

I Gynécologie et société

Précarité sociale, santé maternelle, santé périnatale

RÉSUMÉ : La précarité sociale est un facteur de risque périnatal et maternel aujourd'hui connu. L'analyse des mécanismes qui expliqueraient comment les différentes dimensions de la condition sociale des femmes interagissent avec les indicateurs de santé maternelle et/ou périnatale a permis d'identifier un certain nombre d'éléments susceptibles de jouer un rôle de facteurs intermédiaires. Parmi ceux-ci, le tabagisme, l'obésité maternelle, l'usage de drogues, l'exposition à des stress psychologiques et physiques, les infections génitales, la pénibilité du travail et très certainement l'accès aux soins et, de manière plus large, la qualité du suivi prénatal.

La précarité maternelle étant un authentique facteur de risque médical, il est important de la dépister et de la prendre en compte dans l'organisation du suivi prénatal.



E. AZRIA

Maternité Notre-Dame de Bon Secours,
Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph,
PARIS.

Inserm UMR 1153, Équipe de recherche
en Épidémiologie Obstétricale,
Périnatale et Pédiatrique (EPOPé),
Centre de Recherche Épidémiologie et
Statistique Sorbonne Paris Cité,
DHU Risques et Grossesse,
Université Paris Descartes,
PARIS.

En France, la notion de précarité sociale a commencé à être employée dans les années 1970 alors que la fin du plein emploi fragilisait la société. Le père Joseph Wresinski, membre du Conseil économique et social, en proposa dans un rapport rendu en 1987 la définition suivante : *“La précarité est l’absence d’une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l’emploi, permettant aux personnes et familles d’assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.”*

La précarité est donc, suivant cette définition, une condition multidimensionnelle, un ensemble d'éléments qui, en convergeant, entraînent une fragilisation économique, sociale et familiale et conduisent à la pauvreté. L'utilisation d'une telle définition en épidémiologie n'est pas possible et certains ont cherché à approcher la notion *via* certaines caractéristiques sociales ou à la traduire en scores agrégeant les différentes dimensions des vulnérabilités concourant à la précarité que sont l'insuffisance de res-

sources, la dépendance vis-à-vis d'allocations, l'instabilité de l'habitat, le faible niveau d'éducation, les difficultés d'accès aux soins, l'isolement...

Quelle que soit la définition qui lui est donnée, la précarité sociale est un phénomène en progression. Depuis les années 1970 jusqu'au milieu des années 1990, la France a connu une baisse régulière de la pauvreté. Celle-ci a ensuite stagné jusqu'en 2002 avant d'enregistrer un mouvement de hausse qui s'est considérablement accentué à partir de la crise monétaire de 2008. Selon les données de l'Insee, le taux de personnes pauvres, c'est-à-dire vivant avec un revenu inférieur à 60 % du revenu médian (1 015 euros), est passé de 12,9 % en 2002 à 13,7 % en 2013.

Ce phénomène de paupérisation n'est pas le propre de la France et concerne la plupart des pays de l'OCDE. Outre le phénomène général, soulignons que femmes et hommes ne sont pas égaux face à ces situations et que le taux de pauvreté des femmes (15 %) est supérieur à celui des

hommes (13,6 %) avec respectivement 4,7 et 4 millions de personnes concernées. Si les femmes âgées sont les plus concernées, notamment celles de plus de 75 ans, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes ont elles aussi vu leur situation se dégrader. Entre les enquêtes nationales périnatales de 2003 et 2016, le taux de chômage des femmes enceintes est ainsi passé de 10 à 16,8 % et le taux de femmes qui au début de leur grossesse étaient sans couverture sociale ou couvertes par les régimes de la CMU ou de l'AME était en 2016 de 14,2 % [1].

On sait depuis plusieurs décennies que la condition sociale a un impact sur la santé des individus et qu'aux inégalités sociales s'ajoutent des inégalités de santé. Les progrès accomplis en termes de santé des populations dans les pays développés ne profitent pas à tous de manière équitable. Cet impact se manifeste de manière générale par le différentiel bien connu d'espérance de vie qui existe entre un ouvrier de 35 ans et un cadre du même âge qui serait de 6,3 années de plus pour le cadre de sexe masculin et de 3 années de plus pour le cadre féminin que pour l'ouvrière [2].

Outre cet impact sur l'espérance de vie, la condition sociale défavorable a un impact sur de nombreux indicateurs de santé et est associée à un risque accru de nombreuses conditions morbides. Ce phénomène n'épargne malheureusement pas la femme enceinte. La précarité sociale est en effet associée à la fois à un risque accru d'issue périnatale défavorable bien documenté par la littérature épidémiologique internationale [3] et à celui d'issue maternelle défavorable qui n'est en revanche décrit que depuis peu [4, 5].

Outre l'impact de la précarité individuelle sur les indicateurs de santé maternelle et périnatale, nous verrons qu'il existe également des inégalités territoriales de santé dont l'analyse permet une lecture plus fine des inégalités sociales de santé.

La précarité maternelle est associée à un risque accru d'issue périnatale défavorable

L'impact de la précarité sociale sur la santé périnatale a été bien mis en évidence dans les pays dits industrialisés. Ces différences de risques entre les catégories sont toutefois très variables d'un contexte à l'autre, d'un pays à l'autre, dépendant notamment des capacités d'accès aux soins des catégories les plus vulnérables et ainsi des systèmes de protection sociale. En plus de l'organisation des sociétés autour de l'accès aux soins et de l'influence des modes de solidarité nationale sur la santé des personnes en situation de précarité, interviennent également les disparités géographiques, le niveau d'éducation et les inégalités territoriales.

Une part importante de la morbidité et de la mortalité périnatale est liée aux anomalies congénitales et il apparaît qu'il existe un gradient social pour le risque d'anomalie congénitale qui croît à mesure que l'indice de précarité augmente [6]. Ces anomalies sont principalement des anomalies non chromosomiques. Plus encore que les anomalies congénitales, la prématurité et l'hypotrophie à la naissance contribuent de façon majeure à la mortalité néonatale et infantile ainsi qu'à la morbidité à long terme et au handicap [3].

L'intervention de facteurs de risque socio-économiques est connue depuis maintenant longtemps. Concernant les mécanismes unissant les situations de vulnérabilité psychosociale aux risques accrus d'accouchement prématuré ou d'hypotrophie, un certain nombre de facteurs ont été identifiés comme jouant possiblement un rôle d'intermédiaire. Le tabac est au premier rang de ces facteurs candidats. Il existe en effet non seulement un fort gradient social dans la consommation de tabac, mais également une association entre tabac et risque de prématurité ou de petit poids pour l'âge gestationnel.

Même si les recherches concernant l'impact des événements de vie stressants, l'anxiété, la dépression ou encore le stress au travail ne sont encore que très peu développées, il est fort probable que les facteurs environnementaux auxquels sont confrontées de manière chronique les femmes enceintes en situation de grande précarité (problèmes d'habitat, de revenus, isolement, violence, discrimination) pourraient être impliqués dans les mécanismes reliant la précarité sociale au risque médical accru.

Étudiant les rapports entre la précarité maternelle et périnatale, il n'est pas possible de faire l'économie d'analyses qui prennent en compte le phénomène de migration, l'origine géographique des femmes ou l'appartenance à une minorité. Gardons toutefois à l'esprit que si la question de la santé des migrants relève pleinement de la problématique des inégalités sociales de santé, elle ne peut y être réduite. La population constituée par les femmes d'Afrique subsaharienne se distingue en termes d'issue de grossesse avec une mortalité de 13,9/1 000 naissances contre 8,9 et 8,8 chez les femmes françaises et d'Afrique du Nord, un risque de prématurité ajusté multiplié par 1,4 (1,1-1,8) et un risque d'hypotrophie multiplié par 1,5 (1,2-1,9) par rapport aux femmes françaises [7].

La précarité associée à plus de morbidité et de mortalité maternelles

Dans le contexte des pays de niveau sanitaire élevé, si l'âge maternel inférieur à 20 ans ou supérieur à 35 ans, les antécédents médicaux, la parité et l'accouchement par césarienne ont été identifiés comme des facteurs de risque de mortalité maternelle, il apparaît que la position socio-économique est également un déterminant du risque de décès maternel. Ainsi, l'enquête confidentielle sur les morts maternelles conduite au Royaume-Uni pour la période 2006-2008 montre que les femmes sans emploi et

I Gynécologie et société

celles ayant des métiers manuels ont un risque de mourir en cours de grossesse ou au décours de l'accouchement 6 fois plus important que les femmes ayant les positions sociales les plus élevées [8]. En France, une analyse menée à partir des données de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles a mis en évidence que le risque de mort maternelle des femmes de nationalité d'Afrique sub-saharienne – population dont on sait qu'elle est la plus touchée par la précarité sociale – est 5,5 fois plus élevé que chez les femmes originaires de France [9].

Outre la mortalité maternelle, stade ultime d'une condition pathologique, la littérature épidémiologique met également en évidence l'existence d'inégalités sociales de morbidité maternelle. On voit ainsi que le fait d'appartenir à la catégorie socioprofessionnelle la plus basse augmente significativement le risque d'une complication maternelle sévère telle que l'embolie amniotique, la stéatose hépatique aiguë gravidique, l'éclampsie, l'embolie pulmonaire ou encore le fait d'avoir une hystérectomie dans le péripartum [10].

Deux hypothèses sont actuellement avancées pour expliquer ce surrisque maternel :

- les femmes en situation sociale défavorable présenteraient globalement une incidence accrue de complications (sévères ou non sévères) pendant leur grossesse par rapport aux femmes socialement favorisées. Cela possiblement en raison de morbidités préexistantes, de facteurs de risque plus fréquents et/ou d'une surveillance prénatale sous-optimale ;
- que la première hypothèse se vérifie ou pas, les complications existantes s'aggravaient plus souvent et plus sérieusement que pour les femmes en situation socialement plus favorable. La place dans la chaîne causale du suivi prénatal sous-optimal est bien sûr questionnée tant la première conséquence observable de la précarité maternelle est précisément l'insuffisance de suivi de

grossesse. En France, la fréquence des consultations ou examens non faits pour des raisons financières a récemment augmenté, passant ainsi d'après les données des enquêtes périnatales successives de 1,8 % en 1998 à 2,3 % en 2003 et 4,4 % en 2010 [1]. Le taux de suivi de grossesse sous-optimal peut atteindre 51,8 % dans les situations de précarité les plus graves comme cela peut être observé dans la cohorte PreCARE [11, 12].

L'environnement géographique et social : interaction entre déterminants individuels et territoriaux

En plus des inégalités de statut socio-économique déjà envisagées et de leur impact sur les indicateurs de santé, il est aujourd'hui de plus en plus évident que l'environnement spatial agit aussi en tant que déterminant de santé, et ce parfois de manière indépendante des conditions individuelles. Si on a longtemps considéré que ces inégalités territoriales n'étaient qu'un plaquage des inégalités sociales individuelles et une façon indirecte de les approcher lorsque les données sociales individuelles n'étaient pas disponibles, on se demande aujourd'hui comment les constructions territoriales participent aux inégalités de santé et comment les faits de santé déterminent les territoires.

Pour comprendre comment le lieu opère comme un déterminant social de santé, il est nécessaire de décomposer les dimensions de ces lieux et de prendre à la fois en compte des éléments contextuels (qualité de l'air, offre de santé, habitat, transports, espaces sociaux, incivilités...), locaux (valeurs dynamiques des lieux, réseaux sociaux...) ainsi que les dynamiques de changement (investissements d'infrastructure). Il s'agit alors de réconcilier deux paradigmes épidémiologiques jusqu'à présent divergents que sont l'approche reposant sur le facteur de risque individuel et une approche écologique reposant sur l'environnement.

Les travaux de géographes sont en cela extrêmement éclairants.

Une étude menée dans 8 régions des États-Unis montre ainsi que le risque d'accouchement prématuré est significativement associé au caractère défavorisé du territoire sur lequel vivaient les femmes [13]. Ces liens entre territoires et indicateurs de santé périnatale sont toutefois, là aussi, plus complexes qu'il n'y paraît. Certains auteurs suggèrent (toujours à partir de résultats d'études menées aux États-Unis) que les populations ayant de bons revenus qui appartiennent à une minorité ethnique ont un risque périnatal plus important d'hypertrophie et d'accouchement prématuré lorsqu'elles vivent dans un environnement ethnique mixte que lorsqu'elles vivent en communauté, quitte à ce que ce soit sur des territoires plus défavorisés. Les auteurs attribuent ce phénomène à certaines formes de ségrégation et de stigmatisation raciales dont peuvent alors être victimes ces minorités sur certains territoires [14].

Toujours aux États-Unis, d'autres auteurs confirment que pour des femmes issues de la minorité afro-américaine vivant de manière relativement isolée par rapport à leur communauté, le risque de RCIU (retard de croissance intra-utérin) et de prématurité était accru, alors qu'à l'inverse dans les zones caractérisées par le regroupement d'individus issus de cette minorité, les risques apparaissent moindres [15]. On voit ici que les phénomènes de ségrégation raciale jouent un rôle ambivalent sur la santé périnatale par le biais du territoire et de l'environnement social. L'effet est délétère en cas d'isolement d'individus par rapport à leur communauté, plus favorable en cas de regroupement favorisant la cohésion et une certaine solidarité.

Des observations similaires ont été faites en France dans le département de la Seine-Saint-Denis où l'impact en termes de risque d'accouchement prématuré du dénuement territorial n'est pas le

même selon l'origine géographique des femmes [16]. Pour les femmes nées en France, le taux de prématurité augmente de façon significative avec l'index de dénuement du territoire sur lequel elles résident. Cette tendance n'est pas retrouvée chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne où l'impact du dénuement territorial semble à l'inverse plutôt positif. Cet effet paradoxal, qui fait que pour certains migrants le dénuement du territoire n'a pas d'impact négatif alors qu'il en a un pour ceux nés en France, peut s'expliquer par une solidarité intra-communautaire comme cela a pu être observé pour les Afro-américains aux États-Unis. Il se peut de plus que les services d'aide sociale et médicale (centres de santé) soient en plus grand nombre dans les secteurs où la concentration de migrants et/ou de dénuement social est la plus importante.

On voit ainsi que le territoire de résidence est susceptible d'influer sur l'état de santé *via* des mécanismes psychosociaux, la diminution des ressources territoriales ou, à l'inverse, par une réponse sociale adaptée à un environnement difficile permettant d'optimiser la prévention et la prise en charge des problèmes de santé. L'environnement social est donc également susceptible d'avoir un effet sur la santé périnatale même hors contexte de précarité individuelle. Ces données montrent à quel point le contexte social d'une personne se doit d'intégrer son environnement.

■ Conclusion

Il est donc nécessaire que tout clinicien intervenant auprès de femmes enceintes prenne en compte le "paramètre social" dans ses multiples dimensions et considère que la présence pour une patiente donnée de conditions sociales défavorables constitue un authentique facteur de risque médical.

Si le dépistage de ce type de facteur de risque est en France un des objectifs

de l'entretien prénatal précoce, l'efficacité de ce dispositif est l'objet de bien des interrogations. La précarité sociale est associée à un risque accru de suivi prénatal sous-optimal, tout particulièrement en ce qui concerne le suivi précoce, il est donc légitime de s'interroger sur l'accessibilité réelle de ce dispositif pour les femmes qui devraient en être les premières bénéficiaires et d'insister sur l'importance de ne pas restreindre la charge de la recherche de vulnérabilités sociales aux seuls professionnels réalisant ces entretiens. Celle-ci est de la responsabilité de tous et certaines informations concernant la condition sociale devraient faire l'objet d'un recueil en routine par l'ensemble des professionnels engagés dans le suivi de grossesse.

Connaître l'existence d'un facteur de risque de cette nature, et reconnu comme tel, n'est pas en soi la garantie de sa prise en compte et si le caractère encore hypothétique des mécanismes évoqués plus haut ne permet pas de formaliser des recommandations à l'adresse des cliniciens ou des pouvoirs publics, une attention toute particulière aux modalités du suivi prénatal et des soins qui peuvent en découler, très probables maillons dans la chaîne causale des événements morbides, est plus que nécessaire. La simplification des procédures administratives

POINTS FORTS

- La précarité sociale est un facteur de risque médical, tant pour ce qui est du risque périnatal que pour ce qui est du risque de morbidité maternelle sévère ou de mortalité maternelle.
- La précarité sociale est associée à un risque accru de suivi sous-optimal.
- Le suivi sous-optimal pourrait jouer un rôle important sur le chemin causal entre précarité sociale et risque maternel ou périnatal accru.
- Comme tout facteur de risque médical, les situations de précarité sociale doivent être l'objet d'un dépistage précoce au cours de la grossesse.

d'accès aux dispositifs assuranciers et d'attribution des droits, mesure appelée de leurs vœux par les rédacteurs d'un récent rapport de l'Académie nationale de médecine intitulé "*Précarité, pauvreté, santé*", serait certainement de nature à favoriser l'accès précoce aux soins prénatals de nombreuses femmes en situation précaire [17]. La prise en compte des caractéristiques du territoire est, nous l'avons vu, également nécessaire à l'échelle institutionnelle ou dans la définition des modes de fonctionnement des réseaux de périnatalité.

Le déroulement de la grossesse et son issue étant des déterminants importants des conditions de vie futures des enfants à naître, il est de la responsabilité des soignants, des chercheurs et des décideurs politiques de tout mettre en œuvre pour ne pas laisser s'ajouter aux inégalités sociales individuelles et territoriales des inégalités de santé susceptibles de se reproduire de génération en génération. Il s'agit là d'une urgence tant médicale que sociétale.

BIBLIOGRAPHIE

1. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête Nationale Périnatale - 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. ADISP-CMH 2010.

I Gynécologie et société

2. DREES. Etat de santé de la population en France, rapport 2011. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf.
3. AZRIA E. Social inequalities in perinatal health. *Arch Pediatr*, 2015;22:1078-1085. do
4. DE GRAAF JP, STEEGERS E A P, BONSEL GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2013;25:98-108.
5. AZRIA E, STEWART Z, GONTHIER C *et al*. Social inequalities in maternal health. *Gynecol Obstet Fertil*, 2015;43:676-682.
6. VRIJHEID M, DOLK H, STONE D *et al*. Socioeconomic inequalities in risk of congenital anomaly. *Arch Dis Child*, 2000;82:349-352.
7. SAUREL-CUBIZOLLES MJ, SAUCEDO M, DREWNIAK N *et al*. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *BEH*, 2012;30-34.
8. CANTWELL R, CLUTTON-BROCK T, COOPER G *et al*. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 2011;118 Suppl 1:1-203.
9. PHILIBERT M, DENEUX-THARAUX C, BOUVIER-COLLE MH. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG*, 2008;115:1411-1418.
10. KNIGHT M, KURINCZUK JJ, SPARK P *et al*. Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *BMJ*, 2009;338:b542.
11. GONTHIER C, ESTELLAT C, DENEUX-THARAUX C *et al*. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017;17:126.
12. SAUVEGRAIN P, AZRIA E, CHIESA-DUBRUILLE C *et al*. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. *BJOG*, 2017;124:1858-1865.
13. O'CAMPO P, BURKE JG, CULHANE J *et al*. Neighborhood deprivation and preterm birth among non-Hispanic Black and white women in eight geographic areas in the United States. *Am J Epidemiol*, 2008;167:155-163.
14. VINIKOOR LC, KAUFMAN JS, MACLEHOSE RF *et al*. Effects of racial density and income incongruity on pregnancy outcomes in less segregated communities. *Soc Sci Med*, 2008;66:255-259.
15. BELL JF, ZIMMERMAN FJ, ALMGREN GR *et al*. Birth outcomes among urban African-American women: A multilevel analysis of the role of racial residential segregation. *Soc Sci Med*, 2006;63:3030-3045.
16. ZEITLIN J, COMBIER E, LEVAILLANT M *et al*. Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for migrant and non-migrant women: A study in a French district. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2011;25:347-356.
17. SPIRA A. Académie Nationale de Médecine. Rapport Précarité, pauvreté et santé. 2017.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.