja L, Rahkonen P, Andersson S, Metsäranta M, et al. Low Apgar scores at both one and five minutes are associated with long-term neurological morbidity. *Acta Paediatr*. juin 2018;107(6):942-51.

47. Thavarajah H, Flatley C, Kumar S. The relationship between the five minute Apgar score, mode of birth and neonatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* mai 2018;31(10):1335-41.
48. Gibson-Helm M, Teede H, Block A, Knight M, East C, Wallace EM, et al. Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 nov 2014;14:392.
49. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* déc 2014;43(10):764-75.
50. Coulm B, Blondel B, Alexander S, Boulvain M, Le Ray C. Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database. *Acta Obstet Gynecol Scand.* sept 2014;93(9):905-12.
51. Deneux-Tharaux C, Bonnet M-P, Tort J. Epidémiologie de l'hémorragie du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* déc 2014;43(10):936-50.

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATIONS

Tableau 1- Devenir des femmes enceintes et lieux d'accouchement.....	21
Tableau 2 - Origines géographiques des patientes	22
Tableau 3 - Communication, immigration et droits sociaux	23
Tableau 4 - Âge moyen des accouchées.....	24
Tableau 5 - Suivi des patientes	25
Tableau 6 - Antécédents obstétricaux.....	27
Tableau 7- Pathologies diagnostiquées en cours de grossesse	29
Tableau 8 - Description des accouchements et de leurs suites	31
Tableau 9 - Description des issues néonatales et comparaison avec l'ENP 2016	35
Figure 1 - Diagramme de flux de la population.....	20
Figure 2 - Nombre de patientes en fonction de l'âge à l'accouchement.....	23
Figure 3 - Diagramme en boîte de l'âge en fonction de la parité.....	24
Figure 4 - Diagramme en boîte de l'âge gestationnel au moment du transfert	25
Figure 5 - Diagramme en boîte du nombre de consultations prénatales.....	26
Figure 6 - Diagramme en boîte de l'IMC des patientes ayant accouché	27
Figure 7 - Diagramme à barres du nombre de patientes en fonction de la parité.....	28
Figure 9 - Nombre de nouveau-nés en fonction de leur poids de naissance	34
Figure 8 - Nombre de patientes en fonction du terme de naissance	34

Photographie de couverture : Yourtes du Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants d'Ivry-sur-Seine, équipées de Wifi et ayant une fonction de salles communes et de réfectoire.

©Rémi Albagli-Curiel

ANNEXE



Typologie des dispositifs d'« hébergements » des personnes migrantes-accueil/transit/contrôle/expulsion : comment s'y retrouver ?

Dispositif	Acronyme	Signification	Description, public concerné	Cadres légaux (et infra légaux)	Nombre de places / localisation / principaux opérateurs	Financement / Prix de journée par personne et par jour
Dispositif de tri de migrants	CAES	centre d'accueil et d'examen de situation administrative	Dispositif combiné : hébergement et examen administratif. Puis orientation rapide vers un centre adapté à la situation administrative	Article L 744-3-3 CESEDA Circulaire du 4 décembre 2017 relative à l'évolution du parc d'hébergement	415 places : 3 centres dans les Hauts de France; généralisation ave 2 200 PLACES en 2018	BOP 303 prix de journée : 25€ c
	CPO	centre de pré-orientation	Idem CAES, mais spécificité francilienne		250 places Espérier 95 (Patinatoire de Cergy)-	
	CPA	centre de premier accueil	Personnes arrivant à Paris (sauf Débouteés) Examen de situation administrative obligatoire trois jours après au CESA (devenu GUDA bis)	CPA : art L 345-2 ZCASF + convention tripartite Mairie de Paris, Etat, Emmatis	800 places hommes et 400 femmes, Emmatis solidarité (Paris, La Chapelle et Ivry)-	DRHIL (BOP 177) + Mairie de Paris* (prix de journée : non connu)
Hébergement de transit	CAO	Centre d'accueil et d'orientation	Créer pour l'évacuation des migrants du Calais et utilisé désormais pour les évacuations de campements parisiens	L 744-3 2° CESEDA Charte de fonctionnement-juillet 2016	10 000 places environ hors IDF, (en voie de transformation en CAES pour 2 000 places)	BOP 303 prix de journée : 24 euros
	CHUM	Centre d'hébergement d'urgence pour migrants	Spécificité francilienne Migrants évacués des campements parisiens et orientation via les CPA	L 345-2-2 CASF Vade-mecum- septembre 2016	10 000 places environ en IDF EMMAUS, AURORE, France Horizon...	DRHIL –BOP 177 Prix de journée : 30 à 60€
demande d'asile ou réfugiés	CADA	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile en cours de procédure normale.	L 744-3-1 CESEDA et L 348-1 du CASF	40 450 places ADOMA : 7 106 s ; COALLIA, 5 713 ; FTDA : 4 679 ; Forum réfugiés : 1288 ; CRF : 177 ; Groupe SOS : 1084,	BOP 303 Prix de journée 19,50€
	HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeur d'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile.	Article L 744-3 2° du CESEDA Circulaire du 4 décembre 2017 1	21 000 places (dont 7 000 stables) ADOMA, Coallia et autres structures	BOP 303 Prix de journée 17€
	AT-SA	Accueil temporaire service de l'asile	Hébergement et accompagnement des demandeurs d'asile. Public prioritaire ; procédures accélérées	Article L 744-3 2° du CESEDA Appel à projets – 29 juillet 2015	5776 places: ADOMA et autres structures	BOP 303 Prix de journée 15,65€
dispositifs d'accueil et demande d'asile	CPH	Centre provisoire d'hébergement	Accueil et accompagnement de personnes réfugiées et de bénéficiaires de la protection subsidiaire	Article 349-1 et suivant du Code de l'action sociale et des familles	2279 places COALLIA 439 ; FTDA 309DPHRS : 400; Forum réfugiés 173 ...	BOP 104 intégration Prix de journée 25€
	PRAHDA	Programme d'accueil et d'hébergement des demandeurs d'asile	Accueil et accompagnement mélangé de demandeurs d'asile en attente d'enregistrement, en cours de procédure+ dublinés assignés à résidence	L 744-3 2° du CESEDA Marché public du ministère de l'intérieur, sept 2016	5351 places : situées souvent dans d'anciens hôtels formule 1. ADOMA opérateur unique	BOP 303 prix de journée : 15€
Dispositif de surveillance à visée d'expulsion	DPAR et centre assignation Dublinés	Dispositif de « préparation au retour »	Surveillance et expulsion des personnes assignées à résidence sous OQTF ou décisions de transfert Dublin	circulaire du 17 juillet 2015 «	Actuellement au nombre de 2, (557 places) Moselle, Rhône, Paris, Seine –Saint-Denis, Bouche du Rhône. Adoma, Rose des Vents, accueil sans frontière 67, ADRIM. Généralisation prévue dans chaque région en 2018	BOP 303 Prix de journée 24€

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ADA	Allocation pour Demandeurs d'Asile
AG	Âge Gestationnel
AME	Aide Médicale d'État
AMS	Allocation Mensuelle de Subsistance
APD	Analgésie PériDurale
ARCF	Anomalie du Rythme Cardiaque Foetal
ATA	Allocation Temporaire d'Attente
AVB	Accouchement Voie Basse
CADA	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CHIC	Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
CHUM	Centre d'Hébergement d'Urgence pour Migrants
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
CPA	Centre de Premier Accueil
CPH	Centre Provisoire d'Hébergement
CPO	Centre de Pré-Orientation
CSP	Code de Santé Publique
DA	Délivrance Artificielle
DG	Diabète Gestationnel
DPAR	Dispositif expérimental de Préparation Au Retour
EC	Écart-type
ENCMM	Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles
ENP	Enquête Nationale Périnatale
FCP	Fausse Couche Précoce
FCT	Fausse Couche Tardive
GSF	Gynécologie Sans Frontières
HPP	Hémorragie du Post-Partum
HUDA	Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile
IMC	Indice de Masse Corporelle
MAF	Mouvements Actifs Foetaux
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	Mort Foetale In Utero
OFII	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OFPRA	Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OR	Odds Ratio
PAG	Petit pour l'Âge Gestationnel
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAHDA	PRogramme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile
PUMA	Protection Universelle Maladie
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin

RPM	Rupture Prématurée des Membranes
RSA	Revenu de Solidarité Active
RU	Révision Utérine
SA	Semaine d'Aménorrhée
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
UNHCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés

Résumé

Introduction – Les femmes enceintes en demande d’asile sont une population particulièrement vulnérable et leur prise en charge est un enjeu de santé publique. Notre objectif est d’étudier leurs issues de grossesses et de mettre en évidence une éventuelle surmorbidity de cette population.

Matériel et méthode – Il s’agit d’une étude observationnelle rétrospective multicentrique menée en région parisienne, incluant les femmes enceintes d’un centre d’hébergement d’urgence pour migrants ayant un terme prévu entre mars 2017 et février 2019 (n = 225). Les issues obstétricales et néonatales sont décrites puis comparées avec la population française.

Résultats – Sur 225 patientes, 53.3% ont été perdues de vue. Les 93 accouchées étaient plus jeunes ($p < 0.0001$), étaient plus fréquemment de grandes multipares ($p = 0.011$) et 37.6% avaient des antécédents de violences. Elles avaient moins de consultations prénatales ($p < 0.0001$), étaient fréquemment anémiées (44.1%) et avaient une durée d’hospitalisation plus longue ($p = 0.041$). Leurs nouveau-nés avaient plus souvent un score d’Apgar à 5 minutes inférieur à 7 ($p < 0.001$). Aucune autre différence sur les issues obstétricales et néonatales n’a été mise en évidence.

Conclusions – Les issues de grossesse se sont avérées proches de la population générale mais ces femmes possèdent des facteurs de risque psycho-sociaux qui nécessitent une prise en charge adaptée.

Abstract

Backgrounds – Pregnant asylum seeker women are a very vulnerable population and their medical follow-up is a public health issue. Our aim is to study their pregnancy outcomes and to assess the risk of an increased morbidity.

Methods – This is a multicentric retrospective observational study carried out in Paris region and based on 225 pregnant women in an emergency shelter for migrants. Their obstetrical and neonatal outcomes are described and compared with french national statistics.

Results – Among 225 patients, 53.3% have been lost to follow-up. The 93 women who gave birth were younger ($p < 0.0001$), were more frequently great multiparous ($p = 0.011$) and 37.6% have suffered from violence prior their pregnancy. They had less prenatal consultations ($p < 0.0001$), were frequently anaemic (44.1%) and had a longer stay at hospital ($p = 0.041$). Their newborns were more likely to have a 5-minute Apgar score below 7 ($p < 0.001$). No other obstetrical or neonatal outcome was significantly different.

Conclusion – The pregnancy outcomes were close to the French population but these women have psychological and social risk factors that require special attention.

Mots-clés : Grossesse, Migration, Demandeur d’asile, Morbidity

Nombre de pages : 55 / Nombre de mots : 16.627 / Nombre de références bibliographiques : 51