

**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

Dossier

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

## 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 prématurité<sup>1</sup> : 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 2018-2022<sup>2</sup> 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 interrégionale<sup>3</sup> ;
- 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 professionnels<sup>4</sup> (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 durée<sup>5</sup> 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 part<sup>6</sup> 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<sup>e</sup> 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](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](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., Voluménie 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., Voluménie 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](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>