

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 Quéruel, 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.