

Devenir obstétrical des grossesses chez les Roms

H.J. PHILIPPE ^{1, 2, 3, 4 *}, M. MENARD ⁴, C. BURBAN ⁴, V. CARTON ²
(Nantes)

Résumé

Les Roms sont méconnus de nous les obstétriciens, parfois craints du fait de leur nombre lorsque l'un d'entre eux est hospitalisé dans nos maternités, parfois appréciés eu égard au respect qu'ils ont envers les médecins.

Après un rappel sur l'histoire, la culture, le mode de vie et la position des femmes roms, nous présentons une étude rétrospective sur le devenir obstétrical et périnatal des grossesses d'une série continue de 2004 à 2010 chez des femmes roms.

En dépit d'une surveillance insuffisante, le devenir obstétrical et périnatal est relativement satisfaisant, peut-être lié à la présence d'une équipe pluridisciplinaire spécifique.

Mots clés : devenir périnatal, prématurité, précarité, Roms

1 - Faculté de médecine de Nantes - Rue Gaston Veil - 44000 Nantes

2 - CHU Nantes - UGOMPS - HME - 38 boulevard Jean Monnet - 44093 Nantes cedex

3 - Université de Nantes - 9 rue Bias - 44001 Nantes cedex

4 - CHU Nantes - École de sages-femmes de Nantes - HME - 38 boulevard Jean Monnet - 44093 Nantes cedex

* Correspondance : hjphilippe@chu-nantes.fr

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Henri-Jean Philippe déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme en relation avec le sujet.

INTRODUCTION

Les Roms sont méconnus de nous les obstétriciens, parfois craints du fait de leur nombre lorsque l'un d'entre eux est hospitalisé dans nos maternités, parfois appréciés eu égard au respect qu'ils ont envers les médecins. Mais qui sont-ils en réalité ? Y a-t-il des différences entre les gitans, les Roms, les gens du voyage ? Quelles sont leurs coutumes ? Quelle est la place de la femme dans leur civilisation ? Quelle est la place de l'enfant ? Quelle est la conception de la santé ?

Ces questions et données sont à connaître si on souhaite prendre en charge de manière adéquate ces femmes. Ce sera l'objet de notre première partie.

Dans une deuxième partie, nous analyserons les modalités de surveillance obstétricale et le devenir obstétrical dans une série continue de 2004 à 2010.

I. DIFFÉRENCES ENTRE LES ROMS, LES GITANS, LES GENS DU VOYAGE

Leurs situations ne sont en rien comparables. Seuls les liens des origines très lointaines : la grande famille des Roms, Tsiganes, Manouches, Gitans et autres Bohémiens serait issue du même peuple nomade qui a quitté le nord-ouest de l'Inde au début du XI^e siècle et qui s'est dispersée à travers l'Europe et le reste du monde. En France, le terme de Roms désigne quelque 15 000 immigrés récents, roumains ou bulgares.

Les 400 000 gens du voyage sont en revanche à 95 % français. Ce terme administratif générique désigne simplement une population résidant habituellement en caravanes : forains, marchands ambulants ou saisonniers. Ils se définissent donc avant tout par leur nomadisme, alors que les Roms, paradoxalement, sont pour l'essentiel sédentarisés depuis les années 1960 ; seuls 10 % en Europe sont encore nomades.

Les Roms qui émigrent en France viennent pour la quasi-totalité de Roumanie et de Bulgarie. La Roumanie en compte en effet 2,5 millions quand la Bulgarie en recense entre 700 000 et 800 000, soit 10 % de sa population. Mais il existe aussi d'importantes populations Roms en Hongrie (500 à 600 000), Serbie (400 000), Slovaquie (de 350 000 à 520 000) et République tchèque (300 000).

Mode de vie

Ils sont sédentaires à 80-90 % et n'ont jamais été nomades par culture, mais par nécessité : pendant des siècles, ils ont été chassés de pays en pays, presque partout en Europe, sous peine des pires sanctions.

Leur langue commune est le romani. De ce terme dérive celui de romanichel : « romani » et « cel » signifiant peuple.

Leur religion dépend du pays d'accueil et prioritairement le catholicisme avec un certain nombre de croyances propres, un sens aigu de la moralité.

II. ÉTAT DE SANTÉ ET SOINS

L'espérance de vie de 50-60 ans, la pyramide des âges et le taux de natalité élevé sont proches de ceux des pays sous-développés.

La surmortalité dès la période infantile est 5 fois supérieure à celle de la population française.

Les principales pathologies sont liées au stress (cardiopathie et ulcère gastrique), à la malnutrition (caries, pathologies endocriniennes, syndrome métabolique, cardiopathies), à la mauvaise hygiène, à la promiscuité, au défaut de prévention (vaccinations et tests de dépistage non réalisés) et au mode de vie (accident, brûlures).

II.1. Les soins

La prise en charge des soins est compliquée pour plusieurs raisons :

- la barrière de la langue,
- la méconnaissance du corps,
- la certitude de l'absence de lien entre la cause et les symptômes,
- l'indiscipline,
- l'absence d'acceptation des mesures préventives.

II.2. Le corps

Les Tsiganes ont une attitude symbolique envers le corps, avec l'intérieur du corps qui correspond au moi secret et ethnique et la face externe du corps qui doit rester pure et inviolée car sinon elle peut contaminer la face interne.

Ceci conduit à des pratiques rituelles conduisant à mettre en œuvre tout ce qui peut éviter une contamination : ne pas toucher les ordures conduisant ainsi à un réel dépotoir en dehors des caravanes, un lavage de la vaisselle dans des récipients différents de ceux permettant de se laver les mains, le corps ou les vêtements et une hygiène correctement assurée.

II.3. La femme, la sexualité, la grossesse, l'accouchement, la contraception et les enfants

L'importance de la virginité jusqu'au mariage est capitale. Pour s'en assurer la jeune fille est soumise à l'épreuve du mouchoir.

Le mariage survient précocement vers 16-18ans ; il est reconnu en tant que tel après les premiers rapports sexuels. Les premiers rapports sexuels ont lieu en dehors du camp car ils constituent une souillure de l'homme par la femme.

Ensuite, la survenue d'une grossesse devient la préoccupation principale du couple.

La contraception n'est pas envisageable avant le premier enfant.

Si au bout d'une année aucune grossesse n'est survenue, l'inquiétude apparaît.

En cas de stérilité, la femme n'est pas considérée comme une vraie femme ; des explorations sont rarement acceptées par l'homme, remettant ainsi en cause sa virilité.

Il n'y a jamais d'adoption classique mais le don d'enfant au sein du clan est possible.

La sexualité est difficile à aborder au sein des familles car la partie inférieure du corps est impure.

La femme tsigane a, de plus, un lourd fardeau à porter : son impureté. En effet, la femme chez les Roms est considérée comme impure. Son degré d'impureté est variable selon les périodes de la vie.

Ainsi, une femme en âge de procréer est jugée comme étant plus impure qu'une fillette ou qu'une femme ménopausée. Elle atteint l'acmé de son impureté en période de menstruations et en suites de couches.

Pendant les menstruations, les relations sexuelles sont interdites, les femmes ne doivent pas parler de ce sujet aux hommes, ni cuisiner, les serviettes hygiéniques ne sont pas jetées mais souvent brûlées...

La femme, en vieillissant, est de plus en plus pure et, de ce fait, mieux respectée. Cette impureté se trouve au centre des tabous et interdits qui régissent les mœurs tziganes car la femme a aussi le pouvoir de contaminer ce qu'elle touche : c'est pour cela que le nouveau-né est considéré comme impur jusqu'au baptême.

Ainsi l'homme étant l'être pur, la femme tzigane peut souiller ce dernier selon 3 modes : actes sexuels, menstruations et accouchement.

La grossesse est considérée comme une période normale de la vie des femmes. Le plus souvent aucune précaution particulière n'est prise, aucun changement n'est mis en place pour la vie quotidienne. Cette attitude n'est pas liée à de l'insouciance mais à une conception de la grossesse.

Les modalités de surveillance sont modifiées avec une déclaration tardive, des examens complémentaires peu réalisés en dehors des échographies.

L'accouchement en lui-même est source de souillure, la femme expulsant des déchets corporels. Elle est éloignée de son mari. Il ne pourra pas assister au travail ; les accompagnants seront une mère ou une sœur. Il se fait préférentiellement à l'hôpital afin de réduire les contraintes liées aux souillures propres à l'accouchement.

Les accouchées souhaitent sortir rapidement de l'hôpital du fait de leur isolement.

Mais dès leur retour, elles effectueront les tâches quotidiennes des femmes.

II.4. Le nouveau-né

Il est considéré comme impur jusqu'au baptême : « mochadi ».

Trois prénoms lui seront donnés successivement :

- le premier est sensé tromper les démons qui ne connaîtront pas son identité,
- le second figurera sur le document d'état civil,
- et le troisième sera celui utilisé et donné à l'occasion de son baptême.

Mais l'enfant a une place très importante au sein des familles car son existence donne un sens au couple.

L'éducation de l'enfant est prise en charge par l'ensemble de la collectivité. On parle de maternage collectif. Les nourrissons font l'objet d'une surveillance très attentive mais dès qu'ils marchent, ils seront confiés à leurs aînés.

III. ANALYSE COMPARATIVE DU DEVENIR OBSTÉTRICAL DE 82 FEMMES ENCEINTES ROMS *VERSUS* 82 FEMMES « GADJÉES » (NON ROMS)

L'origine ethnique des patientes n'est pas disponible sur le cahier d'accouchement, ni dans les fichiers PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) du département d'information médicale du CHU de Nantes. Dans ces conditions, une première liste propre à l'UGOMPS (unité de gynécologie-obstétrique médico-psycho-sociale) du CHU de Nantes a permis de sélectionner 130 dossiers de femmes exclusivement d'origine roumaine. Après avoir écarté les simples suivis gynécologiques, les dossiers indisponibles et les dossiers de patientes perdues de vue au cours de la grossesse, nous avons fait ressortir 82 dossiers correspondant chacun à la surveillance obstétricale sur la période 2004-2010. Pour l'étude des témoins, nous avons tiré au sort 82 autres dossiers de femmes ayant accouché le même jour que les femmes roms.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de la surveillance obstétricale chez les femmes roms et le devenir périnatal.

Différentes variables ont pour cela été analysées : données socio-démographiques, antécédents médicaux et gynéco-obstétricaux, surveillance de la grossesse, accouchement, post-partum immédiat et secondaire et contraception prescrite.

III.1. Résultats

Population

On note une augmentation de la population concernée à partir de 2007 (Tableau 1).

Tableau 1 - Évolution du nombre de patientes prises en charge

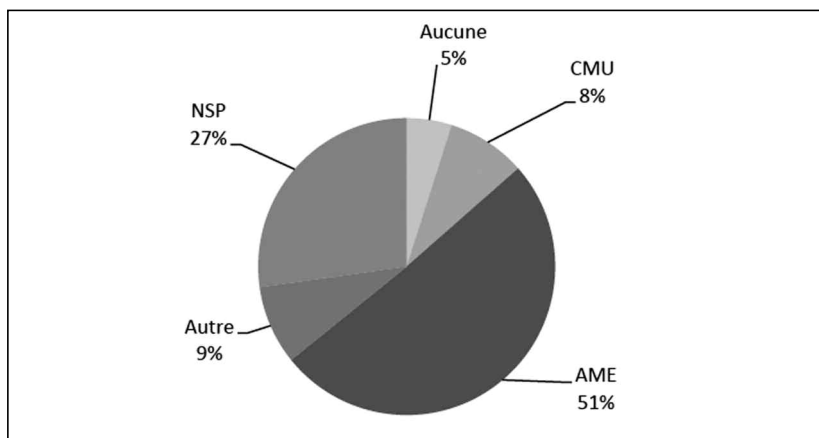
Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	Total
Suivis obstétricaux à l'UGOMPS	1	4	6	17	21	16	17	82

*nombre de suivis de janvier à août 2010

Couverture sociale des familles Roms

Suite à l'entrée de la Roumanie dans l'UE (Union européenne), les droits applicables aux ressortissants de l'UE ont été modifiés. Fin 2007, une circulaire affirme une « inaccessibilité à la CMU (couverture maladie universelle) de base et à la CMU complémentaire pour les Européens dépourvus de ressources et/ou de couverture maladie » qui relèvent désormais de l'AME (aide médicale d'état). L'AME permet aux étrangers les plus précaires, ayant moins de 634 €/mois, d'accéder aux soins pour une durée d'un an, renouvelable (Tableau 2).

Tableau 2 - Répartition de modes de prise en charge



Grossesse et accouchement

L'analyse des 2 populations met en évidence différents paramètres significativement différents : l'âge (24,7 ans *versus* 29,7 ans), l'âge au premier enfant (19 ans *versus* 26,86 ans), la parité (23,2 % de primipares *versus* 47,6 %).

Les modalités de surveillance sont également différentes : risque de T21 (réalisé dans 11 % des cas *versus* 79,3 % des cas), nombre d'échographies (2,5 *versus* 3,4).

Les modalités de l'accouchement diffèrent : le début de travail (spontané dans 85,4 % des cas *versus* 61 % et une césarienne programmée dans 3,7 des cas *versus* 12,2 %), l'analgésie péridurale réalisée dans 34,1 % des cas *versus* 56,1 % des cas et les modalités d'accouchement (spontané dans 90,2 % des cas *versus* 73,2 % des cas) (Tableaux 3 et 4).

Tableau 3 - Caractéristiques de la population et modalités de surveillance

Les résultats significatifs ont été placés en caractère gras				
	Roms n=82	Non-Roms n=82	Odds-Ratio	p
Âge (années)	24,7 ± 6,1 (15 – 38)	29,7 ± 5,3 (18 – 42)	–	⁶
Âge < 25 ans (%)	58,5	18,3	6,2 (2,9 – 13,8)	
Âge moyen au 1 ^{er} enfant (années)	19,0 ± 3,73 (14 – 32)	26,86 ± 5,24 (14 – 42)	–	< ⁸
Primipares (%)	23,2	47,6	0,33 (0,16 – 0,68)	<0,01
Parité*	2,8 ± 1,8 (1 – 7)	1,9 ± 1,2 (1 – 7)	–	< 10 ³
IMC **				
○ IMC moyen	22,7 ± 4,8	23,3 ± 4,3	–	0,58
○ IMC > 30 (%)	2,4	6,1	0,39 (0,04 – 2,45)	0,25
○ IMC < 18 (%)	2,4	2,4	1 (0,07 – 14,11)	1
Réalisation d'au moins une IVG (%)	19,5	12,2	1,74 (0,69 – 4,61)	0,20
Déclaration Grossesse n=40 (%):	48,8	***	–	0,06
○ Age moyen (SA)	21,80 (7-37)	***	–	
Réalisation test T21 (%)	11,0	79,3	0,03 (0,01 – 0,08)	⁴
Réalisation test O'Sullivan (%)	39,0	90,1	0,07 (0,03 – 0,17)	⁴
HBV (%) :				
○ Non Immunisée	54,9	71,6		⁴
○ Immunisation naturelle	31,7	2,5	0,48 (0,24 – 0,97)	<0,05
○ Vaccination	8,5	16,0		
○ Portage chronique	3,7	1,2		
Portage Syphilis (%)	3,7	0	–	0,11
Diabète gestationnel (%)	4,9	7,3	0,65 (0,13 – 2,87)	0,51
Diabète si test fait (%)	9,4	8,2	1,15 (0,17 – 5,86)	0,84
Prééclampsie (%)	2,4	3,7	0,66 (0,05 – 5,92)	0,55
Suivi de grossesse à l'UGOMPS (%) :				
○ 1 ^{er} Trimestre	37,5	0	–	⁴
○ 2 ^e Trimestre	71,4	1,2	191,9 (29,7 – 8136,3)	⁴
○ 3 ^e Trimestre	88,3	1,2	549,9 (78,3 – 24489,8)	⁴
Nombre de consultations de suivi mensuel	3,7 ± 2,1 (0 – 10)	3,6 ± 2,2 (1 – 10)	–	0,69
Nombre d'échographies	2,5 ± 1,2 (0 – 7)	3,4 ± 1,2 (2 – 10)	–	⁵
Fumeuses pendant G (%)	44,2	14,6	4,57 (2,04 – 10,79)	< ³
Prise de poids pendant G (kg)	11,0 ± 6,4	12,2 ± 4,4	–	0,28

Tableau 4 - Résultats périnataux

Terme de l'accouchement (SA)	39,2 ± 2,5 (28 – 43)	38,7 ± 3,1 (24 – 42)	–	0,31
○ <37 SA (%)	11,0	9,8	1,14 (0,37 – 3,60)	0,79
Durée du travail (heures)	5,5 ± 5,2	6,34 ± 5,1	–	0,30
Début du travail (%) :				²
○ Spontané	85,4	61,0	1	–
○ Déclenché	11,0	22,0	0,36 (0,12 – 0,97)	0,02
○ Césarienne avant travail	3,7	12,2	0,16 (0,03 – 0,60)	³
Anesthésie (%) :				< ³
○ Aucune	57,3	25,6	3,64 (1,73 – 7,85)	³
○ Analgésie péridurale	34,1	56,1	0,27 (0,13 – 0,58)	³
Issue du travail (%) :				
○ Spontanée	90,2	73,2	1	0,01
○ Instrumentale	1,2	6,1	0,16 (0,00 – 1,52)	³
○ Césarienne totale	8,5	20,7	0,34 (0,11 – 0,92)	0,09
				0,01
Poids de naissance (gr)	3248 ± 541 (1100-4300)	3070 ± 706 (660 – 4260)	–	0,01
RCIU Usher				
○ Ecart-type	+0,06 ± 0,9	-0,23 ± 0,9	–	< 0,05
○ < -2 écarts-types (%)	1,8	2,5	0,73 (0,01 – 14,41)	0,80
Apgar > 7 à 5 min (%)	98,8	97,6	1,99 (0,10 – 119,44)	0,57
pH artériel réalisés (%)				
○ pH moyen	7,23 ± 0,1	7,23 ± 0,1	–	0,88
○ pH < 7,15 (%)	17,0	14,5	1,20 (0,36 – 4,06)	0,73
Hémorragie de la délivrance (%)	3,7	7,3	0,48 (0,08 – 2,36)	0,30
Allaitement maternel à la sortie (%)	92,7	73,2	4,60 (1,67 – 14,78)	< 10 ³
Durée moyenne de séjour (jrs)	3,7 ± 1,4	4,3 ± 1,6	–	< ²
○ Si Voie basse	3,5 ± 1,2	4,1 ± 1,0	–	²
○ Si Césarienne	5,0 ± 1,9	5,3 ± 2,7	–	0,75
Visite post-natale au CHU (%) **	78,0	36,6	14,96 (5,55 – 47,82)	⁴
* Parité = 1 s'il s'agit d'une première grossesse				
** Sur les dossiers renseignés				
*** Date de déclaration de grossesse non connue pour les témoins, du fait de leur suivi au CHU uniquement au 8 ^e et 9 ^e mois de grossesse.				

Parité

La parité moyenne pour les femmes roms de notre étude est de 1,8, soit le double de celle de nos témoins (0,9). De plus, ces résultats sont à corrélés à la moyenne d'âge qui est de 24,7 pour les femmes roms et de 29,7 pour les témoins. La plus grande multipare étant âgée de 33,6 ans, on peut affirmer sans trop de doute que la parité des femmes de notre échantillon n'est pas fixée et qu'elle tendra à augmenter.

- Cette parité importante peut s'expliquer de plusieurs façons :
- un défaut de contraception,
 - le fait de laisser la providence arbitrer du nombre d'enfants,
 - le souhait de poursuivre les grossesses jusqu'à avoir au moins un garçon.

Âge gestationnel à la déclaration

On le sait, les femmes roms ont souvent un suivi de grossesse qui débute tardivement. Les expulsions, la difficulté de se déplacer (coût des tickets de transports, enfants à garder...), l'ignorance du lieu où s'adresser peuvent être parmi les principales causes. Sans oublier leur manque de connaissances concernant l'anatomie féminine et le cycle reproductif qui explique également cette découverte tardive de la grossesse. Une récente étude menée auprès de femmes roms relate les signes évocateurs d'une grossesse : pour 67 % d'entre elles, elles se savent enceintes à l'apparition des premiers signes symptomatiques, contre seulement 33 % qui avancent l'aménorrhée comme indicateur de grossesse. Concernant notre échantillon, les femmes roms déclaraient leur grossesse en moyenne à 22 SA, soit au moment de la 2^e échographie (1^{re} les concernant) ou lors de leur première consultation, souvent réalisée à la PASS.

Résultats sérologiques

Il est intéressant de signaler que parmi les 82 dossiers étudiés, aucune séroconversion de toxoplasmose ne fut à déplorer durant la grossesse. Ainsi, malgré la précarité de leurs conditions de vie, les femmes roms développent peu cette infection parasitaire.

D'autre part, concernant le statut sérologique de l'hépatite B, 32 % des femmes roms sont immunisées de manière naturelle, contre un taux de couverture vaccinale de 8,5 %. Dans notre étude, environ 4 femmes sont atteintes d'hépatite B sous la forme chronique sans conséquence majeure sur leur grossesse.

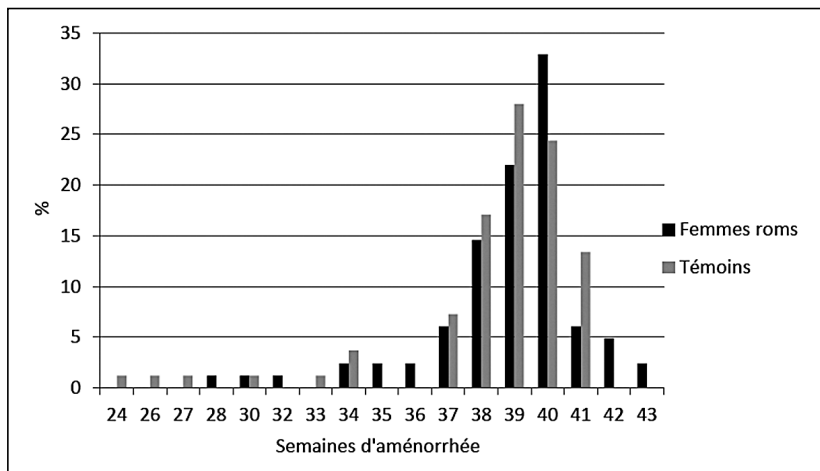
En ce qui concerne le VIH, 1 femme est séropositive. Trois femmes sont porteuses de la syphilis, sans indication sur un éventuel traitement.

Quant à la tuberculose, elle fut à l'origine d'une demande d'IVG, mais le manque d'informations concernant cette donnée ne permet pas d'affirmer que les autres femmes étaient indemnes.

Terme d'accouchement

Le terme d'accouchement n'est pas différent significativement (Tableau 5).

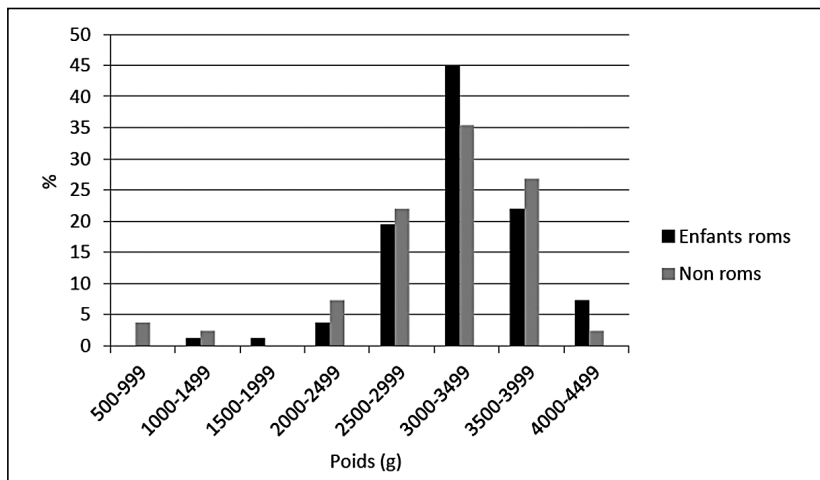
Tableau 5 - Terme d'accouchement



Poids de naissance des enfants

La médiane est de 3 298 g pour les nouveau-nés roms et de 3 160 g pour les autres nouveau-nés, soit une hausse respective de 50 et 90 g par rapport à la moyenne obtenue précédemment. Les femmes roms accouchent donc d'enfants de poids significativement supérieur à celui des femmes témoins, bien que cet écart soit minime (Tableau 6).

Tableau 6 - Poids de naissance



En analyse multivariée

Quatre critères ont été analysés pour tenir compte des différences entre les 2 populations :

1. le taux de déclenchement (*versus* début spontané + césarienne) reste significativement différent en tenant compte de l'âge maternel et de l'âge gestationnel ($p < 0,02$ OR ajusté = 0,31 [0,12-0,81]) ;
2. le taux de césarienne avant travail (*versus* début spontané + déclenchement) n'est plus significatif en tenant compte de l'âge maternel et de l'âge gestationnel ($p = 0,17$ ORa = 0,38 [0,09-1,51]) ;
3. le taux final de césarienne (*versus* voie basse avec ou sans instrument) n'est plus significatif en tenant compte de l'âge maternel et de l'âge gestationnel ($p = 0,30$ ORa = 0,51 [0,80-1,07]) ;
4. le poids de naissance est significativement plus élevé chez les femmes roms en tenant compte de l'âge maternel, de l'âge gestationnel et du tabagisme ($p < 0,01$ ORa = 2,29 [1,40-3,74]).

On peut en conclure que les femmes roms, malgré un suivi de grossesse discontinu et probablement insuffisant, notamment en ce qui concerne la réalisation de tests biologiques, ont un déroulement physiologique dans la majorité des cas avec un accouchement souvent rapide et eutocique. Les nouveau-nés sont de poids légèrement supérieur à ceux des témoins malgré un tabagisme maternel relativement important.

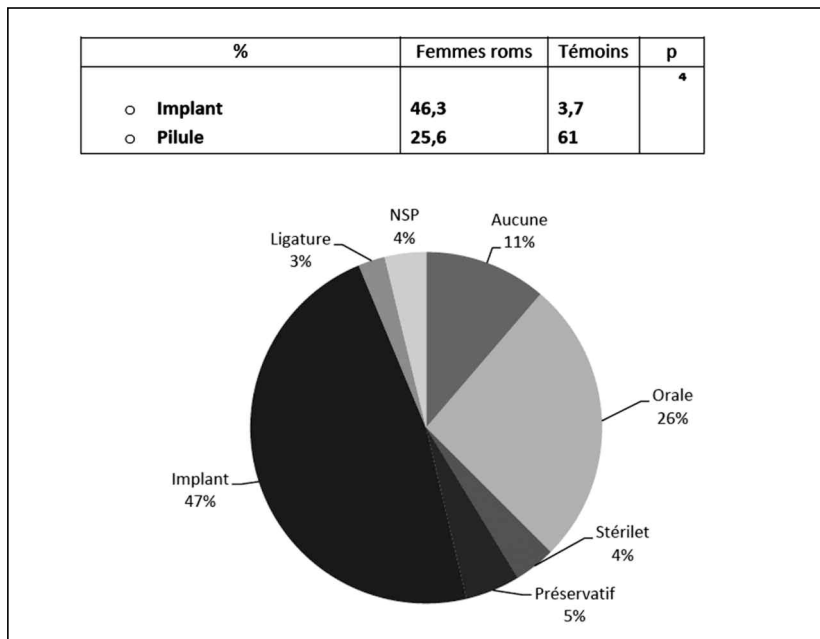
Contraception du post-partum

La contraception est en train d'entrer dans les mœurs des couples roms. Ainsi, on assiste à une apparition prépondérante de l'implant (46 %) devançant largement l'utilisation du stérilet et de la pilule. De plus, les femmes roms sont nombreuses en suites de couches à être avides de conseils sur des moyens contraceptifs, simples et peu onéreux, qui leur permettront d'espacer leurs grossesses.

Un allaitement maternel prolongé et exclusif répond à cette volonté d'espacer chaque grossesse. Selon ces femmes, l'intervalle idéal entre 2 naissances semble être de 2 ans ; ceci met en évidence leur réel désir de limiter et contrôler leur fécondité.

Mais le chemin reste cependant long à parcourir, notamment en ce qui concerne l'utilisation du préservatif, que les hommes refusent toujours. De même, aux dires de certaines femmes, la pilule est trop contraignante, le stérilet trop inquiétant (souillure de la femme par ce corps étranger ?). La ligature tubaire semble rester la solution de choix pour les grandes multipares (Tableau 7).

Tableau 7 - Modalités de contraception



III.2. Discussion

Suivi de grossesse

La population rom au mode de vie précaire rejoint la situation des populations en grande détresse pour lesquelles un suivi optimal de grossesse se heurte aux obstacles financiers, culturels, ainsi qu'à ceux de la langue et de la situation sanitaire en vigueur dans le pays d'accueil.

Dans une étude réalisée chez 100 femmes roms en 2007, l'âge moyen à la 1^{re} grossesse était de 17 ans ; les femmes avaient en moyenne 4 grossesses, dont seule la moitié aboutissait à une naissance vivante (risques liés à l'âge précoce, au faible suivi de grossesse, aux nombreuses IVG et fausses-couches). Toujours selon cette étude, moins d'une femme sur 10 (8,3 %) était suivie de manière satisfaisante durant sa grossesse.

Le suivi obstétrical des femmes roms est en effet souvent incomplet et discontinu. Il n'est pas rare de déclarer la grossesse largement après l'échographie de 12 voire de 22 SA, les consultations mensuelles sont réalisées de manière ponctuelle, contrastant avec la fréquence des

consultations d'urgence. Les femmes roms échappent trop souvent aux différents examens biologiques nécessitant d'être réalisés sur des périodes bien précises. Ainsi dans notre série, le double test n'est réalisé que pour 11 % des femmes : ce faible résultat peut s'expliquer d'une part par le fait que la période de réalisation soit souvent dépassée, et d'autre part par le fait que les familles roms connaissent une forte imprégnation religieuse qui tend à apporter un certain sens à la naissance d'un enfant handicapé.

De même pour le test d'O'Sullivan permettant un dépistage du diabète gestationnel, il n'est réalisé que dans 39 % des cas, bien souvent pour les mêmes raisons de délai dépassé ou de non-coopération de la part des femmes roms qui ne se déplacent pas au laboratoire d'analyses. Toutefois, au-delà des contraintes que semblent représenter pour ces femmes les différents examens obstétricaux, il n'est perçu aucune grave perturbation de la grossesse qui aurait pu être dépistée au préalable. La culture rom se situe dans une consommation immédiate en matière de soins. Tant que la grossesse, selon la parturiente et les autres femmes expérimentées du groupe, se déroule sans entrave à leurs yeux, il n'y a pas lieu de se plier à un quelconque suivi. À l'inverse, les moindres signes leur paraissant anormaux ou inquiétants les font consulter en toute hâte. On peut établir une comparaison avec les gens du voyage. Dans ce groupe, les femmes enceintes sont soumises à d'autres types d'adversités. En effet, ces groupes se déplaçant de façon régulière et sur de longs trajets, c'est tout le suivi de grossesse qui en pâtit. On saisit bien dans ce cas toute l'importance du carnet de maternité qui permet de faire le lien entre les différents professionnels amenés à suivre la grossesse. Si on en revient aux familles Roms, certes les expulsions aggravent leur situation et entravent un suivi optimal, mais il semble que le lien avec le professionnel qui les suit reste préservé car on retrouve souvent ces familles dans la même région, le même département. Il est à noter toutefois, concernant les 130 femmes roms retrouvées au début de notre étude, que 6 d'entre elles, après avoir débuté un suivi de grossesse au CHU ont été perdues de vue, probablement suite à une expulsion.

Mais alors que penser de l'attitude de ces jeunes femmes pour qui la grossesse semble se dérouler sans encombre, avec *a priori* peu de pathologies obstétricales ? Par exemple, malgré l'absence de test de dépistage et de mauvaises habitudes alimentaires, le taux de diabète reste faible, celui des nouveau-nés macrosomes également. Pour autant, les facteurs de risque propres à ces populations défavorisées ne sont pas inexistantes.

Ceux habituellement cités sont :

- l'origine ethnique (déracinement, culture étrangère, mœurs différentes...);
- l'absence de couverture sociale. En effet l'ouverture des droits en matière de santé est difficile en l'absence de domicile. Les centres communaux d'action sociale ont pour mission d'assurer, de droit, les domiciliations administratives pour les personnes ne pouvant pas apporter de justificatif de domicile. Mais, par manque de moyens, tous les CCAS (centres communaux d'action sociale) ne le font pas (notamment celui de Nantes qui est remplacé par l'association Gasprom). Pourtant ces domiciliations sont indispensables pour l'ouverture des droits à la CMU ou à l'AME possible après 3 mois de résidence en France ;
- l'absence d'activité professionnelle et le niveau d'éducation ;
- l'isolement par rapport au père de l'enfant, mais également l'éloignement de la famille. Cependant ce critère de précarité n'est pas applicable aux femmes roms, qui sont habituellement très entourées ;
- des conditions de logement difficiles.

Facteurs de risque

De façon plus précise, le profil particulier des gestantes tsiganes permet de détacher certains critères pouvant être considérés comme des facteurs de risque de pathologie durant la grossesse (Tableau 8).

Tableau 8 - Facteurs de risque

Facteurs de risque	Risques encourus
Age inférieur à 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> ○ RCIU* (anémie, carence protéique, compétition entre la croissance de la mère et du fœtus) ○ MAP* et AP* ○ HTAG*
Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> ○ RCIU (risques potentialisés d'HRP*, prééclampsie)
Surmenage et expulsions répétées	<ul style="list-style-type: none"> ○ MAP
Grande multiparité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Insertion placentaire basse
Mauvaises conditions d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> ○ Infection (risque d'AP, de chorioamniotite, d'IMF*)
Alimentation riche en glucides et en lipides	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diabète gestationnel ○ Macrosomie, Hydramnios ○ HTA
Consanguinité	<ul style="list-style-type: none"> ○ Malformations fœtales, pathologies génétiques

Risque d'accouchement prématuré

Ce risque est présent dans toutes les études portant sur la santé des populations défavorisées. En se référant au coefficient de risque d'accouchement prématuré, on peut effectivement considérer ce risque comme important du fait des conditions de vie déplorables des femmes roms, de leur très jeune âge au 1^{er} enfant ou de grossesses rapprochées, du tabagisme, de leurs tâches ménagères souvent éprouvantes... Force est de constater que, malgré tout, les MAP (menaces d'accouchement prématuré) sont rares et que le risque d'accouchement prématuré reste surtout théorique. L'évaluation du CRAP indique que les tziganes de moins de 18 ans rentrent dans le groupe à risque certain (CRAP = 11), que les moins de 20 ans et les + de 40 ans font partie du groupe à risque potentiel (CRAP = 9) tout comme les autres femmes tziganes dont le mode de vie suffit seul à les classer dans un groupe à risque potentiel (CRAP = 7).

Accouchement

De même lors de l'accouchement, certains facteurs de risque propres à ces femmes apparaissent.

Concernant notre étude, aucun de ces risques n'a pour ainsi dire été retrouvé de manière plus importante chez les femmes roms par rapport aux témoins.

À souligner que 2 accouchements ont eu lieu à domicile. Les 2 mères étaient primipares pour l'une et cinquième-pare pour l'autre. Il est important de rappeler que dans ce cas, il s'agit d'accouchement très rapide ne permettant pas à la femme de se rendre à l'hôpital à temps. En effet, accoucher chez soi pour une femme rom est considéré comme un acte impur, c'est pourquoi cette tâche incombe aux « sages-femmes gadjées ».

Nouveau-né

Lors de l'accouchement d'une femme issue d'un pays à forte endémie tuberculique (cas de la Roumanie) et en situation précaire ou dont l'état de santé semble incertain, il est fréquent d'administrer au nouveau-né une dose de vaccin anti-tuberculeux BCG. Ceci a pu être observé pour une proportion importante des nouveau-nés de notre étude. Sur 82 enfants roms, l'un d'entre eux a été maintenu hospitalisé pour une infection materno-fœtale découverte à J2. On peut considérer, au vu des conditions de vie des familles roms et du peu d'informations dont bénéficient les femmes enceintes, notamment sur les motifs de consultation à la maternité (RPM, signes fonctionnels) que les infections néonatales sont relativement rares dans notre échantillon.

Allaitement maternel

Ce mode d'alimentation est largement utilisé dans la population tsigane. Il leur convient en effet, tout particulièrement grâce notamment à la couverture immunitaire qu'il confère au nouveau-né avec le passage d'anticorps par le lait maternel. Les risques d'infection par utilisation d'une eau impropre à la préparation des biberons ou par conservation du lait sont également contournés. Ainsi l'allaitement maternel concorde avec les conditions de vie des familles roms. Il est fréquent d'observer pendant les premiers mois de l'alimentation du nourrisson l'ajout de sucre blanc dans leur biberon. La raison invoquée est que cela apaise leurs pleurs, soulageant leur faim, ou le moment venu, la douleur due à la poussée des dents de lait.

Sorties contre avis médical

Il est aisé d'imaginer qu'elles sont fréquentes. En effet, l'absence de couverture sociale pour certains peut être à l'origine de séjours écourtés. Également, la culture de vie en clan rend difficile l'hospitalisation pour une accouchée rom qui tolère mal la rupture avec le groupe ainsi que la séparation avec ses autres enfants restés au foyer. Ces sorties brutales et inopinées peuvent être à l'origine de complications du post-partum. On sait que certaines pathologies néonatales ne peuvent être dépistées avant au moins le 3^e jour de vie (auxquelles s'ajoutent les défauts de prise de poids, d'éventuelles anomalies du système digestif, ictères...). Côté maternel, une sortie prématurée peut laisser la femme dépourvue face à des problèmes d'allaitement, d'infection, de troubles psychiques... Pour ces diverses raisons, il semble incontournable de mettre en place un suivi PMI dès lors qu'il y a sortie du couple mère-enfant précédant le 3^e jour du post-partum.

Comparaison à la population générale

Par rapport à l'enquête périnatale de 2003, les éléments significatifs sont identiques (Tableau 9).

CONCLUSION

La santé est un droit, elle est un droit commun. La population rom présente des indicateurs de santé alarmants, souvent spécifiques des pays sous-développés. Wresinsky définit la précarité comme telle : « absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes

Tableau 9 - Devenir périnatal et obstétrical

%	Population générale	Femmes roms	Femmes témoins	p*
Travail spontané	60,7	85,4	61	S
Travail déclenché	19,7	11	22	S
Césarienne	19,6	8,5	20,7	S
○ dont césarienne avant travail	12,5	3,7	12,2	
Anesthésie péridurale	62,6	34,1	56,1	S
Prématurité < 37 SA	7,2	11	9,8	NS
Poids de naissance < 2500 g	8,0	6,1	13,4	NS
Apgar < 8 à 1 min	5,9	8,8	8,9	NS
Allaitement maternel	56,5	92,7	73,2	S

Source : enquête nationale périnatale 2003
 * S : significatif NS : non significatif

et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ».

Ainsi les familles roms n'ayant pas accès à un logement décent, à un travail rémunéré ne peuvent entièrement jouir de leurs droits à la santé. Les stéréotypes dont sont victimes les Roms perdurent et impactent leur accès aux soins.

Soutenir d'authentiques actions de prévention (par exemple diminuer le tabagisme) et d'action sanitaire (meilleur accès à l'eau) permettra d'améliorer à long terme leur sort qui ne sera réellement évolutif que lorsque les pouvoirs publics trouveront des solutions durables pour mieux organiser ces « migrations de la misère ».

Toutefois, notre étude a montré que sur le plan obstétrical, malgré un suivi parfois complexe du fait notamment des expulsions, les grossesses suivaient un déroulement physiologique, l'accouchement était eutocique et le devenir périnatal satisfaisant peut-être lié à la prise en charge spécifique par l'équipe de l'UGOMPS, équipe sensible à ces situations particulières et ayant un certain degré de vulnérabilité.

La mise en place d'unité de cette nature dans les grands centres hospitaliers nous paraît essentielle.

Bibliographie

- [1] Bultet S. La maternité chez les gens du voyage. École de sages-femmes de Nîmes 2000.
- [2] Clebert JP. Les Tsiganes. Ed Arthaud 1961.
- [3] Duranteau C. La santé des gens du voyage. Approche sanitaire et sociale. Ed. L'Harmattan 2010.
- [4] Études tsiganes : l'esclavage des Roms. Revue trimestrielle 2007;29.
- [5] Études tsiganes : être une femme dans le monde tzigane. Revue trimestrielle 2008;33-34.
- [6] Fernagu C. Les Roms et la régulation des naissances, comprendre pour mieux accompagner. École de sages-femmes de Dijon 2007.
- [7] Ferney A. Grâce et dénuement. Ed Flammarion 2006.
- [8] Fonseca I. Enterrez-moi debout. L'odyssée des tsiganes. Ed. Latitudes Albin Michel 2003.
- [9] Levy I. Soins et croyances. Ed. Estem 2008.
- [10] Merle MS. Les Gitans : leur attitude face à la maladie et à la mort. Fac. de médecine de Clermont-Ferrand 1982.
- [11] Moro MR, Neuman D, Réal I. Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle. Ed. La pensée sauvage 2006.
- [12] Pons E. Les Tsiganes en Roumanie : des citoyens à part entière. Ed. L'Harmattan 1995.
- [13] Proust S. Devenir obstétrical des patientes en situation précaire et bénéficiaires de l'AME, suivies à l'UGOMPS. Mémoire DES Fac. de médecine Nantes 2006.
- [14] Tison B. Soins et cultures. Formation des soignants à l'approche interculturelle. Ed. Masson 2007.

