

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION



Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Dossier

ANTILLES, GUYANE : PROMOUVOIR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Dossier coordonné par

Christine César,

sociologue, chargée d'expertise,
avec **Thierry Cardoso,**
MD, PhD, responsable,
Unité Périnatalité Petite Enfance,
direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France

Avec la collaboration de :

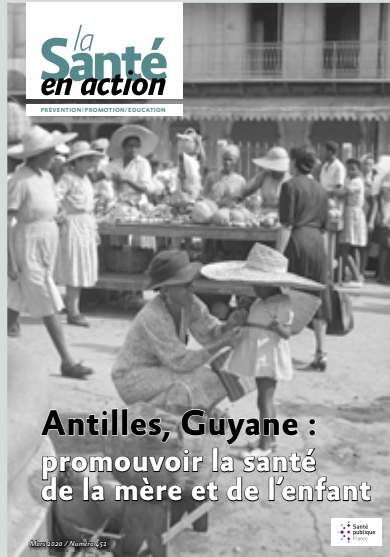
Marie-Claude Domi,

coordinatrice du réseau de périnatalité
Martinique (RSPMatnik),
Gülen Ayhan,
coordinatrice médicale
du réseau de Périnatalité
« Naître en Guadeloupe »,
médecin de santé publique,
service de gynécologie-obstétrique
du CHU,
Stéphanie Bernard,
sage-femme, coordinatrice
du réseau de périnatalité Guyane.

Merci pour leur relecture à :

Odile Kremp,

médecin pédiatre,
chargée de projet
et d'expertise scientifique
en santé publique,
direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France, et à
Blandine Mulin,
médecin coordonnateur
du Réseau périnatalité
de Franche-Comté (RPFC),
présidente de la Fédération française
des réseaux de santé périnatale (FFRSP).



© Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Introduction

4 _ Christine César

Les grands enjeux de santé publique sur le territoire de la Martinique

6 _ Sylvie Merle, Natacha Neller

Périnatalité en Martinique : état des connaissances et stratégies d'intervention

9 _ Jean-Luc Voluménié

Entretien prénatal précoce en Martinique : accompagner les femmes enceintes et leur entourage

13 _ Marie-Claude Domi, Malika Lamalle,
Sarah Prud'homme Gateau

Classes-passerelles en Martinique : « Les enfants développent leurs compétences et sociabilité »

16 _ Entretien avec Marie-Pierre Poilvé
et Cécile Montabard-Aristide

Lieux d'accueil enfants-parents en Martinique : « Soutenir les parents, apporter confiance en soi aux enfants »

18 _ Entretien avec Élise Darius

Guadeloupe : la situation économique et sociale a un impact sur les indicateurs de périnatalité

20 _ Eustase Janky, Gülen Ayhan

Périnatalité en Guadeloupe : état des lieux et stratégies d'intervention

23 _ Marielle Farouil, Sylvie Plumain

La liaison PMI-établissements de santé en Guadeloupe

26 _ Viviane Berdier, Ghislaine Peroumalnaïk

Guadeloupe :

« Améliorer le parcours
de soins de la femme
autour de la grossesse »

28 _ Entretien avec Francelise Nadessin

Guadeloupe :

« Le carnet de maternité
place la mère et son enfant
au centre du processus de soin »

30 _ Entretien avec Gülen Ayhan

Guyane : la périnatalité soumise à rude épreuve

32 _ Gabriel Carles

Guyane : un plan périnatalité adapté aux particularités du territoire

34 _ Stéphanie Bernard, Nathalie Parez

PMI en Guyane :

« S'adapter pour faire face
aux conditions de vie dégradées
des populations »

38 _ Entretien avec Éric Giblot-Ducray

En Guyane, des permanences de sages-femmes au collège et au lycée

40 _ Entretien avec Louise Vuylsteker

Prévention de l'alcool et accompagnement des populations

44 _ Évaluation de la campagne
**Dry January, un mois sans alcool
au Royaume-Uni.**

« Les gens ressentent de réels
bénéfices à ne pas boire »

Entretien avec Richard De Visser

Logement, un déterminant de la santé

46 _ **Un chez-soi d'abord :
accompagner les personnes sans
abri vers et dans leur logement**

Pascale Estecahandy

50 _ « Un toit, finie la terreur
de ne pas avoir de quoi payer
mon loyer » Témoignages

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :

Jean-Claude Desenclos

RÉDACTION

Rédacteur en chef :

Yves Géry

Assistante de rédaction :

Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : Scène de rue : au marché, une femme réajuste la tenue d'une petite fille. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 4 : Jeune femme portant une petite fille dans les bras. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 9 : Le mercredi des cendres : jeune femme sur son pas de porte attendant le défi lé du carnaval. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 11 : Scène de rue : jeune femme avec une poussette. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 14 : Une femme se nettoyant le visage, vue entre les lattes d'un volet. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 19 : Conversation entre femmes. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 21 : Deux enfants et une femme le long d'un mur. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 27 : Portrait d'une femme. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Page 35 : Femme. © Parry, Roger (1905-1977) Donation Roger Parry/Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diff. RMN-GP.

Page 39 : Jeunes filles. © Parry, Roger (1905-1977) Donation Roger Parry/Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diff. RMN-GP.

Page 41 : Scène de rue : deux jeunes femmes. © Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Réalisation graphique : **Jouve**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2020

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

Front uni face à l'épidémie de Coronavirus

3

Au moment – fin mars 2020 – où nous bouclons ce numéro consacré à la périnatalité de La Santé en action, notre revue trimestrielle de prévention, d'éducation et de promotion de la santé, le pays est très durement frappé par l'épidémie de Coronavirus – Covid-19. Nous avons une pensée pour les personnes atteintes, et nous présentons nos condoléances aux familles des victimes. Nous sommes aux côtés des professionnels soignants, de tous les autres professionnels et des citoyens qui sont en première ligne. Santé publique France est mobilisée pour apporter son expertise aux pouvoirs publics et pour remplir sa mission de veille, d'alerte, de suivi, d'expertise et d'information au service des professionnels et de l'ensemble des citoyens. Dans le cadre de ses missions, notre agence apporte son concours à la mobilisation sans précédent que connaît actuellement le pays.

Ainsi, comme l'indiquait Santé publique France le 30 mars 2020, « Depuis l'émergence de cette nouvelle maladie, Covid-19, en janvier 2020, tous les agents de Santé publique France sont mobilisés et la complémentarité de leur métier s'exprime pleinement au service de la population. Leur action consiste à surveiller et comprendre la dynamique de cette épidémie, anticiper les différents scénarii et mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission de ce virus sur le territoire national. La réserve sanitaire est fortement mobilisée depuis le début de l'épidémie. Les connaissances sur les caractéristiques du Covid-19 et de ce virus évoluant très rapidement jour après jour, la mobilisation est totale en coordination avec les instances françaises (ministère des Solidarités et de la Santé, Agences régionales de santé...) et internationales (Organisation mondiale de la Santé, Centre européen de contrôle et de prévention des maladies). »¹

Compte tenu des contraintes de bouclage et de publication, il n'était pas envisageable de rendre compte dans ce numéro de l'épidémie dont l'impact progressait fin mars de jour en jour. Toutefois, dans ce contexte, parce que ce dossier est le fruit de six mois de travail, par respect et par solidarité envers l'ensemble des professionnels que nous avons sollicités, les personnels soignants impliqués en première ligne – ainsi que tous les autres professionnels et bénévoles engagés –, nous avons pris la décision de maintenir la publication de ce numéro sur la périnatalité dans des départements d'outre-mer. Il convient de se connecter sur les sites officiels du gouvernement, du ministère de la Santé² et sur notre site Internet³ afin d'accéder au jour le jour à l'ensemble des informations disponibles concernant la lutte contre l'épidémie de Coronavirus – Covid-19, et de connaître les moyens mis à disposition et les liens utiles. Santé publique France est aux côtés de tous les intervenants de première ligne.

Solidairement vôtre,

La rédaction.

1. Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>

2. site du gouvernement : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>

site du ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/>

3. <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Dossier

Christine César,

sociologue, chargée d'expertise,
Unité Périnatalité Petite Enfance,
direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

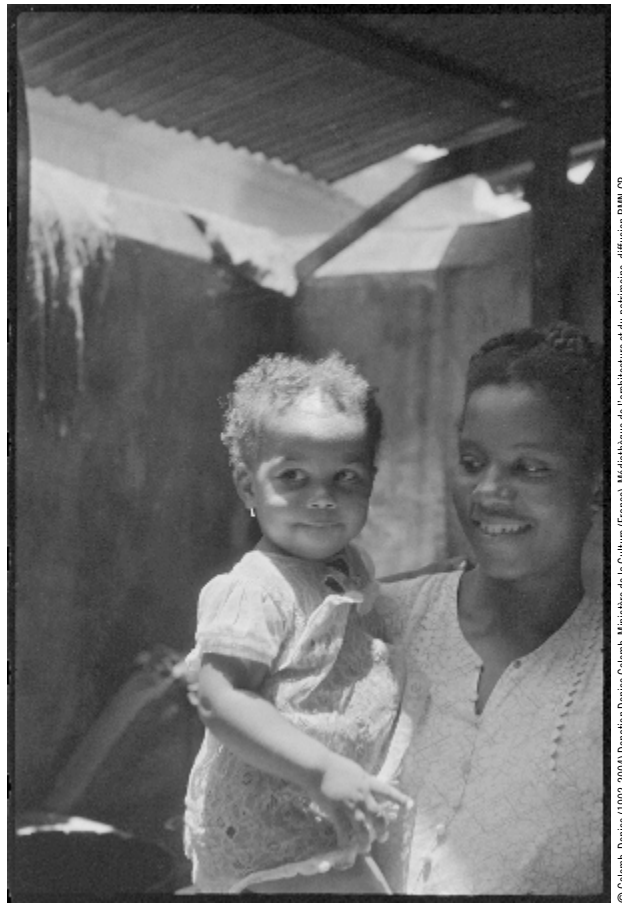
Regarder ce qui se passe dans les départements et régions d'outre-mer (Drom), c'est s'obliger à prendre en compte les inégalités sociales et environnementales dans le regard que l'on porte sur les terres de migrations et sur notre avenir commun. Cette interrelation puissante est ainsi décrite par le poète martiniquais Édouard Glissant : dans les Drom se joue notamment la construction de la société, le « *penser l'autre qui deviendra une partie de nous*¹ ». Si l'on aborde le sujet par les conditions de vie économiques, sociales et sanitaires, les Drom ont en commun de nombreux indicateurs moins favorables qu'en France hexagonale : absence d'emploi et taux élevé de chômage, ressources moindres, part plus importante de la population se situant sous les minima sociaux ; sur le plan de la structure familiale : forte prévalence des familles

monoparentales, d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) ; concernant les indicateurs de périnatalité : forte prévalence de la prématurité, des interruptions volontaires de grossesse (IVG), des grossesses chez les mineures ; sur le plan des pathologies : incidence plus élevée du diabète gestationnel, etc. À ce titre, sur ces territoires, la périnatalité et la petite enfance sont des stades cardinaux de la vie, révélateurs des difficultés économiques et sociales.

Le dossier central de ce numéro de *La Santé en action* n'a aucune prétention d'exhaustivité : le propos ici est de dresser à la fois un état des connaissances et des pratiques professionnelles de la périnatalité dans ces départements d'outre-mer, sous la pierre angulaire de la politique éditoriale de la revue : promotion de la santé, prévention, éducation. Ce premier numéro traite de la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane. Le numéro suivant sera consacré à la Réunion et à Mayotte. Se pencher sur ces territoires permet d'élargir la réflexion de manière universelle. Les départements d'Amérique sont aux avant-postes pour mesurer

« *le gémissement des arbres et la montée des eaux ; le blanchiment des coraux et l'invasion des récifs*² ». Ils peuvent être vus à la fois comme des archipels³ (vert pour la Guyane et bleu pour la Guadeloupe) faits de localisations clairsemées, mais avec de fortes densités sur le littoral, comme aussi en Martinique. Élargir la focale sur les données de santé en Amérique du Sud permet de mieux saisir l'impact du projet de société mis en œuvre, adossé à un système de santé et de solidarité. Ainsi en Guyane, des épidémiologistes soulignent que : « *L'espérance de vie à la naissance augmente de façon régulière. Elle reste inférieure à la France, mais elle est néanmoins la plus élevée au sein de l'Amérique latine. En ce qui concerne la mortalité prématurée (personnes de moins de 65 ans), elle diminue rapidement, et d'ici 15 ans, le différentiel avec la métropole pourrait disparaître. [...] Enfin, [...] malgré un taux de prématurité élevé (13 %), la mortalité infantile diminue et est la plus faible au sein de l'Amérique latine*⁴. »

Toutefois, au regard de l'ensemble des indicateurs, beaucoup reste à faire. Malgré ces performances, des indicateurs défavorables persistent,



nombre de ces territoires ont une forte dynamique démographique. Plus généralement, l'accroissement tant de la population que du nombre des personnes atteintes de maladies chroniques ne trouve pas d'écho suffisant dans la croissance des services de santé et surtout de prévention (dont les services de protection maternelle et infantile – PMI). Ces services sont soumis à de fortes tensions et peinent à répondre à l'augmentation de la population et de ses besoins. Enfin, certains de ces territoires subissent l'impact de sources de pollution environnementale ayant des répercussions sur la santé d'une partie des habitants : chlordécone en Martinique et en Guadeloupe, mercure en Guyane intérieure.

Pour autant, ces territoires innovent autour de la périnatalité, font appel à des dispositifs spécifiques (dans le cadre des prestations dérogatoires) afin de prendre en compte la situation des populations. Et tous ont élaboré un plan particulier de périnatalité adapté au territoire, se déclinant en concertation avec la stratégie nationale dite « des Mille jours ». Ces feuilles de route périnatalité sont intégrées aux plans et aux schémas régionaux de santé, pilotés par les agences régionales de

santé (ARS), avec l'ensemble des parties prenantes, à commencer par les professionnels. Les réseaux de périnatalité sont en première ligne parmi ces acteurs, et c'est avec eux que nous avons élaboré ce dossier central. Les feuilles de route périnatalité sont ainsi adaptées aux spécificités de chacun des départements ; les maîtres mots des interventions de prévention et de promotion de la santé périnatale sont : innovation et proximité pour rompre l'isolement et l'absence locale de ressources disponibles. Des structures sont ouvertes localement, adaptées au territoire concerné, comme le centre périnatal de proximité. Des visites à domicile, des bus, des consultations de sages-femmes dans les établissements scolaires renforcent « l'aller-vers » les populations. Les femmes enceintes sont accueillies au plus près de la maternité un mois avant la naissance.

Ce numéro donne à voir ce travail méconnu d'articulation et d'engagement des acteurs aux côtés des populations, avec une attention toujours renforcée sur les personnes les plus en difficulté ; notamment envers les femmes psychologiquement vulnérables, dont les récits peuplent la littérature de ces terres « *de mères qui considèrent leurs enfants comme des poids trop lourds à porter*⁵ » et d'enfants

racontant « *avoir été trop tôt sevré[s] du lait pur de la seule vraie tendresse*⁶ ». Au travers des pratiques présentées, ce dossier montre que, lorsqu'un certain nombre de conditions sont réunies, la mobilisation de l'ensemble des professionnels et des acteurs permet d'élaborer et de mettre en œuvre des interventions adaptées et prenant en compte les attentes des populations. Ensemble, ils tiennent ! ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Glissant É. *Poétique de la relation*. Paris : Gallimard, 1990.
- [2] Taubira C. *Nuit d'épine*. Paris : Plon, 2019.
- [3] Bégot M., Buléon P., Roth P. *Émergences caraïbes, éléments de géographie politique*. Paris : L'Harmattan, 2001.
- [4] Bréart G. D'abord les faits. [Éditorial] *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 28 janvier 2020, n°s 2-3 : p. 32. En ligne : http://beh.santepublique-france.fr/beh/2020/2-3/pdf/2020_2-3_0.pdf
- [5] Condé M. *La Vie sans fard*. Paris : Pocket, 2014.
- [6] Damas L.-G. *Pigments – Névralgies*. Paris : Présence Africaine, 2001.

LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER VUS PAR DEUX GRANDS PORTRAITISTES DU XX^e SIÈCLE

Nous avons choisi d'illustrer ce dossier avec des photographies de deux portraitistes de renom : Denise Colomb et Roger Parry. Les Antilles furent une étape du voyage qu'entreprit Roger Parry en Polynésie en 1932. Quant à Denise Colomb, elle fut invitée par Aimé Césaire, en 1947, dans le cadre du 100^e anniversaire de l'abolition de l'esclavage ; il l'avait invitée à porter son regard sur la Martinique.

Leurs clichés saisissent la vie quotidienne aux Antilles entre 1931 et 1948, et plus particulièrement celle des femmes. Les deux photographes ont capté l'intensité des visages, la gaieté, la détermination, parfois la lassitude des femmes, des adolescentes, des enfants. L'objectif s'attarde sur les conditions de vie économique et sociale des Antillais, où la

convivialité de la rue et l'atmosphère de solidarité composent avec une simplicité allant jusqu'au dénuement. Le noir et blanc restitué ici avec puissance ces portraits et ces scènes de vie collective.

Ces deux collections ont été cédées à l'État et sont affectées à la Médiathèque de l'architecture et du patrimoine à Charenton-le-Pont. Merci à cet établissement du ministère de la Culture de nous avoir aidé à accéder à ce fonds précieux afin d'en extraire ces portraits de vie. Et voici des liens qui vous permettront de poursuivre ce voyage dans le temps...

Pour en savoir plus

- *Biographie de Denise Colomb*. Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, archives des Monuments

historiques et patrimoine photographique de l'État. En ligne : <https://mediatheque-patrimoine.culture.gouv.fr/le-musee/les-editions/la-revue-paleo>

- *Coulomb D. Photographies Guadeloupe, Martinique, Pointe-à-Pitre, Fort-de-France*. Ministère de la Culture, plateforme ouverte du patrimoine. En ligne : <https://www.pop.culture.gouv.fr/search/mosaic?auteur=%5B%22Colomb%2C%20Denise%20%281902-2004%29%22%5D&base=%5B%22Photographies%20%28Mémoire%29%22%5D&ou=%5B%22Guadeloupe%22%2C%22Martinique%22%2C%22Pointe-à-Pitre%22%2C%22Fort-de-France%22%5D&image=%5B%22oui%22%5D>

- *Biographie de Roger Parry*. Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, archives des Monuments historiques et patrimoine photographique de l'État. En ligne : <https://mediatheque-patrimoine.culture.gouv.fr/le-musee/les-editions/lalbum-du-musee>

- *Coulomb D. Photographies de femmes aux Antilles*. Ministère de la Culture, plateforme ouverte du patrimoine. En ligne : <https://www.pop.culture.gouv.fr/search/list?ou=%5B%22Antilles%22%5D&image=%5B%22oui%22%5D>

Les grands enjeux de santé publique sur le territoire de la Martinique

Dr Sylvie Merle,
directrice,
Natacha Neller,
chargée d'études,
observatoire régional
de la santé (ORS) Martinique.

La Martinique, région monodépartementale d'outre-mer de 371 246 habitants¹, présente des caractéristiques socio-démographiques et sanitaires qui la placent souvent dans des positions très contrastées par rapport aux autres régions françaises. Bien qu'ayant été une des plus jeunes régions de France dans les années 1980, elle est de plus en plus touchée par le vieillissement de sa population et pourrait ainsi devenir la région la plus âgée de France en 2050 avec plus de quatre personnes sur dix âgées de 65 ans et plus [1]. Pendant longtemps, les conditions de vie défavorables ont généré des problèmes de santé plaçant la Martinique dans une situation moins favorable qu'en métropole. Toutefois, cet écart s'est réduit à partir des années 1990 suite à une transition démographique et sanitaire plus rapide. En 2020, la population présente un état de santé globalement comparable à la moyenne nationale, mais avec certaines spécificités. Ainsi en 2018, l'espérance de vie à la naissance est de 84,7 ans pour les femmes et de 78,6 ans pour les hommes, comparativement à 85,4 ans et 79,5 ans au niveau national [2], alors qu'en 1967, l'écart entre les Antilles et la métropole était de 4 points pour les hommes et de 7 points pour les femmes [3].

Une progression des maladies chroniques

Du fait de cette amélioration de l'état de santé et du vieillissement de la population, ce sont désormais

les maladies chroniques qui prédominent : la Martinique est particulièrement touchée par des pathologies telles que l'hypertension artérielle et le diabète, le plus souvent en lien avec le surpoids et l'obésité. Cancers et maladies cardio-vasculaires sont ainsi les deux principales causes de mortalité, avec des particularités par rapport à la métropole. La Martinique présente une sous-mortalité globale par cancers comparativement à la moyenne métropolitaine, mais une surmortalité très nette pour le cancer de la prostate. Par ailleurs, selon les données d'incidence du Registre des cancers de la Martinique [4], les localisations prédominantes des cancers sont la prostate ainsi que celles qui bénéficient d'un dépistage organisé (sein, colo-rectum et col de l'utérus). Dans le domaine des maladies cardio-vasculaires, la situation est contrastée avec une surmortalité par maladies vasculaires cérébrales, contrebalancée par une sous-mortalité par cardiopathies ischémiques. L'hypertension artérielle est la pathologie la plus souvent observée en population générale, notamment à partir de 50 ans où elle est présente chez un adulte sur deux aux Antilles ; sa particularité est de toucher plus fréquemment les femmes qu'en métropole du fait d'une forte prévalence de l'obésité féminine.

Plus d'un enfant sur trois en surcharge pondérale

Une enquête en population générale, réalisée au domicile des personnes enquêtées, a permis de documenter la prévalence du surpoids, de l'obésité, du diabète et de l'hypertension artérielle. Selon

l'enquête Kannari [5], en 2013-2014, sur dix enfants de 3 à 15 ans, plus de trois affichent une surcharge pondérale, dont un une obésité ; soit une augmentation de respectivement 10 points et 2 points comparativement à l'enquête réalisée en 2003 dans le cadre de l'Étude sur la santé et les comportements alimentaires (Escal) en Martinique [6]. Parmi les adultes (individus de 16 ans et plus), 59 % sont en surcharge pondérale, soit une progression de 6 points depuis 2003 (enquête Escal). Le surpoids touche 31 % de la population et l'obésité 28 %. Le constat le plus alarmant concerne la forte proportion d'obésité féminine. Ainsi, 31 % des hommes de 16 ans et plus sont en surpoids et 21 % sont obèses alors que si 31 % des femmes sont en surpoids, 33 % sont obèses. Les femmes les moins diplômées (baccalauréat ou moins) sont deux fois plus touchées par l'obésité que celles qui ont un diplôme supérieur au baccalauréat².

Diabète : les femmes davantage atteintes que les hommes

Le diabète de type 2 est très fréquent outre-mer avec une proportion de personnes concernées jusqu'à deux fois plus élevée que la moyenne nationale. Comme en métropole, le diabète de type 2 représente plus de 90 % des cas de diabète. Il est lié à l'évolution des habitudes de vie : activité physique insuffisante et sédentarité, alimentation déséquilibrée, surpoids et obésité. Une vulnérabilité génétique est aussi évoquée, ainsi que des conditions socio-économiques plus défavorables. Selon l'enquête Kannari, 10 % des individus

de 16 ans et plus en Martinique déclarent être atteints de diabète en 2013, soit une progression de 3,5 points depuis 2003 (6,5 %, selon l'enquête Escal) [7]. La prévalence du diabète déclaré augmente avec l'âge pour atteindre un maximum à partir de 65 ans. Une des particularités du diabète aux Antilles et en Guyane : les femmes sont plus touchées que les hommes, du fait d'une obésité plus fréquente. Les personnes diabétiques sont aussi plus souvent en surpoids ou obèses et hypertendues.

Cette prévalence élevée du diabète se traduit notamment par une incidence et une prévalence plus élevées de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée (IRCT) outre-mer qu'en métropole. D'après le registre du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein), c'est à la Réunion que ces indicateurs sont les plus élevés, mais en Martinique, les taux d'incidence et de prévalence de l'IRCT sont aussi au-dessus des moyennes nationales. L'incidence standardisée est de 194 nouveaux cas par million d'habitants en 2017 *versus* 167 pour la métropole, et la prévalence standardisée est de 2 052 cas par million d'habitants en Martinique *versus* 1 259 en métropole [8].

Alimentation et inégalités de santé

Comme l'a préconisé fin 2019 l'expertise *Alimentation et Nutrition* de l'Institut de recherche pour le développement (IRD), « *au vu du caractère alarmant de l'obésité, en particulier chez les personnes moins favorisées socio-économiquement, notamment les femmes, et de la progression des prévalences des pathologies nutritionnelles, promouvoir des recommandations adaptées aux spécificités des cinq territoires apparaît comme un enjeu majeur pour prévenir à la fois l'augmentation de l'incidence des pathologies chroniques et leurs conséquences. L'enjeu aujourd'hui pour les régions d'outre-mer n'est donc pas seulement de savoir si les recommandations françaises mises en place y sont efficaces, mais de construire les conditions durables de pratiques alimentaires et d'activité physique favorables à la santé en prenant en compte le profil social des Drom [9].* »

Impact du contexte socio-économique sur la santé

Outre le vieillissement de la population, le contexte socio-économique plus difficile que dans la plupart des départements métropolitains a un impact non négligeable sur la santé de la population. Le taux de chômage est en effet bien plus élevé en Martinique qu'au niveau national (18 % *versus* 9 %) et la pauvreté concerne 21 % de la population contre 17 % en métropole [10 ; 11]. La prise en charge médicale est organisée de façon assez comparable à celle de la métropole, mais la part des personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est beaucoup plus élevée que la moyenne nationale. Fin 2015, la part des bénéficiaires de la CMU-C est de 24 % en Martinique contre 7 % en moyenne en métropole [12].

La Martinique, comme les autres départements et régions d'outre-mer, présente donc des inégalités sociales plus marquées que celles de la métropole, avec des conséquences en termes de mortalité et de morbidité vis-à-vis des maladies chroniques.

Les professionnels de terrain s'interrogent aussi sur l'impact des facteurs de risques psychosociaux sur la santé périnatale, fréquemment mis en évidence chez les femmes enceintes de la région : des conditions de vie difficiles concernent une grande part de la population martiniquaise et certaines femmes vivent leur grossesse dans un contexte non sécurisant (relations avec le père inexistantes ou conflictuelles, difficultés financières, conditions de logement dégradées, problèmes de transport pour l'accès aux professionnels de santé...).

La Martinique est la région d'outre-mer ayant le plus faible nombre de naissances. Le taux de natalité est en baisse régulière depuis plusieurs années. Après avoir été du même ordre de grandeur qu'au niveau national jusqu'à la fin des années 2000, il est passé depuis en dessous de la moyenne nationale. En 2018, le taux de natalité est de 9,7 naissances pour mille habitants contre 11,1 en métropole [13]. Le nombre de naissances est désormais inférieur à 4 000 par an, alors qu'il

L'ESSENTIEL

▣ **La Martinique se caractérise par un contexte socio-économique moins favorable que la moyenne nationale et des indicateurs de santé périnatale qui restent préoccupants. Ces dernières décennies, le surpoids, l'obésité et des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle sont en forte progression. Si l'espérance de vie est désormais proche de celle de la métropole pour la population générale, les indicateurs de santé périnatale pointent un nombre important de grossesses non désirées et des conditions socio-économiques défavorables qui ont un impact sur la qualité de vie et la santé physique et mentale.**

était autour de 5 800 au début des années 2000. En Martinique, la part des naissances chez les mères de moins de 20 ans est élevée (de l'ordre de 7 % contre 2 % au niveau national). Le taux de prématurité est également plus élevé qu'en métropole, concernant en moyenne 10 % des naissances (7 % au niveau national), ainsi que le taux de mortalité périnatale, de l'ordre de 15 à 20 décès pour 1 000 naissances totales.

Indicateurs de santé périnatale

Trois éditions de l'Enquête nationale périnatale (1998, 2003 et 2016) ont fait l'objet d'une extension en Martinique. Celle de 2016 a porté sur un échantillon de 735 naissances et 716 femmes [14]. Parmi les résultats, on peut relever quelques facteurs de vulnérabilité :

- 5,9 % des femmes avaient moins de 20 ans au moment de l'accouchement ;
- 54,1 % des femmes avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat au moment de l'accouchement ;
- 32,5 % des femmes ont déclaré bénéficier de ressources inférieures à 1 000 € par mois ;
- 5,4 % des femmes ont déclaré n'avoir aucune couverture sociale en début de grossesse et 17,3 % aucune couverture maladie complémentaire ;
- 33,4 % des femmes ont eu une réaction négative à la découverte de la grossesse ;

- 44,0 % des femmes ont déclaré avoir vécu au moins deux semaines consécutives au cours desquelles elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir ;
- 35,6 % des femmes ont déclaré avoir vécu au moins deux semaines au cours desquelles elles ont perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur procurent habituellement du plaisir ;
- 6,0 % ont déclaré avoir été frappées, giflées, battues, poussées ou bousculées intentionnellement ou avoir subi d'autres brutalités physiques.

En conclusion, le contexte socio-économique moins favorable que la

moyenne nationale et des indicateurs de santé périnatale qui restent préoccupants justifient que la périnatalité soit une des priorités de santé de la Martinique depuis de nombreuses années (projet stratégique de santé de l'agence régionale de santé (ARS) Martinique 2012-2016, plan régional de santé II...). Disposer régulièrement de données fiables et actualisées sur cette thématique est donc un impératif pour la Martinique. Dans ce contexte, la participation à l'Enquête nationale périnatale permet d'actualiser les indicateurs de santé périnatale. ■

1. Données Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 15 janvier 2019. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3695641>

2. Il faut souligner l'importance du mode de recueil de données pour évaluer l'état de santé des populations. Peu après l'enquête Kannari, un échantillon représentatif de la population de Martinique a été interrogé par téléphone dans le cadre du *Baromètre santé DOM 2014*. Les résultats paraissent moins alarmants, mais il s'agit de données déclaratives et les personnes interrogées ont tendance à sous-déclarer leur poids (femmes principalement) ou sur-déclarer leur taille (hommes), ce qui fausse le calcul de l'indice de masse corporelle. Ainsi, si l'on compare les données de l'enquête Kannari 2013-2014 et celles du *Baromètre santé 2014*, en Martinique, l'obésité mesurée touche 21 % des hommes et 33 % des femmes, alors que l'obésité déclarée concerne respectivement 12 % et 21 % d'entre eux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Projections de population 2013-2050 pour les départements et les régions*. Paris : Insee, juin 2017. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2859843>

[2] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Espérance de vie en 2018. Comparaisons régionales et départementales*. Paris : Insee, février 2019. En ligne : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau-TCRD_050_tab1_regions2016

[3] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Tableaux de l'économie française. Édition 2019*. Paris : Insee, mars 2019. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937#tableau-figure2>

[4] Joachim-Contaret C., Véronique-Baudin J., Macni J., Ulric-Gervaise S., Cariou M., Billot-Grasset A. *et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Martinique*. [Rapport de synthèse] Paris : Santé publique France, janvier 2019 : 106 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-martinique>

[5] Neller N., Joubert C., Merle S. *Surcharge pondérale et obésité abdominale. Résultats de l'enquête Kannari Martinique*. Lamentin : observatoire régional de la santé Martinique, 2015 : 4 p. En ligne : https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-03/4%20pages%20Kannari%200SM_surcharge%20pondérale%20%282%29.pdf

[6] Quenel P., Blateau A., Boudan V., Cardoso T., Malon A., Rosine J. *et al. Rapport de l'enquête ESCAL. OSM, Cire Antilles Guyane*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2008 : 133 p.

[7] Neller N., Merle S. *Diabète. Résultats de l'enquête Kannari Martinique*. Lamentin : observatoire régional de la santé Martinique, 2017 : 4 p.

[8] *Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique. Rapport annuel 2017. Réseau épidémiologie et information en néphrologie (Rein)*. Chapitre 10 « L'IRCT dans les Outre-Mer ». Saint-Denis : Agence de la biomédecine, 2019 : p. 365-381. En ligne : <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapportrein2017.pdf>

[9] Méjean C. (dir.) *et al. Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'outre-mer / Food and nutrition in the overseas regions*. Marseille : IRD Éditions, coll. Expertise collective, bilingue français-anglais, 2020 : 208 p. + clé USB.

[10] Cratère F. Stabilité du chômage en Martinique. Enquête Emploi en continu. *Insee Analyses Martinique*, avril 2019, n° 32. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3975408>

[11] Jeanne-Rose M., Clarenc P. Enquête Budget de Famille 2011. Le niveau de vie des ménages martiniquais augmente mais les inégalités persistent. *Insee Analyses Martinique*, août 2015, n° 7. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288246>

[12] *VIF rapport d'évaluation de la loi CMU*. Paris : Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2016 : 194 p. En ligne : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf

[13] Creignou A. Le départ des jeunes à l'origine du déclin démographique. Bilan démographique 2018. *Insee Flash Martinique*, janvier 2020, n° 132. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4283719>

[14] Observatoire régional de la santé Martinique et Commission traitement des données du Réseau Santé Périnat Matnik. *Santé périnatale en Martinique*, décembre 2018, n° 2 : 8 p.

En Martinique, une parturiente sur trois aurait souhaité une grossesse plus tardive ou pas de grossesse du tout.

Périnatalité en Martinique : état des connaissances et stratégies d'intervention

Dr Jean-Luc Voluménié,
chef de service obstétrique,
maison de la Femme, de la Mère
et de l'Enfant, centre hospitalier
universitaire (CHU) de Martinique,
Fort-de-France.

Difficultés démographiques et sociales

La pyramide des âges de la population martiniquaise accuse un déficit net dans la tranche 20-35 ans par rapport à la métropole [2], du fait d'une émigration étudiante et scolaire. Un taux important de chômage dans la tranche des 15-29 ans (51 % contre 18 % en métropole [2]) est à noter, surtout chez les femmes [3]. L'immigration (2,3 % de la population en 2012 [2]) ne compense pas l'émigration des jeunes.

Corollaire du faible taux d'emploi (taux de chômage des 15-64 ans de 26,5 % en 2012, double de la moyenne nationale [4]), le taux de pauvreté est supérieur à celui de la métropole (20,6 % contre 14,7 %, voire 48,6 % en prenant le revenu médian métropolitain en référence [5]). La dépendance aux minima sociaux y est élevée (revenu de solidarité active (RSA) socle perçu par 24,5 % des ménages en Martinique contre 4,4 % en métropole [1]).

La Martinique se caractérise par un fort taux de familles monoparentales (53,6 %, contre 26 % dans la région métropolitaine la plus concernée [1 ; 5]), très majoritairement

féminines (90 % [6]). Les cheffes de ces familles monoparentales sont moins souvent en emploi que leurs équivalentes en métropole (40 % contre 60 % [6]), en partie faute de

systèmes de garde gratuits avant 3 ans [5]. Si en métropole la monoparentalité fait généralement suite à une séparation [3], en Martinique, elle est majoritairement présente



© Colomb, Denise (1902-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-CP

L'ESSENTIEL

■

▣ **Sur le plan périnatal, la Martinique fait notamment face à des taux de mortalité infantile et de prématurité plus élevés qu'en métropole. Le plan régional de santé a fixé plusieurs priorités en périnatalité : agir sur les facteurs susceptibles d'affecter la santé et le développement de l'enfant, faciliter l'accès aux interruptions volontaires de grossesse (IVG), assurer une prise en charge de la vulnérabilité psychologique pendant la grossesse... Une baisse de 25 % du recours à l'IVG chez les mineures a été observée entre 2010 et 2015. Parmi les enjeux de promotion de la santé, une priorité fortement identifiée est – au regard du nombre de grossesses non souhaitées – de développer en milieu scolaire l'information et l'éducation à la vie sexuelle et sur les relations entre genres.**

dès la grossesse : 52 % de l'ensemble des femmes enceintes ne cohabitent pas avec le père de l'enfant dès la conception et 35 % de ce même ensemble se déclarant enceintes hors de tout couple constitué, contre respectivement 8,4 % et 5,2 % en métropole [7].

Inégalités socio-sanitaires

La Martinique présente une densité de médecins généralistes libéraux et de spécialistes libéraux ou salariés inférieure à la moyenne nationale [1]. De plus, plus de la moitié des généralistes sont âgés de plus de 55 ans [1]. La répartition médicale sur le territoire est également déséquilibrée au profit du secteur Centre, en particulier pour les gynécologues [8]. En revanche, la densité en sages-femmes est nettement supérieure et assure un maillage satisfaisant de l'ensemble du territoire [8].

Les maternités, actuellement au nombre de trois, ont vu leur nombre diminuer en parallèle de la baisse des naissances (6 400 par an en 1990, 3 800 en 2017 [6 ; 8]). Deux de ces sites se trouvent dans le secteur Centre et le taux de Martiniquaises mettant plus de trente minutes à rejoindre leur maternité est supérieur (33,1 %) à celui de la métropole (23,8 %) [7]. Malgré de récents

progrès, l'insuffisance marquée du transport public sur le territoire [5] complique l'accès aux soins.

Indicateurs de périnatalité défavorables

Comparé à la moyenne nationale, la Martinique présente des indicateurs de périnatalité défavorables :

- un taux de mortalité plus élevé en Martinique (19 ‰ contre 10 ‰ [7]) avec une proportion plus grande de mortalité spontanée (non liée aux interruptions médicales de grossesse [9]) ;
- un taux de prématurité supérieur (11,9 % contre 7,5 % [9]), le différentiel étant encore plus important pour la très grande prématurité¹ : 1,4 % contre 0,4 % [7, 8] ;
- une mortalité infantile, aux trois quarts concentrée dans le premier mois de vie de 7,2 ‰ contre 3,8 ‰ en métropole [10] ;
- un taux important de mères se déclarent seules durant la grossesse, et les grossesses semblent moins attendues qu'en métropole [7]. Ainsi, 33,1 % des femmes auraient souhaité une grossesse plus tardive ou pas de grossesse du tout (15,7 % en métropole) ;
- le recours à l'IVG chez les femmes de 15 à 49 ans est nettement plus important en Martinique (26,4 ‰ contre 14,4 ‰ en métropole en 2017 [11]), et plus fréquemment répété qu'en métropole [8 ; 11], en dépit d'un accès théoriquement identique aux méthodes contraceptives. On observe cependant une diminution du recours à l'IVG chez les mineures [8].

Projet régional de santé concernant la périnatalité

Le projet régional de santé 2018-2022² décline cinq axes en périnatalité :

- agir sur les facteurs susceptibles d'affecter la santé et le développement psychomoteur de l'enfant dès la période anténatale ;
- améliorer la coordination pluridisciplinaire du parcours des femmes enceintes ;
- garantir l'accès à des filières de suivi pédiatrique en spécialités pour les enfants à risque sur une base nécessairement interrégionale³ ;
- faciliter l'accès précoce à l'IVG et diminuer les IVG répétées ;

- assurer une prise en charge de la vulnérabilité psychologique-psychiatrique pendant la grossesse.

Actions mises en œuvre

Dans ce cadre, des interventions prioritaires en périnatalité ont été définies pour lutter contre la prématurité et son corollaire, la surmortalité périnatale.

Améliorer la prise en charge psychosociale et désamorcer les situations difficiles

Une cellule de traitement des vulnérabilités psychosociales existe au centre hospitalier universitaire de Martinique (CHUM) depuis 2014. Elle regroupe des professionnels⁴ (psychiatres, puéricultrices, gynécologues, sages-femmes) pour faciliter le parcours anténatal des patientes repérées à risque par les professionnels assurant le suivi des grossesses ou par les urgences obstétricales du CHUM. La cellule coordonne les interventions des acteurs du champ psychosocial hors de l'établissement, et celles du centre de protection maternelle et infantile (PMI) pour assurer un suivi et anticiper le retour à domicile après la naissance. Elle s'articule également avec l'appareil judiciaire lorsqu'un placement de l'enfant paraît souhaitable. Son action a permis de fluidifier les sorties de ces patientes après l'accouchement et d'anticiper l'accompagnement post-natal par les professionnels du secteur de résidence des patientes.

De plus, le réseau périnatal de la Martinique renforce la pratique de l'entretien prénatal précoce (EPP), qui reste encore trop rare (17,6 % des Martiniquaises [7]) et dont la proposition est devenue obligatoire, par :

- une campagne de sensibilisation des professionnels du suivi de grossesse à la systématisation de l'EPP ;
- un annuaire des professionnels formés à sa pratique et des professionnels-ressources du champ social et psychologique ;
- une fiche de synthèse de l'EPP, diffusée aux professionnels ;
- la promotion d'une consultation au septième mois auprès du professionnel ayant réalisé l'EPP afin de transmettre des recommandations pour le *post-partum*.



© Colomba Denise (1992-2014) Donación Denise Colomba, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

Décentraliser l'offre de soins en périnatalité

Les difficultés de déplacement sur le territoire ont conduit le CHUM à proposer une offre décentralisée de consultation gynéco-obstétricale au sein de deux centres périnatals de proximité (secteur Sud, secteur Nord Atlantique). Des suivis de grossesses à risque sont ainsi possibles hors du CHUM. Pour les grossesses à bas risque, le département dispose d'un maillage riche en sages-femmes libérales offrant une préparation à la naissance et à la parentalité.

Améliorer la gestion de la contraception

La gestion de la contraception fait l'objet de deux actions spécifiques :

- *post-partum* : un questionnaire distribué à toutes les patientes en consultation du huitième mois au CHU permet de cerner leurs connaissances sur la contraception et les risques de grossesse du *post-partum*. Annexé au dossier, il permet en suites de couches d'adapter le discours sur la contraception et d'envisager les méthodes possibles. Les méthodes de longue durée⁵ sont promues afin de pouvoir les prescrire dès la sortie de maternité pour

une pose en visite post-natale, voire durant l'hospitalisation dans le cas de l'implant ;

- *post-abortionum* : une information sur la possibilité de pose d'une méthode de longue durée est faite avant la programmation de l'IVG. Si la pose de DIU en cours d'IVG est pour l'instant réservée aux IVG chirurgicales, l'implant est possible sur les deux modalités médicale et chirurgicale. Une évaluation du taux de persistance de ces méthodes à six mois est en cours.

Développer les actions de formation à la sexualité et aux relations entre genres

Un programme de formation et d'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire est en place depuis plusieurs années, notamment sous l'égide de l'association Information sur les comportements à risque (Icar). Des médecins et des comédiens-formateurs proposent des mises en situations théâtrales et une information adaptée à l'âge des élèves. Il s'agit en outre de travailler sur la communication et l'estime de soi. Il est possible que la baisse de 25 % du recours à l'IVG chez les mineures, observée entre 2010 et 2015, soit en partie liée à ce programme [8].

Perspectives

Le territoire doit œuvrer à la réduction de la prématurité, or le surcroît de prématurité dans les populations afro-caribéennes reste un problème complexe sans solution simple [15]. Un travail a déjà été conduit pour réduire les naissances médicalement provoquées avant le terme dans le cadre de la pré-éclampsie modérée, du retard de croissance *in utero*, de la rupture prématurée des membranes ou des césariennes programmées...

Des chercheurs tentent d'identifier des facteurs psychosociaux [12] ou des causes infectieuses [13] à ce surcroît de prématurité. Ils étudient notamment l'hypothèse de la responsabilité du chlordécone, pesticide organo-chloré largement présent dans les sols et retrouvé chez 88 % des femmes enceintes en Guadeloupe [14]. Des programmes de prévention reposant sur une information alimentaire sont entrepris pour les femmes enceintes ; ils gagneraient à être diffusés plus largement. En l'absence de solution pour réduire l'imprégnation dans le temps de la grossesse et en raison du risque d'angoisse suscitée, le dépistage systématique de la femme enceinte n'a pas été retenu.

Si l'action sur les problématiques sociales semble apporter des effets positifs sur la prématurité [15], elle mériterait un renforcement des professionnels du secteur social dans les maternités. La réduction de la prématurité aura un effet bénéfique probable sur la mortalité périnatale [10].

L'obésité maternelle est fréquente en Martinique (24,5 % contre 11,8 % en métropole [7]). L'association de l'obésité au diabète gestationnel d'une part, à l'augmentation du risque de mort fœtale *in utero* d'autre part⁶ mérite une prise en charge pendant la grossesse, avec un bénéfice possible pour la santé à plus long terme. La filière de prise en charge diététique reste à construire ; elle pourrait bénéficier de l'organisation

mise en place par le réseau périnatal de Martinique pour la prévention de la consommation de produits contaminés au chlordécone, avec possibilités de prestations dérogatoires permettant l'accessibilité de ces professionnels au plus grand nombre.

Le principal défi, tant pour la période anténatale que pour la construction de la parentalité, reste le repérage des carences éducatives et de l'isolement social, étant donné la structure singulière de la famille martiniquaise. Des initiatives encore isolées de lieux d'accueil parents-enfants permettent l'accompagnement de la famille, encadré par des puéricultrices, des éducatrices et des psychologues sur orientation par les services de PMI. Une évaluation de leur efficacité pourrait

être faite en vue d'une généralisation éventuelle. Le renforcement de la collaboration entre les différents professionnels concernés lors de la grossesse *via* un outil de communication pourrait améliorer cette prise en charge forcément globale. ■

1. Avant la fin de la 28^e semaine.
2. <https://www.martinique.ars.sante.fr/prs-2018-2022>
3. Ces spécialités – cardiologie pédiatrique, oncologie, néphrologie... – concernant trop peu d'enfants au sein de chacun des trois départements, une structure doit donc regrouper les spécialistes et être accessible pour les trois départements avec facilitation des missions de recours.
4. Il est à noter une pénurie en assistantes sociales hospitalières.
5. Implant ou dispositif intra-utérin (DIU).
6. L'obésité constitue un facteur de risque de mort fœtale *in utero* en dehors même du contexte de diabète.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Thomas N., Trugeon A., Michelot F., Ochoa A., Castor-Newton M.-J., Cornely V. *et al.* *Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer. Analyses infrarégionales et comparaisons avec le niveau national*. Paris : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), novembre 2014 : 96 p.
- [2] Bayard P.-A., Couillaud A., Demougeot L., Kempf N., Mystille G., Naulin A. *Insertion sociale et professionnelle des jeunes en Martinique*. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), octobre 2016, Dossier n° 3. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2129266>
- [3] Bruneteaux P., Kabile J., Lefaucheur N., Rochais V., Daniel J. *Pauvreté, précarité et formes d'exclusion en Martinique : une approche qualitative*. [Rapport] janvier 2007 : 115 p. En ligne : http://www2.univ-ag.fr/CRPLC/IMG/pdf/rapport_precairite_et_pauvrete_2007.pdf
- [4] *Portraits de la France : vers un baromètre au service de la cohésion des territoires*. Paris : Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), décembre 2017 : 19 p. En ligne : <https://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/portraits-de-la-france-vers-un-barometre-cohesion-territoires.pdf>
- [5] *Avis relatif à la pauvreté et à l'exclusion dans les départements d'Outre-Mer (notamment Antilles et Réunion)*. Paris : Commission nationale consulta-
- tive des Droits de l'Homme, 26 septembre 2017 : 52 p. En ligne : https://www.cncdh.fr/sites/default/files/26.09.2017_avis_pauvrete_et_exclusion_sociale_outre-mer_0.pdf
- [6] Couillaud A., Basso C., Tantin-Macheclerc M. *Famille de Martinique : vers une évolution des modèles familiaux*. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), mai 2017, dossier n° 6. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2845782>
- [7] Merle S. *Enquête nationale périnatale. Martinique 2016*. [Rapport] Observatoire régional de santé de Martinique, avril 2017.
- [8] Réseau santé Périnat Matnik. *Santé périnatale en Martinique*. Décembre 2016, n° 1.
- [9] Mouquet M.-C., Rey S., Matet N., Barrois J. Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études & Résultats*, décembre 2014, n° 901. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er901.pdf>
- [10] Boulogne R., Gonzalez L., Aouba A., Danet S., Jouglé É., Rey G. La mortalité infantile dans les départements d'outre-mer 2000-2008. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études & Résultats*, septembre 2012, n° 808. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er808.pdf>
- [11] Vilain A., Rey S. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Direction de la
- recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études & Résultats*, septembre 2018, n° 1081. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
- [12] Périlleau-Boichut C., Voluménié J.-L., Fléchelles O. Facteurs de risque d'accouchement prématuré spontané avant 30 SA en Martinique : étude cas-témoins. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, octobre 2014, vol. 43, n° 8 : p. 610-615. En ligne : <https://www.em-consulte.com/en/article/925026>
- [13] Ozier-Lafontaine E., Bertrand L., Pailla K., Derancourt C., Banydeen R., Voluménié J.-L. Preterm delivery in an indigenous Afro-Caribbean population: is infection involved? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Soumis à publication.
- [14] Kadhel P., Monfort C., Costet N., Rouget F., Thomé J.-P., Multignier L. *et al.* Chlordécone exposure, length of gestation, and risk of preterm birth. *American Journal of Epidemiology*, 2014, vol. 179, n° 5 : p. 536-544. En ligne : https://www.researchgate.net/publication/259629684_Chlordecone_Exposure_Length_of_Gestation_and_Risk_of_Preterm_Birth
- [15] Manuck T. A. Racial and ethnic differences in preterm birth: a complex, multifactorial problem. *Seminars in Perinatology*, 2017, vol. 41, n° 8 : p. 511-518. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6381592/pdf/nihms-1011375.pdf>

Entretien prénatal précoce en Martinique : accompagner les femmes enceintes et leur entourage

Marie-Claude Domi,
coordinatrice du réseau de périnatalité
Martinique (RSPMatnik),

Malika Lamalle,
sage-femme libérale, Le Lamentin,
Martinique,

Sarah Prud'homme Gateau,
sage-femme libérale, Guadeloupe.

En France les recommandations prévoient qu'une proposition d'entretien prénatal précoce (EPP) – individuel ou en couple – soit faite systématiquement [1] aux femmes enceintes et à leur entourage. Dans le plan périnatalité 2005-2007, l'entretien prénatal précoce était un élément majeur du dispositif de suivi. La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 [2] réformant la protection de l'enfance poursuivait trois objectifs : renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement, diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille. La loi place au cœur du dispositif l'intérêt de l'enfant [1]. La place de l'EPP dans le suivi de grossesse est de nouveau réaffirmée dans le Plan national de santé publique 2018 [3].

En Martinique, les professionnels de terrain au sein du réseau de santé en périnatalité se sont prononcés, dès 2005, pour une mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce le plus large possible. Cet outil est opérationnel pour accompagner les femmes et les couples pendant la

grossesse. Le développement de la pratique et l'offre du dispositif à un plus grand nombre de femmes s'imposaient. Pour ce faire, les stratégies choisies visaient la formation, l'organisation de l'offre, la communication et l'évaluation.

Former les professionnels

La formation à l'entretien prénatal est pensée, structurée et dispensée par les professionnels locaux (gynécologue obstétricien, pédiatre et sage-femme coordinateurs du réseau, professionnel du secteur social) et une psychologue référente nationale. En Martinique, l'ensemble des professionnels assurant le suivi et l'accompagnement des femmes, demandeurs de ce savoir-faire, ont été formés. Dans un second temps, la formation à l'EPP a été intégrée dans le cursus des étudiant.e.s sages-femmes. La formation proposée aux professionnels est construite à partir du rapport présenté par Françoise Molénat à la Direction des hôpitaux en 2005 [4] et également en se fondant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la préparation à la naissance et à la parentalité [5].

La formation s'articule autour d'un principe fondamental : l'entretien prénatal précoce n'est ni un recueil systématisé de facteurs de risques (tant somatiques que psychologiques ou sociaux), ni une consultation psychologique, ni une

séance supplémentaire du déroulement habituel de la préparation à la naissance, bien qu'il s'inscrive dans ce cadre. C'est un entretien médico-psychosocial approfondi avec de futurs parents [6]. Aujourd'hui, si les sessions annuelles de formations à l'EPP ne font plus l'objet d'un déploiement spécifique sur le territoire martiniquais, les modules de sensibilisation à l'EPP (théorie et pratique) sont toujours initiés au sein du département maïeutique de l'université des Antilles. Quant au maintien continu des compétences, des initiatives au sein du réseau permettent des échanges entre professionnels médicaux et professionnels de l'écoute (secteurs social et psychologique) sous forme de conférences-débats ou d'analyses de pratique. La pratique de l'EPP a entraîné un changement inévitable et bénéfique dans l'exercice du métier des professionnels de la périnatalité.

Organiser l'offre sur le territoire

L'accès à l'entretien prénatal précoce est possible sur l'ensemble du territoire. Ces entretiens sont réalisés essentiellement par des sages-femmes : 42 d'entre elles exercent en secteur libéral, 12 sont employées territoriales en centre de protection maternelle et infantile (PMI), 3 en milieu hospitalier. Deux gynécologues obstétriciennes en réalisent aussi. L'EPP est remboursé à 100 % par l'assurance maladie. Dès les premières consultations de suivi de grossesse, la femme enceinte est



L'ESSENTIEL

► **L'entretien prénatal précoce (EPP) est un entretien médico-psychosocial approfondi avec de futurs parents. En dépit des efforts engagés en Martinique au cours des dernières années, en 2016, 17 % seulement des femmes enceintes en bénéficiaient. Le réseau périnatalité et les autres acteurs ont mis en œuvre un plan d'action pour que cet entretien profite plus largement aux femmes.**

orientée vers les centres de préparation à la naissance du territoire pour pouvoir bénéficier d'un entretien prénatal précoce. En fonction des facteurs de risque repérés, les patientes et les couples sont orientés vers le professionnel le plus adapté à la situation. L'EPP est très formalisé : l'ensemble des éléments recueillis est résumé dans une fiche reproduite en trois exemplaires, dont un est remis à la patiente.

À l'issue de leur entretien prénatal précoce, 20 % des femmes sont orientées vers des psychologues et des assistantes sociales. Elles sont prises en charge dans deux structures :

- la PMI, qui offre à la fois les structures de suivi et d'orientation ; les professionnels libéraux peuvent adresser leurs patientes pour un suivi psychologique ou pour un accompagnement d'ordre social ;
- la maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant de la maternité niveau III, qui dispose d'une unité médico-psychosociale en périnatalité. Cette entité permet de gérer des situations plus complexes : addictions, violences

faites aux femmes... Elle permet aux professionnels de ville et à la PMI de trouver une première réponse aux situations qui font appel à une intervention pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, sage-femme, puéricultrice, et – plus ou moins – assistante sociale). Les décisions sont prises lors d'une réunion hebdomadaire à laquelle sont conviés les intervenants dans le suivi de la femme enceinte.

Communiquer vers les professionnels et le grand public

La communication est un élément essentiel dans le déploiement de cette démarche. Elle se situe à trois niveaux : les professionnels, les bénéficiaires, les institutions (la caisse générale de sécurité sociale et l'agence régionale de santé). Dès 2006, les Assises de la préparation à la naissance organisées sur le territoire permettaient aux professionnels de partager une pratique commune au travers d'outils informatisés. Les assistantes médicales ont été chargées d'en faire la promotion auprès des patientes. À

partir de 2017, les professionnels de terrain ont été de nouveau sollicités ainsi que les pharmaciens et les laboratoires d'analyses médicales ; une campagne d'affichage sur l'entretien prénatal précoce destinée au public a été diffusée. D'autres initiatives ont été prises pour faire connaître l'entretien prénatal précoce, tant auprès des professionnels que du grand public¹.

L'évaluation

En Martinique, 17 % des femmes disent avoir bénéficié d'un entretien prénatal précoce [7]. Cela semble peu, compte tenu de l'engagement des professionnels depuis 2005. Élément d'explication : des professionnels ont développé au fil des années une pratique de prise en charge globale de la patiente tout au long de son suivi dans un accompagnement singulier, voire « maternant ». Ainsi, si une consultation se déroule sur le modèle de l'EPP (espace privilégié pour faciliter la parole afin de permettre un réel échange confidentiel) sans pour autant avoir été annoncée comme étant un entretien prénatal précoce, elle n'est pas comptabilisée dans les statistiques officielles.

Pour développer l'entretien prénatal précoce, un groupe de réflexion du réseau de santé en périnatalité a réalisé un outil de recueil intitulé « EPP fiche résumé », dont un volet, destiné au réseau, permet de collecter les indicateurs suivants :

- nombre d'EPP réalisés par les professionnels ;
- mode de réalisation de l'EPP (en couple ou individuel) ;
- type d'accompagnement proposé ;
- type de professionnel vers qui est orienté la patiente.

En outre un bilan est fait avec la patiente lors de la visite du septième mois afin de mieux apprécier l'efficacité de l'entretien prénatal précoce. Ce bilan permet, d'une part, de consigner l'accompagnement réellement mis en place, d'autre part, de formuler des recommandations pour la naissance, la période de suites de couches et le retour au domicile.

En 2019, l'évaluation autour de l'entretien prénatal précoce a suivi deux axes : l'évaluation des pratiques par l'intermédiaire d'une enquête de mémoire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Haute Autorité de santé. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations de bonne pratique*. mai 2016. En ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees.
- [2] Ministère de la Santé et de la Protection sociale. *Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Novembre 2004 : 42 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [3] Direction générale de la santé, Haut Conseil de santé publique. *Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Plan national de santé publique 2018*. 46 p. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque__psnp.pdf
- [4] Ministère de la Santé et des Solidarités. *Circulaire DHOS/DGS/02/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité*. 8 p. En ligne : http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/Rapport-Circulaire-N°DHOS_DGS_02_6C_2005_300-du-4-juillet-2005-relative-a-la-promotion-de-la-collaboration-medico-psychologique-en-perinatalite.pdf
- [5] Haute Autorité de santé (HAS). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles*. Saint-Denis-La Plaine : HAS, novembre 2005 : 51 p. En ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [6] Isserlis C., Sutter-Dallay A.-L., Dugnat M., Glangeaud-Freudenthal N. *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*. Toulouse : Éditions érès, 2012 : p. 24.
- [7] Observatoire de la santé de la Martinique. *Premiers résultats Enquête nationale périnatale 2016 Martinique*. Mars 2018.
- [8] Prud'homme Gateau S. *L'entretien prénatal précoce dans le repérage des facteurs de vulnérabilité et le suivi coordonné des femmes enceintes en Martinique*. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme], Fort-de-France : école interrégionale de sages-femmes, 2019.
- [9] Lamalle M. [Rapport de stage] RSP Matnik. Janvier 2020.

d'une étudiante sage-femme, et l'évaluation organisationnelle de cette offre de soins sur le territoire par la présence au sein du réseau d'une sage-femme stagiaire en master de santé publique, périnatalité et management.

Dans le cadre de son mémoire de fin d'études, Sarah Prud'homme Gateau, accompagnée par le réseau, a réalisé des entretiens auprès de sages-femmes pratiquant des EPP et elle a analysé les retours des fiches-résumés des EPP réalisés sur le territoire, détenues par le réseau [8 : p. 32-36 ; p. 66]. Cette enquête a permis de constater que 82 % des EPP durent en moyenne de 45 minutes à 1 heure. Les sujets les plus fréquemment abordés en cours de l'entretien sont, dans l'ordre :

- les difficultés rencontrées par la patiente/le couple (abordées dans 100 % des cas) ;
- l'état psychologique et émotionnel de la patiente/du couple (96,4 %) ;
- le suivi de la grossesse (89,3 %) ;
- l'organisation de la préparation à la naissance et à la parentalité (85,7 %) ;
- le projet de naissance (78,6 %) ;
- la parentalité (75 %).

Selon les professionnels qui pratiquent l'EPP, les accompagnements les plus difficiles à mettre en place dans le cadre des orientations à l'issue de l'entretien étaient :

- l'orientation vers un psychologue ou un psychiatre ;
- les consultations d'addictologie ;
- l'orientation des patientes vers des institutions.

21 sages-femmes disent utiliser « la fiche : résumé de l'EPP ». Parmi elles, si 11 sages-femmes (52,4 %) déclaraient remettre un exemplaire à la patiente, 10 sages-femmes (47,6 %) n'en remettaient pas [8].

Par ailleurs, afin d'optimiser l'évaluation et l'inclusion de l'entretien prénatal précoce dans un parcours de santé optimal en périnatalité en Martinique, Malika Lamalle, étudiante en master, a mis en place avec le réseau une stratégie de promotion de l'entretien sur le territoire.

Pour les sages-femmes pratiquant les EPP, il s'agissait :

- d'échanger autour du parcours de santé en périnatalité incluant l'EPP et le bilan du septième mois ;
- d'évaluer et d'optimiser l'utilisation des fiches réseau ;

- de mesurer la nécessité et les modalités d'une mise à jour des connaissances [9 : p. 61-62].

Pour les médecins libéraux et les structures hospitalières, il s'agissait :

- de les informer de l'intérêt de l'orientation de la patiente vers un professionnel pratiquant l'EPP ;
- de leur présenter les outils du réseau (fiche réseau EPP et consultation du septième mois, guide-ressource en périnatalité) ;
- d'évaluer les modalités de communication et de collaboration possibles pour une prise en charge coordonnée [9 : p. 73-74].

Un annuaire spécifique répertoriant les centres où peuvent être réalisés les EPP par territoire a été mis à leur disposition. À l'issue des rencontres, une note de politique a été rédigée à l'attention des professionnels et des autorités sanitaires [9 : p. 97-100].

En conclusion, l'entretien prénatal précoce n'est pas simplement une modalité de suivi se référant à une loi ou des recommandations à mettre en œuvre. Il est nécessaire que les professionnels de la périnatalité soient formés pour comprendre son utilité et sa place majeure dans une démarche de prévention et de dépistage des facteurs de vulnérabilité. Former les professionnels, c'est aussi leur permettre d'intégrer dans leur pratique l'EPP en tant qu'outil de liaison et de prise en charge coordonnée et personnalisée de la femme enceinte [8]. Enfin, il reste aussi à développer une culture de l'évaluation. ■

1. Entre 2009 et 2011, les émissions radiophoniques hebdomadaires sur les deux principaux médias de l'île ont permis de sensibiliser les usagers de la périnatalité sur l'intérêt de l'EPP. En 2018 et en 2019, les professionnels sont allés directement à la rencontre de la population dans les territoires de proximité sous l'égide du réseau. Les usagers avaient la possibilité d'être reçus individuellement et de bénéficier d'informations sur les structures existantes y compris en cas de difficultés ou de facteurs de risques identifiés. En 2019, une rencontre des professionnels a permis au réseau de périnatalité de Martinique (RSPMatnik) de réaffirmer que l'EPP est un outil incontournable du suivi des femmes enceintes et des couples en attente d'enfant, à partir duquel ils peuvent bénéficier de parcours de santé et de plans personnalisés d'accompagnement accessibles, et ce au plus près de leur domicile s'ils le souhaitent. Il s'agit pour les femmes de profiter de l'accompagnement au cours de leur grossesse et de se l'approprier. Elles peuvent ainsi faire des choix éclairés sur l'accompagnement personnalisé qu'elles souhaitent pour un événement majeur de leur vie.

À Fort-de-France (Martinique), dans des quartiers en zones prioritaires, deux classes-passerelles préparent des enfants de 2 ans non socialisés à intégrer l'école et aident leurs parents à développer leurs compétences parentales.

Classes-passerelles en Martinique : « Les enfants développent leurs compétences et leur sociabilité »

Entretien avec

Marie-Pierre Poilvé,

médecin de protection maternelle et infantile (PMI), responsable de la circonscription Centre 1 de Fort-de-France au sein de la collectivité territoriale de Martinique,

Cécile Montabard-Aristide,

infirmière de PMI en charge de la classe-passerelle du secteur Godissard.

« LE RÔLE DE L'ÉDUCATRICE EST ESSENTIEL : ELLE VEILLE AU RESPECT DU RYTHME DES ENFANTS, DÉTERMINE CE QUI EST ADÉQUAT À CHACUN D'ENTRE EUX ET ACCOMPAGNE LES FAMILLES. »

événements peuvent générer chez certains parents des conséquences telles qu'une perte d'identité, un manque de confiance et des difficultés à assumer leur fonction parentale. Les enfants choisis sont âgés de deux ans et n'ont pas eu accès à la vie en collectivité. Ils n'entrent dans le dispositif que si leurs parents sont pleinement d'accord avec le projet.

La Santé en action : Pourquoi avoir créé une classe-passerelle dans l'école maternelle Les Roses ?

Marie-Pierre Poilvé et Cécile Montabard-Aristide : Ce projet est né en 2004 par la volonté commune de la protection maternelle et infantile (PMI) dans le cadre de ses missions¹, de l'Éducation nationale, de la caisse d'allocations familiales et de la mairie de Fort-de-France. Il répondait à des difficultés de première scolarisation, constatées chez certains enfants : absentéisme, problème de communication avec les adultes, troubles du comportement se manifestant par de l'agressivité ou un isolement au sein de la classe. L'origine de ces difficultés peut être de plusieurs ordres : une mauvaise expérience de l'école vécue par les parents lorsqu'ils étaient enfants ; une absence de socialisation préalable en structure collective, notamment pour les petits issus de familles précaires ; une fragilisation particulière des enfants, liée à certaines caractéristiques de la population martiniquaise : de

nombreuses familles monoparentales, un taux élevé de pauvreté (30 %)². La classe-passerelle a bénéficié de moyens financiers et de personnel qui ont pu être mis à disposition à ce moment-là. Elle a été créée dans un secteur d'éducation prioritaire (zone d'éducation prioritaire – ZEP, à l'époque), comme prévu par la loi Savary³.

S. A. : Quels sont les objectifs de cette classe-passerelle ?

M.-P. P. et C. M.-A. : Elle a pour but de faciliter la future scolarisation de l'enfant et de renforcer les compétences parentales. C'est également un moyen pour la PMI de mieux connaître les familles en difficulté, de les soutenir, et d'être identifiée à leurs yeux comme un lieu d'accueil vers lequel elles peuvent se tourner en cas de problème. La classe-passerelle est composée d'au maximum 15 enfants, qui sont choisis par l'équipe de la PMI. Les familles concernées sont souvent de condition modeste, confrontées à des difficultés liées au chômage, à l'isolement, l'illettrisme, l'échec scolaire, la toxicomanie ou l'incarcération. Ces conditions de vie et ces

S. A. : Qu'est-il proposé aux enfants et aux parents concernés ?

M.-P. P. et C. M.-A. : La classe-passerelle est une classe à part, à laquelle se consacrent une enseignante volontaire, une éducatrice de jeunes enfants et un agent territorial spécialisé des écoles maternelles (Atsem) de la mairie. La démarche pédagogique est mise en place par l'institutrice, qui adapte le programme de la toute petite section (apprendre à découper, à colorier...) en fonction des capacités des enfants et de leur arrivée au sein de la classe. En effet, ces derniers ne sont pas tous accueillis le même jour. Leur intégration se fait au fil de l'eau à partir de leur deuxième anniversaire, et sur la matinée seulement au début. C'est pourquoi le rôle de l'éducatrice est essentiel : elle veille au respect du rythme des enfants, détermine ce qui est adéquat à chacun d'entre eux et accompagne les familles. C'est elle qui, en collaboration avec la PMI, organise les ateliers thématiques sur la parentalité (par exemple faire ensemble un arbre de Noël) et les sorties : à ces occasions, une observation des interactions

parents-enfants est réalisée, qui constitue le point de départ d'un travail. C'est aussi l'éducatrice qui coordonne la rencontre avec la psychologue, les « cafés des parents » qui se tiennent dans les locaux de la PMI sans les enfants, et les rencontres parents-enfants avec l'équipe de la PMI (infirmière, puéricultrice, éducatrice de jeunes enfants, psychologue). Même si un enfant n'a pas encore « fait sa rentrée » dans la classe-passerelle, ses parents assistent au « café » dès que la décision d'inclure l'enfant a été prise, afin de s'intégrer au groupe ; il n'y a pas de sujet de discussion imposé, mais certains thèmes reviennent régulièrement comme la place du père, la difficulté d'arrêter l'allaitement, les enfants qui dorment dans le lit des parents...

S. A. : Comment parvenez-vous à accompagner les familles sans coercition ?

M.-P. P. et C. M.-A. : Nous n'accusons pas les parents d'être défaillants. Nous leur proposons une aide permettant une socialisation en douceur de leur enfant, gage d'un accès facilité à une scolarisation réussie et un appui dans leur relation à cet enfant. Il s'agit d'un renforcement des capacités parentales et non d'une béquille pour cause d'absence de ces compétences.

S. A. : Ce dispositif a-t-il été scientifiquement évalué ?

M.-P. P. et C. M.-A. : Le dispositif martiniquais n'a pas fait l'objet d'une évaluation extérieure à notre connaissance. Cependant, nous, professionnels, ressentons clairement et sans ambiguïté que la classe-passerelle a prouvé son utilité ; c'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle n'a jamais été remise en question sur le fond. Nous le voyons du côté des enfants et des parents, dont nous mesurons les progrès. Les premiers ont appris à parler et à communiquer ; ils sont plus sociables et vivent avec leurs pairs. Cette transition permet de couper en douceur le lien mère-enfant, et les enfants apprennent à faire confiance à un autre adulte. L'année suivante, ils connaissent les lieux et ont moins d'appréhension. En résumé, les enfants développent leurs compétences et leur sociabilité dans

L'ESSENTIEL

■ **La classe-passerelle vise à renforcer les compétences psychosociales des enfants et également les compétences parentales. Les trois intervenantes – enseignante, éducatrice et agente territoriale – développent les capacités de chaque enfant. Les enfants apprennent à communiquer, sont plus sociables en vivant avec leurs pairs. Le constat est fait que les signalements pour information préoccupante ont diminué dans les familles dont les enfants ont fréquenté la classe-passerelle. Le dispositif propose aussi aux parents un appui dans leur relation avec leur enfant. Toutefois, ce dispositif demeure fragile, faute de financements pérennes.**

les classes-passerelles. Nous constatons également que les signalements pour information préoccupante (IP) ont diminué dans les familles dont les enfants ont fréquenté la classe-passerelle. « À ces parents qui sont considérés en difficulté plus que "coupables", il est proposé de l'aide et du soutien plus que des sanctions et un rappel à l'autorité⁴. » En fin d'année, après avoir échangé avec l'enseignante, l'éducatrice fait un bilan avec la PMI sur l'évolution de chaque enfant, les problèmes qui sont éventuellement survenus pendant l'année (absence de l'enfant en classe ou des parents aux ateliers, difficultés de relation entre la famille et l'école...) et le travail en commun de l'équipe encadrante.

S. A. : Quels sont les points forts du dispositif ?

M.-P. P. et C. M.-A. : L'expérience acquise nous permet d'anticiper les problèmes afin que le programme se déroule au mieux : par exemple, si le parent n'apparaît pas coopérant au moment de l'inscription, la PMI ne scolarise pas son enfant dans la classe-passerelle, mais propose plutôt un suivi PMI (ateliers et consultations au centre médico-social). Nous avons la chance d'avoir des professionnels qui restent suffisamment longtemps en poste ; cette longévité permet de bien maîtriser le dispositif et de le mettre efficacement en œuvre.

S. A. : Quelles difficultés majeures subsistent ?

M.-P. P. et C. M.-A. : Nous nous heurtons à certains écueils. En cas d'absence de l'une des trois professionnelles, le programme se désstructure très vite. C'est arrivé l'an passé lors de l'arrêt de travail pour maladie de l'éducatrice. Et depuis cette année, pour des raisons budgétaires et de réorganisation à la mairie de Fort-de-France, elle travaille à mi-temps sur chacune des deux classes-passerelles que compte la ville, ce qui pourrait constituer une nouvelle difficulté. Au début de la classe-passerelle, nous proposons un atelier animé par une esthéticienne pour restaurer l'estime de soi, la confiance des mamans ; mais nous avons dû l'arrêter en 2013 par manque de moyens. C'est le principal point faible : le programme peut s'arrêter à tout moment, faute de financement du personnel, des ateliers, des sorties. Il ne tient que par la volonté des acteurs impliqués et nécessite une forte adhésion de la directrice de l'école.

S. A. : Ce dispositif va-t-il être étendu à d'autres territoires en Martinique ?

M.-P. P. et C. M.-A. : Ce dispositif est spécifique à Fort-de-France, qui compte deux classes-passerelles, et n'existe pas sur les autres communes. Pourtant, il serait intéressant de le développer dans d'autres réseaux d'éducation prioritaires de la ville et de l'île, qui en ont autant besoin. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. Actions collectives et actions en faveur des enfants. Référence: Missions, organisation et fonctionnement des services de PMI, Code de la santé publique, articles L 2111-1 et L 2112-2.

2. Source : Caisse d'allocations familiales-Caisse centrale de la MSA (CAF-CCMSA), citées dans le diaporama du Dr Marcelin, directrice Action et prévention sanitaires à la collectivité territoriale de Martinique, à l'occasion du séminaire sur « La politique petite enfance et les exigences de fonctionnement en Martinique », en novembre 2019.

3. Circulaire EN n° 81-238 du 1^{er} juillet 1981 relative à la création des zones d'éducation prioritaire, Bulletin officiel, 9 juillet 1981, n° 27.

4. Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. Devenir 2009/1, vol. 21, p. 31-60. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-1-page-31.htm#>

Lieux d'accueil enfants-parents en Martinique :

« Soutenir les parents, apporter confiance en soi aux enfants »

Entretien avec

Élise Darius,

conseillère technique chargée de la mise en place des dispositifs d'aide à la parentalité, dont les lieux d'accueil enfants-parents (Laep), à la caisse d'allocations familiales (CAF) de Martinique.

La Santé en action : **Dans quel contexte propre à la Martinique les lieux d'accueil enfants-parents (Laep) ont-ils été déployés ?**

Élise Darius : La situation du département est caractérisée par un éclatement des familles. Selon les derniers chiffres, le taux de familles monoparentales s'élève à 41,8 % contre 15,3 % en métropole. Au cours des dernières années, le nombre des divorces a augmenté notablement. Plus de la moitié des enfants mineurs sont concernés par cette fragilisation de la cellule familiale, qui rend le rôle éducatif des parents plus difficile à assumer. La politique publique de soutien à la parentalité prend tout son sens dans ces conditions. C'est pourquoi le dispositif des lieux d'accueil enfants-parents (Laep) a été mis en place en Martinique à partir de 2015. C'est une action de prévention qui intervient pendant cette période cruciale qu'est la petite enfance pour apporter aux parents réassurance et confiance dans leur rôle éducatif. En métropole, les Laep sont beaucoup plus développés qu'en Martinique. Nous rattrapons notre retard, la caisse d'allocations familiales (CAF) ayant décidé de porter de façon dynamique

ce dispositif encore peu connu des acteurs et du public. Après les deux premières structures d'accueil mises en place en 2015 à Fort-de-France et à Sainte-Marie, quatre autres ont vu le jour en 2019, à Fort-de-France, à Schœlcher, au Lamentin et au Marin. Nous nous sommes rapprochés de la CAF du Val-d'Oise, dynamique en la matière, pour proposer un accompagnement renforcé à la création de ces lieux, avec un cycle de formation auprès des personnes concernées des municipalités, centres sociaux et associations.

S. A. **Quel est le mode de fonctionnement des Laep ?**

É. D. : Ces lieux ont pour vocation d'accueillir, gratuitement et en accès libre, toutes les familles, ayant un ou des enfants jusqu'à 6 ans, de soutenir les parents et d'apporter confiance en soi aux enfants. Ils sont ouverts un à deux jours par semaine, pendant trois ou quatre heures en fonction des besoins. Le personnel joue un rôle d'accompagnement pour favoriser les échanges. Des jeux adaptés à l'âge de l'enfant, et dont il ne dispose pas à la maison, lui sont proposés afin qu'il développe d'autres compétences ; les parents peuvent jouer avec lui ou profiter de ce temps pour discuter avec d'autres personnes. C'est un endroit où ils peuvent vivre la relation avec leur enfant sans crainte d'être jugés. L'anonymat et la confidentialité sont garantis dans ce lieu. Ici, les accueillantes adoptent une posture d'écoute empathique, discrète et neutre, sans paraître inculquer un

« C'EST UNE ACTION DE PRÉVENTION QUI INTERVIENT PENDANT CETTE PÉRIODE CRUCIALE QU'EST LA PETITE ENFANCE POUR APPORTER AUX PARENTS RÉASSURANCE ET CONFIANCE DANS LEUR RÔLE ÉDUCATIF. »

« modèle éducatif idéal ». Ce sont des professionnelles issues des structures de la petite enfance qui ont été formées spécifiquement et dont la pratique est régulièrement analysée avec une psychologue. À partir de cette observation, quand un besoin est repéré, nous pouvons proposer d'autres actions de conseil en dehors des séances. En revanche, il faut bien faire comprendre aux parents que ce lieu n'est pas un mode de garde.

S. A. : **Quel premier bilan dressez-vous du fonctionnement de ces lieux d'accueil ?**

É. D. : Après des débuts timides, le dispositif a pris son envol grâce à l'accompagnement de terrain mis en place, avec des équipes motivées et impliquées. Les familles l'apprécient : les enfants peuvent y jouer en sécurité, les parents se détendre en compagnie d'autres parents. Or, ce n'est pas l'habitude en Martinique de fréquenter des lieux fermés ; de plus, ces derniers craignent parfois de rencontrer des personnes qu'ils connaissent. Mais ces freins ne perdurent pas. D'autre part, nous avons ajusté le fonctionnement au fil du temps. Au départ, le Laep

était ouvert quatre jours par semaine ; nous avons par la suite resserré les plages d'ouverture à deux jours hebdomadaires et uniquement le matin. En effet, les parents nous ont dit que c'était plus pratique, car l'après-midi, les enfants font la sieste. Depuis, la fréquentation a presque doublé selon les lieux. Ainsi, dans une association, le nombre d'enfants différents qui ont été accueillis est passé de 31 à 54 et le nombre de familles, de 12 à 30 entre 2018 et 2019. Dans une autre association, ce nombre est resté stable, mais les venues ont été beaucoup plus régulières, l'accueil passant ainsi de 184 enfants reçus à 451 et de 173 accompagnants à 260 (parents, grands-parents ou assistantes maternelles).

S. A. : Quels sont les points forts et les faiblesses de ce type d'accompagnement ?

É. D. : C'est un endroit ouvert, qui ne propose pas d'activité dirigée. L'enfant s'éveille et développe son autonomie en toute sécurité, alors que ses parents sont présents ou tout proches. Eux-mêmes sont contents de rompre avec leur quotidien et de rencontrer d'autres gens. Cet épanouissement mutuel permet d'atteindre l'objectif de sociabilisation de l'enfant et du parent, en vue d'une séparation à moyen terme, lors de l'entrée à l'école. Nous constatons une certaine mixité sociale. Le bouche à oreille est l'un des premiers facteurs de connaissance des lieux d'accueil enfants-parents. C'est une bonne chose, mais nous n'atteignons sans doute pas suffisamment les familles le plus dans le besoin, précaires et monoparentales notamment. Il nous faut dès lors davantage communiquer auprès des services sociaux et au sein des quartiers pour faire connaître les Laep dans les milieux les moins favorisés.

S. A. : Quel sera l'avenir des lieux d'accueil enfants-parents en Martinique ?

É. D. : Nous avons des perspectives de déploiement ambitieuses à moyen terme. D'ici 2022 – année qui correspond à la fin de la convention entre l'État et la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) –, nous prévoyons la présence d'environ 20 LAEP sur le territoire, et dès 2020, trois sites



© Colomb, Denise (1902-2004) Donateur Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-GP

L'ESSENTIEL

■ **Une famille sur deux est monoparentale en Martinique. Les six lieux d'accueil enfants-parents présents sur ce territoire reçoivent gratuitement les familles avec leurs enfants de moins de 6 ans. L'endroit est ouvert, sans activité dirigée. L'enfant s'éveille et développe son autonomie en toute sécurité, en présence de ses parents. Le lieu participe à la sociabilisation de l'enfant et du parent en vue d'une séparation lors de l'entrée à l'école. Le dispositif ayant démontré son utilité, une dizaine d'autres lieux d'accueil devraient être ouverts d'ici 2022 par la caisse d'allocations familiales, qui pilote et finance ces lieux. Point de vigilance : faire en sorte que les familles qui en ont le plus besoin puissent bénéficier de ce dispositif.**

viendront renforcer les six existants. Ces lieux étant de plus en plus médiatisés par des articles dans la presse et des journées portes ouvertes, de nouveaux porteurs de projet manifestent

leur intérêt : des communes, des associations, et aussi des crèches qui souhaitent compléter leur activité traditionnelle de garde par ce type d'action. Parmi les trois Laep qui seront créés cette année, deux sont ainsi portés par des crèches. Ce déploiement nous permettra de proposer un accès au plus près du domicile des familles ; le développement de cette proximité est un enjeu pour que le service bénéficie au plus grand nombre. Pour la CAF, cela représente aussi un enjeu de professionnalisation des équipes, avec un premier volet sur la formation à l'écoute et à l'accueil en Laep et un second sur la formation de formateurs. Ceci est nécessaire afin que nous puissions déployer ces compétences à moindre coût en Martinique. C'est un projet qui requiert un accompagnement à la fois technique et financier pour répondre aux familles, pérenniser les lieux existants et adapter le dispositif aux évolutions du territoire et des besoins. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Guadeloupe : la situation économique et sociale a un impact sur les indicateurs de périnatalité

Eustase Janky,

professeur des universités,
praticien hospitalier, président
de l'université des Antilles,

Dr Gülen Ayhan,

service de gynécologie-obstétrique,
centre hospitalier universitaire (CHU)
de la Guadeloupe.

La Guadeloupe est un département d'outre-mer avec une situation particulière à la fois par sa géographie, sa démographie et son contexte socio-culturel. Elle est un archipel composé de deux îles principales – la Grande-Terre et la Basse-Terre, séparées par une rivière (la Rivière salée) –, entouré de plusieurs îles, dont les trois îles habitées : Marie-Galante, les Saintes et La Désirade.

Ancienne colonie française, la Guadeloupe est devenue département français de plein exercice en mars 1946. Jusqu'à leur décision de devenir des collectivités d'outre-mer en 2007, les îles du nord, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, faisaient partie de l'archipel guadeloupéen, et toutes les données étaient comptabilisées dans celles de la Guadeloupe, y compris les naissances et les décès.

Histoire de la médecine en Guadeloupe

Très peu de l'histoire de la médecine précolombienne est connue en Guadeloupe. Avant d'être exterminés par le peuple guerrier des Caraïbes venant du Venezuela, les premiers habitants de l'île étaient les

Amérindiens Arawaks. Les femmes avaient le rôle de guérisseur. La couvade faisait partie de la coutume : un futur père, peu avant l'accouchement de sa femme, se mettait au lit, imitait la grossesse et se plaignait de douleurs de l'enfantement, tandis qu'on lui accordait le même traitement qu'aux femmes en travail d'accouchement.

Pendant la période esclavagiste, le premier hôpital de plantation est construit en 1714 sur une propriété de Saint-Domingue, dans un but principalement économique. Il fallait que les esclaves fussent en bonne santé pour être efficaces dans les champs de canne à sucre. Le but était aussi d'avoir un lieu de naissance pour les esclaves enceintes afin de diminuer la mortalité périnatale. En 1786, un arrêté rend obligatoire l'installation d'une « case-hôpital » sur chaque plantation dans les Antilles et en Guyane française.

Le paysage hospitalier en Guadeloupe s'est créé à partir du début du xx^e siècle et a évolué au fil du temps. En 1936, deux hôpitaux étaient à disposition de la population et la première clinique privée a été ouverte en 1951. Initié dans les années 1970 et suite au besoin croissant des places hospitalières, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre a été créé en 1986.

En 2011, la maternité de l'hôpital de Marie-Galante a été fermée et transformée en centre de périnatalité. La prise en charge locale est assurée par des sages-femmes et par une équipe de

gynécologues-obstétriciens du CHU qui se déplace une fois par semaine pour des consultations spécialisées avancées. Afin de conserver la continuité des soins, les femmes enceintes sont transférées en Guadeloupe continentale à 38 semaines d'aménorrhée, grâce au réseau de périnatalité, et elles sont logées soit à l'hôtel soit chez des particuliers en attendant l'accouchement. En cas de pathologies diagnostiquées, elles sont hospitalisées au CHU de la Guadeloupe, quel que soit le terme de la grossesse.

La multiethnicité, une richesse

La multiethnicité constitue une richesse, et le métissage est le résultat d'une intégration des peuples de différentes origines qui s'est faite au fil de l'histoire. Cette multiculturalité est visible dans la variété des plats, la couleur des tissus, les vêtements traditionnels, les danses et les fêtes qui sont emblématiques en Guadeloupe. Depuis le début de la colonisation, un nombre important de Bretons et de Normands se sont installés en Guadeloupe, notamment dans les Grands-Fonds du Moule et dans certaines îles, et plus particulièrement aux Saintes. Les colons arrivés de France étaient des propriétaires fortunés et possédaient les plantations de canne.

Pendant la période de l'esclavage, un nombre important d'esclaves d'origine africaine sont arrivés aux Antilles. En 1790, la Guadeloupe comptait 107 226 habitants, dont 92 545 esclaves ; ils représentaient donc 86 % de la population. Après l'abolition de

L'ESSENTIEL

Malgré une histoire douloureuse, chacune des ethnies a sa place en Guadeloupe et l'importance du métissage est le symbole d'une forte intégration. Ce territoire est centré sur son histoire, ses racines. Toutefois, il souffre d'un manque d'infrastructures. Une partie de la population fait face à des conditions de vie défavorables en l'absence de ressources économiques. Les indicateurs de périnatalité reflètent ce contexte général et traduisent les difficultés rencontrées par les femmes. Entre autres, la Guadeloupe présente le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) le plus élevé de France. On constate un nombre important de grossesses chez des femmes très jeunes, par conséquent non souhaitées, qui font l'objet d'interruptions volontaires de grossesse.

l'esclavage en 1848, il y eut un besoin de main-d'œuvre. Les colons firent alors appel aux Indiens ; les premiers arrivèrent en 1854. Ils faisaient plutôt le travail des champs, ce qui explique encore de nos jours la présence d'une majorité de personnes d'origine indienne dans l'agriculture. À partir de la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, il y eut une vague d'arrivées de Syriens et de Libanais chrétiens qui fuyaient la guerre et la persécution dans leurs pays. Aujourd'hui, comme à leur arrivée, ils se trouvent dans le secteur du commerce dans les centres-villes. Puis, après la fin de la Seconde Guerre mondiale, une communauté juive s'est installée sur le territoire guadeloupéen, qui s'est elle aussi investie majoritairement dans le commerce.

Si cette multiethnicité constitue une richesse pour la Guadeloupe, la situation sanitaire est le reflet des spécificités des populations. Ainsi, les Indiens souffrent souvent du diabète et des maladies qui en résultent (par exemple les néphropathies), alors que la population d'origine africaine présente davantage d'hypertension artérielle, de maladies cardio-vasculaires, de cancers de la prostate chez les hommes, des fibromes utérins chez les femmes, de drépanocytose.

Des enjeux d'accès aux soins

L'éloignement géographique par rapport à la métropole, le nombre restreint d'industries, l'existence d'une

majorité de très petites et petites entreprises sont des facteurs explicatifs du taux de chômage élevé, et plus particulièrement chez les jeunes adultes. La violence et la délinquance sévissent au sein d'une population d'un niveau socio-économique souvent défavorisé.

Ce phénomène est encore entretenu par la situation géographique de la Guadeloupe : archipel sans véritablement de frontières, expliquant l'arrivée massive des personnes des autres îles de la Caraïbe, dont le produit intérieur brut (PIB) est nettement inférieur à celui de la Guadeloupe. La Guadeloupe, département français, un bout de l'Europe sur le continent américain, représente l'eldorado pour beaucoup de personnes qui cherchent à tout prix à entrer sur le territoire pour fuir la pauvreté, la guerre, la misère, l'instabilité sociale, politique et économique de leur pays. L'exemple actuel est celui d'Haïti, où une crise d'une envergure exceptionnelle plonge le pays dans une instabilité sociale inimaginable. Beaucoup de personnes – y compris des femmes enceintes, quelquefois en fin de grossesse – débarquent

en Guadeloupe *via* l'île de la Dominique ; elles espèrent bénéficier d'un système social, d'une vie meilleure. Cela explique au moins en partie un taux de morbidité périnatale élevé. La prise en charge des femmes enceintes en fin de grossesse, souvent sans aucun suivi, s'avère très complexe. Ces femmes n'ont pas droit à l'aide médicale d'État (AME), car il faut une présence d'au moins trois mois sur le territoire français. Sans aucune couverture sociale, afin d'accéder aux avantages sociaux, elles ont recours à des moyens illégaux, allant jusqu'à emprunter l'identité d'autres personnes.

Quelques indicateurs de périnatalité spécifiques au territoire

La Guadeloupe a le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) le plus élevé de France. D'un côté, l'accès facile au misoprostol : ce médicament abortif, théoriquement prescrit par un médecin, est vendu sur le marché noir. Acheté en Haïti, le médicament est vendu largement en Guadeloupe par des personnes non habilitées à délivrer



© Colomb, Denise (1902-2004) Donatien Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-CP

des médicaments [1]. De l'autre côté, il y a, chez des femmes très jeunes, un nombre important de grossesses non souhaitées, qui font l'objet d'interruption volontaire de grossesse. Les difficultés d'accès aux connaissances et d'autres facteurs ne permettent pas d'envisager une réduction rapide du taux d'IVG [2 ; 3].

En effet, un certain nombre de femmes, ainsi que d'autres personnes, véhiculent des informations erronées telles : « la contraception rend stérile » ou « elle donne le cancer ». La contraception est aussi perçue par elles comme un facteur de libéralisation des pratiques sexuelles, et dans le but de protéger leur fille, des mères s'opposent à leur prise de la pilule.

Avec la nouvelle définition de la mortalité périnatale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les années 1980, faisant passer le terme de 28 semaines d'aménorrhée (SA) à 22 SA pour parler de mortalité périnatale, le taux a évidemment été revu à la hausse. En 1983, le taux était de 25,8 ‰ naissances en Guadeloupe (selon les normes OMS d'alors, comparables avec les méthodes actuelles de calcul en France) et, en 2008, de 18,8 ‰ naissances¹ alors même que d'importantes mesures ont été prises – écriture de protocole, de procédures, mise en place d'un carnet de suivi de grossesse –, diffusées largement à tous les professionnels de la périnatalité, publics et privés.

Depuis plusieurs années, la démographie guadeloupéenne subit un changement fondamental avec un vieillissement de la population générale. Il est prévu qu'en 2030 la Guadeloupe ainsi que la Martinique et la Corse fassent partie des six départements les plus vieux de France. Ceci s'explique par le départ des jeunes en métropole pour les études et le travail, et par le retour des Guadeloupéens retraités, partis en France métropolitaine avec le Bureau pour le développement des migrations dans les départements d'outre-mer (Bumidom) entre 1963 et 1981. Beaucoup de jeunes surdiplômés sont obligés de partir en métropole ou à l'étranger, car le tissu économique trop contraint ne permet pas de les accueillir. La réduction de la natalité s'explique non seulement par le départ des jeunes, mais aussi par certaines situations

transitoires mais répétitives. Par exemple, durant la période d'épidémie de Zika en 2016, l'activité de procréation médicalement assistée (PMA) a été arrêtée. En novembre 2017, quelques semaines après la reprise, un incendie au CHU de la Guadeloupe a fortement touché la maternité et détruit le laboratoire de la PMA ; toute activité a cessé depuis. Une nouvelle reprise est prévue dans les semaines à venir. Entre-temps, les couples désirant un enfant et qui en ont les moyens partent en métropole ou à l'étranger pour leur projet de grossesse.

Outre ces facteurs s'ajoute l'importance des mouvements sociaux qui ont un impact sur la démographie guadeloupéenne. En 2009, la grève générale a paralysé la vie professionnelle pendant quarante jours. Par la suite, une baisse significative de naissances a été observée. Contrairement à cela, les mois d'octobre, novembre et décembre sont des mois avec une augmentation considérable de naissances, soit neuf mois après les festivités carnavalesques, qui ont lieu de janvier à mars chaque année. Le lien a été établi statistiquement et publié [4].

Cette perspective de vieillissement de la population met en lumière les enjeux futurs, notamment la prise en charge des personnes âgées avec souvent des maladies chroniques. Si durant très longtemps les personnes âgées restaient à domicile, prises en charge par leurs enfants souvent nombreux, la situation a changé avec l'augmentation de l'espérance de vie et la nécessité pour les enfants de travailler pour subvenir aux besoins de leur famille et espérer avoir une retraite. Il paraît donc essentiel d'augmenter les capacités d'accueil en d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et d'instaurer une reconnaissance des aidants et par conséquent l'attribution d'un salaire.

En conclusion

La Guadeloupe est un département très atypique, seul département-archipel de France. Cette configuration archipélagique lui confère une large ouverture vers les autres îles de la Caraïbe, expliquant la présence d'un nombre important de personnes d'origine étrangère sur le territoire guadeloupéen.

Malgré une histoire douloureuse du peuplement de la Guadeloupe, chacune des ethnies a sa place et l'importance du métissage est le symbole d'une parfaite intégration. La Guadeloupe, plus encore que les autres départements français, est centrée sur son histoire, ses racines, sa culture, quelquefois au détriment même de son développement économique. Le Mémorial ACTe² construit récemment et ouvert au public permet à chacun de s'imprégner de son histoire et de diffuser les messages du passé au monde entier. ■

1. Source : PMI Guadeloupe, taux (‰) de mortalité périnatale (...) en France et en Guadeloupe de 2005 à 2018, sources INSEE pour la France et certificats de santé-PMI pour la Guadeloupe et service périnatalité Guadeloupe. Publié notamment dans le rapport annuel du service périnatalité de PMI Guadeloupe sous l'intitulé Service Périnatalité et Certificats de Santé/PMI/DEF/Conseil Départemental
2. Mémorial aussi appelé : Centre caribéen d'expressions et de mémoire de la traite et de l'esclavage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Manouana M., Kadhel P., Koffi A., Janky E. Avortements illégaux par le misoprostol en Guadeloupe, *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, avril 2013, vol. 42, n° 2 : p. 137-142. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/795885/alertePM>
- [2] Vilain A. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études et Résultats*, septembre 2019, n° 1125. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
- [3] Vilain A. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études et Résultats*, septembre 2018, n° 1081. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
- [4] Kadhel P., Costet N., Teddy T., Janky E., Multigner L. The annual carnival in Guadeloupe (French West Indies) is associated with an increase in the number of conceptions and subsequent births nine months later: 2000 – 2011. *PLoS One*, 2017, vol. 12, n° 3 : e0173102. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5333860/pdf/pone.0173102.pdf>

Périnatalité en Guadeloupe : état des lieux et stratégies d'intervention

Marielle Farouil,

chargée de mission en périnatalité,
agence régionale de santé de Guadeloupe,
Saint-Martin, Saint-Barthélemy,

Sylvie Plumain,

sage-femme référente du centre périnatal
de proximité (CPP) de Marie-Galante.

La Guadeloupe constitue avec les îles du nord (Saint-Martin et Saint-Barthélemy) un territoire de santé de petite taille avec environ 5 000 naissances par an pour sensiblement 450 000 habitants. Cette dimension réduite facilite la communication entre les différents acteurs. C'est donc un atout en termes de coordination des actions de santé en général et également dans le champ de la périnatalité. Cinq établissements hospitaliers ont des activités de maternité. S'y ajoute la maison de naissance Le Temps de naître, avec la notion de prise en charge globale.

La géographie du territoire – qui est un archipel – est un facteur spécifique pris en compte dans la politique de périnatalité. La Guadeloupe « continentale » est elle-même composée des deux plus vastes îles (la Grande-Terre et la Basse-Terre) reliées par un pont permettant de franchir la Rivière salée qui les sépare. Les autres îles sont : Marie-Galante, La Désirade, Les Saintes (Terre-de-Haut et Terre-de-Bas). La mise en place d'une consultation de gynécologie-obstétrique sur chacune des îles n'est pas possible pour diverses raisons, dont la démographie des gynécologues-obstétriciens. Par conséquent, les professionnels de santé s'organisent afin de développer des projets innovants tels que le centre périnatal de proximité (CPP) de Marie-Galante

et la maison de naissance Le Temps de naître, dont l'expérimentation est en cours au même titre que sept autres dispositifs du même type dans toute la France. Face à ces spécificités, les sages-femmes sont force de proposition pour développer des projets innovants au plus près de certaines populations.

Un plan périnatalité en Guadeloupe

La mise en œuvre du plan périnatalité en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy implique, parmi les acteurs institutionnels, le conseil départemental (missions portées par la protection maternelle et infantile – PMI) et l'agence régionale de santé de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy (ci-après dénommée ARS de Guadeloupe). Le groupement d'intérêt public-réseaux et actions de santé publique en Guadeloupe, à Saint-Martin, et à Saint-Barthélemy (GIP-Raspeg) intègre le réseau périnatal de Guadeloupe Naître en Guadeloupe, organisme qui participe activement à la cohérence du suivi de grossesse et à la facilitation de l'accès aux soins de certaines populations, suivant les objectifs précisés par l'ARS de Guadeloupe.

La feuille de route nationale concernant la périnatalité est déclinée suivant sept axes :

- une information en santé éclairée et accessible pour les futurs parents ;
- une prise en charge globale de la femme enceinte améliorée ;
- un accompagnement adapté des femmes les plus vulnérables ;
- une prise en compte des spécificités ultramarines ;
- une qualité, une pertinence et une sécurité accrues des soins en établissement de santé ;

L'ESSENTIEL

► En Guadeloupe, le plan périnatalité prend en compte les spécificités territoriales de cet archipel avec une population répartie sur des zones relativement isolées. Ainsi à Marie-Galante, un centre périnatal de proximité suit au plus près les femmes pendant leur grossesse et elles sont transférées un mois avant le terme de celle-ci sur l'île principale, par sécurité pour la mère et pour l'enfant. Par ailleurs, comme dans les autres départements et régions d'outre-mer, les indicateurs de périnatalité demeurent défavorables, la population de la Guadeloupe étant en outre exposée au risque de contamination par la chlordécone. Parmi les pathologies à prévalence élevée figurent l'obésité et le diabète gestationnel.

- un renforcement de la coordination des acteurs intervenant dans le champ de la périnatalité ;
- une recherche soutenue pour plus d'innovation en santé périnatale.

Dans la déclinaison des axes précités, nous devons tenir compte de certaines spécificités de notre population, en particulier la notion d'exposition à la chlordécone et la prévalence de l'obésité (près d'un Guadeloupéen sur trois) et du diabète gestationnel (11 % de l'ensemble de la population contre 5 % en métropole [1]).

Les acteurs locaux travaillent conjointement pour atteindre le même objectif : améliorer les indicateurs de périnatalité. En effet, la prématurité en 2017 était de l'ordre de 10 % des naissances contre un peu moins de 7 % pour la métropole. La mortalité périnatale y est plus élevée (14,73 % des naissances) que ce que l'on observe en métropole (10,18 % des naissances) [2]. Ce constat ne concerne pas la Guadeloupe seulement, puisque l'Enquête

nationale périnatale de 2016 conclut à des indicateurs de périnatalité moins favorables dans les départements et régions d'outre-mer (Drom) qu'en métropole.

Adapter la stratégie des 1 000 premiers jours au territoire

La période des 1 000 premiers jours de vie, qui s'étend de la conception de l'enfant jusqu'à ses 2 ans, a des impacts en termes de santé tout au long de sa vie. La construction du capital santé débute donc avant la naissance. Parmi les facteurs qui influencent le développement, l'allaitement, l'alimentation, l'activité physique, l'exposition à des toxiques et à des pesticides font l'objet d'un travail de communication ciblée dans le cadre de la Première Conférence régionale sur les 1 000 premiers jours. Ceux-ci sont considérés avec attention, en particulier dans notre population guadeloupéenne, fragilisée par un taux de prématurité élevé, un jeune âge et un isolement de certaines mères, une prévalence du diabète, de l'hypertension et de l'obésité plus importante qu'au niveau national.

Suivant la stratégie développée par l'ARS de Guadeloupe, la communication spécifique sur les 1 000 premiers jours s'adresse à deux types de publics. D'une part, il s'agit de donner aux parents et aux futurs parents les moyens de comprendre en quoi ils sont acteurs de la construction du capital santé de leurs enfants. D'autre part, il s'agit de permettre aux professionnels d'acquérir les connaissances nécessaires pour accompagner les parents dans la construction du capital santé de leurs enfants dès les premiers jours de grossesse.

Concrètement, la Première Conférence régionale sur les 1 000 premiers jours s'est tenue en Guadeloupe en octobre 2019, réunissant 160 professionnels du champ de la périnatalité et une cinquantaine de parents (pour la journée qui leur était dédiée). Le programme a été élaboré avec le concours du Pr Laurent Storme (pédiatre néonatalogiste, membre de la commission d'experts installée par le président de la République le 26 septembre 2019 sur les 1 000 premiers jours de l'enfant [3]). Des ateliers pratiques ont permis aux professionnels

d'aller plus loin que les présentations proposées. Plusieurs messages forts ont été relayés :

- préserver l'environnement de la mère et de l'enfant permet de protéger la santé des adultes de demain. La notion d'environnement favorable à la santé a été abordée sous divers angles permettant de comprendre ses influences sur la santé et mettant l'accent sur l'environnement de la grossesse ;
- une alimentation adaptée en cours de grossesse permet non seulement de limiter le risque de carences et de diabète gestationnel ayant un impact sur la croissance du fœtus, mais également d'éviter une prise de poids maternelle excessive préjudiciable à la santé de la femme ;
- l'allaitement maternel pratiqué dès la naissance améliore la santé tout au long de la vie et participe à la réduction des inégalités sociales de santé. Les effets de l'allaitement étant dose-dépendants, protéger l'exclusivité de l'allaitement maternel est une véritable action de santé publique. En effet, l'allaitement mixte est une pratique très largement répandue dès la maternité. À souligner : l'initiation à l'allaitement maternel atteint plus de 90 % dans les maternités de Guadeloupe et de Saint-Martin depuis plusieurs années, alors qu'en métropole, son pourcentage est de 66 %¹ ;
- la population de la Guadeloupe est particulièrement exposée au risque de contamination par la chlordécone. Les études réalisées à ce propos montrent une augmentation du risque de prématurité, mais pas de malformation. Des anomalies de la motricité fine sont retrouvées à partir de l'âge de 18 mois chez les enfants de la cohorte Ti-Moun [4]. Il a été rappelé l'importance de l'allaitement maternel, car ses bénéfices restent largement supérieurs aux risques ;
- hormis l'alcool, le tabac et certains produits bien connus du public, il existe d'autres substances nocives pour le développement du fœtus. Les perturbateurs endocriniens présents dans l'alimentation et dans certains produits ménagers et cosmétiques en font partie. Limiter le plus possible leur utilisation est une action de prévention forte ;
- l'activité physique de la femme enceinte facilite l'oxygénation du fœtus et a des répercussions positives sur sa maturation neurologique. De plus,

elle prépare l'organisme de la femme à l'effort considérable de l'accouchement et facilite sa récupération suite à la naissance de l'enfant. La grossesse n'est donc pas une contre-indication à la pratique de l'activité physique ;

- encourager la proximité parent-enfant et plus précisément la proximité mère-enfant est positif pour la santé. En effet, au-delà de la sensation de bien-être réciproque que génère le peau-à-peau, cette pratique facilite la mise en place d'un microbiote protecteur. Certaines équipes le pratiquent systématiquement avec aussi des protocoles bien étudiés pour sa réalisation dans les suites immédiates de la césarienne.

Un centre périnatal proximité à Marie-Galante

L'île de Marie-Galante se situe à 30 km des côtes de la Guadeloupe et représente un bassin de population de 10 760 habitants². Le territoire dispose d'un centre hospitalier de proximité, comportant un service d'accueil et d'urgences ouvert 24 heures sur 24. Le 17 septembre 2012, les services de maternité et de chirurgie ont été fermés sans anticiper de nouvelles organisations.

Les transferts sanitaires vers les services d'urgences gynéco-obstétriques ne peuvent s'appuyer que sur deux moyens de transport :

- transfert non médicalisé par voie maritime, deux à trois fois par jour ;
- Samu par l'hélicoptère de la Sécurité civile.

Divers aléas peuvent rallonger considérablement les délais de transferts. En raison de l'isolement géographique, après la fermeture de la maternité, le centre hospitalier Sainte-Marie devait obligatoirement recevoir la majorité des urgences gynéco-obstétricales.

L'article R.6123-50 du Code de la santé publique stipule que les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré- et post-natales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.

Un centre périnatal de proximité (CPP) a donc été créé au sein du centre hospitalier de Sainte-Marie,

avec la mise en œuvre d'une convention-type Fédération médicale interhospitalière³ (FMIH) avec le pôle mère-enfant du centre hospitalier universitaire (CHU) de la Guadeloupe. Le fonctionnement de ce CPP permet de :

- réorganiser le parcours patient au sein de l'établissement et maintenir la sécurité et la continuité des soins dans le cadre de l'urgence, en sécurisant les transferts ;

- réorganiser le parcours patient vers les plateaux techniques autorisés à réaliser les accouchements sur la Guadeloupe continentale.

Cette coopération avec le CHU a aussi permis la mise en place de quatre vacations mensuelles de médecins gynécologues-obstétriciens.

En pratique, le CPP est ouvert de 8 heures à 18 heures du lundi au vendredi pour accueillir les patientes. Afin d'assurer la continuité des soins, les nuits, week-ends et jours fériés, une sage-femme est en astreinte opérationnelle pour le service des urgences. Sous la responsabilité du médecin urgentiste, elle participe à la prise en charge des urgences obstétricales (examen clinique, monitoring, échographie). La conduite à tenir est ensuite établie avec le médecin urgentiste et, si nécessaire, avec l'avis du gynécologue-obstétricien de garde au CHU de la Guadeloupe. La sage-femme prend également en charge les accouchements inopinés. Ce fonctionnement innovant permet un partage des compétences du médecin urgentiste et de la sage-femme pour une meilleure prise en charge de la patiente.

Les autres activités du CPP sont les suivantes :

- consultations gynécologiques de prévention et de contraception par les sages-femmes ;

- consultations spécialisées par le médecin, lorsqu'une pathologie est diagnostiquée ;

- organisation du parcours patient pour les interventions gynécologiques programmées : consultations pré- et post-opératoires au centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM), accompagnement de la patiente afin que l'ensemble des examens préopératoires soient réalisés ;

- organisation du parcours de cancérologie gynécologique ou sénologique en lien avec les médecins référents au CHU de la Guadeloupe ;

- organisation du parcours de soins des IVG : première consultation, échographie, prise de rendez-vous, consultation post-IVG, entretien social ;

- bilan d'infertilité et organisation du parcours pré-procréation médicalement assistée (PMA) ;

- rééducation périnéale ;

- consultations obstétricales de suivi de grossesse, dont l'entretien prénatal précoce du quatrième mois ;

- cours de massages pour bébés.

Les sages-femmes du centre périnatal de proximité travaillent aussi en coordination avec toutes les maternités de Guadeloupe, les services de PMI, les médecins de ville, le réseau périnatal, les infirmières scolaires, les structures spécialisées en prévention de la santé et la caisse générale de sécurité sociale (CGSS).

Transfert au plus près du CHU un mois avant la naissance

Au huitième mois de grossesse, les femmes bénéficient d'un hébergement en Guadeloupe continentale. La CGSS prend en charge les patientes bénéficiant des régimes général et agricole accouchant au CHU. Le réseau périnatal Naître en Guadeloupe, dans le cadre de l'amélioration de l'accès aux soins, prend en charge l'hébergement des patientes relevant des autres régimes, celles accouchant en clinique et celles présentant un risque d'accouchement prématuré devant anticiper leur départ. Cette organisation novatrice sécurise le parcours des femmes enceintes, permettant à chacune, quelle que soit ses conditions de ressources économiques, d'être orientée sur la Guadeloupe continentale.

Le centre périnatal de proximité (CPP) couvre aussi des missions dans le cadre de la prévention. Face au nombre élevé de grossesses non désirées chez les mineures, les sages-femmes du CPP interviennent régulièrement dans les classes dans le cadre de l'éducation à la sexualité et à la contraception. De plus, le CPP participe aux actions de prévention organisées par le pôle prévention santé du centre hospitalier de Sainte-Marie, qui se déplace dans les bourgs et les sections au moyen d'un bus-santé.

Au total, la collaboration entre le pôle parents-enfants du CHU de la Guadeloupe et le CPP de Marie-Galante a permis :

- d'inscrire les patientes au sein d'un parcours de soins bien identifié, quelles que soient les pathologies gynécologiques ou obstétricales ;

- de permettre aux patientes de bénéficier d'une structure d'aide et d'appui qui les accompagne tout au long de leur parcours de santé ;

- d'améliorer la prise en charge de l'urgence obstétricale et de l'accouchement inopiné en mettant à disposition une sage-femme 24 heures sur 24.

Comme souvent dans les régions isolées, la sage-femme du CPP est un acteur de soins de premier recours. Elle exerce pleinement l'ensemble de ses compétences de suivi de grossesse et de consultation gynécologique de contraception. Elle identifie les situations pathologiques obstétricales et gynécologiques permettant ainsi au médecin gynécologue-obstétricien de se consacrer entièrement à la prise en charge des pathologies. ■

1. Source: certificats de santé du huitième jour (CSS).

2. Source : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2017.

3. Convention dans le cadre d'une Fédération médicale interhospitalière périnatalité renouvelable tous les trois ans. Le Pr Eustase Janky est le coordonnateur de la fédération.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Observatoire régional de la santé de Guadeloupe (Orsag). *Le Diabète en Guadeloupe. Chiffres clés 2018*.

[2] Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). *Indicateurs de santé périnatale*. ScanSanté.

[3] Ministère des Solidarités et de la Santé. *Une commission d'experts à l'appui*. Octobre 2019.

[4] Cordier S. (coord.) TI-MOUN : Impact de l'alimentation maternelle sur déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant dans la cohorte TI-Moun en Guadeloupe. Etude de l'interaction entre les effets nocifs et les apports protecteurs de l'alimentation – TI-MOUN. Agence nationale de la recherche (ANR).

La liaison PMI-établissements de santé en Guadeloupe

Dr Viviane Berdier,

médecin départemental de protection maternelle et infantile (PMI),

Dr Ghislaine Peroumalnaik,

médecin de PMI, responsable de circonscription.

La liaison entre les centres de protection maternelle et infantile (PMI) et les établissements de santé en Guadeloupe nécessite une mise en perspective historique : en 2008,

les sorties précoces de maternité entre le premier jour et le troisième jour de vie se généralisent et le bilan de santé prévu au huitième jour ne se fait plus ; le temps d'hospitalisation trop court ne peut pas être mis à profit pour observer et aider à l'instauration du lien mère-enfant ; le suivi des prématurés de 33-35 semaines d'aménorrhée n'est pas satisfaisant ; les hospitalisations d'enfants notamment en chirurgie pédiatrique échappent au suivi par la PMI. Autant de situations à risque. De plus, l'absence de liaisons formalisées entre les professionnels du secteur hospitalier public et les professionnels de la protection maternelle et infantile a pour conséquence des interventions à domicile trop tardives pour être efficaces.

À cela s'ajoutent des indicateurs de périnatalité très défavorables en Guadeloupe (voir l'article « Guadeloupe : la situation économique et sociale a un impact sur les indicateurs de périnatalité » dans ce dossier central). Le contexte est également difficile avec la précarisation qui fragilise les familles fréquentant les centres de PMI et l'arrivée de migrants en provenance de la Caraïbe, en situation irrégulière et sans couverture sociale.

Partant de ce constat, le schéma départemental de l'Enfance, de la Famille et de la Jeunesse 2008-2012 instaure une fiche-action s'inspirant des dispositions de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, dont l'article L2112-2 4bis stipule que « des actions médico-sociales préventives et de suivi [peuvent être] assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile [par la protection maternelle et infantile (PMI)] notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations. »

Cinq objectifs

Ce schéma positionne le dispositif de liaison PMI-établissements de santé comme une action-phare de prévention précoce. Le dispositif poursuit cinq objectifs :

- favoriser la relation entre les professionnels de la PMI et leurs collègues hospitaliers pour mieux cerner la problématique des familles en difficulté et assurer la continuité des soins ;
- avoir connaissance sur le secteur, de manière systématique, des événements concernant les enfants de moins de 6 ans ;
- assurer le retour d'information du secteur aux professionnels de santé hospitaliers concernant les familles prises en charge en PMI ;
- développer les actions d'accompagnement à domicile après la naissance ;
- repérer les enfants à risque.

Le dispositif de liaison PMI-établissements de santé est piloté par deux médecins de PMI et mis en place en 2012 avec du personnel mis

à disposition : la sage-femme en périnatalité pour les maternités du centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre, de la polyclinique de Guadeloupe et de la clinique Les Eaux claires ; une puéricultrice de secteur à mi-temps pour le centre hospitalier de la Basse-Terre. En 2014, après deux ans d'expérimentation, une puéricultrice à temps plein est recrutée pour suppléer les activités de la sage-femme.

Le protocole d'intervention consiste en des visites dans les 4 maternités du territoire, les services de pédiatrie générale, de néonatalogie, de chirurgie pédiatrique, et en la participation aux réunions organisées dans ces services. Après des évaluations, ce protocole a évolué pour mieux s'adapter à la réalité de terrain. De plus, l'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre, en novembre 2017, ayant entraîné le déplacement de la maternité publique vers une maternité privée, l'organisation a dû être revue. Enfin, en 2019, la sage-femme en périnatalité n'étant plus en activité, la liaison avec les centres hospitaliers (maternités, services de pédiatrie) ne se fait plus qu'épisodiquement, avec les deux puéricultrices et des sages-femmes de secteur volontaires.

Les modalités d'interventions des professionnelles de PMI consistent en un à deux passages par semaine en maternité pour porter des informations sur la PMI au lit des accouchées et leur remettre un prospectus spécifique édité pour la liaison. Elles récupèrent les certificats de naissance, recueillent les informations données par les sages-femmes de la maternité et consultent le cahier de liaison mis à disposition. Les puéricultrices se



© Colomb, Denise (1902-2004). Donatton Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMN-CP

Dossier

Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

rendent également au même rythme dans les services de pédiatrie, de néonatalogie, de chirurgie et aux urgences pédiatriques du CHU ; elles participent aux réunions hebdomadaires de pédiatrie, échangent des informations avec l'assistante sociale hospitalière.

Les professionnelles de PMI transmettent les informations ainsi collectées – *via* une fiche-type – à leurs collègues de secteur, sages-femmes et puéricultrices qui décident collectivement de la conduite à tenir : proposer une visite à domicile aux familles ou les convoquer à leur permanence.

Visites à domicile

Dans un but de prévention précoce, la visite à domicile (VAD) des professionnels de PMI (puéricultrice, sage-femme, éducatrice de jeunes enfants) doit intervenir dans les jours qui suivent la sortie de maternité, au moment où les parents ont le plus besoin d'être accompagnés, soutenus. Elle constitue un outil de prévention privilégié notamment pour éviter les troubles de la relation parent-enfant et pour soutenir la fonction parentale. Les professionnels qui ont réalisé la visite transmettent à la puéricultrice de liaison leurs observations par mail, en utilisant une fiche-type retour. Les

informations sur la suite donnée par la PMI sont ensuite communiquées aux professionnels hospitaliers. Ce dispositif a permis d'éviter qu'un certain nombre de situations à risque évoluent en situations de danger.

En conclusion, à l'issue de sept années de mise en œuvre de la liaison PMI-Établissements de santé en Guadeloupe, la pertinence d'une bonne articulation entre le service de PMI et les professionnels de santé hospitaliers est avérée pour organiser de manière cohérente et coordonnée la prise en charge précoce et efficace de l'enfant dès les premiers jours de vie. ■

Guadeloupe :

« Améliorer le parcours de soins de la femme autour de la grossesse »

Entretien avec

Francelise Nadessin,

sage-femme, coordonnatrice administrative, réseau de périnatalité Naître en Guadeloupe (Groupement d'intérêt public – Réseaux et actions de santé publique en Guadeloupe, à Saint-Martin, et Saint-Barthélemy [GIP-Raspeg]).

La Santé en action : **Quelle est la fonction du réseau de périnatalité Naître en Guadeloupe ?**

Francelise Nadessin : Ce réseau coordonne la prise en charge des femmes enceintes avec les différents professionnels qui peuvent intervenir durant un suivi de grossesse. Il propose des prestations dérogatoires à toute parturiente incluse dans le réseau en fonction de la demande du médecin ou de la sage-femme. Ces prestations sont financées par le fonds régional d'intervention (FIR) de l'agence régionale de santé (ARS) de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Le réseau est complémentaire de l'offre de soins déjà existante sur le territoire de Guadeloupe. Les prestations délivrées par le réseau concernent : les suivis psychologiques, diététiques, l'aide à domicile, l'hébergement, les soins d'ostéopathie et la prestation sociale, qui consiste en une aide au montage des dossiers pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie. Il s'agit de prestations auxquelles certaines femmes n'ont pas accès, faute de couverture sociale ou par manque de moyens financiers. Ces prestations ne sont pas remboursées par l'assurance maladie. Toutes les femmes enceintes, quel que soit leur niveau social, ont la possibilité de profiter de ces prestations dérogatoires en

L'ESSENTIEL

■

▣ **En Guadeloupe, le réseau de périnatalité Naître en Guadeloupe aide à la coordination des soins, vient en appui aux professionnels de santé afin de permettre un suivi de qualité des femmes enceintes, organise des actions de prévention pour les parturientes. L'une de ses spécificités est de proposer des prestations dérogatoires dont peuvent bénéficier les parturientes.**

fonction de leurs besoins et du déroulement de leur grossesse. Ceci dit, afin de ne pas être pénalisées et que leur suivi soit amélioré, les femmes plus éloignées des dispositifs de suivi de grossesse et de soins en sont les bénéficiaires prioritaires.

S. A. : **À quelles particularités territoriales répondent ces prestations dérogatoires pour les femmes enceintes ?**

F. N. : En 2012, au moment où le réseau de périnatalité a été créé, l'agence régionale de santé dressait un constat préoccupant : le taux de naissances prématurées [1] était deux fois supérieur à celui en métropole et le taux de grossesses mal suivies était important [2 ; 3]. Les problèmes d'hypertension, de diabète, de séropositivité [4] se situent également à un niveau plus élevé qu'en métropole. La nécessité d'améliorer le parcours de soins s'est imposée. Celui-ci est en outre complexifié par la géographie de l'île qui est un archipel. À La Désirade, il n'y avait plus de médecin généraliste ; à la demande de l'ARS, le Groupement d'intérêt public – Réseaux et actions de santé publique en Guadeloupe,

à Saint-Martin, et Saint-Barthélemy [GIP-Raspeg] a donc aidé à la constitution d'un cabinet médical afin de faciliter l'installation d'un médecin. Il n'y a pas de gynécologue aux Saintes et la maternité du centre hospitalier de Marie-Galante a fermé en 2012. À Marie-Galante, un centre périnatal de proximité a été mis en place, mais les femmes ne peuvent y accoucher ; un gynécologue y fait une vacation une fois par semaine pour celles qui en ont le plus besoin ; elles ont été préalablement sélectionnées par les sages-femmes.

S. A. : **Quelles prestations dérogatoires sollicitent le plus le budget du réseau ?**

F. N. : Les deux prestations dérogatoires [5] qui mobilisent le plus l'enveloppe budgétaire sont la prise en charge de l'hébergement et l'aide à domicile. En 2018, 41 parturientes, venant principalement de Marie-Galante, ont bénéficié de la prestation hébergement ; ceci pour un montant de 30 956 €. Ce dispositif a été mis en place après la fermeture de la maternité de l'île ; son objectif est de permettre aux parturientes, durant leurs dernières semaines de grossesse, d'être hébergées à proximité d'une maternité de niveau III. Elles sont accueillies soit chez l'habitant, soit dans un appartement, ce qui leur permet de recevoir leur famille le week-end. Depuis que nous l'avons mise en place, nous n'avons pas eu à déplorer d'accouchement à domicile à Marie-Galante. L'autre prestation dérogatoire la plus demandée est l'aide à domicile. En 2018, elle a concerné 72 patientes qui ont bénéficié d'un minimum de 4 heures par semaine d'aide-ménagère ;

cela a représenté 95 % des demandes pour un montant de 29 904 €. Cet accompagnement est bien cadré afin d'éviter les abus. Cette aide peut être dispensée jusqu'à 10 heures par semaine en fonction de la demande du médecin et de l'évaluation qui aura été faite à domicile. Les patientes sont sélectionnées sur des critères rigoureux, à la fois médicaux, familiaux et sociaux. Le but est de protéger la grossesse afin d'éviter un accouchement prématuré, et de préserver la santé de la mère et celle de l'enfant.

S. A. : Pourquoi avoir également créé une aide à l'ouverture des droits ?

F. N. : La prise en charge « ouverture de droits », même si elle représente une part moindre du budget, est néanmoins essentielle puisqu'elle a concerné 81 patientes en 2018 ; elles ont pu ainsi bénéficier de l'assurance maladie (régime général ; couverture maladie universelle – CMU ; couverture maladie universelle-complémentaire – CMU-C ; aide médicale d'État – AME) pour pouvoir accoucher dans de bonnes conditions. Cette prestation a représenté 59 % des demandes, pour un montant de 4 200 €. Ce sont des femmes en grande précarité, qui ne travaillent pas, souvent des migrantes sans titre de séjour venant des îles avoisinantes de la Caraïbe. Qu'elles arrivent déjà enceintes ou le deviennent après leur installation en Guadeloupe, elles se font en général suivre par les services de la protection maternelle et infantile (PMI) qui les incluent dans le réseau. Faute de droits à l'assurance maladie, elles ne peuvent accéder ni aux examens indispensables au suivi de grossesse ni aux professionnels libéraux. Nous les accompagnons, avec le concours d'une assistante sociale, pour rassembler les documents nécessaires et monter leur dossier administratif d'ouverture de droits. Il est nécessaire de pouvoir les prendre en charge au plus tôt pour sécuriser leur parcours de soins et leur assurer une grossesse plus sereine. Par ailleurs, d'autres prestations accessibles dans le cadre de ce dispositif d'accompagnement sont moins utilisées : consultations psychologiques, suivi diététique, ostéopathie pour les sciatiques dues à la grossesse. Le réseau doit encore faire connaître l'existence de ces prestations auprès

des professionnels libéraux afin qu'ils puissent adhérer au réseau et les proposer à leur patientèle si besoin¹.

S. A. : Quelles sont les forces et les faiblesses de cet accompagnement ?

F. N. : La force de ce dispositif est d'être ouvert à toutes les patientes, quels que soient leur statut et leur niveau social. Il complète l'offre de soins en favorisant l'accès à certaines prestations et permet d'établir une bonne coordination avec les professionnels de santé et avec les maternités. Une évaluation interne a montré des retours positifs de la part des femmes concernées, qui reconnaissent la qualité de l'accueil et le confort apporté au déroulement de leur grossesse. La prestation d'aide à domicile apporte des progrès en matière de naissance prématurée : elle prolonge la grossesse et donc retarde l'accouchement, même si elle n'empêche pas complètement la prématurité. Une évaluation réalisée en 2015² a pu déceler que la demande d'aide à domicile était faite trop tard durant la grossesse pour les parturientes qui en avaient réellement besoin. Lors des conseils scientifiques et de la présentation des bilans, les indications de cette prestation ont été réévaluées afin de mieux les adapter au profil des parturientes. *A contrario*, les freins peuvent être de divers ordres. Les moyens financiers sont limités et il n'est donc pas aisé d'étendre notre offre. Par exemple, en 2020, nous mettons l'accent sur l'allaitement maternel avec des ateliers pour en montrer l'intérêt et que les femmes se préparent psychologiquement. Nous souhaitons proposer une nouvelle prestation pour des consultations en lactation, lorsque les femmes éprouvent des difficultés à donner le sein. Par ailleurs, nous ne disposons pas des outils adaptés (site Internet et logiciel) pour effectuer un suivi plus affiné des patientes. Enfin, l'inclusion des femmes au réseau demeure un libre choix, une évidence, mais aussi une faiblesse : certaines femmes acceptent l'inclusion pour faire « plaisir » au médecin qui la leur propose et, par la suite, n'acceptent pas les prestations. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Le conseil scientifique du GIP-Raspeg a estimé qu'un suivi psychologique pouvait apporter une aide précieuse à certaines femmes qui font un déni de grossesse, ont des problèmes de couple, ou ont peur d'assumer un enfant – et parmi elles, les mineures qui sont encore moins préparées. Toutefois en 2018, les consultations psychologiques individuelles avec un professionnel libéral n'ont concerné que 8 patientes, avec une moyenne de 5 visites par parturiente. L'un des freins est que les professionnels de santé ne pensent pas toujours à proposer cette prestation. Un constat similaire est fait pour le suivi diététique des personnes souffrant d'obésité ou de diabète : seules 2 patientes ont eu recours à des consultations avec une diététicienne libérale ; faute d'information, le dispositif demeure méconnu. Pour y remédier, en 2020, médecins et sages-femmes vont faire passer l'information et le réseau organisera des ateliers Diététique et Grossesse, des groupes de parole et des idées de recettes à mettre en pratique. Les prestations d'ostéopathie ne sont guère plus sollicitées : en 2018, 8 patientes ont vu un ostéopathe libéral, deux fois en moyenne. Le conseil scientifique du réseau a approuvé cette prestation, car l'ostéopathie soulage les femmes souffrant d'une lordose prononcée et diminue les douleurs sciatiques pendant la grossesse.

2. L'évaluation se fait régulièrement par contact téléphonique ou par questionnaire avec les patientes. Lors du premier contact avec la patiente afin d'échanger avec elle sur la demande d'inclusion au réseau, nous lui donnons nos coordonnées. Les patientes n'hésitent pas à nous rappeler s'il y a le moindre souci ou si elles ont un autre besoin par rapport à la grossesse. De même, les professionnels nous font part des difficultés rencontrées (manque de rendez-vous des patientes ou autre...) ; le réseau fait alors le lien avec la PMI ou le CHU afin de réorienter la patiente.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cordier S., Kadhel P., Rouget F., Multigner L. Facteurs de risque de prématurité en Guadeloupe : résultats de la cohorte Timoun. Santé publique France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2014, n° 34-35 : p. 567-572.
- [2] Boulogne R., Gonzalez L., Aouba A., Danet S., Jouglia É., Rey G. La mortalité infantile dans les départements français d'outre-mer (2000-2008). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études & résultats*, septembre 2012, n° 806.
- [3] Dubost C.-L. En outre-mer, une santé déclarée moins bonne qu'en Métropole, surtout pour les femmes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Études & résultats*, avril 2018, n° 1057.
- [4] Santé publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. *BSP Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy*, novembre 2019 : 16 p.
- [5] Haute Autorité de Santé (HAS). Cadrage relatif aux prestations dérogatoires des réseaux de santé. Mai 2015 : 21 p.

Guadeloupe : « *Le carnet de maternité place la mère et son enfant au centre du processus de soin* »

Entretien avec Gülen Ayhan,

coordinatrice médicale du réseau périnatal Naître en Guadeloupe, médecin de santé publique au service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de la Guadeloupe.

La Santé en action : Pourquoi le carnet de maternité s'est-il développé davantage en Guadeloupe qu'en métropole ?

Gülen Ayhan : Le carnet de maternité est effectivement un document national, créé à la fin des années 1970, qui demeure très peu utilisé en métropole, contrairement à la Guadeloupe où il connaît un franc succès. Au début des années 1980, il a été adapté pour mieux répondre au contexte de notre territoire et permettre une meilleure prise en charge sanitaire, grâce à l'implication de gynécologues – comme les docteurs Jacques Bangou, Guy Halley et Franck Bardinnet – et de pédiatres de l'île, et avec le soutien de M. Pierre Reinette du conseil départemental. Il fallait prendre en compte deux spécificités. Tout d'abord, la géographie : la Guadeloupe est un archipel composé de deux grandes îles principales – la Grande-Terre et la Basse-Terre – et d'autres, plus petites – Les Saintes, Marie-Galante, La Désirade. Ces dernières, et aussi la partie nord de Grande-Terre, sont marquées par une plus faible densité de population qui a

pour conséquence un plus petit effectif de professionnels de santé. Pour le suivi de leur grossesse, les femmes se déplacent plus sur le territoire afin de consulter les différents professionnels de santé [1]. Ensuite, nous avons un contexte sanitaire particulier, avec des prévalences de certaines pathologies plus élevées qu'en métropole. Nous observons plus de cas d'obésité, d'hypertension artérielle [2-5] et de diabète [6] (et notamment de diabète gestationnel). Globalement, le risque de maladies cardio-vasculaires [7] est plus élevé. Il s'y ajoute la présence de la drépanocytose chez certaines de nos patientes, une maladie génétique de l'hémoglobine que nous retrouvons dans la population afro-caribéenne et qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire (médecins spécialisés de la drépanocytose, anesthésistes) et une surveillance étroite de la femme pendant sa grossesse. En raison de tous ces facteurs, nous suivons des nombreuses grossesses à risque. C'est pourquoi il est essentiel que les renseignements médicaux personnels de la patiente soient inscrits dans le carnet de maternité, afin d'effectuer un meilleur suivi pluridisciplinaire. Ainsi, le carnet de maternité est un outil de partage d'informations précieux pour tous les professionnels de santé impliqués : médecin traitant, gynécologue, cardiologue, diabétologue, diététicienne, sage-femme, etc. Au-delà de cela, il permet d'éviter les examens à répétition.

S. A. : *Comment ce carnet fonctionne-t-il ?*

G. A. : Le carnet est créé dès la première consultation de la femme enceinte. Pendant ce premier examen, on recueille les antécédents médicaux et familiaux de la patiente, qui sont tous notés : précédentes grossesses ; consommation de tabac, d'alcool ou de drogues ; traitements médicaux suivis ; résultat du test sanguin pour le dépistage de la drépanocytose... Puis, à chaque consultation mensuelle, le carnet est rempli par le professionnel de santé qui fait le suivi de la grossesse. L'espace dédié à cette consultation contient des informations spécifiques : tension artérielle ; bandelette urinaire pour dépister une glycosurie, une infection urinaire ou des protéines dans les urines ; prise de poids ; statut sérologique de l'infection par la toxoplasme ; la vitalité du bébé est évaluée *via* la vérification des battements du cœur et les mouvements fœtaux... Ce document suit la patiente partout pendant sa grossesse et jusqu'à trois mois après l'accouchement, pour la consultation post-naissance. Ainsi, si elle doit se rendre aux urgences, le compte-rendu médical et les soins qu'elle aura reçus y seront consignés. C'est un outil pour les professionnels de santé et aussi pour la patiente, car il contient des pages d'information sur l'alimentation pendant la grossesse, sur l'allaitement, sur les droits – notamment le congé maternité. Le document est pédagogique et illustré

L'ESSENTIEL

► **Le carnet de maternité permet d'assurer un suivi de grossesse coordonné par les différents professionnels impliqués. Outil de partage d'informations en obstétrique, il permet une articulation harmonisée entre les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, la protection maternelle et infantile (PMI) et les acteurs paramédicaux.**

► **Un tel dispositif est particulièrement utile en Guadeloupe, marquée par sa géographie archipélagique avec des patientes vivant dans des zones ou des îles éloignées avec une densité médicale plus faible.**

par des dessins. La version précédente contenait par exemple des dessins d'un artiste haïtien.

S. A. : Les professionnels utilisent-ils volontiers ce carnet de maternité ?

G. A. : L'ensemble des professionnels de santé ont bien accepté ce carnet de maternité et le remplissent. Sa facilité d'utilisation est un de ses atouts. Son autre point fort est le caractère complet des informations demandées, et cela selon le terme de la grossesse. Une fausse-couche, un antécédent de césarienne, une complication pendant une grossesse précédente... tous ces renseignements permettent d'anticiper et d'améliorer la qualité du suivi médical. Ainsi, le carnet de maternité constitue un support pratique pour les consultations obstétricales. Toutes les femmes enceintes l'ont avec elles quand elles se rendent à une consultation ; et s'il peut arriver qu'elles l'oublient, ce fait demeure très rare. Les professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse insistent régulièrement sur l'importance de ce carnet.

S. A. : Quelles sont les faiblesses de ce dispositif ?

G. A. : Les données médicales personnelles de la patiente étant écrites noir sur blanc sur un document, elles sont en conséquence facilement accessibles par un proche. Une interruption volontaire de grossesse, une maladie sexuellement transmissible... sont des informations sensibles que les femmes

n'ont assurément pas toujours envie de partager avec la famille. C'est pourquoi nous leur conseillons de garder le carnet dans un endroit sûr, hors de portée d'un tiers. Aucune femme ne m'a jamais demandé de ne pas transcrire une information dans le carnet, mais il peut arriver qu'elles ne disent pas tout par crainte que leur mari ou compagnon puisse découvrir quelque chose.

S. A. : Cet outil de liaison a-t-il été évalué scientifiquement ?

G. A. : Non, le dispositif n'a pas été évalué par une équipe de chercheurs. Des travaux internes ont montré une diminution de la morbidité au fil des années. Dans notre pratique quotidienne, nous constatons son utilité et le fait qu'il contribue à un meilleur suivi des femmes. La tension artérielle et l'albuminurie *via* la bandelette urinaire sont systématiquement notées par exemple. De ce fait, le carnet contribue incontestablement au dépistage de la pré-éclampsie. Grâce à ce document de suivi, il est moins probable de passer à côté d'un diabète gestationnel mal équilibré ; et dans ce cas, il est envisagé de déclencher un accouchement avant terme afin de protéger le bébé. Le carnet est ainsi un outil d'aide indispensable à la vigilance.

S. A. : Cet outil de travail en réseau favorise-t-il la compréhension de « la personne globale » ?

G. A. : Le carnet de maternité étant fondé sur le principe du partage d'informations, le collectif est au cœur de la démarche. Il permet une traçabilité entre les différents professionnels, ceux qui exercent en libéral, ceux de la protection maternelle et infantile (PMI), ceux des établissements hospitaliers, avant et après l'accouchement. Il place la mère et son enfant au centre du processus de soin. Il fait partie intégrante de la culture obstétricale en Guadeloupe.

S. A. : Quelles sont les incertitudes autour de ce dispositif ?

G. A. : La question de sa pérennité est régulièrement posée, car il représente une charge financière importante, assumée par le conseil départemental, qui tient essentiellement aux coûts d'impression du

document. Pour l'instant, le dispositif est reconduit. Et pour qu'il perdure, nous nous efforçons de l'enrichir au fil des années, en ajoutant des fiches d'information sur la grossesse pour les patientes ou en modifiant certains points. Ce sont des décisions du conseil scientifique du réseau périnatalité qui réunit une fois par an les représentants du collège des gynécologues-obstétriciens de la Guadeloupe, de la PMI et du réseau Périnat. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruef, journaliste.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rouget F., Lebreton J., Kadhel P., Monfort C., Bodeau-Livinec F., Janky E. *et al.* Medical and socio-demographic risk factors for preterm birth in a French Caribbean population of African descent. *Maternal and Child Health Journal*, août 2013, vol. 17, n° 6 : p. 1103-1111.
- [2] Atallah A., Atallah V., Daigre J.-L., Boissin J.-L., Kangambega P., Larifla L. *et al.* Hypertension artérielle et obésité : disparités entre quatre régions d'outre-mer. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, juin 2014, vol. 63, n° 3 : p. 155-162.
- [3] Atallah A., Carrère P., Atallah V., Inamo J. Différences de prise en charge de l'HTA entre la métropole et les DOM-ROM. *Annales de cardiologie et d'angéiologie*, octobre 2019, vol. 68, n° 4 : p. 260-263.
- [4] Atallah A., Kelly-Irving M., Zouini N., Ruidavets J.-B., Inamo J., Lang T. Controlling arterial hypertension in the French West Indies: a separate strategy for women? *European Journal of Public Health*, décembre 2010, vol. 20, n° 6 : p. 665-670.
- [5] Inamo J., Daigre J.-L., Boissin J.-L., Kangambega P., Larifla L., Chevallier H. *et al.* High blood pressure and obesity: disparities among four French Overseas Territories. *Journal of hypertension*, août 2011, vol. 29, n° 8 : p. 1494-1501
- [6] Carrère P., Fagour C., Sportouch D., Gane-Troplent F., Hélène-Pelage J., Lang T. *et al.* Diabetes mellitus and obesity in the French Caribbean: A special vulnerability for women? *Women & Health*, 2018, vol. 58, n° 2 : p. 145-159.
- [7] Foucan L., Bangou-Brédent J., Ékouévi D. K., Deloumeaux J., Roset J.-E., Kangambega P. Hypertension and combinations of cardiovascular risk factors. An epidemiologic case-control study in an adult population in Guadeloupe (FWI). *European Journal of Epidemiology*, 2001, vol. 17 : p. 1089-1095.

Guyane : la périnatalité soumise à rude épreuve

Gabriel Carles,
gynécologue-obstétricien,
chef du pôle mère-enfant,
centre hospitalier
ouest guyanais,
Saint-Laurent-du-Maroni,
Guyane.

La Guyane est la plus vaste région de France et aussi la moins peuplée avec 90 % de sa population située sur le littoral, le reste étant réparti le long des fleuves-frontières avec le Surinam et le Brésil. Depuis vingt ans, une explosion démographique est observée, liée au fort taux de fécondité qui est près du double de celui de la métropole (3,52 % versus 1,98 %) ainsi qu'à une très importante immigration en provenance des pays voisins et de la Caraïbe [1].

La Guyane se caractérise par la présence de nombreuses ethnies et nationalités : créoles, métropolitains, Haïtiens, Brésiliens, Chinois sur le littoral, Amérindiens et Bushinengés (descendants d'esclaves africains) sur les fleuves-frontières. L'intérieur du pays est recouvert par la forêt amazonienne où sévissent de nombreux sites d'orpaillage clandestins.

L'ESSENTIEL

Malgré d'importantes améliorations au cours des dernières décennies, la Guyane présente toujours un retard important par rapport à la métropole sur le plan de la périnatalité : la mortalité infantile y est deux fois et demie plus élevée et les taux de mortalité périnatale et de prématurité sont deux fois plus élevés qu'en métropole. Parmi un ensemble de facteurs, le dispositif de soins et de prise en charge est en tension face à une immigration importante provoquée par l'attrait de ce bout de territoire français. 60 % des patientes accouchant en Guyane sont d'origine étrangère. Le taux de grossesse chez les mineures, de 8 %, est huit fois plus important qu'en métropole. La mise en œuvre d'importants moyens est nécessaire, tant dans le domaine de la prévention que dans les structures hospitalières.

Fait marquant, la population est très jeune – 42 % ont moins de 20 ans – et présente des indices de précarité élevés, surtout parmi les populations immigrées [1].

Au début des années 1980, la Guyane comptait 66 000 habitants contre plus de 260 000 aujourd'hui¹. La mortalité périnatale y était très élevée (48 ‰) notamment en raison de l'absence de surveillance des grossesses et de la pratique des accouchements à domicile non médicalisés parmi les populations des fleuves. À cette époque, les maladies à transmission hydrique, le paludisme et les différentes parasitoses empêchaient toute expansion démographique. La médecine occidentale a permis d'améliorer ces indicateurs.

Entre-temps, en 1986, le système de soins a été déstabilisé par la venue de 12 000 réfugiés en raison de la guerre civile au Surinam.

S'adapter aux populations et à leur isolement

Le travail avec des populations isolées a nécessité de la part du personnel soignant une connaissance des traditions de chaque ethnie et une collaboration avec les tradipraticiens afin d'obtenir une relation de confiance et des pratiques adaptées avec ces populations. Par ailleurs l'attribution d'avantages sociaux et l'accès des habitants à la société de consommation – conjugués à d'autres facteurs – ont contribué à une déculturation progressive de ces populations, qui pose problème aujourd'hui.

Le développement des centres délocalisés de prévention et de soins, répartis le long des fleuves, a permis une amélioration progressive de l'état sanitaire des populations :

- amélioration du suivi des grossesses et transfert des parturientes pour accoucher en milieu hospitalier ;

- lutte antipaludique ;
- missions avancées de spécialistes dans les centres.

Parallèlement, l'amélioration de l'habitat et l'accès à l'eau potable ont permis de faire régresser les épidémies de maladies à transmission hydrique et les parasitoses digestives.

Dans le même temps, les trois maternités publiques de Guyane ont amélioré leur équipement et leur capacité d'accueil : service de réanimation néonatale au centre hospitalier (CH) de Cayenne et unité de soins intensifs au CH de Saint-Laurent-du-Maroni.

Cette médecine d'un niveau occidental attire un grand nombre de femmes enceintes des pays voisins et de la Caraïbe, désireuses de bénéficier d'une meilleure prise en charge. Ainsi, 60 % des patientes accouchant en Guyane sont d'origine étrangère. Parmi ces patientes, nombre d'entre elles présentent des antécédents de santé défavorables auxquels leur pays d'origine n'a pu faire face ; il en résulte parmi les femmes enceintes une surmortalité sans commune mesure avec celle observée en métropole.

Accroître les moyens en matériel et en personnel

Malgré les améliorations, la Guyane présente toujours un retard important par rapport à la métropole :

- la mortalité infantile y est deux fois et demie plus élevée ;
- les taux de mortalité périnatale, de prématurité et de petits poids de naissance sont deux fois plus élevés [2 ; 3] ;
- le taux de grossesse chez les mineures, de 8 %, est huit fois plus important qu'en métropole ;
- le taux d'illettrisme atteint 20 % [4].

Actuellement, seules 45 % des femmes enceintes sont correctement

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Baert X. Poursuite de la transition démographique en Guyane. Légère inflexion de la natalité. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Analyse Guyane*, janvier 2016, n° 12. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908375>
- [2] Leneuve-Dorilas M., Bernard S., Dufit V., Elenga N., Carles G., Nacher M. La prématurité en Guyane : particularités, évolution et facteurs de risque. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, janvier 2020, n°s 2-3 : p. 51-60. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/article/2020/la-prematurite-en-guyane-particularites-evolution-et-facteurs-de-risque>
- [3] Maison des réseaux Guyane. *Registre informatisé d'issues de grossesses. Réseau Périnatal Guyane Cayenne*. En ligne : www.mdr-973.fr
- [4] Agence régionale de santé Guyane (ARS). *Projet régional de santé Guyane 2018-2022*. Janvier 2019. En ligne : <https://www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028>

suivies, alors que nous devons faire face à une morbidité importante en raison des facteurs suivants :

- taux d'hypertension gravidique et de pré-éclampsie trois fois supérieur à celui de métropole ;
- près de la moitié des patientes sont anémiques ;
- intoxications par le plomb, le mercure et l'aluminium ;
- inflation du diabète pendant la grossesse en raison du changement d'habitudes alimentaires ;
- épidémies de maladies tropicales : zika, dengue, chikungunya ;
- forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), chlamydiae, gonococcies, syphilis responsables de nombreuses complications de la grossesse.

L'augmentation permanente du nombre d'accouchées met régulièrement en tension le système de soins qui, malgré des améliorations, peine à répondre aux besoins. Au CH de Cayenne, le nombre d'accouchements a augmenté de 60 % entre 2013 et 2018.

Les services de protection maternelle et infantile (PMI), relativement efficaces sur le littoral, sont en grande difficulté par manque de moyens en matériel et en personnel dans leurs structures à l'intérieur du pays.

La densité médicale est deux fois inférieure à celle de la métropole et la Guyane peine à recruter et à fidéliser son personnel soignant alors que la population ne cesse d'augmenter.

La coopération avec le Surinam et le Brésil, en discussion depuis dix ans, piétine. En outre, la différence de niveau de prise en charge par rapport à la Guyane rend illusoire un retour des patientes dans les structures de soins de leur pays d'origine.

La mise en œuvre d'importants moyens est de nouveau nécessaire, tant dans le domaine de la prévention que dans les structures hospitalières pour éviter le découragement du personnel et l'effondrement des structures. ■

1. Estimation à partir du dernier recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) portant sur 2015.

L'AUTEUR DE CET ARTICLE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

POUR EN SAVOIR PLUS

Voici quelques ressources documentaires générales et spécifiques – n'ayant aucun caractère d'exhaustivité – sur la santé publique et la périnatalité en Guyane.

- **Projet régional de santé (PRS) de Guyane 2018-2028**
En ligne : <https://www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028>
- **Cadre d'orientation stratégique (COS) 2018-2028**
En ligne : https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_COS%20guyane%20valide.pdf
- **Schéma régional de santé (SRS) 2018-2022**
En ligne : https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_SRS%20guyane%20valide.pdf
- **Programme régional d'accès à la santé et aux soins (PRAPS) 2018-2022**
En ligne : https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_PRAPS%20guyane%20valide.pdf
- **Stratégie nationale en santé sexuelle**
En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- **Observatoire régional de la santé (ORS) de Guyane**
En ligne : <https://ors-guyane.centredoc.fr/index.php>

● **Bibliographie Périnatalité en Guyane**

En ligne : <http://www.ors-guyane.org/wp-content/uploads/2014/11/Bibliographie-P%C3%A9rinatalit%C3%A9-BDSG.pdf>

● **Santé Publique France, dossier thématique Guyane**

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane>

● **Nacher M., Rousseau C. (coor.). Les grands problèmes de santé en Guyane en 2020 : trois exemples de pathologies.**

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2020, n° 2-3 : p.32-67. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/magazines-revues/2020/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-28-janvier-2020-n-2-3-les-grands-problemes-de-sante-en-guyane-en-2020-trois-exemples-de-pathologies>

● **Fosse-Edorh S., Pornet C., Delpierre C., Rey G., Bihan H., Fagot-Campagna A. Associations entre niveau socioéconomique et recours aux soins des personnes diabétiques, et évolutions entre 2001 et 2007, à partir d'une approche écologique. Enquêtes Entred 2001 et 2007, France.**

Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2014, n° 30-31 : p. 500-506. En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_2.html

● **Société de toxicologie clinique, agence régionale de santé Guyane. Exposition au mercure organique et grossesse : prise en charge de la femme enceinte et de l'enfant à naître. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.** Texte court des recommandations, décembre 2017 : p. 1-27. En ligne : https://www.toxicologie-clinique.org/wp-content/uploads/2018/08/MerGuTox_Texte-Court_VF.pdf

www.toxicologie-clinique.org/wp-content/uploads/2018/08/MerGuTox_Texte-Court_VF.pdf

● **Rimbaud D., Restrepo M., Louison A., Boukhari R., Ardillon V., Carles G., et al. Blood lead levels and risk factors for lead exposure among pregnant women in western French Guiana: the role of manioc consumption.**

Journal of toxicology and environmental health, Part A, 2017, vol. 80, n° 6 : p. 382-393. En ligne (résumé) : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-de-la-mere-et-de-l-enfant/saturnisme-de-l-enfant/documents/article/blood-lead-levels-and-risk-factors-for-lead-exposure-among-pregnant-women-in-western-french-guiana-the-role-of-manioc-consumption>

● **Andrieu A., Deviers G., Tablon J., Carvalho L., Terrien E., Eltges F., et al. Exemple de traitement d'un événement sanitaire lié à l'environnement : signal de saturnisme à Mana.**

Bulletin de veille sanitaire, n° 1, janvier-mai 2014 : p. 6-8. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2014/bulletin-de-veille-sanitaire-antilles-guyane.-n-1-janvier-mai-2014>

● **Avis de l'Anses, Saisine n°2013-SA-0139, Avis relatif à une demande d'appui scientifique et technique concernant le signalement d'une contamination au plomb de tubercules de manioc et des produits dérivés consommés en Guyane.** Janvier 2015 : p. 1-47. En ligne : <https://www.anses.fr/fr/system/files/ERCA2013sa0139.pdf>

Dossier

Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Guyane : un plan de périnatalité adapté aux particularités du territoire

Stéphanie Bernard,
sage-femme coordinatrice
régionale, réseau de santé
périnatale de Guyane,
Dr Nathalie Perez,
pédiatre, médecin référent
périnatalité, agence régionale
de santé de Guyane.

La Guyane est une région ultrapériphérique française isolée de l'Europe et enclavée au cœur de l'Amérique du Sud. Ses 283 540 habitants [1] sont dispersés sur un territoire étendu dont la superficie représente un sixième du territoire métropolitain. Les moyens de communication et de transport sont compliqués par l'environnement naturel, la forêt équatoriale recouvrant 96 % du territoire, ainsi que par le retard d'aménagement des infrastructures. Une seule route nationale traverse le département et les fleuves n'ont pas le statut de voies d'eau navigables. 20 % des habitants sont particulièrement isolés et ne peuvent accéder au littoral que par voie aérienne ou fluviale.

Croissance démographique et indicateurs socio-économiques défavorables

Les structures sanitaires se répartissent de façon inégale entre deux grandes zones : la zone littorale où est concentrée la majorité de la population et les communes de l'intérieur, essentiellement implantées le long des fleuves Maroni et Oyapock. La population guyanaise est le reflet de l'histoire du territoire. Elle se caractérise par :

- un multiculturalisme majoritairement partagé entre huit communautés : Amérindiens, créoles, métropolitains, Bushinengés, Haïtiens, Hmongs, Brésiliens et Chinois ;
- une population mobile à l'intérieur du territoire et à travers les fleuves-frontières : le Maroni (frontière avec le Surinam) à l'ouest, et l'Oyapock (frontière avec le Brésil) à l'est ;
- un taux de natalité¹ le plus élevé de France [1] (2,6 % vs 1,2 % en métropole) et une population jeune, puisque 50 % de la population est âgée de moins de 25 ans alors qu'en métropole, l'âge médian est de 40 ans ;
- une croissance démographique élevée : 3,8 % par an [1] ;
- un nombre de naissances sur le territoire qui augmente régulièrement chaque année pour atteindre 8 184 naissances en 2018 (soit une augmentation de plus de 30 % entre 2013 et 2018 [2]). En Guyane, le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge)² est de 3,6 enfants par femme [3]. Ce taux est en diminution ces dernières années, mais il est supérieur à celui de la métropole (2 enfants par femme) et à celui des pays d'où proviennent les populations migrantes (Haïti : 2,9 ; Surinam : 2,4 et Brésil : 1,8 [4]) ;
- un taux de précarité important : en 2018, le revenu disponible brut moyen des ménages est deux fois inférieur à celui de la métropole, alors que le taux de chômage est deux fois supérieur. Le taux de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

est de 29 % ; le taux de couverture de l'aide médicale d'État de 11 % ; et plus de 8 % de la population, en Guyane, ne bénéficient d'aucune protection sociale ;

- une proportion notable de la population (environ 15 %), majoritairement installée dans les territoires isolés, demeure sans accès à l'eau potable ;
- en outre, dans les communes de l'intérieur, les populations cumulent des vulnérabilités : éloignement géographique, faible niveau socio-économique, faible maillage associatif, difficulté d'accès aux droits et aux soins.

Le département connaît par ailleurs depuis 2014 une vague migratoire sans précédent, en particulier en provenance d'Haïti : les demandes d'asile ont presque triplé entre 2014 et 2015 et ont plus que doublé entre 2015 et 2016. En 2018, ce flux migratoire représente près de 7 % de la population.

Indicateurs de santé périnatale préoccupants

En Guyane, les indicateurs de santé périnatale, bien qu'en amélioration, restent préoccupants et demeurent plus dégradés que les indicateurs nationaux :

- un taux de mortalité infantile encore élevé : 10 ‰ en 2018 vs 3,4 ‰ en métropole [1] ;
- un taux de mortalité maternelle près de cinq fois supérieur à celui de la métropole ;
- un taux de prématurité, en 2018, de 14 % (au-delà-même du taux mondial de 11 %) et proche de 17 % chez les mères mineures [2] ;

L'ESSENTIEL

► En Guyane, la périnatalité reste une priorité majeure, dans le second programme régional de santé, pour les années 2018-2022. Le défi pour ce territoire est de prendre en compte l'existence de trois zones aux besoins différents. La zone de Cayenne et du littoral dispose d'infrastructures, mais elle doit faire face à une vague importante d'immigration ; la zone de l'intérieur incluant le fleuve Oyapock, isolée, dispose de peu de ressources humaines et d'infrastructures de santé ; la zone de l'ouest et du fleuve Maroni connaît une explosion démographique, doublée d'une offre de soins sous-dimensionnée. Malgré des difficultés rencontrées sur le territoire, la Guyane dispose d'un réseau de professionnels fortement impliqués et cherche à promouvoir des adaptations nécessaires aux contraintes rencontrées.

- un taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans double par rapport à celui de la métropole, et triple pour les jeunes entre 15 et 17 ans, corrélé à une faible utilisation contraceptive. En outre, le nombre de femmes ayant déjà réalisé au moins deux IVG est, en Guyane, deux fois supérieur à celui observé en France métropolitaine [5].

La périnatalité au cœur de la politique régionale de santé publique

En Guyane, la périnatalité reste une priorité majeure, dans le second schéma régional de santé, pour les années 2018-2022 [6]. Le défi pour ce territoire est avant tout de prendre en compte l'existence de trois zones dont les besoins ne sont pas identiques. La zone de Cayenne, relativement mieux développée en infrastructures et plus riche en ressources humaines, mais sous la pression des nouvelles vagues d'immigration ; la zone de l'intérieur incluant le fleuve Oyapock, isolée, et disposant de peu de ressources humaines et d'infrastructures de santé ; et la zone de l'ouest et du fleuve Maroni qui connaît une explosion démographique, doublée d'une offre de soins sous-dimensionnée, et qui rencontre des problématiques



© Pany, Roger (1905-1977) Donation Roger Pany/Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, ciff. RMH-CP.

transfrontalières spécifiques (difficultés d'accès aux droits ; suivis médicaux et consultations, notamment dans les centres de santé de Maripasoula et de Grand-Santi et à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, de populations vivant sur le territoire du Surinam).

La sécurité de la naissance, au cœur des décrets de périnatalité de 1998, s'est déclinée sur le territoire guyanais par le choix de réaliser l'ensemble des naissances dans les quatre établissements sanitaires situés sur le littoral. Ainsi, chaque année, près de 1 000 femmes enceintes résidant dans les communes isolées de Guyane sont transférées au début du neuvième mois de grossesse en vue de leur accouchement en milieu hospitalier.

Si ce choix a permis de faire diminuer sensiblement la mortalité périnatale, il a en revanche considérablement pesé sur l'activité du centre hospitalier de Cayenne, du fait du rattachement

des 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) à cette structure. Cette décision a allongé considérablement la durée moyenne de séjour dans cet établissement, et elle sature la seule maternité de niveau III de la région, par la nécessité d'accueillir un nombre conséquent de grossesses à bas risque obstétrical. Cette durée moyenne de séjour est par ailleurs allongée par la prise en charge d'un nombre important de patientes en situation de précarité (nonaccès à l'eau potable, faible maîtrise du français, difficultés de transport en cas de réhospitalisation nécessaire...).

Ce constat impose ainsi l'élaboration de nouveaux parcours de soins pour répondre à cet enjeu prioritaire d'optimisation du recours à la maternité de type III. Les solutions préconisées devront tenir compte de l'état de santé des patientes. Celles qui présentent une grossesse pathologique

devront continuer d'être orientées vers Cayenne. Les autres, sous réserve qu'elles disposent de possibilités d'hébergement familial autour de Kourou ou de Saint-Laurent-du-Maroni, pourraient être orientées vers ces établissements qui ne disposent pas en leur sein d'une capacité suffisante d'hébergements pour ces nouvelles patientes.

À moyen terme, le projet de création d'un hôtel hospitalier à proximité du service de maternité de l'hôpital de Cayenne permettra d'améliorer le dispositif de prise en charge, en donnant la priorité à l'hospitalisation des patientes présentant une pathologie tout en permettant aux autres femmes, dont l'état de santé n'impose pas un strict suivi médical, d'être prises en charge dans des conditions satisfaisantes. La mise en œuvre de cet équipement aura un double effet bénéfique : moindre coût budgétaire et amélioration de la qualité de la prise en charge (accueil plus bienveillant pour les femmes hébergées et amélioration de la prise en charge des femmes hospitalisées du fait de la réduction du taux de sur-occupation).

La réduction de la morbidité périnatale doit également passer par la diminution du nombre de grossesses non ou insuffisamment surveillées. En effet, en Guyane, le suivi de grossesse est globalement moins bon quantitativement et qualitativement. Ainsi, seulement 65 % des parturientes sont suivies dès le premier trimestre (vs 95 % en métropole) ; le recours à l'échographie de dépistage est moindre, puisqu'en 2018 seulement 29 % des femmes ont bénéficié des trois échographies recommandées, contre 70 % au niveau national. Le suivi plus tardif de la grossesse s'explique en partie par des difficultés d'accès aux droits et aux soins notamment dans les territoires isolés et parmi les populations les plus précaires. Ce retard de prise en charge entrave également la qualité du dépistage de la trisomie 21 (seulement 21 % des femmes en bénéficient en Guyane, vs 88 % en France).

Par ailleurs, les grossesses des femmes en Guyane présentent des risques majorés de complications :

diabète, hypertension, pré-éclampsie, anémie sévère, ainsi qu'une exposition forte à de nombreux toxiques : alcool, mercure, plomb... En mai 2011, une intoxication massive au plomb³ était diagnostiquée chez une petite fille âgée de 3 ans, résidant dans la commune de Mana. Cet épisode a déclenché un certain nombre d'investigations – conduites par la cellule régionale (Cire) de Santé publique France et par l'agence régionale de santé (ARS) Guyane – autour du lieu d'habitation de l'enfant. Les sources habituellement en cause⁴ ont rapidement été écartées, mais aucune source n'a clairement été mise en évidence.

Une étude [7] a par la suite été menée à la maternité du centre hospitalier de l'ouest guyanais (CHOG) sur une période de trois mois fin 2013, auprès de 531 femmes ayant eu au moins un dosage de plomb⁵ pendant leur grossesse. Le taux chez les femmes enceintes en Guyane était, en 2011, quatre fois supérieur à celui observé chez les femmes enceintes en France métropolitaine. Ce taux élevé en Guyane équivaut à celui observé en métropole il y a 15 à 20 ans. Des facteurs de risque associés à ces plombémies élevées ont alors été mis en évidence :

- un niveau socio-économique bas ;
- la résidence dans les communes de Grand-Santi et d'Apatou ;
- la consommation régulière (hebdomadaire ou journalière) de certains aliments : des dérivés du manioc – notamment du couac⁶ – ou du gibier ;
- le fait de produire du couac.

En 2016, des prélèvements systématiques ont été réalisés sur toutes les femmes enceintes suivies en Guyane. 60 % des femmes enceintes de l'est guyanais et 34 % des femmes enceintes de l'ouest guyanais présentaient une imprégnation supérieure à 50 µg/L – le seuil acceptable. À Cayenne, 4 % des femmes enceintes avaient une imprégnation supérieure à 50 µg/L et aucune au-dessus de 100. Les premières recherches désignaient la consommation de manioc comme facteur de causalité identifié ; des études plus récentes ont mis en évidence des sources de

contamination plus variées telles que la consommation de produits de la chasse et l'utilisation d'ustensiles culinaires de qualité non alimentaire.

Si aucun lien n'est formellement établi entre les taux élevés de plombémie et des complications obstétricales, le risque d'intoxication du cerveau fœtal est, lui, bien réel.

Réduire le nombre de grossesses non désirées

Le second objectif du schéma régional de santé pour la périnatalité vise à réduire le nombre de grossesses non désirées (*voir aussi l'article « En Guyane, des permanences de sages-femmes au collège et lycée » dans ce dossier central*).

Les solutions retenues impliquent :

- l'amélioration de l'information des femmes et en particulier des plus jeunes sur la maîtrise de leur fécondité ;
- l'amélioration de l'accès à la contraception et à l'IVG sur l'ensemble du territoire ;
- la lutte contre les violences sexuelles.

Il est important de souligner que la Guyane est le département français le plus touché par le phénomène de maternité à l'adolescence. Les conséquences de ces maternités sont nombreuses : taux de prématurité plus élevé, poids de naissance significativement plus bas, suivi médical globalement moins bon, et aussi : impact psychosocial, décrochage scolaire, difficultés dans l'établissement du lien mère-enfant, pauvreté.

En Guyane, en 2018, 707 jeunes filles âgées de 18 ans ou moins ont accouché, ce qui représentait 8,6 % de l'ensemble des grossesses. Parmi elles :

- 77 % étaient primipares ;
- 23 % étaient multipares ; parmi elles, 19 % accouchaient pour la deuxième fois et 4 % pour la troisième fois ou plus ;
- 34 % n'avaient pas bénéficié des trois échographies recommandées ;
- 51 % avaient débuté leur suivi au deuxième, voire au troisième trimestre ;
- 3 % n'avaient réalisé aucun suivi (15 % chez les moins de 15 ans) [2].

Mise en œuvre de la politique en matière de périnatalité sur le territoire

Dans la mise en œuvre de son cadre d'orientation stratégique 2018-2028, l'agence régionale de santé de la Guyane peut s'appuyer sur le réseau de santé périnatale régional, dont les missions consistent à garantir la qualité et la sécurité des soins et à renforcer le suivi des grossesses et tout particulièrement celui des populations les plus vulnérables. Dans ce cadre, des parcours de santé spécifiques sont élaborés, les acteurs de santé sont formés et coordonnés, favorisant ainsi l'organisation des coopérations.

À ce titre, les exemples suivants peuvent être mentionnés :

- parcours de prise en charge des enfants vulnérables (enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée (SA), exposés au plomb, au mercure, à l'alcool, au virus Zika) ;
- coordination et formation des acteurs : cette mission est rendue complexe en raison des spécificités locales (offre de soins limitée en spécialistes, moyens inégalement répartis sur le territoire au profit des agglomérations urbaines, *turn-over* important des professionnels) ;

- en début d'année 2019, mise en œuvre d'un projet-pilote intitulé Femmes-relais de Camopi⁷, par le réseau de périnatalité de Guyane et avec le soutien de l'ARS. Ce dispositif répond à la demande de solutions des résidents de la commune, en termes de prise en charge périnatale et de communication entre les acteurs de cette période très spécifique de la vie d'une femme et de son enfant. Les réponses sont apportées par les patientes-expertes de cette même commune. Reconnues par leur communauté, les cinq femmes-relais deviennent chaque jour un peu plus spécialistes de l'accompagnement de leurs pairs dans le parcours périnatal ;
- depuis 2019, une coopération a été mise en œuvre entre les établissements sanitaires dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Guyane. Cette coopération a pour objectif d'améliorer l'égalité d'accès aux soins, notamment dans le suivi des grossesses et des soins périnataux (harmonisation des pratiques, élaboration de protocoles médicaux régionaux, formation croisée des professionnels de santé périnatale...).

Un article [8] – émanant des principales sociétés savantes françaises en périnatalité – rappelle la dégradation

de la situation des activités non programmées en gynécologie obstétrique sur le territoire national, par rapport aux standards internationaux. Il convient de corréliser les conclusions et les recommandations émises avec la situation de la Guyane, elle-même très éloignée des moyennes métropolitaines. Cet article dresse le constat d'un indispensable renforcement des moyens humains dédiés aux prises en charge des patientes. Ce renforcement s'impose encore davantage en Guyane, même si le territoire dispose d'un réseau de professionnels fortement impliqués cherchant à promouvoir, dans des conditions dégradées, les adaptations nécessaires, avec une réelle volonté d'innovation. ■

1. Rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

2. C'est-à-dire le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

3. Pb=1724 µg/L

4. Peintures au plomb, habitat ancien, canalisations d'eau...

5. La moyenne de la plombémie des femmes était de 33,1 µg/L.

6. Semoule ou farine réalisée à partir de racines de manioc.

7. Commune située le long du fleuve Oyapock.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jeanne-Rose M. Une croissance démographique toujours soutenue. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), *Flash Antilles-Guyane*, janvier 2020, n° 121. En ligne : https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/115986/1/gy_inf_121.pdf

[2] *Registre des issues de grossesse informatisé (Rigi) 2018*. Réseau Périnat Guyane.

[3] Millet C. La démographie guyanaise toujours aussi dynamique. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), *Analyses Guyane*, janvier 2018, n° 27. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3309060>

[4] Conan C. *Les populations aux frontières de la Guyane : caractéristiques singulières et fécondités contrastées : une recherche menée dans les communes guyanaises de Maripasoula, Grand-Santi, Saint-Laurent-du-Maroni, Mana et Saint-Georges de l'Oyapock, ainsi que dans le municipio d'Oiapoque (Brésil)*. [Thèse de doctorat] Paris : Institut de démographie de l'université Paris 1 (Idup), école

doctorale de géographie de Paris, Dir. Marlène Lamy, soutenue le 9 juillet 2018. En ligne : <http://www.theses.fr/2018PA01H008>

[5] Vilain A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) *Études & résultats*, septembre 2019, n° 1125. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>

[6] Agence régionale de santé (ARS) Guyane. *Projet régional de santé 2018-2028. Cadre d'orientation stratégique*. 56 p. En ligne : https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_COS%20guyane%20valide.pdf

[7] Jolivet A., Rimbaud D., Restrepo M., Louison A., Lambert V., Carles G. Intoxication au plomb chez la femme enceinte dans l'ouest guyanais : émergence d'un problème de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, septembre 2016,

vol. 64, n° S4 : p. S173. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1074996/article/intoxication-au-plomb-chez-la-femme-enceinte-dans->

[8] Sentilhes L., Galley-Raulin F., Boithias C., Sfez M., Goffinet F., Le Roux S. *et al.* Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Propositions élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le Club d'anesthésie-réanimation en obstétrique (Caro), le Collège national des sages-femmes de France (CNSF), la Fédération française des réseaux de soins en périnatalité (FFRSP), la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar), la Société française de médecine périnatale (SFMP) et la Société française de néonatalogie (SFN). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, janvier 2019, n° 47, n° 1 : p. 63-78. En ligne : <https://www.em-consulte.com/es/article/1270087/complements/ressources-humaines-pour-les-activites-non-program>

PMI en Guyane : « S'adapter pour faire face aux conditions de vie dégradées des populations »

Entretien avec

Éric Giblot-Ducray,

médecin-chef, directeur de la protection maternelle et infantile (PMI) de la collectivité territoriale de Guyane.

La Santé en action : Quel est le contexte spécifique de la Guyane où œuvrent 23 centres de PMI ?

Éric Giblot-Ducray : La Guyane s'étend sur un vaste territoire de 90 000 km² et compte 283 540 habitants. Toutefois, ce chiffre est l'objet de débats, les estimations font état de 20 % à 30 % de personnes non comptabilisées dans la population « officielle » du département ; ceci du fait d'une immigration importante qui n'est pas recensée, en provenance du Brésil, du Surinam voisin et d'Haïti, principalement. Il est aisé de franchir les fleuves-frontières Oyapock et Maroni. À Saint-Laurent-du-Maroni, le ballet des pirogues entre les deux rives est constant. Le nomadisme est important, et plus en amont de cette ville, les gens disent que leur pays, c'est le fleuve. Il y a donc une forte précarité administrative et économique. Le taux de mortalité infantile en Guyane est de 11,6 décès pour mille naissances vivantes, trois fois supérieur aux taux national (3,8 décès pour mille naissances vivantes) notamment à cause d'un problème de suivi des grossesses trop tardif (71 % au premier trimestre en Guyane, contre 95 % au premier trimestre en métropole¹) qui commence parfois

L'ESSENTIEL

■

▣ **En Guyane, les services de protection maternelle et infantile (PMI) se sont adaptés aux spécificités territoriales : précarité, faiblesse de l'offre de soins en libéral, démarche d'« aller-vers » les populations isolées vivant le long des fleuves à l'intérieur du territoire. Les PMI effectuent des consultations de suivi de grossesse, des consultations de planification familiale et des consultations infantiles pour les populations en difficulté d'accès aux soins. Précarité et pression démographique rendent la tâche des PMI difficile dans un contexte de strict encadrement budgétaire.**

seulement au cinquième ou sixième mois ; par ailleurs, l'accès aux soins n'est pas toujours facile. Dans certaines régions, on ne peut se déplacer qu'en pirogue ou en avion, et les trajets sur la route peuvent être très longs. La démographie est dynamique. En 2017, la Guyane comptabilisait 8 057 naissances, contre 6 247 en 2008, soit une augmentation de 30 % en presque dix ans. Cela joue incontestablement sur la façon de travailler des 23 centres de PMI.

S. A. : Comment les PMI assurent-elles leurs missions dans ce contexte spécifique ?

E G.-D. Nos centres de protection maternelle et infantile (PMI) assurent des missions identiques aux autres : le suivi des enfants de 0 à 6 ans, l'accueil collectif de la petite enfance, le bilan

de santé dans les écoles maternelles, le suivi des grossesses, la planification familiale. Cependant, à cause de la précarité et du manque d'offres de soins sur le territoire dans le secteur libéral, la façon d'intervenir est un peu différente de celle en métropole. Par exemple, les sages-femmes font beaucoup plus de clinique et d'actes médicaux que d'accompagnement médico-social et d'éducation sanitaire ; au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) de Cayenne, une sage-femme pratique aussi des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Les médecins, qui sont principalement des généralistes, ont deux casquettes et doivent pouvoir faire de la gynécologie-obstétrique et de la pédiatrie. Les familles qui n'ont pas de couverture sociale n'ont que la PMI pour bénéficier de consultations de prévention ; cela fait donc beaucoup de grossesses et d'enfants à suivre pour les 160 professionnels de terrain de la structure. En 2017, la PMI a assuré un peu plus de 9 600 consultations de suivi de grossesse – 7 800 par les sages-femmes pour 2 800 patientes et 1 700 par les médecins pour 610 patientes. Près de 30 000 consultations infantiles ont été assurées par les médecins et 32 000 vaccinations ont été réalisées.

S. A. : À quelles difficultés les centres de PMI sont-ils confrontés ?

E G.-D. : La précarité et la pression démographique rendent notre tâche d'autant plus compliquée

que les moyens de la PMI n'ont pas nécessairement suivi la croissance du nombre de naissances depuis dix ans : 30 % de femmes enceintes et d'enfants de plus qu'en 2010 doivent être accompagnés. La réglementation impose de réaliser une douzaine d'actes médicaux pour les petits de 0 à 2 ans ; ces derniers voient de temps en temps un médecin et, la plupart du temps, une infirmière ou une puéricultrice. En principe, la PMI est un service universel accessible à tous. En Guyane, compte tenu de la charge de travail, nous ne pouvons accueillir principalement que les personnes précaires, sans droits ou en rupture de droits, qui n'ont pas d'autre solution. En cela, la PMI contribue à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Toutefois, il faut pour cela s'adapter afin de faire face au manque de moyens et à la précarité de cette population. Dans les prochains mois, nous allons mettre en place une délégation de tâches, afin que les infirmières et les puéricultrices puissent réaliser les vaccinations infantiles sans en référer préalablement à un médecin – sauf cas particuliers – et selon un protocole qui va être établi. C'est une décision nécessaire si nous voulons ne pas prendre de retard dans les vaccinations obligatoires des enfants.

S. A. : Quels atouts vous permettent de surmonter ces écueils ?

E G.-D. : Nous avons une équipe motivée et qui se mobilise au quotidien. Personne ne se décourage, ce qui fait qu'on arrive à tenir. Il y a moins de rotation de personnel que dans les centres de santé. Certains médecins sont là depuis très longtemps. Cela n'empêche pas que nous ayons des difficultés de recrutement, notamment dans les endroits les plus éloignés de Cayenne ou de Saint-Laurent-du-Maroni. Il est nécessaire d'améliorer les conditions de travail et d'accueil, avec une véritable politique d'attractivité. Je me déplace également beaucoup dans les centres pour rencontrer le personnel sur le terrain. C'est important qu'il ait l'écoute et le soutien de sa hiérarchie, particulièrement dans les parties du territoire qui sont isolées.



© Pamy Roger (1905-1977) Donateur Roger Pamy/Ministère de la Culture (France). Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, dir. RMH-GP.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de l'Espace écoute ados à Cayenne, avec des agents de la PMI ?

E G.-D. : Ce dispositif existe depuis plus de vingt ans maintenant. Une infirmière et une conseillère en économie sociale et familiale (CESF) se rendent dans les établissements – principalement des collèges et également quelques lycées de l'agglomération de Cayenne – pour proposer des séances thématiques auprès d'un groupe d'une douzaine d'élèves. Elles portent sur la contraception, la sexualité, la grossesse, la communication dans les relations amoureuses. Leur but est de prévenir les grossesses précoces et les violences conjugales. Ce dispositif est complété par des interventions plus ponctuelles : sur les addictions, la lutte contre l'homophobie et le sexisme, le développement de l'estime de soi, qui se font à la demande des infirmières scolaires ou des assistantes sociales des établissements. Plus de 1 700 élèves ont participé aux séances de l'Espace écoute ados lors de l'année 2018-2019. Parmi eux, 200 élèves ont bénéficié des autres interventions. Cependant, faute de moyens humains, nous ne parvenons pas à étendre au-delà de Cayenne ces actions dont seule s'occupe une infirmière coordinatrice. Certaines interventions sont assurées par d'autres agents de la PMI, notamment par un agent administratif qui est très impliqué et très pédagogue. Dans différentes communes, les sages-femmes de PMI interviennent dans les collèges et les lycées en

lien avec les infirmières scolaires. Il est important que les jeunes nous connaissent et n'aient pas peur de venir à la PMI s'ils en ressentent le besoin.

S. A. : Quels sont les axes de développement des centres de PMI de Guyane ?

E G.-D. : Nous préparons un schéma de développement de la PMI autour de plusieurs axes, qui sera bien sûr soumis à la décision des élus. Outre le projet de délégation de la vaccination infantile aux infirmières et aux puéricultrices, plusieurs chantiers nous semblent nécessaires : le bilan de dépistage des enfants de 4 ans pour détecter des handicaps visuels, auditifs et des troubles psychomoteurs ; la création du centre de planification à Saint-Laurent qui connaît près de 2 000 naissances par an ; la mise en place d'actions pour soutenir la parentalité. Par ailleurs, nous souhaitons travailler davantage avec des partenaires locaux : par exemple, nous associer avec la Croix-Rouge dont les bus sillonnent le territoire nous permettrait d'aller au-devant des populations pour mener des opérations de vaccination afin de prévenir tout retard en ce domaine, et pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Source : Registre d'issue de grossesse informatisé (Rigi) 2018.

En Guyane, des permanences de sages-femmes au collège et au lycée

Entretien avec

Louise Vuylsteker,

sage-femme, chargée de mission pôle santé du rectorat de Guyane.

La Santé en action : Pourquoi avoir créé des permanences de sages-femmes dans les établissements scolaires guyanais ?

Louise Vuylsteker : Sur le territoire guyanais, les indicateurs et les constats liés à la santé sexuelle sont plus préoccupants qu'en métropole : une entrée précoce dans la vie sexuelle, une part de grossesse chez les moins de 20 ans dix fois supérieure à la métropole, un nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) quatre fois plus important pour les mineures. Les jeunes ont des perceptions assez négatives à l'égard de la contraception : 43 % des Guyanais pensent que « *la pilule peut rendre stérile* » ; pour 25 %, il s'agit du stérilet. Seules 20 % des personnes interrogées savent que la contraception d'urgence ne présente pas de risque sanitaire, même en cas de prise répétée [1]. On dénombre 200 nouvelles infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chaque année en Guyane[2]. Concernant les violences faites aux femmes, 30 % des Guyanaises interrogées déclarent qu'elles ne souhaitaient pas vraiment leur premier rapport sexuel (contre 16 % en métropole) [1] Les professionnels (travailleurs sociaux et du secteur associatif, personnel médical, Éducation nationale) sont

confrontés à un grand nombre d'abus sexuels, surtout pour les plus jeunes femmes (dès 10-12 ans). Le taux de suivi gynécologique est faible chez les jeunes femmes sexuellement actives. L'absence de suivi est un frein à l'accès au dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du cancer du col de l'utérus. Ce dernier est la deuxième cause de cancer chez les femmes [3], alors qu'il est situé au 11^e rang des cancers en France métropolitaine. L'entrée tardive dans le parcours prénatal est également à déplorer, puisqu'une mineure sur deux ne fait suivre sa grossesse qu'à partir du second, voire du troisième trimestre¹. Certaines jeunes femmes demeurent en marge des dispositifs de prévention et de soins et connaissent des difficultés d'accès aux informations en matière de planification des naissances [1]. Ainsi, l'enquête KAPB 2011-2012 [1] dans les départements français d'Amérique (DFA) a mis en lumière d'importantes lacunes en matière de connaissances. Pour exemple, en Guyane, près d'un quart des personnes interrogées déclaraient que se laver après un rapport sexuel diminuait le risque de grossesse.

S. A. : Comment s'expliquent ces difficultés d'accès à l'information et à la contraception ?

L. V. : Les difficultés d'accès aux moyens de maîtrise de la fécondité sont en partie dues au contexte géographique. L'offre de soins est limitée et peu accessible aux jeunes dans certaines communes. De plus, avant 16 ans, le recours à des spécialistes

L'ESSENTIEL

▣ **Les permanences de sages-femmes en milieu scolaire répondent aux souhaits des élèves de bénéficier d'entretiens individuels sur la santé sexuelle avec des professionnels. Ce programme innovant est piloté par une sage-femme chargée de mission, recrutée par le rectorat. Il articule les interventions des professionnels de l'Éducation nationale, de la collectivité territoriale et des centres de santé. L'objectif est de renforcer la prévention des risques sexuels en informant les jeunes sur les dispositifs qui leur sont destinés et sur l'offre de soins en matière de santé sexuelle : en facilitant l'accès à la contraception régulière et d'urgence ; en favorisant un suivi gynécologique ou prénatal précoce ; également en apportant un espace de parole supplémentaire pour toute question relative à la vie affective et sexuelle. 12 établissements sont impliqués et plus de 500 élèves ont bénéficié d'un entretien avec la sage-femme. Dans la majorité des cas, le jeune vient s'informer en exposant sa situation personnelle.**

libéraux (gynécologues, médecins) requiert de disposer de la carte Vitale des parents. Un couple de jeunes se heurte donc à de multiples obstacles pour bénéficier des services de planification familiale. Les dispositifs d'« aller-vers » sont vivement recommandés et tentent d'estomper les inégalités d'accès aux soins, une réalité dont souffrent beaucoup de jeunes sur notre territoire. La Guyane tend à

s'inscrire dans une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Le dispositif des permanences de sages-femmes en milieu scolaire est une réponse innovante, articulant les interventions des professionnels de l'Éducation nationale, de la collectivité territoriale et des centres de santé.

S. A. : Dans quel contexte cette initiative est-elle née ?

L. V. : Le projet a vu le jour il y a trois ans dans un collège de l'île de Cayenne. La cheffe d'établissement souhaitait renforcer le partenariat existant entre la sage-femme du centre de protection maternelle et infantile (PMI) et les infirmières scolaires. Les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle (Évas) menées par la sage-femme auprès de groupes d'élèves ont initié ensuite une demande importante de la part de ces derniers. Ils souhaitaient échanger davantage en face à face sur leur situation personnelle avec cet intervenant extérieur. Il est vrai que les séances Évas, respectant la sphère publique de l'école, restent très généralistes, sans aborder des vécus personnels. La sage-femme et l'infirmière ont donc décidé de proposer des entretiens individuels au sein de l'infirmerie. Rapidement, les élèves ont identifié une nouvelle personne-ressource professionnelle extérieure à leur établissement et présente tous les mois, pouvant les accompagner dans leur suivi gynécologique, dans le choix de leur première contraception, dans leur demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG), dans leur suivi de grossesse... Le pôle santé du rectorat a donc formalisé ce partenariat au travers d'une convention et encadré ces permanences. Le pilotage régional du dispositif permanences de sage-femme est assuré par une sage-femme chargée de mission, recrutée par le pôle santé du rectorat. Les partenaires institutionnels privilégiés sont la PMI, l'agence régionale de santé (ARS), les centres hospitaliers et de santé. Les partenaires fonctionnels, tant d'un point de vue méthodologique que d'un point de vue technique, sont Santé publique France et le réseau de périnatalité de Guyane.



© Colomb, Denise (1992-2004) Donation Denise Colomb, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, diffusion RMK-GP

S. A. : Quels sont les objectifs de ces permanences ?

L. V. : Les permanences de ces sages-femmes répondent à plusieurs objectifs. Dans une vision globale, elles visent à favoriser la promotion d'un « bien-être affectif et sexuel » des jeunes scolarisés, en collaboration avec l'ensemble des membres de l'équipe éducative, en particulier le personnel santé-social (essentiellement les infirmières et les assistantes sociales de l'Éducation nationale). Chaque élève peut, s'il le souhaite, rencontrer la sage-femme. Il s'agit également de renforcer la prévention des risques sexuels : en informant les jeunes sur les dispositifs qui leur sont destinés et sur l'offre de soins en matière de santé sexuelle ; en facilitant l'accès à la contraception régulière et d'urgence ; en permettant, si besoin, une entrée dans le parcours IVG ; en favorisant un suivi gynécologique ou prénatal précoce ; en apportant un espace de parole supplémentaire pour toute question relative à la vie affective et sexuelle.

S. A. : Qui décide d'instaurer une permanence dans un établissement scolaire ?

L. V. : Les établissements scolaires du second degré (collèges et lycées) sollicitent le rectorat pour la mise en

œuvre de ces permanences. Le partenariat s'établit avec l'infirmière de l'Éducation nationale. La sage-femme est ensuite présentée à l'ensemble de l'équipe éducative. Le projet est validé en conseil d'administration et en comité d'éducation à la santé et la citoyenneté². Si dans la majorité des cas, la sage-femme assurant les permanences dépend du centre de PMI du secteur concerné, il peut également s'agir d'une sage-femme hospitalière, rattachée au centre de santé ou mise à disposition par une association locale telle que la Croix-Rouge. La sage-femme tout comme l'infirmière scolaire peuvent réaliser auprès de l'élève les ayant sollicités la prise des paramètres et l'anamnèse³, le test urinaire de grossesse, le renouvellement de contraception orale, la délivrance et le suivi de la pilule d'urgence. S'ajoutent aux missions propres de la sage-femme, en cas de nécessité, la prescription de bilan sanguin (pour la demande et le suivi de contraception ou pour le dépistage des IST et la première prescription de contraception régulière). L'école, il est vrai, ne se veut pas établissement de soins. Ainsi, la pose de dispositifs sous-cutanés ou intra-utérins et le suivi gynécologique ou de grossesse nécessiteront une autre consultation

« PREMIÈRE FOIS QUE JOSE PARLER DE TOUT CELA AVEC UNE ADULTE »

Voici quelques témoignages qui traduisent le ressenti des élèves après des échanges avec les sages-femmes :

« Après, quand j'ai accouché, j'avais besoin de parler. C'est difficile d'avoir les cours, le bébé. Je trouve ça bien de pouvoir parler avec une sage-femme. C'est l'infirmière qui m'a dit que ce serait bien que je la voie pour discuter de la pilule, de la suite pour moi. » Lycéenne, 15 ans.

« À l'école, on a eu des cours sur la sexualité, la protection, j'ai déjà eu plein d'infos. Par contre, à la maison, c'est pas possible. Trop gênant. Si j'ai besoin, je peux aller voir la sage-femme qui est à la PMI, je la connais, même son prénom. » Collégienne, 14 ans.

« Je trouvais ça bizarre, une sage-femme à l'école. Pour moi, c'était que pour accoucher. En fait, elle s'occupe aussi des couples et des collégiens. Elle est venue dans la classe et après, moi, je suis venue la voir. » Collégienne, 14 ans.

« C'est la première fois que j'ose parler de tout ça avec une adulte, je suis contente que vous soyez là, parce que j'avais plein de questions que je n'osais pas poser. » Collégienne, 13 ans.

qui sera proposée au jeune dans les locaux de la PMI ou d'autres services extérieurs compétents. Il sera alors certainement plus facile pour l'élève de se rendre à ce rendez-vous. En effet, il aura préparé cette consultation avec la sage-femme et établi avec elle une relation de confiance.

S. A. : **Quelles difficultés avez-vous dû surmonter ?**

L. V. : Les établissements concernés avaient été à l'origine identifiés sur la base d'indicateurs de santé sexuelle et d'isolement géographique. Cependant, sans l'adhésion des équipes et du chef d'établissement, le dispositif ne pouvait être implanté. Les établissements scolaires pilotes ont alors été sélectionnés sur la base du volontariat. L'investissement des différentes parties prenantes étant

indispensable, l'adhésion ne pouvait être possible sans des objectifs partagés, cohérents qui ont réclamé beaucoup de temps et de concertations. La reformulation des objectifs et le rappel du rôle et des missions de chacun a permis de répondre à certaines inquiétudes.

S. A. : **Quel premier bilan dressez-vous de ce dispositif ?**

L. V. : À ce jour, un seul établissement a pu bénéficier de la présence d'une sage-femme pendant trois ans, c'est celui sur lequel nous avons le plus de recul. Il s'agit d'un collège au sein duquel environ 250 jeunes ont été reçus depuis le début du projet. Entre-temps, 11 établissements ont intégré le projet. Depuis le lancement du dispositif en 2017, plus de 500 élèves ont bénéficié d'un entretien avec la sage-femme dans leur établissement, dont 220 depuis le début de l'année scolaire 2019-2020. Les entretiens sont collectés sur une plateforme agréée par le ministère des Solidarités et de la Santé ; les données sont anonymes. La sage-femme réalise une permanence mensuelle (en moyenne sept permanences sur une année scolaire) ; elle reçoit environ six jeunes le matin.

S. A. : **Qui sont ces jeunes ?**

L. V. : Les jeunes sollicitent la sage-femme le plus souvent sur orientation de l'infirmière scolaire. Le nombre d'entretiens augmente depuis 2017, preuve de l'intérêt de ces permanences et de la collaboration effective entre professionnels. Ce sont en majorité des filles qui sont reçues ; nous travaillons pour impliquer davantage de garçons. Ce sont en moyenne des jeunes de 14 ans, en classe de quatrième. Les motifs des demandes sont variés : contraception, relations, orientations sexuelles, IST, grossesses, violences sexuelles et sexistes ; ils couvrent toutes les dimensions de la santé sexuelle. Dans la majorité des cas, le jeune vient s'informer en exposant sa situation personnelle. Depuis le début du projet-pilote, 10 permanences ont pu aboutir à des signalements pour violences sexuelles, 15 entretiens pré- ou post-nataux ont été menés, 15 prescriptions de

contraception et 9 prescriptions de bilan biologique ont pu être réalisées. Plus de la moitié des entretiens ont conduit à des orientations menant le jeune vers les services de PMI et vers l'infirmière et l'assistante sociale de l'établissement ; et également vers la maison des adolescents ; le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) ; le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Il s'agit donc d'un accompagnement global et pluridisciplinaire.

S. A. : **Les familles sont-elles impliquées ?**

L. V. : Les familles ont un rôle central à jouer et sont malheureusement très rarement associées à nos réflexions. Une rencontre avec les parents serait à envisager de manière systématique dans tous les établissements proposant le dispositif. L'existence de ce nouveau service est portée à la connaissance des élèves par un affichage dans l'établissement et à l'occasion des séances collectives d'Évas. Une communication large doit être maintenue afin que chaque membre de l'équipe éducative puisse orienter un élève si besoin. Les jeunes eux-mêmes pourraient être porte-parole auprès de leurs pairs, c'est d'ailleurs le cas dans quelques lycées au travers de la formation de jeunes ambassadeurs Égalité filles-garçons, dispensée par le planning familial.

S. A. : **Dans quel ensemble s'inscrit ce dispositif ?**

L. V. : Ce dispositif s'inscrit dans le projet régional de prévention et d'accompagnement des grossesses adolescentes. Au niveau académique, la sage-femme chargée de mission au rectorat est en charge : du déploiement de l'Évas à partir du cours préparatoire (CP) et dans le second degré ; de l'analyse des indicateurs de santé sexuelle des jeunes Guyanais scolarisés ; de la coordination des actions en faveur de la santé sexuelle et reproductive ; du renforcement des partenariats institutionnels et associatifs menant à des projets novateurs tels que les permanences de sages-femmes ou la formation de jeunes ambassadeurs Égalité filles-garçons citées précédemment.

S. A. : Au-delà de la phase-pilote, un déploiement plus large est-il prévu ?

L. V. : Le projet-pilote s'étendait sur trois ans et s'achèvera en juin 2020. Nous envisageons l'intégration de six collèges-pilotes. Le déploiement s'est déroulé plus rapidement que prévu, passant de 3 établissements sur la première année à 12 en fin de phase-pilote (représentant plus d'un quart des établissements publics de Guyane). La pérennisation du poste de chargée de mission au rectorat, acteur central dans le pilotage du dispositif, est essentielle à la poursuite de ces actions. Par ailleurs, nous avons à déplorer des refus significatifs à certains établissements volontaires, faute de moyens humains sur le secteur ; aussi, des perspectives de mise à disposition de sages-femmes hospitalières ou libérales sont à l'étude.

S. A. : Comment l'impact des consultations va-t-il être évalué ?

L. V. : Des enquêtes de satisfaction auprès des élèves (*focus groups*), des équipes éducatives et des parents seront menées à partir de mars 2020.

Elles apporteront des pistes d'amélioration. L'indicateur essentiel est le nombre de jeunes ayant effectivement consulté en PMI suite à un entretien à l'école. La mesure d'impact du dispositif demeure complexe. C'est pourquoi nous avons sollicité la cellule régionale de Santé publique France pour nous apporter son soutien méthodologique dans la définition d'indicateurs adaptés.

S. A. : Quelles perspectives ces consultations ouvrent-elles ?

L. V. : Le projet des permanences de sages-femmes apporte une réponse à des spécificités territoriales. Le département se singularise par une densité médicale très faible. L'offre de soins est insuffisante, souffrant à la fois d'une pénurie de personnels médicaux et paramédicaux et d'une insuffisance en équipements et infrastructures. Les services de santé de l'Éducation nationale s'attachent fréquemment à combler le manque et ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour assurer toutes leurs missions de promotion et d'éducation à la santé. Certains postes d'infirmières de

l'Éducation nationale restent vacants dans des communes isolées où les besoins sanitaires et sociaux sont les plus importants. Ce projet a sans nul doute apporté une vision pluridisciplinaire de l'accompagnement des jeunes dans un parcours de santé sexuelle, et a permis aux équipes de différentes institutions d'échanger sur les nombreux défis qu'elles s'efforcent de relever ensemble. ■

Propos recueillis par Christine César, sociologue et Yves Céry, rédacteur en chef.

Pour en savoir plus

● Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG). *Baromètre santé 2014*. www.ors-guyane.org.

1. Source : données registre des issues de grossesses informatisé (Rigi) de Guyane 2015.
2. Instance de pilotage des établissements scolaires.
3. Interrogatoire médical habituel : poids, tension, antécédents médicaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). *Les Populations des départements français d'Amérique face au VIH/Sida. Guadeloupe, Martinique et Guyane. Connaissances, attitudes, croyances et comportements. Étude KAPB 2011-2012* [Dossier de presse], novembre 2013. En ligne : <https://vih.org/sites/default/files/DP%20novembre%202013%20-%20KABP%20DFA.pdf>
- [2] Santé publique France. *Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique au 31.12.2015*. 23 mars 2017. En ligne : http://www.corevih-bretagne.fr/ckfinder/userfiles/files/SurveilanceVIHSida2003_2015.pdf
- [3] Duffit V., Adenis A., Douine M., Najioullah F., Kilie O., Molinie V. et al. Épidémiologie de l'infection à papillomavirus humains chez les femmes âgées de 20 à 65 ans résidant dans des communes isolées de Guyane française : adapter l'action au territoire. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 18 octobre 2016, n° 34. En ligne : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/34/2016_34_1.html

« FACE À UNE JEUNE FILLE ENCEINTE, MAIS SANS DÉSIR D'ENFANT »

Marie Noyer, sage-femme au centre de protection maternelle et infantile (PMI) de Matoury, réalise des permanences dans trois collèges de son secteur. Elle relate comment elle adapte son intervention de manière personnalisée :

« Trop souvent, il m'est donné de regretter, face à une jeune fille enceinte, mais sans désir d'enfant, le manque de connaissances ayant empêché le recours à la contraception. Quoi qu'on en dise et malgré les dispositifs en place à destination des mineures (le plus souvent méconnus d'elles), l'accès à la contraception et, plus largement, à une information sur la sexualité n'est pas aisé pour une collégienne qui reste intimidée face à la première consultation. Apporter l'information au collège n'est pas nouveau. L'intérêt du dispositif (des permanences de sages-femmes) repose sur l'individualisation. L'entretien se veut une réponse personnalisée, dans la mesure de nos compétences, à ces préoccupations personnelles. La rencontre permet aussi de dédramatiser la consultation (en PMI ou ailleurs), de rassurer la jeune fille sur ce qui sera attendu ou plutôt ne sera pas attendu d'elle (l'examen gynécologique en particulier). Chaque entretien n'aboutit pas, loin de là, à la prescription d'une contraception, mais est l'amorce d'une prise de conscience individuelle de la nécessité de prendre soin de soi. Pas seulement en se protégeant des grossesses non désirées ou des infections sexuellement transmissibles, mais aussi dans le respect de sa personne et de ses propres choix. »

Source : Communication affichée aux 18^{es} Journées du Collège national des sages-femmes de France (CNSF), pôle santé du rectorat et réseau périnatal de Guyane, 20-21 janvier 2020.

« Les gens ressentent de réels bénéfices à ne pas boire »

Entretien avec

Richard De Visser,

professeur de psychologie
à l'université du Sussex,
expert en comportements de santé.

La Santé en action : Qu'est-ce qui a motivé Alcohol Change à organiser une campagne proposant aux Britanniques de ne pas boire d'alcool pendant un mois ?

Richard De Visser : Alcohol Change est une organisation caritative, sans lien avec l'État, qui a pour mission de réduire les dommages dus à l'alcool, d'améliorer les connaissances sur ce sujet, de faire évoluer les normes culturelles, réduire les consommations nocives et fournir davantage de soutien et de prise en charge à ceux qui en ont besoin. Elle a lancé la campagne du *Dry January* en 2013 et s'est inspirée d'autres défis qui durent un mois, comme le *Stoptober* pour arrêter de fumer. La population ayant montré son intérêt pour ce type de défi, l'idée était d'organiser un événement offrant aux consommateurs une occasion d'arrêter l'alcool pendant un mois et aussi de réfléchir à leur propre consommation, tout en étant soutenus par des conseils et des astuces et en ressentant les bénéfices d'une pause¹.

S. A. : Pourquoi avez-vous souhaité évaluer ce dispositif ?

R. D. V. : Ce qui m'intéresse, ce sont les motivations de la population à participer à un tel défi, ainsi que les changements que cette participation pourrait induire à moyen terme en matière de consommation d'alcool. En 2014, j'ai donc contacté Alcohol Change pour mettre en place une évaluation de

l'efficacité de la campagne. Depuis, je continue de mener des évaluations chaque année.

S. A. : Quelles ont été les premières réactions par rapport au Dry January ?

R. D. V. : Elles furent mitigées. Une partie de la population était enthousiaste à l'idée d'une campagne qui les incite à ne pas boire d'alcool pendant un mois. D'autres ont remis en question l'intérêt du *Dry January*, affirmant que les participants recommenceraient à boire – autant voire plus qu'avant – dès le 1^{er} février. Les médias s'attendaient à ce que les participants soient surtout des petits buveurs. Pourtant, nous avons constaté des profils de buveurs très variés parmi les participants [1]. Aujourd'hui, les messages des médias restent partagés : certains disent qu'il faut encourager les personnes qui participent, mais d'autres estiment que cette campagne est rabat-joie.

S. A. : Comment les alcooliers ont-ils réagi ?

R. D. V. : Au début, l'industrie de l'alcool n'a pas bien accueilli la campagne, car elle craignait que les bars et les pubs perdent beaucoup de chiffre d'affaires. Plus récemment, nombre d'entre eux ont reconnu que les gens qui consomment des boissons non alcoolisées représentent un marché. Certains bars ont prospéré, parce qu'ils ont réalisé que ne pas boire d'alcool, ce n'est pas ne pas boire, mais boire autre chose !

S. A. : Quels sont les principaux résultats de la campagne ?

R. D. V. : Le premier résultat est le ressenti des gens en matière de santé et de bien-être : la majorité des

participants citent des effets bénéfiques en termes de qualité du sommeil, de santé, d'énergie et de concentration durant le défi. Par exemple, en 2018, 71 % des participants déclaraient avoir mieux dormi, 70 % se sentaient mieux, 67 % ont eu plus d'énergie et 58 % ont perdu du poids pendant *Dry January* [2]. C'est donc très positif : cela signifie que les gens ressentent de réels bénéfices à ne pas boire, et c'est un facteur de motivation à participer. Ensuite, lorsque nous interrogeons les participants après six mois, ils déclarent qu'ils boivent significativement moins qu'avant, que ce soit en nombre de jours de consommation par semaine, en quantité d'alcool bue par jour de consommation ou en nombre d'épisodes d'ivresse par mois [2 ; 3]. Ces résultats traduisent le fait que les participants ont ressenti des bénéfices après avoir arrêté, puis réduit leur consommation d'alcool [3]. Le troisième résultat majeur de cette campagne est que les participants ont le sentiment de mieux contrôler leur consommation. En arrêtant de boire pendant un mois, ils doivent prouver aux autres et à eux-mêmes qu'ils peuvent ne pas boire d'alcool dans des situations où ils le feraient habituellement. Nous avons ainsi constaté une augmentation significative de la perception que les gens ont sur leur propre capacité à refuser de l'alcool lorsqu'on leur en propose. C'est une sorte de bénéfice d'ordre psychologique qui explique pourquoi les participants boivent moins après la campagne. Cette hausse a été observée chez ceux qui ont réussi le défi et aussi parmi ceux qui ont craqué et qui ont bu au moins une fois en janvier, ce qui est encourageant [3]. Nous n'avons pas constaté ces mêmes effets sur le reste

L'ESSENTIEL

► Pour la première fois en France, une opération de mois sans alcool *Dry January* : le défi de janvier a été portée par les associations en janvier 2020. L'évaluation d'une opération similaire au Royaume-Uni qui a été mise en œuvre auparavant démontre l'intérêt de ce type de campagne.

de la population, c'est donc vraiment le fait de participer au *Dry January* qui influence la perception de l'alcool et le sentiment de contrôle personnel de sa propre consommation [4].

S. A. : Quelle est la force de cette campagne ?

R. D. V. : Sa force est de proposer beaucoup de soutien, notamment psychologique. Au fil des années, nous avons étudié le soutien proposé par la campagne : e-mails quotidiens, blog en ligne, groupes Facebook, application mobile et livre [5]. Nous avons observé ce que les gens utilisaient, ce qu'ils trouvaient utile et ce qui pourrait être amélioré. Grâce à des questionnaires et à des entretiens, nous avons été en mesure d'aider *Alcohol Change* à offrir aux participants un soutien en adéquation avec leurs besoins. Quand les gens s'inscrivent, ce n'est pas juste pour dire « je fais *Dry January* » ni pour qu'on les laisse se débrouiller tout seuls jusqu'à la fin du mois. Ils peuvent s'inscrire pour obtenir le soutien dont ils ont besoin, en suivant ce que vivent d'autres personnes qui éprouvent aussi des difficultés ou en bénéficiant des conseils sur ce qu'il faut faire lorsqu'ils ont des envies d'alcool par exemple.

S. A. : Quelles sont les faiblesses de *Dry January* ?

R. D. V. : Il y a des interrogations au sujet des personnes qui ne se sentent pas capables de relever le défi et de passer un mois entier sans alcool. Il est important de noter que *Dry January* n'est pas une solution à tous les problèmes de santé liés à l'alcool. Pour un certain nombre de personnes, *Dry January* n'est pas approprié : elles ont besoin de l'aide d'un professionnel

pour réduire leur consommation. Cependant, beaucoup de gens veulent réfléchir à leur consommation d'alcool et développer certaines compétences, et *Dry January* semble assez bien fonctionner pour eux. Autre critique formulée, l'effet rebond : les participants compenseraient le fait de ne pas avoir bu en janvier en buvant beaucoup en février. Nous avons montré que ce n'est pas le cas pour la majorité des participants six mois après la fin du défi [1] et que ce rebond s'est davantage produit chez les personnes ayant « craqué » pendant le défi que chez celles qui l'ont relevé [3].

S. A. : La campagne a-t-elle évolué ?

R. D. V. : Ce qui a changé, c'est que le concept est devenu très populaire. Les participants expliquent que leur entourage sait tout de suite de quoi ils parlent lorsqu'ils disent y participer [1]. La réponse des organisateurs à ces besoins s'est aussi améliorée face aux personnes qui participent pour des raisons diverses et avec différents vécus de consommation d'alcool. La compréhension de ces différents profils et donc des différentes formes de soutien nécessaires s'est améliorée grâce aux évaluations qualitatives et quantitatives de la campagne [1; 3; 4]. En conclusion, l'évaluation valide le fait que les campagnes de mois sans alcool comme *Dry January* sont vraiment efficaces pour changer les attitudes face à l'alcool et même pour influencer le niveau de consommation d'alcool. Cette même évaluation permet d'identifier les modalités afin de rendre ce type de campagne encore plus efficace. Désormais, l'enjeu est de maintenir les niveaux de soutien nécessaires et de réfléchir à la façon dont les organisateurs peuvent développer ce soutien afin de pouvoir aider le plus grand nombre de personnes possible. ■

Propos recueillis par Jalpa Shah, chargée d'études et de recherche, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, unité addictions, Santé publique France.

Cet entretien est aussi disponible en anglais : https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf___internet_recherche/27929/202004/SPF00001745_s1.pdf

1. Intéressée par l'opération *Dry January*, l'agence de santé publique en Angleterre (*Public Health England - PHE*) a soutenu les organisateurs en 2015 afin d'augmenter le nombre d'inscrits au défi. Avec un budget de 500 000 £, PHE a financé la diffusion de la campagne dans les journaux, sur la radio et sur les réseaux sociaux, ce qui a triplé le nombre d'inscrits.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] De Visser R. O., Lockwood N. *Evaluation of Dry January 2018*. Brighton : university du Sussex, 2018.
- [2] Ford A. *How Dry January is the secret to better sleep, saving money and losing weight*. Université du Sussex, 2019, modifié le 2 janvier 2019; cité le 19 juillet 2019. En ligne : <http://www.sussex.ac.uk/broadcast/read/47131> <http://www.sussex.ac.uk/broadcast/read/47131>
- [3] De Visser R. O., Robinson E., Bond R. Voluntary temporary abstinence from alcohol during *Dry January* and subsequent alcohol use. *American Psychological Association, Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology*, 2016, vol. 35, n° 3 : p. 281-289. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26690637>
- [4] De Visser R. O., Robinson E., Smith T., Cass G., Walmsley M. The growth of *Dry January*: Promoting participation and the benefits of participation. *European Journal of Public Health*, octobre 2017, vol. 27, n° 5 : p. 929-931. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28957493>
- [5] *Dry January. Try Dry: The Official Guide to a Month Off Booze*. Londres : Square Peg, 2018 : 240 p.

Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement

Pascale Estecahandy,
médecin, coordinatrice
nationale du dispositif
Un chez soi d'abord,
Délégation interministérielle
à l'hébergement et à l'accès
au logement (Dihal).

Lancé en 2011 par l'État, le programme Un chez-soi d'abord est novateur à plusieurs titres. D'une part, il vise à expérimenter une nouvelle modalité de prise en charge des personnes sans-abri en s'appuyant sur des stratégies jusque-là minoritaires dans le champ de l'action sociale et sanitaire française, et d'autre part, il a pour ambition de permettre ensuite son déploiement en apportant aux décideurs publics la preuve de son efficacité. Une recherche randomisée [1] comparant le programme à l'offre habituelle sera donc lancée en même temps que le volet opérationnel et s'intéressera notamment au rapport coût-efficacité de chaque stratégie. De plus, si le programme ciblait les personnes qui présentent des troubles psychiatriques sévères échappant aux prises en charge classiquement proposées, il avait également l'ambition de répondre plus largement à l'ensemble des personnes sans domicile, le postulat étant que si le dispositif fonctionne pour les plus vulnérables, il fonctionnera pour tous. Neuf ans plus tard, peut-on dire qu'il a répondu aux objectifs ? Notre analyse s'appuiera sur l'évaluation du programme, conduite par une équipe de recherche indépendante¹ ; sur l'activité des équipes² ; et enfin sur les évolutions récentes [2] des politiques publiques de lutte contre le « sans-abrisme ».

Une expérimentation fondée sur des données probantes

Le programme Un chez-soi d'abord propose aux personnes sans-abri présentant un trouble psychique sévère un logement sans condition de traitement ni d'arrêt de leur consommation de substances psychoactives, moyennant un accompagnement

pluridisciplinaire au domicile. Il postule par ailleurs que les personnes – y compris celles qui sont durablement sans-abri – ont des compétences pour accéder dans le logement et s'y maintenir [3].

Communément appelé *housing first* (« un logement d'abord »), ce modèle a émergé aux États-Unis dans les

OBJECTIF : 2 000 PERSONNES SANS ABRI LOGÉES ET ACCOMPAGNÉES EN 2023

Le déploiement est prévu sur quatre ans avec un objectif de création de 20 sites (pour accompagner 100 personnes chacun) d'ici à 2023 – soit 2 000 places au total – dans les principales métropoles françaises, dont :

- Bordeaux, Dijon, Lyon et Grenoble en 2018 ;
- Montpellier, Nantes, Nice et Strasbourg en 2019 [16].

En 2020 seront proposés, sous réserve d'autorisation par les agences régionales de santé (ARS) concernées :

- deux sites en Île-de-France ;
- un site à l'île de la Réunion ;
- le doublement du site de Marseille.

Des réflexions sont encore en cours pour les quatre futurs sites de 2021, notamment en région Bretagne, et également concernant un doublement du site de Paris *intra-muros*. Le financement¹ est assuré par l'assurance maladie pour le volet Accompagnement et par l'État pour le volet Logement. Ces deux sources de financement scellent une corresponsabilité multipartite entre assurance maladie, agence régionale de santé, État local et État central. Le modèle a été adapté dans sa capacité à 55 personnes² pour veiller à un égal accès de tous à cette politique publique et pour répondre aux

besoins des villes moyennes et des zones rurales non prises en compte dans la première phase de déploiement. Sont d'ores et déjà prévues en 2020 les ouvertures des sites de Besançon et d'un site en Corse.

Enfin, une expérimentation de deux dispositifs pour les jeunes de 18 à 25 ans vient d'être lancée sur trois ans à Lille et à Toulouse. Elle vise à déterminer la pertinence d'un accompagnement spécifique pour les jeunes adultes sans chez-soi, présentant une ou des pathologies mentales sévères, tel qu'il est actuellement déployé à l'international [17 ; 18].

1. Extrait du cahier des charges : « Le financement du dispositif relève de l'ONDAM médico-social pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (ONDAM-PDS) et de crédits provenant du programme 177 "prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables" (BOP 177) mobilisés dans le cadre de l'intermédiation locative (IML). »

2. Le cahier des charges national portant ces modifications a été validé par le comité de suivi du 7 février 2020. Il sera annexé à l'instruction ministérielle relative à la campagne budgétaire pour l'année 2020 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

années 1980, comme une solution autre que la prise en charge par palier ou *treatment first* (« un traitement d'abord ») [4], où la personne doit faire la preuve qu'elle est « prête à habiter » et notamment montrer qu'elle suit son traitement, qu'elle est stable sur le plan psychiatrique et abstinent de toute consommation addictive – ceci lui permettant de franchir différentes étapes en hébergement menant finalement à un logement indépendant. Il sera popularisé dans les années 1990 par Sam Tsemberis [5] et l'organisme *Pathways to Housing* [6] de New York. De nombreuses études ont comparé les deux approches et elles ont conclu à l'intérêt supérieur de la stratégie *housing first*, à la fois concernant le maintien dans le logement et l'engagement libre des personnes dans une prise en charge médico-sociale [6 ; 7 ; 8 ; 9]. Il existe un consensus scientifique sur le fait que cette approche permet de mettre fin à la situation sans abri d'au moins huit personnes sur dix et que les services classiques apparaissaient peu rentables économiquement [10 ; 11].

En pratique

L'expérimentation s'est déroulée à Lille, Marseille, Toulouse et Paris entre 2011 et 2016. Sur chacun des sites, un établissement de santé mentale, une association ayant une compétence en addictologie et une structure habilitée à la gestion locative adaptée collaborent pour la gestion du programme ; ils créent une équipe dédiée pluridisciplinaire (composée de travailleurs sociaux, d'infirmiers, d'un psychiatre, d'un médecin généraliste, d'un addictologue, de médiateurs de santé pairs et d'un gestionnaire locatif) et captent les logements en s'appuyant sur le dispositif d'intermédiation locative (IML) proposant un bail de sous-location à la personne, l'État apportant notamment aux propriétaires la garantie du paiement des loyers et la remise en état du logement si nécessaire. Chaque équipe accompagne 100 personnes⁵. Dans un bref délai suivant leur intégration dans le programme, celles-ci se voient proposer un logement respectant leur choix de localisation dans la cité. Plus besoin de passer par l'hébergement, car l'accès au logement se fera directement depuis la rue. Le programme

peut assurer le financement du loyer en amont de l'ouverture des droits si l'ensemble des démarches ne sont pas finalisées à l'entrée dans le logement. L'accompagnement est intensif avec un ratio d'un professionnel pour dix usagers et assure au moins une visite hebdomadaire au domicile et une permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le professionnel s'adapte à chacun selon ses besoins et assure le suivi de l'ensemble des domaines de la vie (santé, habitat, emploi, vie sociale et culturelle, citoyenneté...). Accompagnement et logement ne sont pas conditionnés l'un à l'autre, ce qui vise à limiter les ruptures.

Les huit principes du modèle Un chez-soi d'abord

Le dispositif s'appuie sur les huit principes-socles du modèle new-yorkais [4 ; 11 ; 12], dont la pertinence dans le contexte européen a été validée par un groupe d'experts⁴. Ces principes sont :

- le logement comme droit fondamental ;
- l'accès rapide à un logement ordinaire répondant au choix de la personne ;
- le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement ;
- un accompagnement qui se poursuit autant que de besoin ;
- une séparation des services de logement et de traitement ;
- des services de soutien individualisés orientés vers le rétablissement ;
- une approche de réduction des risques et des dommages ;
- un engagement intensif et non coercitif.

Le pilotage national de l'expérimentation est confié à la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal) en lien avec les administrations centrales concernées ; le financement est assuré par l'État sur le volet Logement et par l'assurance maladie sur le volet Accompagnement ; la Direction générale de la santé assure le suivi et le financement du volet Recherche.

Les résultats

Sur les quatre sites expérimentaux, 703 personnes ont intégré la recherche à des fins d'évaluation du programme ; parmi elles, 353 personnes ont bénéficié de la stratégie Un chez-soi d'abord et

L'ESSENTIEL

► **Le dispositif Un chez soi d'abord consiste à procurer un logement dans des délais très courts aux personnes qui vivent dans la rue, certaines depuis plus de dix ans. Il incarne un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile, où l'hébergement n'est plus un passage obligé, mais où toute personne doit se voir proposer un logement, sans autres critères que ceux du droit commun. L'objectif à court terme (2023) est de procurer un logement à 2 000 sans-abri dans des grandes villes comme Bordeaux, Dijon, Lyon, Grenoble, Montpellier, Nantes, Nice et Strasbourg. Ce dispositif scientifiquement évalué a démontré son efficacité, qui a permis son déploiement. Un chez-soi d'abord n'est évidemment pas une solution unique, c'est un maillon d'une offre multiple qui prend appui sur les forces des personnes et facilite leur inclusion sociale et la déstigmatisation de la maladie mentale.**

350 ont constitué le groupe-témoin suivi par l'offre habituelle. Âgées de 38 ans en moyenne, 82 % d'entre elles sont des hommes et ils ont passé en moyenne huit ans de leur vie sans domicile personnel et quatre ans et demi sans abri. Tous présentent un trouble psychiatrique sévère (70 % : schizophrénie ; 30 % : bipolarité) et 80 % ont une comorbidité addictive [13]. Les participants ont été logés en 28 jours en moyenne et 85 % d'entre eux sont toujours en logement au bout des deux ans. L'essentiel des logements ont été captés dans le parc privé.

La comparaison du groupe suivi par le programme au groupe-témoin montre une amélioration de leur qualité de vie et de leur rétablissement – particulièrement pour les personnes ayant eu un diagnostic de schizophrénie – et une réduction des recours inadaptés au système de soins et aux structures de la veille sociale, ceci à un moindre coût pour la puissance publique. Sur le volet sanitaire, l'accompagnement permet une diminution de 50 % des durées d'hospitalisation pour les personnes accompagnées en comparaison à celles suivies par l'offre habituelle.

Le coût annuel par personne, évalué à 14 000 €, est totalement compensé par les économies potentielles réalisées sur la réduction de l'utilisation des dispositifs de soins et de l'urgence sociale ; et le programme génère en outre des économies nettes de 6 000 € par an et par personne [13]. Enfin, 72 % des personnes sont « satisfaites » à « très satisfaites » du programme et plus de 60 % jugent que la qualité du service est bonne. Elles seraient 88 % à souhaiter revenir dans le programme si elles en avaient besoin. Le niveau de satisfaction moyen est de 7,5 sur une échelle de 1 à 10⁵.

Le déploiement du dispositif inscrit au Code de l'action sociale et des familles

Ces résultats positifs vont amener à la pérennisation du programme via le décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique *Un chez-soi d'abord*, qui l'inscrit dans la catégorie des services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1, § 9, du Code de l'action sociale et des familles. Ce décret reconnaît le logement comme déterminant structurel de la santé et inscrit l'accompagnement dans

une logique de parcours *a priori* sans poser de limite de temps à la prise en charge. Il valide l'intégration de médiateurs de santé pairs dans les équipes professionnelles ; il reconnaît l'apport du savoir expérientiel et valorise les compétences des personnes dans leur trajectoire de rétablissement en santé mentale.

Bilan des premières années du déploiement

Un bilan de l'activité des sites est présenté annuellement au comité de suivi national. Sur les deux premières années, les résultats sont positifs⁶ avec une intégration de 99 % de l'effectif attendu (soit 566 personnes en 2019). Le taux de maintien dans le logement est de 87 % sur l'année 2019, et l'accès au logement est effectif en moins de huit semaines (28 % : parc social ; 72 % : parc privé). Sur le plan qualitatif, la mise en œuvre d'un dispositif favorise un décloisonnement global des acteurs du logement, de la santé et du social sur le territoire au-delà même du dispositif ; mais si l'accès au logement est rapide, la personne est sous-locataire. L'accès à un bail direct qui lui permettra d'être totalement autonome est problématique, car les propriétaires

appréhendent de transformer le bail. Pour autant, des conventions avec les bailleurs sociaux ont été signées sur plusieurs sites afin de favoriser les coopérations. Enfin, il est important et urgent de diffuser largement les méthodes d'accompagnement de ces équipes, sans lesquelles les soins orientés vers le rétablissement risquent de devenir une simple injonction laissant une proportion non négligeable des patients dans une impasse [14].

Une mise en œuvre sur 24 territoires

Le dispositif a aussi apporté des arguments pour répondre plus largement à la question des publics sans domicile, avec le lancement du Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, en septembre 2017. C'est un véritable changement structurel de la politique de prise en charge des personnes sans domicile, où l'hébergement n'est plus un passage obligé, mais où toute personne doit se voir proposer un logement sans autres critères que ceux du droit commun. Ce plan prévoit aussi la construction de logements abordables et des mesures en faveur de la réduction des expulsions locatives ; il vise à réduire drastiquement et durablement le nombre de personnes sans domicile. Le modèle de l'accompagnement du dispositif *Un chez-soi d'abord* ne pourra être transposé à l'identique, mais il se fera grâce à un travail d'appropriation et d'adaptation au contexte local. Aussi, un appel à manifestation d'intérêt a été lancé pour la mise en œuvre accélérée du plan sur 24 territoires⁷. Au-delà des outils eux-mêmes, cela demande un profond changement visant à une approche managériale plus transversale des organisations et laissant à la personne elle-même les clés de son accompagnement ; il s'agit de dépasser les notions de participation pour impliquer les personnes au sein même des décisions qui les concernent.

Remettre en question les représentations stigmatisantes

Le dispositif *Un chez-soi d'abord* entend favoriser l'insertion sociale et citoyenne des personnes accompagnées ; en cela, il vise à faire

FOCUS SUR LES PRATIQUES

La construction collective d'une culture commune autour des principes fondamentaux du dispositif passe par la formation, la coordination intersites, le transfert de savoirs ; et aussi par un partage, collectivement assumé, des risques face aux situations problématiques ou complexes. La transversalité et la pluridisciplinarité sont essentielles à l'action, d'où l'obligation d'une gestion par un consortium d'acteurs réunis en groupement et qui portent la responsabilité partagée du dispositif et des deux financements.

Les cinq piliers structurants du rétablissement que sont l'Espoir, le Soutien, le Plaidoyer, l'*Empowerment* et la Responsabilité (Esper) sont mobilisés et interagissent tout au long de l'accompagnement [19 ; 20]. Au-delà du principe, l'équipe va utiliser les outils du rétablissement : certains, spécifiques et plutôt réservés à la santé mentale (plan de rétablissement, plan de bien-être ou de crise, ou directives anticipées) ; d'autres, non spécifiques, comme les visites au domicile, la multiréférence ou le binôme. Le modèle de pilotage est la coordination. Une dynamique d'appropriation et d'acculturation originale du modèle initial au contexte français est concrétisée

par la place faite aux compétences personnelles et aux savoirs expérientiels des locataires et des professionnels. Enfin, l'intégration de médiateurs de santé pairs au sein même des équipes d'accompagnement est un des outils pour faire vivre le rétablissement.

L'accompagnement vers le rétablissement s'appuie sur le logement, et c'est à partir du logement que les équipes vont intervenir. L'accès au logement, s'il peut passer par une phase initiale de lune de miel, a aussi son cortège de difficultés pour les nouveaux locataires. Les professionnels sont là pour soutenir un parcours personnel de transformation et d'acceptation de soi vers une vie satisfaisante et pour permettre aux participants du programme d'expérimenter des choix tout en bénéficiant d'un accompagnement qui balise les étapes décisives de ce cheminement. L'accès au logement constitue l'étape inaugurale de l'accompagnement. Progressivement, le logement prend place dans la vie des personnes, modifie leur horizon, les invitant à se libérer des contraintes de la survie précaire pour en découvrir d'autres, liées à ce nouveau statut de locataire [19].

reconnaître leurs capacités et leurs compétences et à travailler sur les représentations ordinaires stigmatisantes pour permettre leur inclusion sociale. Il s'agit de faire basculer dans le champ du débat public les questions historiquement conçues comme l'affaire de professionnels spécialisés des secteurs sanitaire et social [15]. Pour autant, les locataires restent pour la quasi-totalité d'entre eux sous le seuil de pauvreté et certains ont des difficultés à affronter les contraintes d'une citoyenneté ordinaire, en particulier l'accès à l'emploi ou les questions de solitude. Le dispositif Un chez-soi d'abord n'est évidemment pas une solution unique : il ne peut trouver sa place que dans une offre multiple. Celle-ci participe à promouvoir une nouvelle vision qui, en s'appuyant sur les forces des personnes, facilite leur inclusion sociale et la déstigmatisation de la maladie mentale. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- Tinland A., Girard V., Loubière S., Auquier P. *Un chez-soi d'abord. Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitative*. Marseille : unité de recherche UPRES, 2016.
- Goering P., Veldhuizen S., Nelson G. B., Stefancic A., Tsemberis S., Adair C. E., et al. Further validation of the Pathways Housing First fidelity scale. *Psychiatric Services*, janvier 2016, vol. 67, n° 1 : p. 111-114. En ligne : https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201400359?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed.
- Apprendre le rétablissement. *Rhizome*, mars-avril 2017, n° 65-66. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2017-3.htm>

1. Pr P. Auquier, *Évaluation des systèmes de soins et santé perçue*, EA 3279. Laboratoire de santé publique, centre hospitalier universitaire (CHU) de Marseille, - hôpital de La Timone.
2. Comités de suivi annuel du dispositif Un chez-soi d'abord, Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal).
3. Sauf à Paris où le nombre est fixé à 60 personnes au regard des difficultés de captation des logements dans le temps imparti à la recherche.
4. *Housing first Europe guide*. En ligne : <https://housingfirsteurope.eu/fr/le-guide/>
5. Ces données sont extraites de l'étude *Retab* non encore disponible, qui porte sur 30 % de l'effectif, et elles ont été présentées au comité d'évaluation qui s'est réuni en juillet 2016. (Source : Dihal.)
6. Comité de suivi du dispositif Un chez-soi d'abord du 7 février 2020.
7. Voir la liste des territoires sur le site de la Dihal. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/carte_lda_0.pdf

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Tinland A., Fortanier C., Girard V., Laval C., Videau B., Rhenter P. et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, septembre 2013, vol. 14, p. 309. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3850649/>
- [2] Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal). *Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme. 2018-2022*. Dihal, Ministère de la Cohésion des territoires, 2017 : 4 p. En ligne : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/plaquette_lda_4p_vf.pdf
- [3] Girard V., Estecahandy P., Chauvin P. *La santé des personnes sans chez-soi : plaider et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. [Rapport remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports]. Paris : La Documentation française, 2010 : 231 p. En ligne : https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/452211/file-name/Sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf
- [4] Carling P. J. *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. Guilford Press, 1995 : 348 (p. 11).
- [5] Tsemberis S. From street to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychiatry*, 1999, n° 27 : p. 225-241. En ligne : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/28SICI%291520-6629%28199903%2927%3A2%3C225%3A%3AAID-JCOP9%3E3.0.CO%3B2-Y>
- [6] Padgett D. K., Stanhope V., Henwood B. F., Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness. Comparing Housing First with Treatment First programs. *Community Mental Health Journal*, avril 2011, vol. 47, n° 2 : p. 227-232. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916946/>
- [7] Henwood B. F., Stanhope V., Padgett D. K. The role of housing: a comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Administration and Policy in Mental Health*, mars 2011, vol. 38, n° 2 : p. 77-85. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571623/>
- [8] Kyle T., Dunn J. R. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Social Care Community*, 2008, vol. 16, n° 1 : p. 1-15. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18181811>
- [9] Hwang S. W., Burns T. Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, octobre 2014, vol. 384, n° 9953 : p. 1541-1547. doi : 10.1016/S0140-6736(14)61133-8. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25390579>

- [10] Plead N., Bretherton J. The case for housing first in the European Union. A critical evaluation of concerns about effectiveness. *European Journal of Homelessness*, 2013, vol. 7, n° 2 : p. 21-41. En ligne : https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2013/np_and_jb.pdf
- [11] Hwang S. W., Burns T. Health interventions for people who are homeless. *The Lancet*, octobre 2014, vol. 384, n° 9953 : p. 1541-1547. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25390579>
- [12] Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 2004, vol. 94, n° 4 : p. 651-656. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448313/pdf/0940651.pdf>
- [13] Gilmer T. P., Stefancic A., Ettner S.L., Manning W. G., Tsemberis S. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, juin 2010, vol. 67, n° 6 : p. 645-652. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530014>
- [14] Karabanow J., Naylor T. Pathways towards stability. Young people's transitions off the streets. In Gaetz S., O'Grady B., Buccieri K., Karabanow J., Marsolais A. (Éds.). *Youth homelessness in Canada: Implications for policy and practice*. Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press, 2013 : p. 53-74.
- [15] Bosetti T. Clinique et rétablissement ou clinique du rétablissement ? *Vie sociale*, 2018, vol. 3, n° 23-24 : p. 221-232. En ligne : https://www.cairn-int.info/article-E_VSOC_183_0221--clinical-work-and-recovery-or-recovery.htm
- [16] Special Edition on a multi-country study of the fidelity of housing first programmes. *European Journal of Homelessness*, vol 12, n° 3. En ligne : <https://www.feantsa.org/en/european-journal-of-homelessness/2018/09/03/european-journal-of-homelessness-volume-12-issue-3-2018?bcParent=27>
- [17] Estecahandy P., Bosetti T., Girard V. La santé des personnes sans-abri de longue durée : le programme «Un chez-soi d'abord». *Adsp*, juin 2018, n° 103 : p. 37-39. En ligne : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=160>
- [18] Kozloff N., Adair C. E., Lazzare L. I. P., Poremski D., Cheung A. H., Sandu R. et al. Housing first for homeless youth with mental illness. *Pediatrics*, octobre 2016, vol. 138, n° 4. En ligne : <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/4/e20161514.full.pdf>
- [19] Laval C., Estecahandy P. Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. *Rhizome*, 2019, vol. 1, n° 71 : p. 101-110. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2019-1-page-101.htm>
- [20] Estecahandy P., Revue P., Sénat M., Billard J. Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, 2015, vol. 98, n° 2 : p. 76-81. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-empan-2015-2-page-76.htm>

Un chez soi d'abord
Accompagner les personnes sans abri vers un logement

« Un toit, finie la terreur de ne pas avoir de quoi payer mon loyer »

Propos recueillis par l'intermédiaire de Bruno Torregrossa, coordinateur de l'association Aurore, et l'équipe du dispositif *Un chez-soi d'abord* à Paris.

M. H. : « Je retrouvais, grâce à *Un chez-soi*, un job, un appart', un chat, le dessin, la thérapie »

La Santé en action : **Comment vous-êtes-vous retrouvée à la rue, puis dans un logement précaire ?**

M. H. : Vers les années 2000, j'ai eu un studio au deuxième étage, rue du Bac, à 560 €, où je ne voulais pas aller, parce que j'avais le sentiment que la vie me narguait après le décès d'une personne très proche. Puis, après un périple d'environ un an à droite et à gauche, après un mois d'errance à Toulouse, j'ai dû repartir vers la capitale, car je travaillais 12 heures dans un resto pour 50 € au *black*, et n'arrivais à rien. Cet appart' m'a évité d'être chez quelqu'un. Pendant ce temps, le seul mec qui aurait pu à l'époque être le père de mon enfant, si j'en avais fait un, faisait une fille avec quelqu'un avec qui il ne resta pas. Travaillant durement dans des restos, mais étant malgré tout dans une précarité financière, puisque je ne tenais aucun job plus de quelques mois à cause du surmenage. Je devais retrouver rapidement à chaque fois un job... Pas de vacances ; pas de *thune*¹, jamais !

S. A. : **Pourquoi avoir eu un tel rejet de votre logement à l'époque ?**

M. H. : Parce que je n'habitais pas cet appart', je le vomissais et étais toujours confrontée à des potes qui, eux, ne se dérangeaient pas pour y

L'ESSENTIEL

■ **Une femme et un homme à la rue ou en situation de grande insécurité ont accepté de témoigner de leur retour dans un logement via le dispositif *Un chez-soi d'abord*. M.H. souligne que sans logement, elle ne se serait pas rétablie.**

vivre. C'était très dur de payer ce loyer chaque mois et j'étais à chaque fois à découvert ; j'ai fait un malaise une fois devant la porte de la banque tellement j'avais l'angoisse. Je dépensais d'énormes sommes d'argent dans l'herbe : 100 € par semaine. J'eus un copain pendant quelques mois, parce qu'on m'avait dit qu'on allait bien ensemble, et j'ai dû me faire hospitaliser – je compris que j'avais une réelle souffrance dissimulée – et commençai à avoir un suivi au CMP². Si j'y ai envoyé aussi ma pote Bahia, qui a dit beaucoup de mal sur moi, eux, le CMP est toujours resté positif et sans jugement malgré les fonds que je traversais. Pendant plusieurs années, je me retrouvais deux fois par an à l'hôpital pour des souffrances intérieures, de déchéance morale et de sans-amour, je pleurais.

S. A. : **Comment avez-vous accédé au dispositif *Un chez-soi d'abord* ?**

M. H. : Lorsque j'étais au plus bas, après avoir vécu plus d'un an et demi en foyer thérapeutique de..., avec une adresse postale dans un autre centre, ils m'ont promis de ne pas me laisser à la rue – je pense que je n'aurais pas survécu ! Par le biais du foyer, j'ai trouvé une chambre de sept mètres carrés. Mais j'ai vécu une descente à l'enfer dans la cocaïne avec un gars. L'argent que je gagnais, 50 €, passait chaque jour là-dedans et je me retrouvais à voler, et faire des chèques sans provision, puisque je venais de passer sous curatelle et qu'ils avaient oublié de récupérer le chéquier et qu'on n'avait absolument aucune *thune*. Si D. S., du dispositif *Un chez-soi d'abord*, qui m'avait reçue en rendez-vous, n'avait pas cru en moi à cette période – à l'issue de laquelle je finis, six mois plus tard, enfermée dans une cave où les pompiers ont dû venir me chercher –, je ne me serais pas rétablie comme je le suis maintenant. La veille du rendez-vous, je ne pensais y aller, parce que c'était trop tôt comme heure, et c'est seulement parce que je ne dormais pas que j'y suis allée. J'y suis aussi allée pour les tickets restau'. Parce que l'aide et le droit au logement personnel, je n'y croyais pas, cela ne me paraissait pas possible.

S. A. : **Qu'avez-vous ressenti à votre première entrée chez vous, grâce au dispositif ?**

M. H. : J'étais très heureuse. Les premiers jours, je faisais le café et rechargeais mon portable sur le palier. Je criais famine aussi, l'équipe était vraiment

gentille et jamais dans le jugement, en plus on pouvait leur téléphoner bien qu'étant bourrée et en larmes. Ce programme m'a apporté un toit où je n'ai plus à être terrorisée chaque jour, de peur de ne pas avoir de quoi payer le loyer. Aussi, j'étais accompagnée. Je retrouvais, grâce à *Un chez-soi*, un job, un appart', un chat, le dessin, la thérapie uniquement avec le Dr S. M., donc plus de CMP et plus d'hospitalisations.

S. A. : *Qu'est-ce que ce dispositif a changé dans votre vie ?*

M. H. : Je suis itinérante depuis mes 14 ans, et même si j'ai eu de bons éducateurs et infirmiers, seul

le dispositif *Un chez-soi* d'abord m'a permis de croire en ce que je ne croyais plus. Les intervenants ne m'ont pas jugée et m'ont poussée à aller vers ce que j'aime. Je remercie l'équipe du fond du coeur, je n'y croyais pas moi-même.

S. A. : *Pouvez-vous davantage prendre soin de vous ?*

M. H. : Prendre soin de moi, ça dépend encore des jours, mais oui ! Je me fais les ongles, je peux me laver, c'est magnifique ! Et puis, fini la récup', je commence à acheter des fringues. Mon désir le plus fort, c'est partager ma vie avec un homme... qui ne sera

ni drogué, ni violent. Je crois qu'il est enfin possible que je vive l'unique relation de ma vie avec un homme, où je serai son égale et où il sera ma raison de vivre. C'est mon seul rêve, le reste on verra bien, déjà être tranquille chaque jour est un rêve qui se réalise maintenant aussi pour moi. ■

1. Argent en argot.

2. Centre médico-psychologique.

R. B., 58 ans : « Avoir un logement m'a enlevé le poids de l'insécurité de la rue »

La Santé en action : Comment vous êtes-vous retrouvé à la rue ?

R. B. : J'ai divorcé d'avec ma femme, j'ai été hospitalisé à V... après mon divorce. À ma sortie de l'hôpital, je me suis retrouvé sans domicile fixe, à droite, à gauche, et quelquefois je squattais l'hôpital S... aux urgences sur un brancard. J'ai été orienté sur le dispositif expérimental – par tirage au sort – par le biais de l'association C... dans le 13^e arrondissement de Paris, qui me suivait pour mes addictions et problèmes de logement.

S. A. : *Comment avez-vous pu retrouver un logement ?*

R. B. : J'ai d'abord eu les clés d'un studio dans le 5^e ; le fait d'avoir un logement m'a enlevé le poids de l'insécurité de la rue et je me suis senti vraiment libre et chez moi. Cela m'a redonné liberté et espoir de jours meilleurs. Un chez-soi d'abord m'a permis de me rétablir d'importantes addictions au crack¹ et cannabis. Bien que je ne sois pas entièrement abstinente, j'arrive aujourd'hui à gérer et avoir une vie régulière avec une bonne alimentation et une meilleure hygiène de vie. Puis, j'ai obtenu un deux-pièces de trente-sept mètres carrés dans le 18^e. En logement social.

LESSENTIEL

➤ **Sorti de la rue grâce au dispositif *Un chez-soi d'abord*, R. B. se forme pour devenir médiateur santé pair afin de pouvoir redonner ce qu'on lui a offert.**

S. A. : *Dans quelles conditions vivez-vous aujourd'hui ?*

R. B. : Je me couche tôt et me lève tôt, je dors en moyenne sept heures par nuit, quand ce n'est pas huit. Je remercie tous les matins et accueille chaque journée avec enthousiasme. Point de vue santé, j'ai un suivi psy en CMP par une psychiatre une fois par mois pour mon traitement. J'ai un médecin référent déclaré à la CPAM². J'estime être pour le moment en assez bonne santé et j'ai le désir d'arrêter de fumer des cigarettes.

S. A. : *Que pensez-vous du dispositif *Un chez-soi d'abord* dont vous avez bénéficié ?*

R. B. : Pour moi, le dispositif *Un chez-soi* – dont je bénéficie depuis cinq ans – est un laboratoire, on se trouve confronté aux différents acteurs de l'équipe et aux autres locataires avec

lesquels des relations amicales, voire affectives fortes s'installent. Je peux dire de l'équipe qu'elle a une écoute attentive et beaucoup de patience. Je pense aussi que les équipes de professionnels doivent faciliter le lien entre les différents locataires, par des temps collectifs de manière plus régulière. Quant aux points faibles, c'est tout simplement le manque d'expérience de l'équipe dans le domaine de la prise en charge de SDF³ ; mais après l'expérience de cinq ans de visites diverses, les acteurs de la prise en charge ont su se former sur le tas avec les expériences complémentaires de chacun des professionnels d'*Un chez-soi*.

S. A. : *Quels sont vos désirs les plus chers ?*

R. B. : Me rétablir sur le plan professionnel en entamant une formation universitaire de médiateur santé pair afin de pouvoir redonner ce que l'on m'a offert ; que j'obtienne aussi le glissement du bail à mon nom afin d'être plus autonome ; de continuer et de progresser dans mon travail artistique et de pouvoir exposer plus souvent mes peintures et d'en vendre. Aussi, que ma fille reprenne confiance en moi et qu'elle réussisse dans ses études pour être autonome et heureuse dans sa vie d'adulte. ■

1. Dérivé de cocaïne de très mauvaise qualité et très addictif.

2. Caisse primaire d'assurance maladie.

3. Sans-domicile fixe.

COVID-19

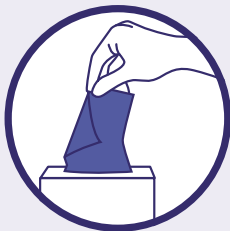
ALERTE CORONAVIRUS POUR SE PROTÉGER ET PROTÉGER LES AUTRES



**Se laver
très régulièrement
les mains**



**Tousser ou éternuer
dans son coude
ou dans un mouchoir**



**Utiliser un mouchoir
à usage unique
et le jeter**



**Saluer
sans se serrer la main,
arrêter les embrassades**

Vous avez des questions sur le coronavirus ?



GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS



0 800 130 000
(appel gratuit)