

# Explorer l'hypothèse de soins différenciés entre les Africaines et les Françaises en cas d'HTA et grossesse : une approche qualitative

Priscille Sauvegrain, Elie Azria, Coralie Chiesa-Dubruille, Catherine Deneux-Tharaux

Equipe EPOPé, INSERM UMR 1153

Présentation au congrès Trajectoires migratoires et  
santé autour de la naissance

Bruxelles le 2 février 2017



Instituts  
thématiques



**Inserm**

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale



Risques  
& grossesse

DH U

# Les études socio-anthropologiques des inégalités sociales de santé

Didier Fassin médecin et anthropologue, ouvre un champ au croisement de l'anthropologie de la santé et de la sociologie des relations interethniques, fin 90's

Il décrit les **soins différenciés aux étrangers** comme:

- **Accès différencié aux soins** et
- **Abaissement ou hausse des normes de prise en charge**

Fassin D. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun, in: Dozon & Fassin ; 2001.

Dans ce champ s'est inscrite une recherche doctorale dans l'unité de recherche Migrations et société (URMIS/ IRD, CNRS, Paris 7)

**Différence de traitements et traitement différentiel:**

**Trajectoires de soins de femmes « Africaines » en Ile-de-France**

Sous la direction de Véronique De Rudder et la guidance de Marguerite Cognet



# Contexte



## La littérature internationale:

**Inégalités de santé maternelle observées entre les femmes immigrées et les natives en Europe**

**Les femmes originaires de l'Afrique subsaharienne (ASS) apparaissent comme le groupe le plus à risque** avec une prévalence/incidence élevée de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie

**Sur-risque de mortalité maternelle chez les femmes nées dans l'un des pays de l'ASS** a été rapporté en France (risque multiplié par 5; soins sous-optimaux pour 78% des étrangères vs 57% des Françaises); sur-risque aussi retrouvé en Suisse, en UK et en Suède.

**Travaux sociologiques antérieurs:** Catégorisation des patientes comme « Africaines » dans les maternités franciliennes et impacts sur leurs **trajectoires** de soins:

- Accès différenciés aux soins non obligatoires (séances de PNP, consultations psychologiques)
- Suivi de la fin de grossesse non recommandé à partir de 40 SA dans les années 2000
- Taux constamment élevés de césarienne sauf dans les années 80
- Accompagnements moins attentifs en SDC

# Objectifs



**Explorer l'hypothèse de différences dans les trajectoires prénatales des femmes nées en ASS, comparativement à des femmes nées en France de parents français**

**Notamment en termes de soins différenciés**

**HTA et grossesse :**

- Diagnostic aisé
- Contexte de PEC standardisées

*Etude qui, à différentes étapes, a été articulée avec EPIMOMS et avec le projet Trajectoires d'étude de l'impact de la précarité sur les trajectoires prénatales*

# Matériel et méthodes

- **Design** : Etude sociologique qualitative; analyse du contenu d'entretiens semi-directifs approfondis, confronté à des données relevées dans les dossiers médicaux

**Précédée par une étude pilote** auprès de 7 femmes de l'étude EPIMOMS

- **Setting**: 3 maternités du DHU Risques et grossesse
- **Population** : Femmes ayant été traitées pendant leur grossesse pour HTA ou prééclampsie, quel que soit le niveau de sévérité,  
Nées en ASS ou en France de parents français
- **Methods**: 33 entretiens, durant le séjour des femmes en suites de couches, auprès de 16 "Africaines" et 17 "Françaises". La saturation analytique a été atteinte
- **Les entretiens ont été codés ligne-à-ligne sous le logiciel N'Vivo 10 selon une approche inductive**, permettant l'émergence de nouveaux thèmes
- **Autorisation du CERES** pour les recherches non soumises à CPP n°2013-29

# Principaux résultats

## Caractéristiques sociodémographiques

- Tous les entretiens se sont déroulés en français
- Les femmes Africaines interrogées appartenaient, en France, majoritairement aux classes populaires voire étaient en situation de précarité quand les « Françaises » appartenaient surtout à la classe moyenne supérieure
- La moitié des femmes Africaines interrogées étaient obèses

## Recours au système de soins

- Moins de chances pour les Africaines de recourir opportunément aux Urgences : moins d'aide de l'entourage pour le repérage de la maladie, recours à la pharmacie; 2 femmes ont rapporté en entretien des antécédents d'HTA non rapportés à leur(s) consultant(s).

# Principaux résultats/ Soins différenciés



## Dépistage HTA/ Protéinurie

- Le contrôle systématique de la PA par « dynamap » en cas de valeur pathologique était moins fréquent et plus retardé chez les Africaines
  - Des contrôles itératifs de la protéinurie par BU, avant un contrôle sur échantillon ou sur 24h, ont été retrouvés plus souvent chez les Africaines.
  - Des protéinuries de 0.3 à 1g/L étaient plus souvent négligées (7 Africaines vs. 2 Françaises), voire à plusieurs consultations consécutives (5 Africaines, aucune Française).
- **Retard au diagnostic, surtout pour les femmes sans antécédents personnels d'HTA**

En cas de complications sévères, les soins différenciés ne sont pas retrouvés

# Cadre théorique de discussion

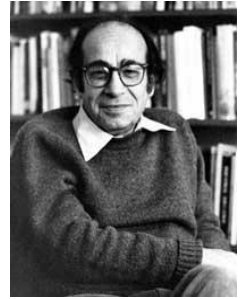
- Thématique épineuse pour les soignants mais d'actualité pour la réflexion autour de la réduction des inégalités sociales de santé,
- Dans un contexte français « color blinded »
- Déc. 2015: L'American Congress OG recommande aux praticiens de travailler sur les impacts que peuvent avoir leurs représentations négatives sur les soins dispensés et la santé de leurs patientes



# Social Loss (A. Strauss)

L'affectation des infirmières au décès de leurs patients dépend de la « perte sociale », calculée sur:

- l'âge
- le sexe
- le groupe ethnique/ racial
- la classe et la position sociale
- la situation matrimoniale et familiale
- l'état de santé et la collaboration que le patient apporte aux traitements.



## Lire ce concept dans le sens de **Valeur sociale attribuée**

Réhaussée en maternité pour les Africaines en IDF sur la reconnaissance d'une aisance à s'occuper de leurs NN

**Figure « idéale typique » de la mère Africaine.**

**Expliquant aussi cet « abaissement des normes de PEC »**



# Perspectives

- **Quantification:**
- Ces soins différenciés, qui entraînent un retard au diagnostic, peuvent-ils partiellement expliquer les prééclampsies sévères plus souvent retrouvées dans la littérature pour les femmes immigrées de l'Afrique Sub-Saharienne?
- **Travailler sur les représentations des soignants & leurs biais implicites**
- Large littérature anglo-saxonne sur le sujet, mais pas de littérature française et pas spécifique à l'obstétrique

# Bibliographie

- Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. DRESS, Études et résultats. 2010;775:1-8.
- Cognet M, Montgomery C *Ethique de l'altérité : la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, PUL, Canada, 2007
- De Rudder V, poiret C, Vourc'h F. *L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, P.U.F, 2001.
- Dorlin E, *La matrice de la race, généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La découverte, 2006.
- Dozon JP, Fassin D, *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001
- Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, Alexander S, Blondel B, Buitendijk S, et al. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social science & medicine* (1982). 2009;69(6):934-46.
- Glazer B, Strauss A., « The Social Loss of Dying Patients », *American Journal of Nursing*, No 64, pp.119-121, 1964.
- Goffman E, *Stigmate*. Paris, Editions de minuit, 1963
- Guillaumin C, *Sexe, race et pratique du pouvoir*. L'idée de nature. Paris, Côté- femmes, 1992
- Jacques B. *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF/ Le Monde, 2007
- Haelterman E, Qvist R, Barlow P, Alexander S. Social deprivation and poor access to care as risk factors for severe pre-eclampsia. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2003;111(1):25-32.
- Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, Treffers PE. Risk factors for preeclampsia in nulliparous women in distinct ethnic groups: a prospective cohort study. *Obstetrics and gynecology*. 1998;92(2):174-8.
- Poiret C. *Familles africaines en France : ethnicisation, ségrégation et communalisation*, Paris, l'Harmattan, 1996.
- Philibert, M, Deneux-Tharoux, C., Bouvier-Colle MH "Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care?", in *BJOG*, 2008 Vol. 115 No.11, Pp. 1411-8.
- Salvador S, Bertozzi S, Londero AP, Driul L, Da Riol R, Marchesoni D. [Outcome of pregnancy for immigrant women: a retrospective study]. *Minerva ginecologica*. 2010;62(4):277-85.
- Sauvegrain P. « Des femmes africaines à la mère africaine, en maternité ». In Cognet M, Sauvegrain P. *Les soignants face aux migrants : représentations et pratiques cliniques*. *Migrations Santé*, 2013 (146-147) : 81-100
- Sauvegrain P. « La santé maternelle des "Africaines" en Ile de France : Racisation des patientes et trajectoires de soins ». *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 2012 (28-2) : 81-100
- Saurel-Cubizolles M-J, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle M-H. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS*. 2012;2-3-4 30-6.
- Urquia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, et al. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. *European journal of public health*. 2015;25(4):620-5.
- Zwart J, Richters J, Ory F, de Vries J, Bloemenkamp K, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and perpuerium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG*. 2008;115:842-50.

***Merci de votre attention***

Priscille SAUVEGRAIN

Chercheur associée, sociologue  
priscille.sauvegrain@inserm.fr

Statue La Nuit, Maillol 1909, Jardin des Tuileries

*Femme assise, les bras posés sur les genoux et la tête sur l'espoir*



# Matériel et méthodes: quelques éléments supplémentaires



**L'étude a été proposée à 34 femmes**, grâce à l'aide des soignants de SDC

Une seule l'a refusée car elle "ne voulait pas être prise pour un cobaye"

**7 entretiens ont pu être enregistrés**, les autres ont été accompagnés de prise de notes complétées à la sortie de la chambre

**Les entretiens ont été intégralement retranscrits avant d'être codés**

**Le concept de Trajectoires de soins a été introduit par Strauss dans les années 60**, il permet d'ordonner de manière analytique le matériel recueilli et de rassembler des situations ayant entraîné le même type de PEC

**Le matériel recueilli auprès des femmes immigrées de l'ASS n'a pas initialement été analysé comparativement à celui recueilli auprès des femmes Françaises**, c'est une étape ultérieure de l'analyse qui permet d'établir que la distinction est pertinente.

# Matériel et méthodes: les 6 étapes de l'analyse



**Step 1 :** Line-by-line coding under N'Vivo Software, QSR10, with an inductive approach. By PS, progressively.

**Step 2:** Thematic grouping. Transversal analysis showed new themes. By PS.

**Step 3:** Reviewing of these analyses. Thematic stabilization. All authors.

**Step 4:** The concept of illness trajectories, here used as care trajectories, is applied to organize analytically all the data. It was therefore possible to group together clinical situations involving the same kind of management and to organize analytically the participation of the woman and her relatives (what Strauss calls their work). PS, reviewed with all authors.

**Step 5:** Comparison between contents of interviews with women born in Africa and women born in France of French parents. Different patterns are found. It allows us to distinguish 2 groups, but social differences between these groups has to be taken into consideration for the discussion. PS, reviewed with all authors.

**Step 6:** Choice of results to present, in relation to the objective of the study. All authors.