

De l'étude au plan

La périnatalité en Guadeloupe

À l'instar de la France métropolitaine puis de la Martinique, mais bien des années plus tard, la Guadeloupe décidait en 1984 de faire de la périnatalité une de ses priorités de santé publique. Les progrès enregistrés, indéniables certes, n'ont pas permis cependant d'atteindre les objectifs fixés. Le nombre de femmes peu ou pas suivies reste important, on se heurte à des taux de mortalité périnatale et de prématurité encore trop élevés, on s'efforce toujours de combattre les effets néfastes de l'infection materno-foetale et de l'hypertension artérielle, principales causes de décès périnataux et de réduire les taux alarmants de mortalité maternelle. Tels sont les enjeux à l'origine du Plan périnatalité.

En Guadeloupe au début des années quatre-vingt, les professionnels de santé se sont inquiétés des taux élevés de mortalité périnatale. Une recherche-action en périnatalité a dès lors été décidée et a débuté en 1984-1985 par une enquête cas-témoin, avec self-audit.

De nombreux facteurs de risque ont pu être ainsi identifiés au sein de la population, et plus de la moitié des décès ont été considérés comme évitables (53 %).

À partir de 1986, « la post-enquête » a permis, jusqu'en 1988, de poursuivre l'étude approfondie des décès. Dans le même temps était mise en place une série de mesures répondant à une stratégie basée sur le multipartenariat.

La diminution des taux de mortalité périnatale a été nette en 1983 et 1984

puis, en 10 ans, le rythme d'amélioration s'est ralenti avec seulement un gain de 6 points sur la mortalité périnatale qui passait de 20,4 % en 1984 à 14,1 % en 1993.

L'étude des décès périnataux entreprise de nouveau depuis 1993 a permis d'élaborer un plan périnatalité Guadeloupe visant à améliorer la qualité de la surveillance de la grossesse et la sécurité à la naissance. Ce plan se situe d'autre part dans le contexte national d'un plan périnatalité gouvernemental établi depuis 1994 sous l'égide du Haut Comité de la santé publique.

À cette époque en effet, le classement de la France en queue de peloton — 13^e rang — des pays de l'OCDE pour la plupart des indicateurs de la naissance a eu pour conséquence de provoquer une large

réflexion qui aboutissait en 1994 au plan périnatalité gouvernemental.

En Guadeloupe, la situation reste très préoccupante, avec notamment un taux de mortalité périnatale 2 fois plus élevé et une mortalité maternelle (51 pour 100 000) 5 fois plus importante qu'en France métropolitaine. Ceci justifie donc amplement, la nécessité du Plan périnatalité Guadeloupe.

L'offre de soins pour la mère et le nouveau-né

La Guadeloupe est un archipel qui dispose de onze maternités dont quatre publiques et sept privées. Les deux seuls établissements de type III que compte le département appartiennent au secteur public et se trouvent sur l'île principale de la Guadeloupe. Les deux autres maternités publiques sont situées l'une sur l'île de St-Martin, l'autre sur l'île de Marie-Galante. Les sept maternités privées sont concentrées sur la grande île.

Le secteur public a pris en charge un peu plus de la moitié (52,7 %) des 7 340 accouchements qui ont eu lieu, au cours de l'année 1996, sur l'ensemble de l'archipel. Cependant, qu'il s'agisse du secteur privé ou du secteur public, la répartition des accouchements par

établissement fait apparaître une assez grande dispersion des chiffres.

À noter que la Martinique voisine, avec une démographie comparable et un taux de mortalité périnatale moins élevé compte aussi moins de maternités. La Martinique n'a certes pas la configura-

tion en archipel de la Guadeloupe, mais ce fait ne peut cependant expliquer à lui seul la différence d'organisation des structures de soins entre les deux départements.

Par ailleurs, le nombre de femmes en âge de procréer par praticien (généraliste

et gynéco-obstétricien) est plus élevé qu'en France, traduisant une densité médicale plus faible en Guadeloupe³.

En revanche, le nombre plus important de médecins et de sages-femmes de PMI affectés à la surveillance prénatale permet d'obtenir des taux de prise en charge meilleurs qu'au plan national³.

Plan périnatalité Guadeloupe

Il se divise en quatre parties dont une partie principale et trois parties annexes. Ces dernières comportent un système d'évaluation concernant à la fois le plan et les structures de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, un système d'observation en continu des principaux indicateurs périnatals et un contrat d'objectifs entre le département et l'État. Ce qui suit résume le Plan dans sa partie principale.

Il comprend cinq objectifs à atteindre en cinq ans :

1. Diminuer de 30 % la mortalité périnatale à partir de 500 g
2. Diminuer de 30 % le taux de mortinatalité.
3. Diminuer de 30 % le taux de prématurité.
4. Diminuer de 50 % la mortalité maternelle.
5. Diminuer de 50 % le nombre de femmes peu ou pas suivies

Ceux-ci ont été définis par le Comité périnatalité Guadeloupe en 1995 à partir des résultats de « l'étude des décès 1993 ».

Pour atteindre les objectifs, il est proposé un plan d'action en treize mesures qui répondent à trois priorités :

Priorité n° 1

Améliorer le suivi de la grossesse

Six mesures doivent être mises en œuvre pour :

- Inciter les femmes enceintes à effectuer tôt leur première consultation (avant 14 semaines d'aménorrhée)
- Réduire le nombre de femmes peu ou pas suivies
- Améliorer la qualité des examens prénatals
- Favoriser les conditions psychologiques nécessaires au bon déroulement de l'accouchement et prévenir les troubles de la relation parents-enfants.

Priorité n° 2

Améliorer les conditions d'environnement de la naissance

6 mesures sont également prévues pour :

- Mieux organiser la prise en charge du futur nouveau-né dans la période qui entoure le travail, l'accouchement et la naissance.
- Améliorer le système de soins.

Priorité n°3

Dénombrer les morts maternelles et en déterminer les causes

Un comité d'experts a été mis en place à cet effet.

Surveillance épidémiologique

Elle repose sur l'analyse des données qui sont recueillies à partir du registre d'accouchement mis en place en 1988 et de l'étude des décès qui a débuté en 1993.

Registre d'accouchement

Le registre d'accouchement fournit des informations sur le suivi de la grossesse, les conditions de l'accouchement et de la naissance.

Le taux des femmes non suivies (6 %) est très supérieur à celui de la France Métropolitaine (0,2 %)⁵.

Il en est de même de celui des femmes peu ou pas suivies estimé à environ 10 % en Guadeloupe contre 1 % en France⁵.

Le nombre des femmes ayant eu au moins sept consultations est quant à lui bien inférieur : 60 % en Guadeloupe, 90,5 % en France.

Un peu plus d'une femme sur deux (58 %) a eu sa première consultation avant treize semaines d'aménorrhée alors qu'en France la presque totalité des femmes (95,8 %) ont leur première consultation dans le premier trimestre de la grossesse⁵.

Les données du registre concernant les pathologies de la grossesse indiquent qu'une femme sur cinq environ (22,5 %) présente au moins une pathologie. Certaines d'entre elles ont deux ou trois pathologies associées.

Les pathologies les plus fréquentes sont l'infection (34,8 %) et l'hypertension artérielle (28,7 %) en concordance avec les principales causes de décès comme il sera vu plus loin.

S'agissant de l'hospitalisation pendant la grossesse en Guadeloupe, un peu plus d'une femme sur trois (37,0 %) est concernée alors qu'en France ce pourcentage

n'est que de 19,9 % n'interessant seulement qu'une femme sur cinq⁵.

Les taux de césariennes (17,8 %) et d'accouchements provoqués (23,9 %) sont plus élevés en Guadeloupe qu'en France (respectivement 15,9 % et 20,5 %)⁵.

De plus, ces taux ont tendance à augmenter en Guadeloupe par rapport aux trois années précédentes.

Le taux de prématurité est estimé à environ 9,0 % (moyenne nationale : 5,9 %⁵).

Le taux des petits poids de naissance (10,8 %) est environ deux fois plus élevé qu'en France métropolitaine (5,7 %)⁵ tandis que celui des poids inférieurs à 1,5 kg (2,1 %) est trois fois plus élevé (0,7 %)⁵.

Le taux de transfert (5,3 %) est environ une fois et demi plus élevé en France métropolitaine (8,7 %)⁵ qu'en Guadeloupe.

Étude des décès

L'étude des décès est un système de surveillance épidémiologique qui permet de calculer les taux de mortalité périnatale selon les critères OMS et de suivre l'évolution des causes de décès et d'un certain nombre de leurs caractéristiques.

Le recueil des informations est fait à l'aide d'un questionnaire rempli par une sage-femme.

La cause du décès et son évitabilité sont déterminées à la suite d'une entrevue entre la sage-femme et le médecin accoucheur ou qui a suivi la grossesse.

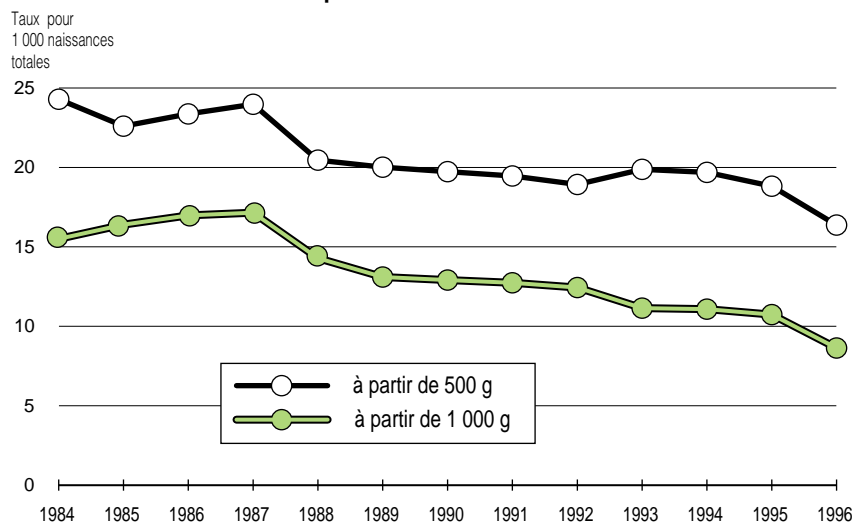
Les taux de mortalité périnatale sont en diminution, qu'on les considère à partir de 500 g ou à partir de 1 000 g (voir le graphique en haut à droite).

Le gain pour les deux catégories est d'environ sept points de 1984 à 1996.

Cette diminution est néanmoins considérée comme beaucoup trop lente et en deçà des objectifs fixés il y a 12 ans.

L'analyse de l'évolution de la mortalité périnatale et de ses composantes montre bien que cette diminution s'accompagne d'une baisse de la mortalité néonatale précoce mais proportionnellement d'une augmentation de la mortalité (voir le graphique en bas à droite). Le même phénomène est observé quelle que soit la catégorie de décès (à partir de 500 g ou de 1 000 g).

Évolution du taux de mortalité périnatale



Les deux premières causes de décès étaient :

- l'infection materno-foetale qui a été jugée responsable d'un peu plus d'un décès sur quatre (27,0 %).
- l'hypertension artérielle responsable de 16,2 % des décès.

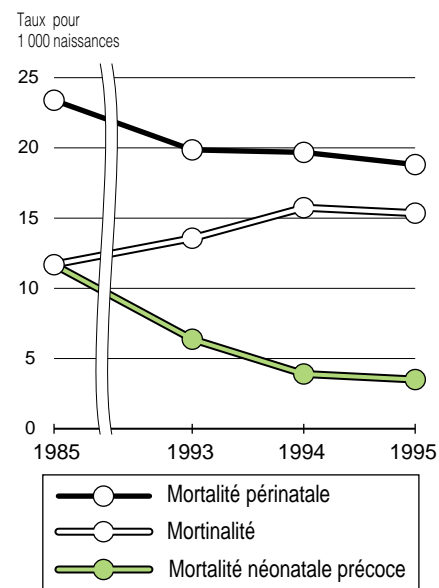
Puis venaient par ordre décroissant :

- les morts foetales *in utero* inexplicables (16,2 %). Ce pourcentage peut paraître excessif et inquiétant, mais il est malheureusement habituel de le retrouver à des niveaux aussi élevés dans presque toutes les enquêtes de mortalité périnatale. En Seine-Saint-Denis par exemple, 15 % des décès relèvent de cette catégorie⁶ ;

- les autres causes (14,6 %). Dans cette catégorie, les causes jugées responsables du décès étaient bien étiquetées mais elles se sont révélées le plus souvent trop variées pour être regroupées. Parmi les plus fréquentes on retrouve la béance du col avec ou sans cerclage accompagné de prématurité et les grossesses gémellaires accompagnées de prématurité ;

- les malformations majeures (7,7 %). Il y a une nette diminution des malformations majeures comme cause de décès par rapport aux années 1984-1985 (13,0 %). L'extension des explorations échographiques et du diagnostic anténatal lors de

Évolution de la mortalité périnatale, de la mortalité néonatale précoce au cours des 10 dernières années, à partir de 500 g



la surveillance prénatale avec éventuelle interruption médicale de grossesse est sans doute responsable de la diminution de la part qui leur est imputable ;

- l'hématome rétroplacentaire sans hypertension artérielle (6,6 %) ;
- les pathologies du cordon (5,6 %) ;
- les causes indéterminées (2,1 %) qui concernent les enfants nés vivants.

Un bilan à l'origine du plan périnatalité Guadeloupe

Au total, la surveillance épidémiologique met en évidence un taux de mortalité périnatale élevé surtout dans sa composante mortinatalité et un taux de prématurité élevé.

Les deux principales causes de décès sont l'infection et l'hypertension artérielle. Un nombre très important de femmes sont peu ou pas suivies pendant la grossesse.

Rappelons, de plus, le taux très élevé de mortalité maternelle cinq fois supérieur à celui de la France métropolitaine.

Ce sont ces différents constats qui sont à l'origine du plan périnatalité Guadeloupe. Celui-ci a été élaboré par le comité périnatalité Guadeloupe.

Ce chantier, qui est en train de démarrer, nécessite une grande mobilisation non seulement des professionnels de santé, mais également de la population dans ses principales composantes.

La périnatalité est en effet au coeur de la société car elle reflète assez fidèlement un certain nombre de ses avatars et constitue d'autre part le socle de son destin futur.

Il est donc essentiel de lui accorder une place privilégiée dans tout projet de société dont l'objet est d'améliorer le présent et de construire un meilleur avenir.

De par une volonté politique largement exprimée lors du lancement du Plan périnatalité au mois de juin 1997, le conseil général de la Guadeloupe s'est engagé à soutenir de façon conséquente les opérations prévues dans ce plan en concertation avec l'ensemble des acteurs de santé et des partenaires institutionnels. ■

Bibliographie

1. Decaunes F., Fallope L., Berchel C. et coll. *Un exemple de recherche-action sur la mortalité périnatale en Guadeloupe (1984-1985)*. J. de Gynécologie. obsét. Biol. Reprod. (Paris) 1986 ; 15 : 583-591.
2. Decaunes F. *Mortalité périnatale en Guadeloupe*. Inserm-Sasolid. Enquête 1984-1985.
3. Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville. Haut Comité de santé publique. *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*. Avis et Rapports, 1994.
4. Odessa. *Guadeloupe. La Santé observée 1996* ; fiche 3. 4
5. *Enquête nationale périnatale 1995*. Rapport de fin d'études. Inserm. U 149, 1996.
6. Colloque Savoir pour Agir. Initiatives en Périnatalité. Actes du colloque 14 et 15 décembre 1993. Seine-St-Denis.

Évelyne Boucard

Médecin de PMI, chargé du Plan périnatalité

Claudine Chataigne-Hibade

Médecin responsable du Service départemental de PMI