



Congrès ORS Bordeaux, 4 avril 2013

Santé, périnatalité et grande précarité : La prise en charge des femmes enceintes issues du Samu Social et du dispositif PRENAP

Lydie ANCELOT
Université de Poitiers
IRIAF / CRIEF

Marc-Hubert DEPRET
Université de Poitiers
IRIAF / CRIEF



La grande précarité des femmes enceintes

- 9,25 % à 16,4 % des femmes enceintes en situation de précarité
- 4,4 % des femmes ayant accouché en 2010 ont connu des difficultés financières pour se faire suivre durant leur grossesse
- 11,6 % des femmes enceintes précaires n'ont pas consulté durant leur 1er trimestre de grossesse (0,8 % chez les non précaires)
- En Ile de France :
 - Disparités de santé importantes sur le territoire
 - Mortalité infantile et mortinatalité > moyenne nationale
 - Prévalence plus importante de certaines pathologies

Sources : Enquête nationale périnatale 2010, Ministère de la santé
Gayral-Taminh *et al.*, 2005, *Journal de Gynécologie Obstétrique*
Parigi *et al.*, 2010, *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*



Les conséquences médicales de la précarité

→ **Pour la femme enceinte** : anémies, infections urinaires et génitales, malnutrition, diabète gestationnel, hypertension artérielle, dépression, ...

→ **Pour le nourrisson** : naissance prématurée, malformations, complications, hypotrophie, faible vitalité, souffrance fœtale, moindre accès à l'allaitement maternel, maladies chroniques ou mentales durant l'adolescence et l'âge adulte, ...

--- > Importance d'une **prise en charge médicale** complète et d'un **soutien** (social et psychologique) adaptés pour les **femmes enceintes en situation de grande précarité**



Objectif de l'étude

→ A partir de données réelles, identifier l'**impact de la grande précarité** sur les facteurs de risque **pour les femmes enceintes et pour leur nourrisson**

→ Etudier l'**incidence** d'un dispositif d'aide aux femmes grandes précaires (**PRENAP**) sur leur état de santé, ainsi que sur celui de leur nourrisson



Les données disponibles

→ 2959 femmes ayant accouché à l'hôpital Port-Royal (AP-HP) en 2011, 2904 retenues pour l'étude, dont 2771 en situation de non précarité, 133 grandes précaires (Samu Social de Paris) dont 53 intégrées dans PRENAP

→ 65 variables (103 initialement), 35 variables pertinentes retenues, regroupées en 3 catégories :

- Profil sociodémographique de la femme (4)
- Etat de santé de la femme (25)
- Etat de santé du nourrisson (6)



Incidence de la grande précarité (avec échantillonnage)

- Comparaison des populations précaires et non précaires sur la base d'un **échantillon représentatif** (n=133)
- **Tests statistiques** afin de mesurer l'impact du facteur « Samu social » sur certaines variables
- **Analyses multivariées par régression logistique** pour préciser le rôle de certains facteurs

VARIABLES PRÉSENTANT DES DIFFÉRENCES STATISTIQUEMENT SIGNIFICATIVES ENTRE LES FEMMES PRÉCAIRES ET NON PRÉCAIRES



Catégories		Variables retenues
Profil sociodémographique de la femme		Age, origine géographique, couverture sociale, Samu social, mode de vie
Etat de santé de la femme	Antécédents avant grossesse	Parité, immunisation rubéole, porteur hépatite B, porteur hépatite C, porteur VIH
	Suivi de grossesse	Type grossesse, nb enfant attendu échographie T1, échographie T2, échographie T3, résultat échographie T1, résultat échographie T2, résultat échographie T3, dépistage marqueurs sériques, nombre de pathologie, dépistage du diabète, hospitalisation
	Suites accouchement	Mode d'accouchement, mode début travail, anesthésie, pathologies suite accouchement, durée de séjour, mode de sortie, allaitement
Etat de santé du nourrisson		État de l'enfant à la naissance, terme, poids, sortie salle de travail, réanimation à la naissance, lieu de transfert de l'enfant

Profil sociodémographique et médicale des femmes



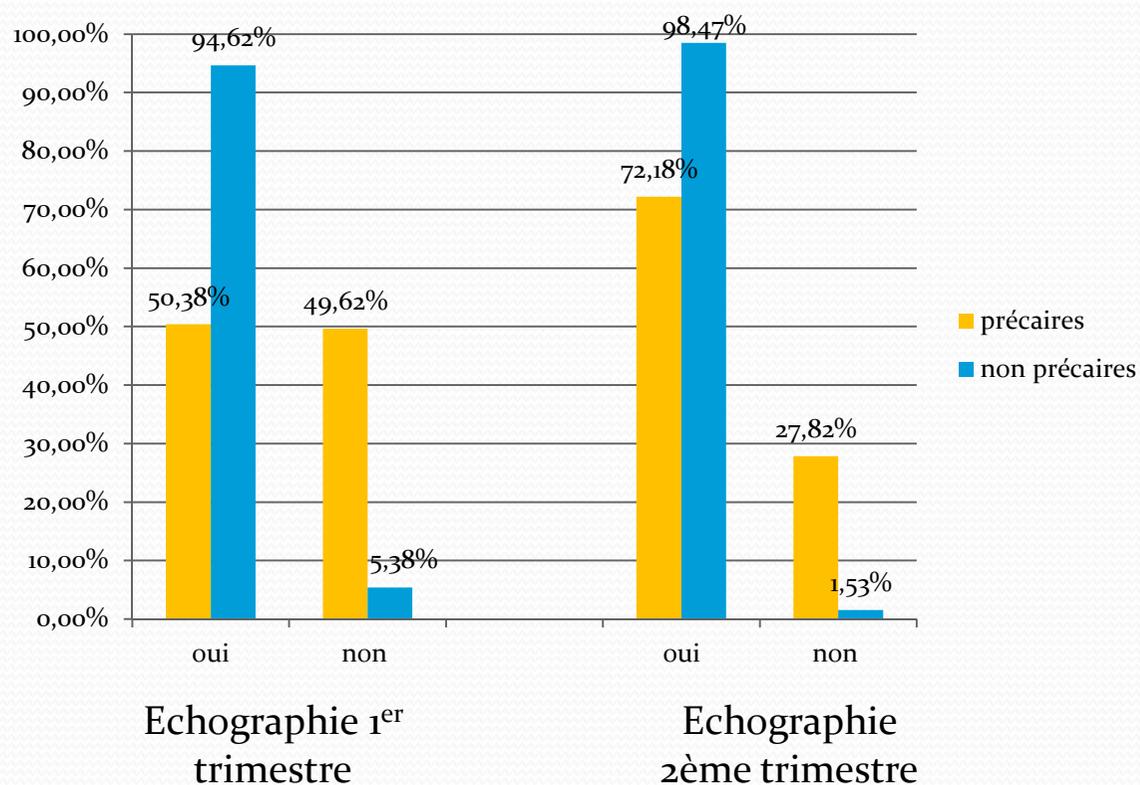
- Femmes précaires :
 - Majoritairement seule
 - Provenant principalement d'Afrique Sub-Saharienne
 - Un pourcentage plus élevé de porteuse de l'hépatite B

- Femmes non précaires :
 - Majoritairement en couple
 - Provenant principalement de France

Etat de santé des femmes (suivi de grossesse)

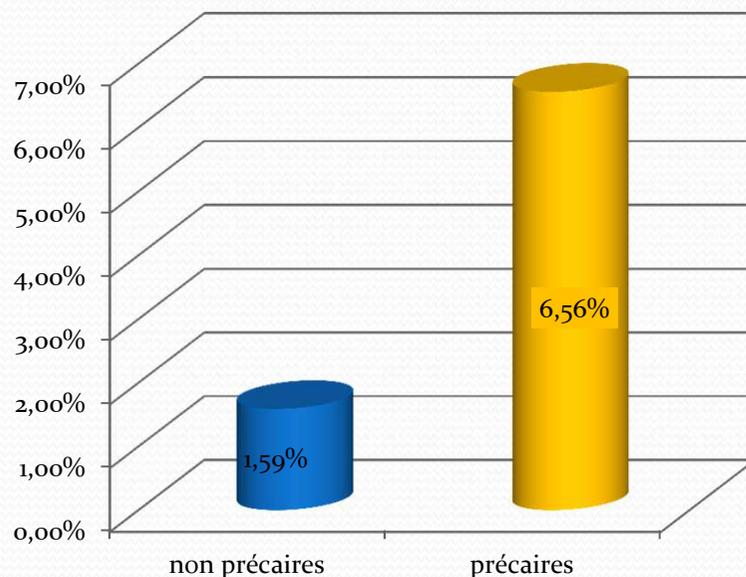


Réalisation de l'échographie 1^{er} trimestre et 2^{ème} trimestre





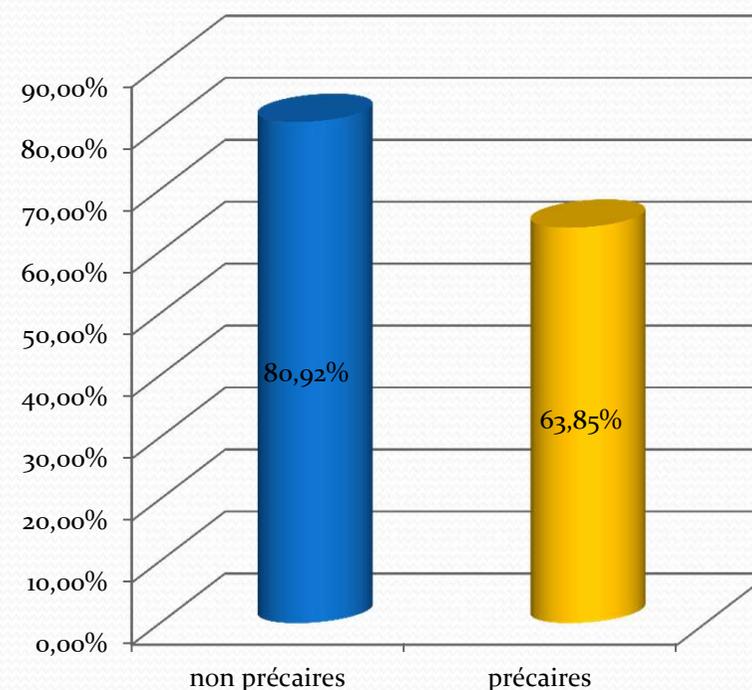
Antigène hépatite B positif



Femmes précaires (vs. non précaires) :

- % plus faible de **dépistage du diabète gestationnel**
- % plus élevé de **porteuse d'antigène positif de l'hépatite B**

Dépistage du diabète gestationnel

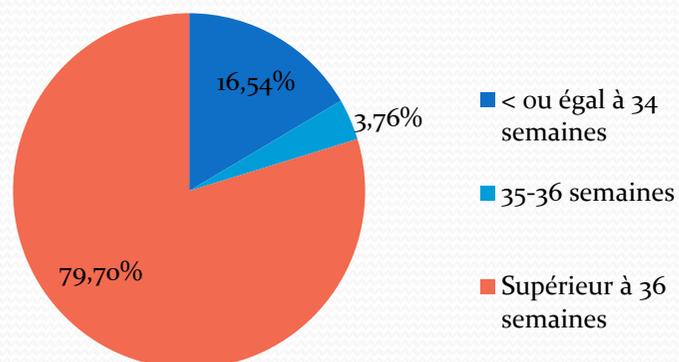


Caractéristiques médicales de l'état de santé du nourrisson

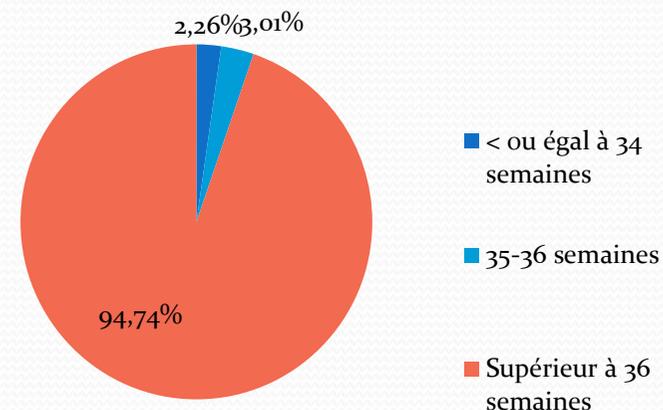


Terme du nourrisson

Femmes non précaires



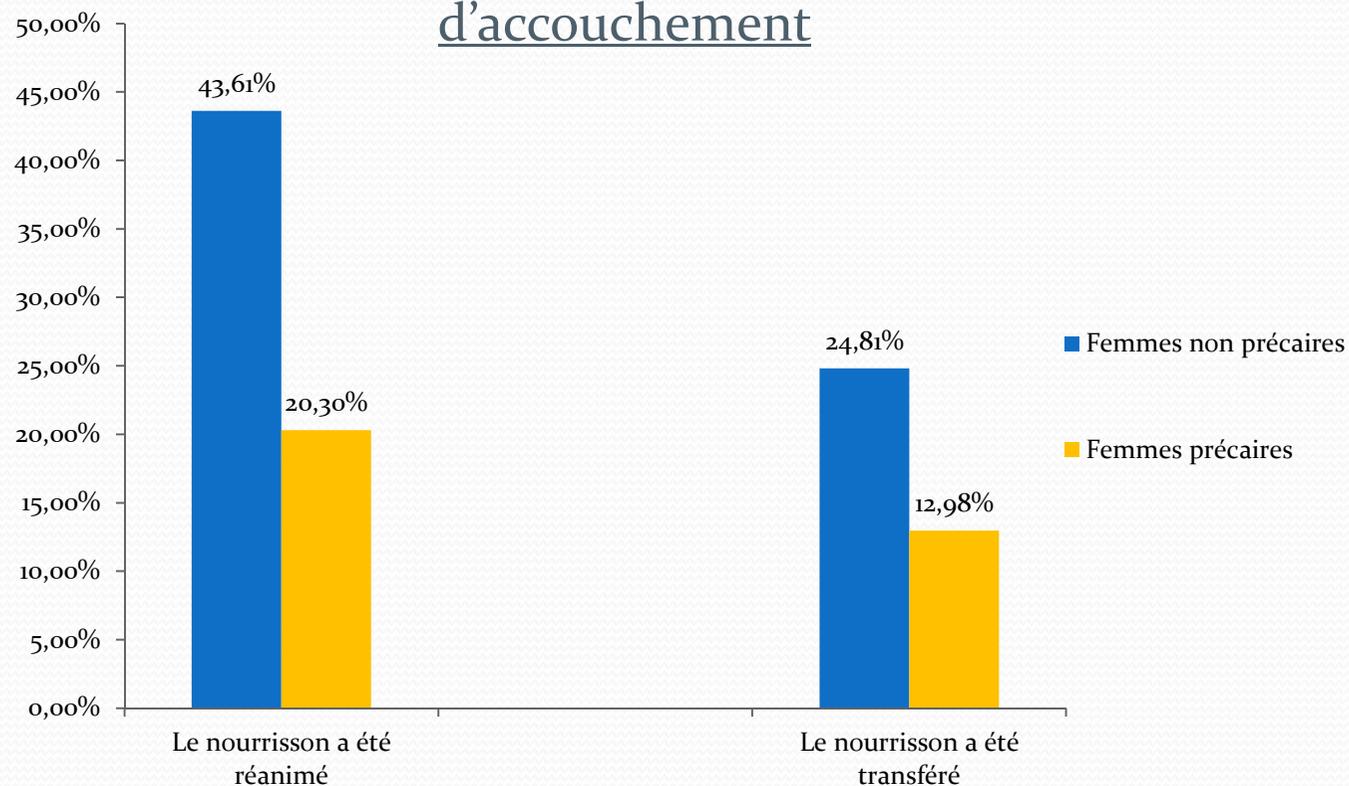
Femmes précaires



Un terme plus élevé chez les femmes précaires
comparativement aux femmes non précaires



Réanimation et transfert du nourrisson à sa sortie de la salle d'accouchement



Femmes précaires (vs. non précaires) :

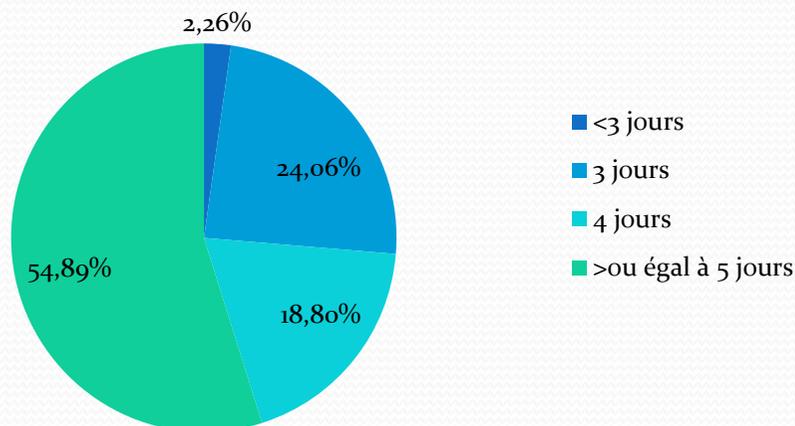
Un pourcentage moins élevé de nourrissons **réanimé** après leur naissance et **transféré** vers un autre service

Caractéristiques des suites de l'accouchement

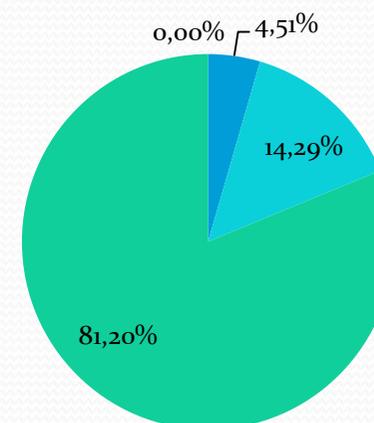


Durée de séjour postnatal

non précaires



Précaires



Répartition différente entre les deux groupes

- **Durée de séjour postnatale longue (> 5 jours)** plus élevée chez les femmes précaires (81,20 % contre 54,89 %)
- **% moins élevé de courts séjours** : 4,51 % des femmes précaires restent 3 jours ou moins (tandis que 24,06% des femmes non précaires restent 3 jours et 2,26 % moins de 3 jours)

Définition de PRENAP

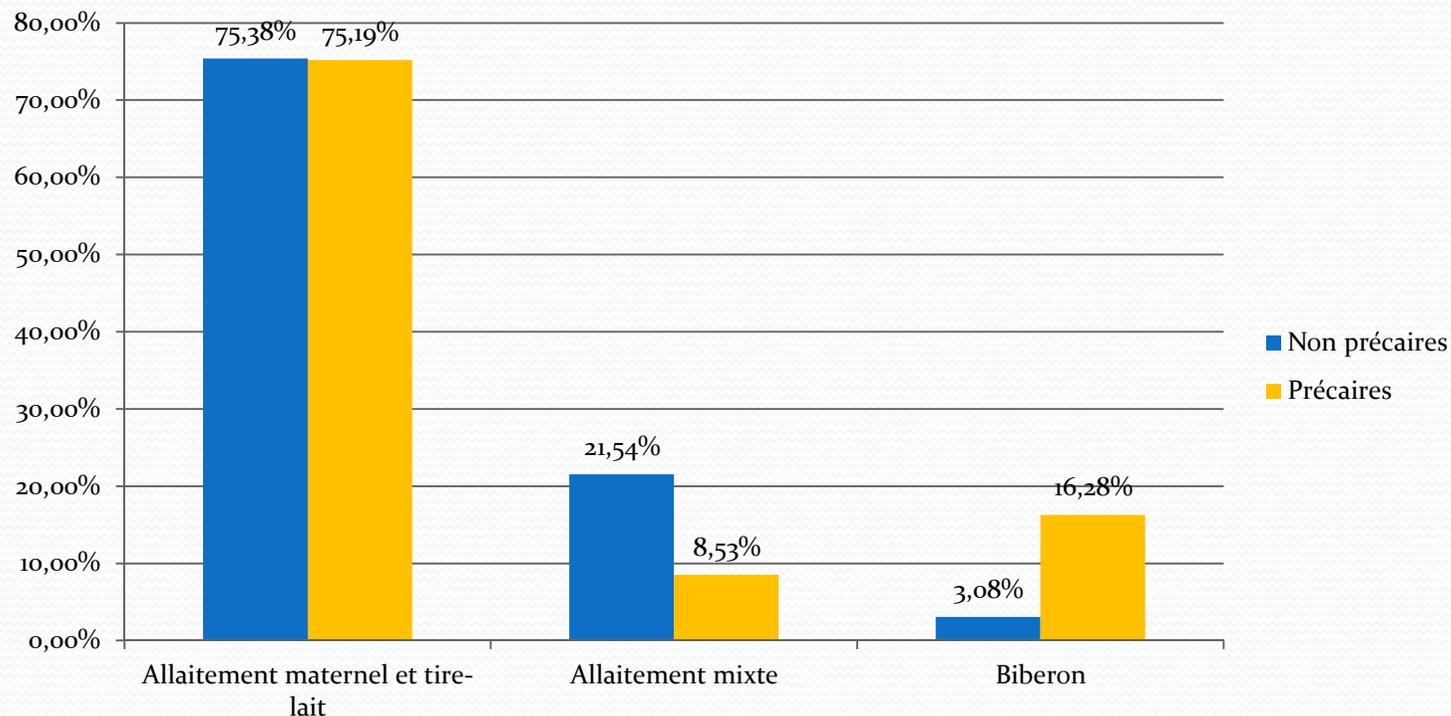


Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes Précaires

- Créé en 2008 par la CRAMIF et « repris » par l'ARS et le Conseil régional d'IdF
- Mis en place à la Maternité de Port Royal en 2010
- Lien avec Espace Solidarité Insertion d' Emmaüs, partenariat ville-hôpital
- 2 objectifs :
 - ✓ Accompagner les femmes enceintes en situation de précarité
 - ✓ Promouvoir l'allaitement maternel



Allaitement



Femmes précaires (vs non précaires) :

- Un **allaitement mixte** moins généralisé
- Un pourcentage plus élevé de nourrisson nourrit au **biberon**

Evaluation du dispositif PRENAP



→ **Impact sur la durée de séjour**

→ **Impact sur l'allaitement**

→ **Des différences concernant :**

→ Le mode de sortie de la salle de travail

Un transfert moins élevé vers une autre unité
après accouchement

→ Le nombre d'hospitalisation par grossesse

Un nombre plus élevé d'hospitalisations

→ La parité

Une parité plus importante

Pas de différence
significative entre les
femmes suivies par
PRENAP et celles non
suivies par ce dispositif



A retenir

- Grandes précaires au profil sociodémographique différent
- Echographies T₁ et T₂ moins réalisées, mais tendance au rattrapage au T₃
- % beaucoup plus faible du **dépistage du diabète** (≠ dépistage des marqueurs sériques)
- % plus élevé de **durée de séjour** longue et d'**allaitement artificiel** chez les précaires (résultat non retrouvé lorsque l'on étudie l'impact de PRENAP)
- **Terme** plus long, **poids** plus élevé, moins de **transfert** et prise en charge partielle par le **Samu Social**
- Pas de différence pour les **pathologies** de la grossesse, les **hospitalisations**, les **thérapeutiques** prescrits durant la grossesse et les modalités de l'**accouchement**



Analyse des facteurs explicatifs du suivi de grossesse, de l'état de santé du nourrisson

→ Analyses multivariées par régression logistique pour préciser le rôle de certains facteurs :

- Réalisation de l'échographie du 1^{er} trimestre
- Réalisation de l'échographie du 2^{ème} trimestre
- Terme du nouveau-né
- Transfert du nouveau-né vers un autre service
- Durée de séjour



Variables à expliquer	Variables explicatives introduites dans le modèle	P-value	Odds-Ratio
Echographie du 1 ^{er} trimestre	Samu social	< 0,001	<u>0,093</u>
	Age	n.s	1,043
	Type de grossesse	n.s	1,140
Echographie du 2 ^{ème} trimestre	Parité	n.s	1,073
	Samu social	0,002	<u>0,054</u>
	Age	n.s	0,860
	Type de grossesse	n.s	1,180
	Parité	n.s	1,196

- **Non-réalisation de l'échographie T1/T2** fortement impactée par le fait que la mère soit en grande précarité
- **Age de la mère, type de grossesse** (unique ou gémellaire) et **parité** (nb d'enfant précédent) n'impactent pas le fait la réalisation des échographies T1/T2



Variable à expliquer	Variables explicatives introduites dans le modèle	P-value	Odds-Ratio
Terme du nouveau-né	Samu social	0,0071	<u>7,949</u>
	Age	n.s	0,819
	Type de grossesse	n.s	0,265
	Résultat échographie T1	n.s	0,322
	Résultat échographie T2	0,009	<u>5,423</u>
	Nombre de pathologies	0,0006	<u>0,311</u>
	Hospitalisation grossesse	0,0004	<u>0,263</u>

→ La précarité n'implique pas un risque plus élevé d'accouchement prématuré

→ Avoir été hospitalisé ou avoir eu de nombreuses pathologies durant la grossesse diminue les chances pour une mère d'accoucher à terme

→ Avoir un résultat normal à l'échographie du 2^{ème} trimestre a un effet important sur le fait d'accoucher à terme



Variable à expliquer	Variabes explicatives introduites dans le modèle	P-value	Odds-Ratio
Transfert du nouveau né	Terme	< 0,0001	<u>0,610</u>
	Samu social	n.s	2,376
	Echographie 1 ^{er} trimestre réalisée	n.s	0,153
	Echographie 2 ^{ème} trimestre réalisée	n.s	0,732
	Résultat échographie 1^{er} trimestre	0,0397	<u>0,066</u>
	Résultat échographie 2 ^{ème} trimestre	n.s	1,460
	Age	n.s	1,199
	Type de grossesse	n.s	0,422
	Pathologies	n.s	1,429
	Hospitalisation grossesse	n.s	1,154
	Mode d'accouchement	n.s	0,590
	Anesthésie	n.s	1,226
Pathologies suites de couches	n.s	0,929	

→ Pas d'effet de la précarité sur le fait (pour un nourrisson) d'être transféré dans un autre service

→ Impact important du terme et du résultat de l'échographie du 1^{er} trimestre



Variable à expliquer	Variabes explicatives introduites dans le modèle	P-value	Odds-Ratio
Durée de séjour	Samu Social	0,0063	<u>2,835</u>
	Age	n.s	0,991
	Type de grossesse	0,0621	<u>0,127</u>
	Résultat échographie 1 ^{er} trimestre	n.s	1,354
	Résultat échographie 2 ^{ème} trimestre	n.s	0,750
	Hospitalisation grossesse	n.s	1,504

- Impact de la **précarité** sur le risque d'effectuer un séjour plus long à la maternité à l'issue de l'accouchement
- Importance également du **type de grossesse** (unique ou gémellaire) sur la durée de séjour
- **Pas d'impact significatif** de l'âge, des résultats des échographies T1/T2 et d'une (éventuelle) **hospitalisation** durant la grossesse



Conclusion

- Nécessité d'une prise en charge des populations les plus vulnérables (femmes enceintes *a fortiori*)
- Un état de santé « relativement » similaire aux non précaires
- Un suivi de grossesse incomplet (échographies T1/T2, dépistage diabète)
- Une durée de séjour plus longue et une prise en charge partielle par le Samu Social
- Un terme plus long et un poids de naissance plus élevé
- Un allaitement majoritairement maternel, mais un recours plus important à l'allaitement artificiel (biberon)



Limites de l'étude

- **Données sur 1 seule maternité** (Port-Royal de surcroît)
- **Taille de l'échantillon** des femmes précaires (n=133) = choix variable « Samu social » comme *proxi* de la précarité
- **Qualité des données** (extrême hétérogénéité des modalités pour certaines variables, données manquantes pour de nombreuses variables non prises en compte, etc.)
- **Absence de certaines informations** (base complète concernant PRENAP, autres données sociodémographiques, date prise en charge par Samu Social, etc.)
- **Données médicales** parfois difficiles à interpréter d'un point de vue « économique »



Perspectives

- **Elargissement de l'étude** (nouvelles simulations / autres modes de stratification, analyses multivariées sur d'autres variables, autres techniques statistiques, etc.)
- **Définition plus affinée de la précarité** (CMU, AME et sans couverture, Absence de couverture mutuelle, etc...)
- **Confrontation des résultats avec la base de données « Enquête nationale périnatale 2010 » (DGS-DREES)**

BdD : 14903 naissances, 15187 femmes et 15418 nourrissons