

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.