



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



Point de vue d'expert

## Inégalités sociales de santé maternelle



### *Social inequalities in maternal health*

E. Azria<sup>a,\*</sup>, Z. Stewart<sup>b</sup>, C. Gonthier<sup>b</sup>, C. Estellat<sup>c,d</sup>, C. Deneux-Tharaux<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Maternité, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, université Paris Descartes, 75674 Paris cedex 14, France

<sup>b</sup> 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, 75014 Paris, France

<sup>c</sup> Département d'épidémiologie et recherche clinique, URC Paris-Nord, hôpital Bichat, université Paris Diderot Paris, AP-HP, 75877 Paris cedex 18, France

<sup>d</sup> Inserm, CIC-EC 1425, UMR 1123 ECEVE, 75877 Paris cedex 18, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
Reçu le 26 août 2015  
Accepté le 26 août 2015

Mots clés :  
Inégalités sociales  
Précarité  
Santé maternelle

Keywords:  
Social inequalities  
Insecurity  
Maternal health

#### RÉSUMÉ

Bien que la littérature sur les inégalités sociales de santé dans le domaine de la périnatalité soit qualitativement hétérogène, elle s'avère être relativement importante quantitativement et l'existence d'un gradient social en termes de risque périnatal est de mieux en mieux documenté. Concernant la santé maternelle, les données publiées sont tout aussi hétérogènes qualitativement, mais de plus assez peu nombreuses. Il apparaît néanmoins que là encore existent de véritables inégalités sociales de santé, tant pour ce qui est de la morbidité maternelle sévère que pour ce qui est de la mortalité. Les analyses visant à en explorer les mécanismes et expliquer comment les différentes dimensions de la condition sociale des femmes interagissent avec les indicateurs de santé maternelle sont encore insuffisantes et ne permettent pas à ce jour de les comprendre. Le suivi prénatal sous-optimal et les soins sous-optimaux pourraient cependant jouer un rôle de facteurs intermédiaires liés à la fois à la condition sociale et au risque maternel, qu'il s'agisse de risque en termes de morbidité, d'aggravation et d'évolution de celle-ci, ou de mortalité maternelle.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

#### ABSTRACT

Although medical literature on social inequalities in perinatal health is qualitatively heterogeneous, it is quantitatively important and reveals the existence of a social gradient in terms of perinatal risk. However, published data regarding maternal health, if also qualitatively heterogeneous, are relatively less numerous. Nevertheless, it appears that social inequalities also exist concerning severe maternal morbidity as well as maternal mortality. Analyses are still insufficient to understand the mechanisms involved and explain how the various dimensions of the women social condition interact with maternal health indicators. Inadequate prenatal care and suboptimal obstetric care may be intermediary factors, as they are related to both social status and maternal outcomes, in terms of maternal morbidity, its worsening or progression, and maternal mortality.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

## 1. Introduction

Nos sociétés connaissent depuis 2008 une crise monétaire dont les conséquences sociales sont majeures avec un nombre de

personnes vivant dans une situation socialement précaire qui a fortement augmenté [1]. Parallèlement à cette progression de la précarité sociale, les inégalités sociales elles aussi augmentent. C'est le cas en France pour les inégalités de revenus comme le montre la progression de l'indice de Gini depuis 2008, indicateur synthétique d'inégalités de salaires calculé par l'INSEE [2]. C'est également le cas à l'échelle de l'union européenne avec des variations qui peuvent être importantes d'un pays à un autre [2].

\* Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : eazria@hpsj.fr (E. Azria).

La condition sociale a un impact sur la santé des individus, et 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. On sait depuis les années 1970 le différentiel d'espérance de vie qui existe entre un ouvrier et un cadre. Différentiel qui reste d'actualité puisqu'un cadre ou un professionnel libéral de 35 ans a aujourd'hui une espérance de vie de 6,3 ans supérieure à celle d'un ouvrier du même âge. Pour une femme, l'écart d'espérance de vie est de trois ans [3].

Au-delà de cette différence d'espérance de vie, c'est un véritable gradient de santé qui parcourt les catégories sociales. À âge et sexe égaux, l'existence de pathologies et leur gravité est d'abord liée à la position sociale. Qu'il s'agisse de l'état général de santé déclaré, de la mortalité, de la mortalité prématurée, de l'espérance de vie, de la morbidité déclarée ou mesurée, il existe un gradient selon la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'étude [3].

Les catégories sociales sont également associées à des comportements de santé différents, à un accès aux soins différent et à des taux de renoncement aux soins pour raisons financières eux aussi variables [3]. Ces différences dans le recours aux soins peuvent être avancées comme mécanisme expliquant une partie des inégalités sociales de santé. Toutefois, les conditions du recours aux soins de prévention ou des soins curatifs sont loin d'être les seuls déterminants de ces inégalités sociales de santé et il est également connu que le niveau de l'exposition à des toxiques environnementaux ou à une alimentation inadaptée est variable d'une catégorie sociale à une autre, tout comme la prévalence de comportements à risque ou de conditions de travail difficiles. Il existe aussi possiblement un rapport de causalité inverse selon lequel l'état de santé déterminerait le niveau de revenu. Aucune de ces hypothèses ne suffit à elle seule à expliquer ces inégalités sociales de santé et c'est probablement l'effet combiné et cumulatif de ces facteurs multiples qui intervient.

Les inégalités sociales en termes d'espérance de vie et de santé en général existent chez la femme bien qu'un peu moindres que chez l'homme. Les femmes enceintes n'échappent pas à ce phénomène. Si les inégalités sociales de santé périnatale sont aujourd'hui largement documentées, les données concernant les inégalités de santé maternelle sont plus limitées. Il apparaît néanmoins au vu des données disponibles qu'un gradient social existe également en termes de santé maternelle [4]. De ces inégalités sociales de santé maternelle il sera ici question.

## **2. Données disponibles pour explorer les inégalités sociales de santé maternelle**

L'étude des inégalités de santé maternelle et la synthèse de la littérature s'y rapportant sont compliquées par une hétérogénéité de caractérisation à la fois du statut social et de l'état de santé maternel. Cette variabilité peut correspondre à des perspectives ou hypothèses de recherche différentes, et/ou être imposée par les données disponibles.

### *2.1. Caractérisation du statut social*

Définir le statut social d'une personne est en soi une tâche complexe tant ce statut agrège en lui un nombre important de composantes. Qu'il s'agisse de variables comme le revenu, la nature de l'assurance maladie, la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'éducation, les modalités de logement, le lieu de naissance, la maîtrise de la langue du pays, ou encore l'appartenance à une minorité ethnique, ces éléments ne peuvent se suffire à eux-mêmes pour définir le statut social d'une personne et pris individuellement, ils ne peuvent être qu'une approximation de celui-ci.

Les approches utilisées pour définir la condition sociale des femmes pendant leur grossesse sont très différentes selon les publications. On distingue globalement les approches individuelles de celles reposant sur le territoire de résidence des femmes.

Certaines bases de données sont suffisamment précises et disposent de données maternelles individuelles permettant d'approcher la condition économique et sociale des femmes. Bien que très souvent réduits à la catégorie socioprofessionnelle [5], ces indicateurs permettent tout de même une approche individuelle de cette condition et un travail sur les inégalités de santé maternelle.

L'origine géographique, ou encore le caractère migrant ou non migrant sont des catégories opératoires en France, alors que dans d'autres pays sont privilégiés la nationalité, le nombre d'années de résidence dans le pays d'accueil, et le groupe ethnique dans les pays anglo-saxons. Cela permet la caractérisation d'un sous-groupe spécifique, mais n'autorise pas de conclusion généralisable sur le statut social. De plus, cela a pour effet de rendre les comparaisons difficiles.

Outre les approches reposant sur une composante unique de ce statut social, certains auteurs ont tenté d'en avoir une lecture plus large agrégeant au sein de critères composites différents paramètres contribuant à définir ce statut. La difficulté dans l'utilisation de ces scores réside dans leur construction, différente selon la population cible et le contexte étudié. Aucun, hormis celui utilisé en France dans le cadre de la cohorte PreCARE (article en préparation) ou celui défini secondairement à partir de l'enquête nationale périnatale mais qui n'ont pas encore fait l'objet de publications, n'a été construit dans le contexte spécifique de la grossesse, période où le mode de vie et les habitudes des femmes sont souvent modifiés. C'est ainsi que des scores comme EPICES, construit suivant une méthodologie robuste et ayant validé les critères métrologiques en dehors de la grossesse, ne peut être satisfaisant pendant la grossesse tant certains éléments du questionnaire sont particulièrement inadaptés à cette période particulière, comme par exemple la pratique d'un sport au cours des mois précédents [6]. On peut également citer le score de Pascal [7], lui aussi construit initialement pour des personnes non enceintes.

D'autres approches, non plus individuelles mais basées sur les caractéristiques sociales, économiques et/ou environnementales des zones de résidences des femmes au travers d'indices [8] souvent calculés à partir des statistiques nationales sont fréquemment utilisées. Souvent vues comme une façon de pallier le manque de données individuelles pour un « classement » des femmes en fonction de leur statut social, cette approche territoriale est en réalité très complémentaire de l'approche individuelle et repose souvent sur des scores de dénuement territorial comme par exemple l'Index of Multiple Deprivation utilisé au Royaume-Uni [9] ou le Townsend Deprivation Index qui classent les zones en déciles ou en quintiles de la distribution nationale [8].

### *2.2. Caractérisation de la santé maternelle*

La santé maternelle et ses altérations peuvent être abordées selon différentes perspectives, globalement ou par pathologie spécifique, et selon différents niveaux de gravité. La littérature concernant les inégalités sociales de santé maternelle porte très majoritairement sur la mortalité maternelle et la morbidité maternelle sévère.

#### *2.2.1. Mortalité maternelle*

La mortalité maternelle est classiquement définie par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite [10]. Les disparités majeures en termes de mortalité

maternelle observables entre des pays de niveaux économiques différents, de 7/100 000 naissances vivantes en Europe de l'ouest à 629/100 000 en Afrique sub-saharienne, sont une illustration des plus frappantes de l'impact socioéconomique sur la santé maternelle [11]. Cependant ces chiffres reflètent plus une approche territoriale de la question, puisque c'est en grande partie l'offre de soins qui est ici en jeu plutôt que le statut de la femme au sein d'un pays.

La mortalité maternelle ne concerne heureusement qu'un nombre très restreint de femmes dans le contexte des pays riches (9,7 décès maternels pour 100 000 naissances en 2009 en France [12]). Cela rend difficile l'étude de ses facteurs de risque du fait des faibles effectifs. De plus la mortalité maternelle n'est pas nécessairement représentative de la morbidité d'amont. Elle donne des indications du contexte très spécifique où le décès a eu lieu, les conclusions n'étant pas nécessairement généralisables à la population plus large des parturientes.

C'est pourquoi, depuis une dizaine d'années, l'étude de la morbidité maternelle sévère (MMS) apparaît comme un complément indispensable de celle de la mortalité [13].

### 2.2.2. Morbidité maternelle sévère

La morbidité maternelle est l'ensemble des pathologies maternelles de la grossesse, de l'accouchement, et de la période du post-partum, qu'il s'agisse de complications spécifiques à cette période, ou bien d'une pathologie préexistante décompensée par cette physiologie particulière. Peu d'études ont été menées en population, mais elles retrouvent une prévalence de morbidité maternelle sévère (MMS) variant entre 0,5 et 2 % des accouchements [14,15]. En ce qui concerne les facteurs de risque, on ne sait pas si les sous-groupes à risque identifiés pour la mortalité maternelle sont directement déclinables pour la MMS, encore peu étudiée. Une des difficultés vient de l'absence de définition consensuelle de la MMS. Les définitions varient beaucoup d'une étude à l'autre, en privilégiant parfois la pathologie causale, l'éventuel retentissement sur un organe à travers des critères biologiques ou d'imagerie, les éléments de prise en charge, ou encore la combinaison de ces éléments. La conséquence majeure est alors la difficulté de les comparer entre elles, et de pouvoir en tirer des conclusions sur l'incidence de la MMS et ses facteurs de risque [15].

## 3. Données étayant l'existence des inégalités sociales de santé maternelle

Malgré ces difficultés méthodologiques, il existe des données informatives qui permettent d'appréhender les inégalités de santé maternelle. Elles restent toutefois globalement assez peu documentées, notamment moins que ne le sont les inégalités sociales de santé périnatale. L'essentiel de la littérature disponible porte sur les disparités de mortalité maternelle selon l'origine géographique des femmes.

### 3.1. Mortalité maternelle

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, l'accouchement par césarienne, ont été identifiés comme facteurs de risque de mortalité maternelle [16–18], il apparaît que la position socioéconomique est également un déterminant du risque de décès maternel.

#### 3.1.1. Selon la catégorie socioprofessionnelle

Ainsi l'enquête confidentielle sur les morts maternelles conduite au Royaume-Uni, pour la période 2006–2008, montre que les femmes sans emploi et 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 [19].

#### 3.1.2. Selon l'origine géographique

Quelle que soit sa caractérisation, l'origine géographique étrangère est un facteur de risque majeur de mortalité maternelle dans tous les pays qui ont étudié cette association. Cependant, les sous-groupes à risque varient d'un pays à l'autre, en fonction des contextes nationaux de migration. Toutefois, un sous-groupe est constamment à sur-risque de mortalité maternelle par rapport aux femmes natives, celui des femmes originaires d'Afrique sub-saharienne.

En France, une étude menée de 1996 à 2001 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 après ajustement sur certaines caractéristiques maternelles (âge, parité, hospitalisation pendant la grossesse) [20]. Plus globalement, un article de synthèse a rapporté qu'entre 2007 et 2009 les taux de mortalité maternelle sont 1,5 à 2,5 fois plus élevés pour les femmes étrangères autres qu'européennes ou nord-africaines que celui des françaises [12]. Des constatations similaires de sur-risque des populations non autochtones ont été faites dans des pays différents où les systèmes de santé sont très différents les uns des autres. C'est le cas au Royaume-Uni où les femmes noires africaines avaient entre 2006 et 2008 un ratio de mortalité maternelle (RMM) de 32,8/100 000 et les pakistanaises de 14,3 alors que les blanches avaient un ratio de 8,5 [21]. En Chine, à Shanghai, les femmes émigrées avaient en 2005 un RMM de 58,2/100 000 alors que les résidentes avaient un ratio de 1,6 [22]. De même, aux Pays-Bas, de 1993 à 2005, les femmes originaires du Surinam avaient un RMM de 26,2 alors que les femmes natives avaient un ratio de 10,0 [17]. Enfin, aux États-Unis le risque de décès lié à la grossesse était 4 fois plus important dans la population noire que chez les femmes blanches entre 1991 et 1997 [23] et le risque d'évolution mortelle de complications obstétricales comme la pré-éclampsie, l'éclampsie, l'hématome rétro-placentaire, le placenta praevia ou l'hémorragie du post-partum 2 à 3 fois plus important chez les femmes noires que chez les blanches entre 1988 et 1999 [24].

En France, les données des enquêtes nationales périnatales (notamment celle de 2010) couplées à celles de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles nous éclairent sur les liens existant, d'une part, entre les conditions socioéconomiques et l'origine géographique, et d'autre part, entre cette origine, le suivi de grossesse et la mortalité maternelle [25,26]. L'analyse de ces données montre d'abord d'importantes disparités sociodémographiques suivant l'origine géographique des femmes. Les parturientes venant d'Afrique sub-saharienne avaient plus fréquemment un niveau d'études se résumant à l'école primaire voire une absence de scolarité (17,3 % contre 0,9 % pour les femmes françaises et 8,9 % pour les femmes d'Afrique du Nord,  $p < 0,01$ ). Ces femmes vivaient également plus souvent seules (35,5 % contre 6,5 % pour les Françaises et 6 % pour les Nord-Africaines,  $p < 0,01$ ) et sans aucune ressource financière (6,8 % contre 0,5 % pour les françaises et 1,5 % pour les nord-africaines,  $p < 0,01$ ). Elles étaient plus fréquemment en situation de surcharge pondérale [25]. Ces éléments font de cette population de femmes originaires d'Afrique sub-saharienne une population à risque accru de morbidité maternelle sévère et de mortalité. Il faut encore ajouter que la surveillance prénatale de ces femmes est également moins rigoureuse puisque 22,1 % ont moins de 7 visites prénatales au cours de leur grossesse contre 7,1 % et 17,8 % respectivement pour les françaises et les nord-africaines ( $p < 0,01$ ). Concernant la voie d'accouchement dont on sait qu'elle est associée au risque

maternel, si les taux de césarienne sont sensiblement identiques entre les différents autres groupes géographiques (entre 19,9 % et 22,7 %), les femmes d'Afrique sub-saharienne se démarquent là encore avec un taux de 35 % [26].

### 3.1.3. Selon le territoire de résidence

Les inégalités territoriales peuvent être abordées selon différentes perspectives. Ainsi, les données du Royaume-Uni entre 2009 et 2012 montrent un véritable gradient de risque de mortalité maternelle selon les caractéristiques économiques et sociales de la zone de résidence des femmes (Index of Multiple Deprivation) [9].

Par ailleurs, une étude descriptive Française s'appuyant sur l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles de 2001 à 2006 a montré des différences significatives de fréquence de mortalité maternelle, de causes de décès, des caractéristiques des femmes décédées et de la qualité des soins prodigués entre trois zones géographiques : l'Île-de-France, les départements d'outre-mer (DOM) et les autres régions métropolitaines [27]. Ces taux sont tous plus élevés en Île-de-France (taux de mortalité multiplié par 1,7) et dans les DOM (multiplié par 4,3) que dans les autres régions françaises, et ce de façon persistante même après standardisation sur l'âge et ajustement sur la nationalité. S'il ne s'agit pas ici de zones de résidence définie par un indice national, il existe de fait des différences socioéconomiques entre ces régions qui permettent également d'appréhender les inégalités sociales de leurs habitantes. Confirmant cette même association, une étude cas-témoins, menée sur la même période en France, a montré que le risque de mortalité maternelle était plus élevé en Île-de-France (ORa = 1,6 IC95 % 1,2–2,0) et dans les départements d'outre-mer (ORa = 3,5 IC95 % 2,4–5) par rapport au reste de la France continentale, après ajustement sur l'âge, la nationalité, la parité, les hospitalisations éventuelles pendant la grossesse et le fait d'avoir eu une césarienne en urgence [28].

### 3.2. Morbidité maternelle sévère

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 sévère.

#### 3.2.1. Selon la catégorie socioprofessionnelle

Les rares travaux s'appuyant sur des données sociales individuelles permettent de préciser ces inégalités. On voit ainsi qu'au Royaume-Uni entre 2005 et 2006 le fait d'appartenir à la catégorie socioprofessionnelle la plus basse multiplie le risque d'une complication maternelle sévère définie par un indicateur composite combinant l'embolie amniotique, la stéatose hépatique aiguë gravidique, l'éclampsie, l'embolie pulmonaire anténatale ou encore le fait d'avoir une hystérectomie dans le péripartum par 1,32 (OR ajusté, IC95 % 1,02–1,60) [29]. Toujours au Royaume-Uni, avec une définition un peu différente de la morbidité maternelle sévère et sur des données plus récentes (2005 à 2010), l'OR reste très proche à 1,22 (IC95 % 0,92–1,61), quoique non significatif [5]. On remarque que ce gradient social est plus marqué pour la mortalité maternelle que pour la morbidité maternelle sévère, ce qui pourrait suggérer un impact plus fort du statut social défavorable sur les événements les plus graves.

#### 3.2.2. Selon l'origine géographique

En plus d'un risque périnatal accru pour les enfants des femmes appartenant à des minorités ethniques, que cela soit aux États-Unis [30], au Royaume-Uni [31], en Australie (population autochtone) [32], ou encore aux Pays-Bas [33], le risque de morbi-mortalité maternelle est également accru par rapport aux femmes autochtones [20,24,34].

Ainsi, dans une étude réalisée aux Pays-Bas entre 2004 et 2006, le fait d'être née dans un pays d'Afrique sub-saharienne multiplie le risque de morbidité maternelle sévère par 3,5 (IC95 % 2,8–4,3) par rapport aux femmes nées aux Pays-Bas [35]. Au Royaume-Uni, le risque des femmes noires (africaines, caribéennes ou bengladeshis) est quant à lui 1,8 fois plus élevé que celui des femmes blanches [36].

Au niveau national en 2010, 13,3 % des femmes qui ont accouché en France métropolitaine étaient de nationalité étrangère, 98 % d'entre elles étaient nées à l'étranger [25]. Une étude cas-témoins menée en population entre 2012 et 2013 (article en préparation) a retrouvé une association similaire à celle décrite dans d'autres pays européens avec un sur-risque des femmes d'Afrique sub-saharienne de 1,7 (IC95 % 1,3–2,3) par rapport aux Françaises de présenter un événement de morbidité maternelle sévère, indépendamment des autres caractéristiques de la femme, de la grossesse et de l'accouchement.

Les conditions de vie de ces populations immigrées sont variables et dépendent bien souvent du temps écoulé depuis leur arrivée sur le territoire. Il apparaît toutefois clairement, et c'est tout particulièrement le cas pour les femmes enceintes, que ces populations se distinguent de la population française par un niveau d'études plus faible, un isolement plus important, une dépendance plus fréquente vis-à-vis des allocations chômage et du revenu de solidarité active (RSA) ainsi que par des ressources moindres [26].

Il existe donc des inégalités de santé liées à l'origine géographique des femmes au détriment des minorités, dont on sait qu'elles sont le plus concernées par les conditions sociales difficiles. À ce titre, les femmes migrantes et/ou appartenant à des minorités constituent à n'en point douter une population vulnérable. Vulnérables en raison des situations économiques dans lesquelles ces femmes se trouvent, mais également de l'isolement résultant de l'affaiblissement des appuis familiaux et sociaux liés au déracinement. Cette vulnérabilité est encore accentuée par les difficultés d'accès aux soins qu'elles rencontrent de façon plus fréquente que les femmes non migrantes. En France, et alors qu'il existe un système de couverture santé universelle, ces difficultés sont causées entre autre par un certain nombre de complexités administratives en rapport avec le droit des étrangers et les droits en matière d'assurance maladie. Elles sont aussi le résultat des barrières communicationnelles tant linguistiques que culturelles que ces femmes peuvent rencontrer [37]. Ces barrières ont également été mises en évidence dans d'autres contextes que le contexte français et pourraient favoriser la survenue ou l'aggravation de complications maternelles [38]. Enfin, ces barrières sont parfois le résultat de discriminations.

#### 3.2.3. Selon le territoire de résidence

Si on se réfère à une approche fondée sur le lieu de résidence, on retrouve en Australie ce même gradient social que celui mis en évidence pour la mortalité maternelle, avec notamment un risque 1,8 fois plus élevé de morbidité maternelle sévère (critère composite) pour les femmes résidant dans les zones les plus défavorisées par rapport aux femmes des zones les plus socialement favorisées [39].

## 4. Mécanismes

Les mécanismes qui pourraient expliquer les inégalités sociales de santé maternelle décrites précédemment, inégalités de MMS et de mortalité principalement, sont très probablement différents de ceux avancés pour expliquer les inégalités sociales de santé périnatale. Que ce soit pour la santé périnatale ou la santé maternelle, ces mécanismes sont loin d'être élucidés.



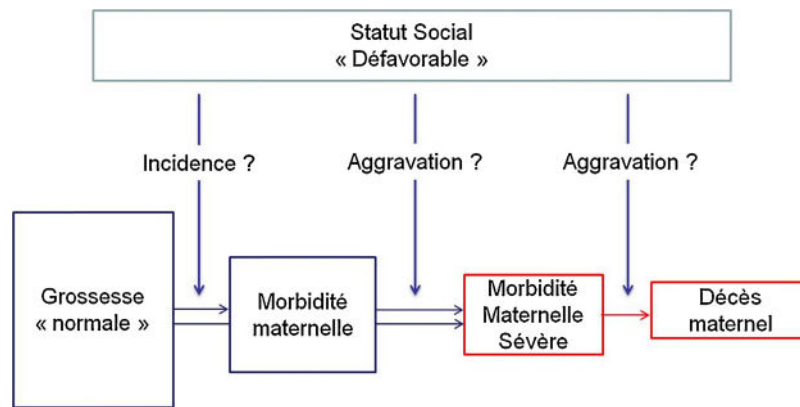


Fig. 1. Association entre statut social et morbidité maternelle sévère/mortalité maternelle ; hypothèses quant aux mécanismes.

Deux hypothèses sont actuellement avancées. Celles-ci ne sont pas concurrentes et sont possiblement associées pour expliquer l'impact du statut social sur le continuum de morbidité (Fig. 1) :

- 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. Là encore, seraient à discuter la place dans la chaîne causale du suivi prénatal sous-optimal, mais également le rôle joué par les soins sous-optimaux plus fréquemment rapportés en cas d'issue défavorable lorsque les conditions sociales sont précaires. Soulignons que la définition d'un suivi prénatal sous-optimal est aisée en raison du référentiel national proposé par la HAS en 2007 [40], alors qu'il est beaucoup plus difficile de considérer de manière consensuelle qu'un soin est sous-optimal.

Ces mécanismes, pris séparément ou combinés pourraient ainsi expliquer les inégalités observées en termes de MMS et de mortalité maternelle.

#### 4.1. Inégalités sociales et suivi prénatal sous-optimal

Même s'il est probable que le nombre de visites prénatales systématiques puisse être réduit chez les femmes à bas risque sans conséquence néfaste pour leur santé ou celle de leur enfant, un certain nombre d'arguments concourt pour laisser penser que la surveillance prénatale systématique mise en place dans les pays industrialisés a été à l'origine d'une diminution de la mortalité périnatale et maternelle [41]. Or, la première conséquence observable de la précarité maternelle est précisément l'insuffisance de suivi de grossesse [34,42,43]. Il existe là encore un véritable gradient social de suivi sous-optimal. Le risque de mauvais suivi de la grossesse en l'absence de couverture sociale est ainsi multiplié par un facteur 4 à 40 en fonction de l'âge maternel et de la parité [44]. 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 [45] et 4,4 % en 2010 [25]. Les facteurs associés au suivi prénatal sous-optimal identifiés sont la grande multiparité [46], l'insuffisance de revenus [47,48], l'appartenance à une minorité ethnique [49], le niveau socioéconomique et d'éducation bas [50] et le jeune âge maternel [51].

Dans son dernier rapport, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) pointe les obstacles à l'accès aux soins persistant malgré l'extension de la couverture maladie universelle (CMU) à la fin des années 1990. Il observe également une hausse du renoncement aux soins pour raisons financières, qui se concentre sur les soins dentaires et dans une moindre mesure l'optique et les consultations de médecine générale [52]. Les données précédemment citées nous montrent que le soin prénatal n'est pas en reste, ce qui n'est peut-être pas sans conséquence en termes de risque maternel. L'échec de réduction du risque périnatal d'un certain nombre de programmes qui ont proposé un suivi intensif aux femmes à risque de retard de croissance ou d'accouchement prématuré [53,54] doit probablement nous amener à tempérer l'idée d'une relation directe entre suivi sous-optimal et risque périnatal. Peut-être faut-il considérer que cette association n'est pas entièrement liée à ce qu'apportent les visites prénatales faisant défaut en termes de santé périnatale ou maternelle, mais aussi en rapport avec les différences psychologiques et sociales existant entre les femmes se prêtant au suivi de grossesse et celles s'en tenant à distance ou n'y ayant pas accès [55].

#### 4.2. Inégalités sociales et soins sous-optimaux

Si le risque de pathologies gravidiques sévères augmente à mesure que les conditions sociales se dégradent, certains éléments suggèrent que le rôle de la situation sociale défavorable comme facteur de risque de complications maternelles est d'importance variable au long du continuum de morbidité. Ainsi, dans une étude conduite aux États-Unis, le taux d'évolution fatale des complications sévères de la grossesse était 2,4 à 3,3 fois plus important chez les femmes noires que chez les blanches alors que la prévalence de ces complications était sensiblement la même dans les deux populations [24]. Ce résultat suggère que c'est surtout sur l'extrémité sévère du continuum de morbidité que le statut social, dans cette étude mesuré par la catégorisation noires/blanches, aurait une influence sur l'issue finale. De façon concordante, au Royaume-Uni, il a pu être montré que le risque d'évolution fatale de complications maternelles sévères était lié au statut socio-professionnel de la femme (ORa des professions manuelles de 2,33 [1,13–4,80] par rapport aux cadres) et à l'origine africaine ou caribéenne (ORa de 2,40 [1,14–5,06]) [56]. Ces résultats pourraient être expliqués par une fréquence plus grande des soins sous-optimaux chez les femmes en situation sociale défavorable, l'adéquation des soins étant un élément déterminant du risque d'aggravation en cas de complication avérée.

En effet, l'analyse des inégalités sociales de mortalité maternelle nous montre l'importance des causes évitables et des soins sous-optimaux. Parmi les femmes décédées en France entre 1996 et 2001, des soins sous-optimaux étaient mis en évidence

chez 78 % des femmes étrangères contre 57 % chez les femmes françaises, ces soins n'étant pas tous liés au suivi prénatal [20]. L'approche qualitative employée dans une étude menée aux Pays-Bas en 2006 montre qu'au-delà des aspects quantitatifs du suivi prénatal (âge gestationnel du début de suivi, nombre de consultations, nombre d'échographies...), une qualité insuffisante de l'attention portée à certaines problématiques des femmes migrantes pourrait être un facteur contributif à la morbidité maternelle sévère [38].

## 5. Conclusion

Quel que soit le mode de catégorisation sociale utilisé, l'existence des inégalités sociales de santé maternelle, qu'il s'agisse de morbidité maternelle sévère ou de mortalité maternelle, se confirme.

Il est donc nécessaire et urgent 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 non optimal, tout particulièrement en ce qui concerne le suivi précoce, et 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.

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 de la MMS et de la mortalité, semble nécessaire.

Enfin, au vu des limites de la connaissance sur le sujet, limites qui constituent un réel obstacle à la mise en place de mesures qui soient à la fois opératoires pour réduire ces inégalités sociales de santé maternelle et réalistes, la poursuite de programmes de recherche sur ces questions est absolument nécessaire. La recherche épidémiologique est bien sûr fondamentale et l'accent devrait être mis sur les approches par causes, les mécanismes étant possiblement différents pour des pathologies comme la pré-éclampsie sévère, l'hémorragie du post-partum ou certaines maladies psychiatriques associées à la grossesse. Les programmes combinant approches épidémiologiques et socio-anthropologiques semblent également particulièrement propices à une meilleure compréhension de ces problématiques. De la même manière, la combinaison d'approches individuelles et géographiques serait un moyen de mieux comprendre les interactions entre déterminants sociaux individuels et déterminants liés au territoire.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

[1] OCDE. *Panorama de la société 2014*. Paris: Éditions OCDE; 2014.

- [2] Eurostat. Coefficient de Gini du revenu disponible équivalent en Europe de 2005 à 2014, Bruxelles, 2011.
- [3] DREES. État de santé de la population en France, rapport; 2011 [En ligne. Disponible sur : [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat\\_sante\\_2011.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf)].
- [4] de Graaf JP, Steegers EP, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013;25(2):98–108.
- [5] Lindquist A, Knight M, Kurinczuk JJ. Variation in severe maternal morbidity according to socioeconomic position: a UK national case-control study. *BMJ Open* 2013;3:1–8.
- [6] Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;14:93–6.
- [7] Pascal J, Lombrail P, Quéliier CAC, Nguyen J-M. Identification de la vulnérabilité sociale des usagers des consultations de l'hôpital public. Paris: IRDES; 2001.
- [8] Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Health and deprivation: inequality and the North. London: Routledge; 1988. p. 221.
- [9] KJ, on behalf of M.-U., Knight M, Kenyon S, Brocklehurst P, Neilson J, Shakespeare J. Saving lives, improving mothers' care - lessons learned to inform future maternity care from the UK and Ireland confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2009–2012. Oxford: Oxford University Press; 2014
- [10] World Health Organization, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities, World Bank, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, et al. Trends in maternal mortality, 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank estimates and the United Nations Population Division. New York; 2014.
- [11] Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010;375(9726):1609–23.
- [12] Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Epidemiology of maternal mortality in France, 2007–2009. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2013;42(7): 613–27.
- [13] Pattinson RC, Buchmann E, Mantel G, Schoon M, Rees H. Can enquiries into severe acute maternal morbidity act as a surrogate for maternal death enquiries? *BJOG* 2003;110(10):889–93.
- [14] Zwart JJ, Jonkers MD, Richters A, Öry F, Bloemenkamp KW, Duvekot JJ, et al. Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2011;21(2):229–34.
- [15] Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health* 2004;1(1):3.
- [16] Nair M, Kurinczuk J, Brocklehurst P, Sellers S, Lewis G, Knight M. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: a UK national case-control study. *BJOG* 2015;122:653–62.
- [17] Schutte J, Steegers E, Schuitemaker N, Santema J, de Boer K, Pel M, et al. Rise in maternal mortality in the Netherlands: rise in maternal mortality in the Netherlands. *BJOG* 2010;117(4):399–406.
- [18] Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):541–8.
- [19] Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Garrod D, 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.):1–203.
- [20] Philibert M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG* 2008;115:1411–8.
- [21] Centre for Maternal and Child Enquiries Mission Statement. Saving mother's lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. *BJOG* 2011;118:6226.
- [22] Zhu L, Qin M, Du L, Jia W, Yang Q, Walker MC, et al. Comparison of maternal mortality between migrating population and permanent residents in Shanghai, China, 1996–2005. *BJOG* 2009;116:401–7.
- [23] Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991–1997. *Obstet Gynecol* 2003;101(2):289–96.
- [24] Tucker MJ, Berg CJ, Callaghan WM, Hsia J. The black-white disparity in pregnancy-related mortality from 5 conditions: differences in prevalence and case-fatality rates. *Am J Public Health* 2007;97(2):247–51.
- [25] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale - 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: ADISP-CMH; 2010.
- [26] Saurel-Cubizolles M, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *BEH* 2012;2-4:30–4.
- [27] Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle M-H. Regional disparities in maternal mortality in France: specificities of Île-de-France region and French overseas departments, 2001–2006. *Bull Epidemiol Hebd InVS* 2010;2-3:15–8.
- [28] Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Understanding regional differences in maternal mortality: a national case-control study in France. *BJOG* 2012;119:573–81.
- [29] Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *BMJ* 2009;338:b542.
- [30] Collins JW, Butler AG. Racial differences in the prevalence of small-for-dates infants among college-educated women. *Epidemiol Camb Mass* 1997;8(3): 315–7.
- [31] Dawson I, Golder RY, Jonas EG. Birth weight by gestational age and its effect on perinatal mortality in white and in Punjabi births: experience at a district

- general hospital in West London 1967–1975. *Br J Obstet Gynaecol* 1982;89(11): 896–9.
- [32] Sayers SM, Powers JR. Birth size of Australian aboriginal babies. *Med J Aust* 1993;159(9):586–91.
- [33] Doornbos JP, Nordbeck HJ, Van Enk AE, Muller AS, Treffers PE. Differential birth weights and the clinical relevance of birth weight standards in a multiethnic society. *Int J Gynaecol Obstet* 1991;34(4):319–24.
- [34] Lejeune C, Fontaine A, Crenn-Hebert C, Paolotti V, Foureau V, Lebert A. Research-action on medical and social management of uninsured pregnant women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998;27(8):772–81.
- [35] Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JJP, Bloemenkamp KWM, Van J, et al. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG* 2008;115:849–50.
- [36] Nair M, Kurinczuk JJ, Knight M. Ethnic variations in severe maternal morbidity in the UK – a case-control study. *PLoS One* 2014;9(4):e95086.
- [37] Khalt M. Santé et recours au soins des migrants en France. Éditorial. *BEH* 2012;(2-3-4):13.
- [38] Jonkers M, Richters A, Zwart J, Öry F, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reprod Health Matters* 2011;19:144–53.
- [39] Lindquist A, Noor N, Sullivan E, Knight M. The impact of socioeconomic position on severe maternal morbidity outcomes among women in Australia: a national case-control study. *BJOG* 2014;0.
- [40] Haute Autorité de santé (HAS). Follow-up and orientation of pregnant women according to their identified risk factors: professional recommendations, Paris, 2007.
- [41] Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15(Suppl. 1):1–42.
- [42] Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème J-M, Grandjean H. Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;34(1 Pt 1):23–32.
- [43] Downe S, Finlayson K, Walsh D, Lavender T. "Weighing up and balancing out": a meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. *BJOG* 2009;116(4):518–29.
- [44] Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(8): 501–6.
- [45] Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C. Enquête nationale périnatale - 2003. ADISP-CMH. Paris: Direction de la Recherche de l'Évaluation et des Statistiques; 2003.
- [46] Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. *Am J Prev Med* 2001;21(1):52–9.
- [47] Essex C, Counsell AM, Geddis DC. The demographic characteristics of early and late attenders for antenatal care. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1992;32(4): 306–8.
- [48] Sword W. Prenatal care uses among women of low income: a matter of "taking care of self". *Qual Health Res* 2003;13(3):319–32.
- [49] Miller MK, Clarke LL, Albrecht SL, Farmer FL. The interactive effects of race and ethnicity and mother's residence on the adequacy of prenatal care. *J Rural Health* 1996;12(1):6–18.
- [50] Erci B. Barriers to utilization of prenatal care services in Turkey. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(3):269–73.
- [51] Mayer JP. Unintended childbearing, maternal beliefs, and delay of prenatal care. *Birth* 1997;24(4):247–52.
- [52] ONPES. Crise économique, marché du travail et pauvreté, rapport 2011–2012, Paris, 2013.
- [53] Mueller-Heubach E, Reddick D, Barnett B, Bente R. Preterm birth prevention: evaluation of a prospective controlled randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160(5 Pt 1):1172–8.
- [54] Heins HC, Nance NW, McCarthy BJ, Efirid CM. A randomized trial of nurse-midwifery prenatal care to reduce low birth weight. *Obstet Gynecol* 1990;75(3 Pt 1):341–5.
- [55] Kramer MS, Séguin L, Lydon J, Goulet L. Socioeconomic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14(3):194–210.
- [56] Kayem G, Kurinczuk J, Lewis G, Golightly S, Brocklehurst P, Knight M. Risk factors for progression from severe maternal morbidity to death: a national cohort study. *PLoS One* 2011;6(12):e29077. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0029077> [Epub 2011 Dec 28].