

# BANQUE DE DONNEES SANITAIRES

*Les chiffres du Diabète, des IST  
et des Cancers  
en Guyane, 2004-2010*

## LES PRODUCTEURS DE DONNEES

Observatoire  
Régional de la  
Santé de  
Guyane

Téléphone  
05 94 29 78 00  
Télécopie  
05 94 29 78 01  
Courriel  
[orsg@wanadoo.fr](mailto:orsg@wanadoo.fr)  
Site  
[www.ors-guyane.org](http://www.ors-guyane.org)



Décembre 2011



## **Observatoire Régional de la Santé de Guyane**

**Sous la Présidence du**

**Docteur Roger-Michel LOUPEC**

Espace Bertène JUMINER  
771, rte de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex  
Site : [www.ors-guyane.org](http://www.ors-guyane.org) - E-mail : [orsg@wanadoo.fr](mailto:orsg@wanadoo.fr)

**Sous la Direction de :**

**Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON**

**Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane**

**Etude réalisée et rédigée par :**

**Equipe ORSG**

**Promoteurs :**

Agence Régionale de Santé de la Guyane (ARS)  
66, Rue les Flamboyants  
BP 696 - 97300 Cayenne  
Téléphone : 05 94 25 49 89  
Télécopie : 05 94 25 72 91  
Site internet : [www.ars.guyane.sante.fr](http://www.ars.guyane.sante.fr)

Conseil Régional de la Guyane  
Cité Administrative régionale (CAR)  
Carrefour Suzini - Route de Montabo  
BP 7025 - 97 307 Cayenne  
Téléphone : 05 94 29 20 20  
Télécopie : 05 94 29 20 00  
Site internet : [www.cr-guyane.fr](http://www.cr-guyane.fr)

**Responsable de l'étude :** Equipe de l'ORSG

**Membres du Conseil scientifique de la BDD**

<b>Mme Léonne AGELAS</b>	Pôle des Centres de Santé du Centre Hospitalier André Rosemon de Cayenne (CHAR)
<b>Mme Claude CONAN</b>	Statisticienne de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS)
<b>Dr Jean-Marc FISHER</b>	Agence Régionale de la Santé (ARS)
<b>M. Hugues HORATIUS-CLOVIS</b>	Responsable Inter-Régional Démographie de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)
<b>Dr. André SPIEGEL</b>	Directeur de l'Institut Pasteur de Guyane

## Conseil Scientifique de l'ORSG

<b>Dr Serge PLENET</b>	Président du Conseil Scientifique de l'ORSG, Biologiste Médical
<b>Mme Léonne AGELAS</b>	Pôle des Centres de Santé du Centre Hospitalier André Rosemon de Cayenne (CHAR)
<b>Mme Yvane BERTRAND</b>	Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS)
<b>Dr. Alain BOUIX</b>	Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)
<b>M. Philippe DAMIE</b>	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou son Représentant
<b>M. Claude FLAMAND</b>	Cellule Inter Régional d'Epidémiologie (CIRE)
<b>M. Hugues HORATIUS-CLOVIS</b>	Responsable démographie de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)
<b>Mme Hélène MATHURIN</b>	Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
<b>Dr Mathieu NACHER</b>	Personne es qualité
<b>Dr Etienne PASCOLINI</b>	Médecin Conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) Guyane
<b>Mme Ghislaine PREVOT</b>	Personne es qualité
<b>Dr. André SPIEGEL</b>	Directeur de l'Institut Pasteur de Guyane
<b>M. Claude FLAMAND</b>	Représentant de la Cire Antilles-Guyane

## Conseil d'Administration de l'ORSG

<b>Dr. Roger-Michel LOUPEC</b>	Président du Conseil d'Administration de l'ORSG Conseiller Régional
<b>Mme Aline ABAUL-BALUSTRE</b>	Présidente Ordre National des Pharmaciens Délégation de Guyane
<b>M. Alex ALEXANDRE</b>	Conseiller Général
<b>Dr. Philippe BONNET</b>	Pédiatre, Représentant la CME du CHAR
<b>Mme Aude SEVERIN</b>	Directrice de la Santé et de la Prévention (DSP) ou son représentant
<b>M. Philippe DAMIE</b>	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) ou son Représentant
<b>M. René DORVILLE</b>	Directeur de l'IES
<b>M. Mécène FORTUNE</b>	Conseiller Régional
<b>Dr. Yves HO TCHOU LIONG</b>	Président de l'Ordre des Médecins, Domus Médica ou son représentant
<b>M. Michel MONTLOUIS-DEVA</b>	Conseiller Régional
<b>M. Renaud MORTEMARD DE BOISSE</b>	Président de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane (CGSS)
<b>Mme Isabelle PATIENT</b>	Conseillère Régionale
<b>Dr. André SPIEGEL</b>	Directeur de l'Institut Pasteur
<b>M. Alain TIEN-LIONG</b>	Président du Conseil Général ou son Représentant
<b>M. Jean-Pierre T. ROUMILLAC</b>	Association des Maires ou son Représentant

## L'Equipe de l'ORSG

<b>Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON</b>	Médecin en Santé Publique - Directeur de l'ORSG
<b>Melle Marie-Thérèse DANIEL</b>	Responsable Administratif et Financier
<b>Mme Yana EURYALE</b>	Chargée de la Comptabilité
<b>Mr Jean-Rémy GOUGAUD</b>	Responsable par intérim de la Cellule Etudes
<b>Melle Céline GOBER</b>	Responsable Cellule Documentation
<b>Melle Roselyne MAKALU</b>	Chargée d'études, Cellule Documentation
<b>Melle Priscillia BOMPARD</b>	Chargée d'études, Cellule Etudes
<b>Mme Christelle LARUADE</b>	Assistante d'Etudes - Travaux d'édition/PAO
<b>M. Romain ALLEN</b>	Aide-documentaliste
<b>Mme Sylvaine LAUBE</b>	Assistante de Documentation
<b>Melle Rose MONNY</b>	Assistante de Direction
<b>Mme Jocelyne BOUTIN</b>	Assistante - Cellule administrative et Financière
<b>Mme Céline BIENVENU</b>	Agent polyvalent

**C**e rapport sur les volets « **DIABETE** », « **CANCERS** » et « **INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES** » a été réalisé par l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG) avec le soutien de l'Agence régionale de la santé (ARS) et du Conseil régional de la Guyane.

Nous adressons nos remerciements :

- aux producteurs de données et sources d'informations qui ont bien voulu collaborer en transmettant les chiffres qu'ils possèdent.
- ainsi qu'à tous ceux qui ont permis de faire avancer ce projet de banque de données grâce à leur soutien constant, leur appui méthodologique, notamment tous les membres du Conseil scientifique de la Banque de données, les membres du Conseil scientifique de l'ORSG, les membres des Groupe d'experts «DIABETE », « IST » et « CANCERS » et les membres du Comité de pilotage de la Banque de données.



# C

'est la deuxième phase du recueil d'indicateurs préparé, sous la coordination de

l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG), par un ensemble de partenaires, acteurs, sources et producteurs de données dans le champ de la santé : l'ARS, les centres délocalisés de prévention et de soins, l'INSEE, l'INSERM, le COREVIH, la CGSS, les laboratoires d'analyses médicales, le CIDDIST, l'INVS, le DRSM, l'AGDOC, les Centres de radiologie, le SAE, l'Association DIET, le RCI, les Centres de dialyse, le STATISS, le Réseau Diabète...

L'Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG) a souhaité mettre en place une banque de données infrarégionales qui s'intéresse aux problématiques de santé locales et qui tente d'apporter une réponse au problème d'accès aux données sanitaires.

En effet, en Guyane, un réel besoin de regrouper et de croiser les données sanitaires existe. Actuellement, ces données sont hétérogènes et reposent sur une multiplicité d'acteurs. Dans la région guyanaise, la grande majorité des données relève de l'Etat (services déconcentrés, établissements publics ou de recherche), mais aussi des collectivités locales. Tous mettent à disposition leurs données de manière ponctuelle (après commande) mais l'accès de celles-ci n'est pas facilité.

Vous trouverez dans ce rapport, les premiers chiffres recueillis auprès des producteurs de données qui couvrent la période 2004 à 2009. Le rapport se base sur le modèle établi par la DGS et la DREES dans l'élaboration des indicateurs de santé de la population en France, associés à la loi relative à la politique de santé publique, qui a été publié en juillet 2005.

C'est donc aux partenaires, aux visiteurs et plus largement, au public guyanais que ce recueil est destiné.

Bonne lecture.

Docteur Roger-Michel LOUPEC  
Président du Conseil d'Administration de l'ORS Guyane



**INTRODUCTION .....**

**1. VOLET DIABETE**

- 1.1 PRESENTATION DU GROUPE EXPERT
- 1.2 DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION
- 1.3. CONTEXTE .....
- 1.4. CHOIX DES INDICATEURS .....
- 1.5. FAITS MARQUANTS .....
- 1.6. INDICATEURS
  - 1.6.1 Indicateurs disponibles
  - 1.6.2 Indicateurs non disponibles

**2. VOLET Infection Sexuellement Transmissible**

- 2.1 PRESENTATION DU GROUPE EXPERT
- 2.2 DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION
- 2.3. CONTEXTE .....
- 2.4. CHOIX DES INDICATEURS .....
- 2.5. FAITS MARQUANTS .....
- 2.6. INDICATEURS
  - 2.6.1 Indicateurs disponibles
  - 2.6.2 Indicateurs non disponibles

**3. VOLET CANCERS**

- 3.1 PRESENTATION DU GROUPE EXPERT
- 3.2 DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION
- 3.3. CONTEXTE .....
- 3.4. CHOIX DES INDICATEURS .....
- 3.5. FAITS MARQUANTS .....
- 3.6. INDICATEURS
  - 3.6.1 Indicateurs disponibles
  - 3.6.2 Indicateurs non disponibles

**4. PRESENTATION DES PRODUCTEURS DE DONNEES**

**5. ANNEXES**

- 5.1 Proposition d'études
- 5.2 Règlements
- 5.3 Bibliographie par volet



<b>ADG</b>	Association des diabétiques de Guyane
<b>AFSSAPS</b>	Association française de sécurité sanitaire des produits de santé
<b>AGOM</b>	Association Guyane obésité pour maigrir
<b>ALD</b>	Affection longue durée
<b>AgHbs</b>	Antigène de l'Hépatite B
<b>ALFEDIAM</b>	Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et de l'évaluation en santé
<b>ARS</b>	Agence régionale de la santé
<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>AS</b>	Assurance maladie
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>CANAM</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie des non-salariés
<b>CD4</b>	Cluster de Différenciation 4
<b>CDAG</b>	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
<b>CDPS</b>	Centres délocalisés de prévention et de soins
<b>CépiDC</b>	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm
<b>CGSS</b>	Caisse générale de sécurité sociale
<b>CHAR</b>	Centre hospitalier Andrée Rosemon (centre hospitalier de Cayenne)
<b>CHOG</b>	Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (Franck Joly)
<b>CIDDIST</b>	Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
<b>CMCK</b>	Centre médico-chirurgical de Kourou
<b>COREVIH</b>	Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>DID</b>	Diabète insulino-dépendant
<b>DIM</b>	Département d'information médicale
<b>DNID</b>	Diabète non insulino-dépendant
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>DREES</b>	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
<b>DRSM</b>	Direction régionale du Service médical
<b>DSDS</b>	Direction de la santé et du développement social
<b>ETM</b>	Exonération du ticket modérateur
<b>EUDIP</b>	European Diabetes Indicator Project
<b>FMPS</b>	Fichier médical des professionnels de la santé
<b>FNORS</b>	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
<b>GRSP</b>	Groupement régional de santé publique
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>HBa1C</b>	Hémoglobine glycosylée ou glyquée
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus
<b>HSH</b>	Homme ayant des rapports sexuels avec un autre homme
<b>IMG</b>	Interruption médicale de grossesse
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>inVS</b>	Institut national de Veille Sanitaire
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>IVG</b>	Interruption volontaire de grossesse
<b>LGV</b>	Lymphogranulome Vénérien
<b>MCO</b>	Médecine chirurgie obstétrique
<b>MGEN</b>	Mutuelle générale de l'Education nationale
<b>MNT</b>	Mutuelle nationale territoriale
<b>MSA</b>	Mutuelle sociale agricole
<b>MSLI</b>	Mutuelle section locale interministérielle
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PMI</b>	Protection maternelle et infantile
<b>PRSP</b>	Plan Régional de Santé Publique
<b>RIG</b>	Registre d'issues de grossesses
<b>TPHA</b>	T Pallidum Hemag- glutination Assay
<b>VDRL</b>	Veneral Disease Research Laboratory
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>SAE</b>	Statistique annuelle des établissements de santé
<b>SIS</b>	Système d'information sanitaire
<b>SLM</b>	Sections locales mutualistes
<b>URCAM</b>	Union régionale de caisses d'assurance maladie
<b>URMLG</b>	Union régionale des médecins libéraux de Guyane
<b>ND</b>	Non disponible



Ce recueil d'indicateurs a été commandé par l'Agence régionale de la santé de la Guyane et rentre dans le cadre de l'élaboration du Plan régional de santé publique en 2011.

Il fait suite d'une part au travail en étroite collaboration avec le Dr Alain FONTAINE, Epidémiologiste à la Mission de l'analyse stratégique, de la prospective, de la recherche et de l'appui scientifique (MASPRAS) de la Direction Générale de la santé (DGS) et d'autre part aux réunions de travail de plusieurs groupes d'experts et d'un Conseil scientifique qui, sous l'égide de l'ORSG et de l'ARS, ont été réunis pour proposer et définir les indicateurs prioritaires à suivre pour les volets suivants : Diabète, IST, Cancers.

Comme pour la thématique « Périnatalité » le choix définitif des indicateurs de suivi a été établi selon le processus suivant :

Premièrement, en fonction des indicateurs de suivi mis en avant lors de l'élaboration de l'état des lieux de la problématique nationale, régionale et locale (notamment certains indicateurs de suivi préconisés par le SROS de la Guyane).

Deuxièmement, en fonction de la remontée d'informations des acteurs de terrain enquêtés. A cette occasion, les professionnels de terrain avaient pu s'exprimer et mentionner quels seraient leurs besoins en information pour les problématiques étudiées. La population enquêtée était composée des acteurs œuvrant dans les domaines du Diabète, IST et Cancers.

Pour finir, en fonction des indicateurs préconisés par les acteurs de terrain, les membres du Groupe d'Experts pour chaque thématique ont été étudiés et soumis pour avis aux membres du Conseil scientifique de la BDD.

Ont été recensés les données et/ou indicateurs transmis par nos sources de données partenaires. Les chiffres n'ayant pu être transmis avant l'édition de ce rapport figureront dans le volet d'actualisation.

Ces volets seront actualisés chaque année, dans le cadre du contrat d'objectif 2011-2013 ARS-ORSG, sous la forme de fiches d'indicateurs et cette première partie vient mettre à jour les chiffres, jusqu'à lors disponible au centre de documentation.

Le rapport se présente de la manière suivante: en première partie, vous trouverez la liste des indicateurs retenus et en seconde partie la présentation des sources et producteurs de données ayant participé à cette collecte de données.



# 1. VOLET DIABETE



## 1.1 GROUPE EXPERT DIABETE

<b>Dr. Jean-Yves GIROT</b>	Médecin chef de la Direction régionale du service médical (DRSM).
<b>Mme Jacqueline JEAN-BAPTISTE</b>	Présidente du Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux de Guyane (SNIIL).
<b>Mme Huguette LEON</b>	Présidente de l'Association des diabétiques de Guyane (ADG).
<b>Dr. Roger-Michel LOUPEC</b>	Président de l'Union régionale des médecins libéraux de Guyane (URLMG).
<b>Mme Catherine NAMER</b>	Présidente du Syndicat des infirmiers libéraux de Guyane (SILG).
<b>Dr. Victor SABINE</b>	Président du Réseau Diabète de Guyane.
<b>Mme Jocelyne WATSON</b>	Présidente de l'Association Guyane obésité pour aider à maigrir (AGOM).



## 1.2 DELIMITATION DU CHAMP D' ACTIONS

### Qu'est-ce que le diabète ?

A l'origine, le mot diabète désigne une maladie dans laquelle du sucre est présent dans les urines. Le diabète est une maladie chronique<sup>1</sup> dû à un excès du taux de sucre dans le sang (glycémie).

La valeur normale de la glycémie à jeun est comprise entre 0.80g/l et 1.10g/l. Si ce taux s'élève, c'est une hyperglycémie. Si le taux est supérieur ou égale à 1.26 g/l à jeun, c'est un diabète<sup>2</sup>.

Dans un cas sur dix, le diabète est dû à une absence de production de l'insuline<sup>3</sup> qui maintient la glycémie à un taux normal : c'est le diabète insulino-dépendant (DID, appelé type 1<sup>4</sup>). Il apparaît le plus souvent chez un enfant ou un adolescent (diabète juvénile).

Lorsque l'insuline, même fabriquée à un niveau élevé, n'arrive pas à normaliser la glycémie : c'est l'insulino-résistance du diabète (appelée type 2<sup>5</sup>). 90 % des diabétiques qui ont un diabète non insulino-dépendant (DNID) est dû à une mauvaise efficacité de l'insuline. Il touche des sujets ayant dépassé la quarantaine (diabète de l'âge mûr).

Ce dernier type de diabète (type 2) est favorisé par un terrain à risque. En effet, une prédisposition familiale existe. Mais, le diabète n'apparaîtra que si des circonstances extérieures s'ajoutent : surpoids, sédentarité, alimentation trop riche en sucre et en graisse, absence d'activité physique, prise de certains médicaments...

Le diabète de type 1, plus précoce, est généralement diagnostiqué rapidement à l'occasion d'une complication aiguë (acido cétose le plus souvent) liée au déficit brutal en insuline. Il fait l'objet d'un suivi spécialisé en raison de la gravité de ses complications aiguës.

Plus fréquent, le diabète de type 2 est beaucoup plus insidieux. Il est généralement découvert à un stade avancé, parfois avec déjà les complications liées à l'hyperglycémie chronique. Le surpoids augmente les risques de diabète de type 2 qui est souvent associé à une hypertension artérielle et/ou une dyslipidémie<sup>6</sup>.

L'accumulation de « trop de sucre » dans le sang qui se dépose dans les artères, peut entraîner des complications cardiovasculaires avec des événements majeurs (infarctus du myocarde), mais aussi des handicaps (vue, reins...) si la prise en charge et le traitement ne sont pas satisfaisants.

Ce sont les vaisseaux du fond de l'œil qui sont souvent atteints d'où le terme de rétinopathie<sup>7</sup> diabétique. Aussi, de multiples facteurs sont à l'origine de l'atteinte rénale tant par hyperglycémie que par l'hypertension artérielle associée.

L'atteinte cardiovasculaire constitue la macro angiopathie diabétique. Cette complication touche les coronaires, les artères périphériques en particulier des membres inférieurs, ainsi que les vaisseaux cérébraux. Elle est favorisée par le cumul de facteurs de risque vasculaire comme le tabac, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie.

La neuropathie touche généralement les nerfs des membres inférieurs avec fourmillements et troubles de la sensibilité qui, associés à l'artériopathie, exposent à des risques de plaies souvent torpides. A côté de cette neuropathie périphérique existe une neuropathie dite autonome. Elle touche le tube digestif et l'appareil uro-génital.

---

<sup>1</sup> On ne guérit pas du diabète.

<sup>2</sup> Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

<sup>3</sup> Hormone sécrétée par le pancréas dont le rôle est de garder le sucre dans le sang à un niveau normal.

<sup>4</sup> Type I.

<sup>5</sup> Type II.

<sup>6</sup> Dite aussi hypercholestérolémie essentielle, c'est la forme la plus courante, à composante héréditaire et qui est à l'origine des complications cardiovasculaires.

<sup>7</sup> Principale cause de cas de cécité chez les adultes.

En dehors des complications aiguës, l'hyperglycémie chronique expose à des complications dégénératives. Ces complications sont fortement liées à la durée d'évolution du diabète et on sait qu'au stade de découverte du diabète de type 2, la maladie évolue déjà depuis une dizaine d'années.

De par son aspect chronique, le diabète ne disparaît pas même si le traitement est efficace et normalise la glycémie. La prévention primaire (notamment des complications), l'éducation thérapeutique, le dépistage précoce, les traitements médicamenteux (adaptés à chaque patient), la correction de certains facteurs de risque (surpoids<sup>8</sup>, l'hypertension artérielle ou l'hyperlipidémie) ...sont les principales armes que nous disposons actuellement pour prendre en charge le diabète.

Pour le maintien d'un bon contrôle glycémique, le médecin traitant dispose d'un élément de surveillance biologique : l'hémoglobine glycosylée ou glyquée (HbA1c) mesurée tous les 3 à 4 mois. Ce dosage est le reflet de l'équilibre moyen du diabète.

L'objectif optimal est de normaliser l'hémoglobine glyquée, c'est à dire HbA1c à 6,5 %. Un contrôle de mauvaise qualité, pouvant conduire à un changement de traitement, est la mesure à 2 reprises d'une HbA1c supérieure à 8 %. Entre 6,6 et 8 %, la thérapeutique sera adaptée selon l'appréciation du médecin avec son patient.

Les complications liées au diabète peuvent être prévenues grâce à un bon contrôle habituel, c'est-à-dire par des glycémies maintenues régulièrement entre 0,8 et 1,6 g/l tout au long de la journée.

C'est pourquoi, afin de mettre en place des campagnes de dépistage, de prévention et d'améliorer la prise en charge, il est nécessaire de connaître l'épidémiologie du diabète.

L'étude de la fréquence des maladies (incidence<sup>9</sup>), de leur répartition dans la société, des facteurs de risque et des décès liés à cette maladie constitue des informations indispensables pour la médecine préventive.

---

<sup>8</sup> Chez certains DNID, il existe souvent une surcharge pondérale. Le premier objectif du traitement reposera alors sur la perte de poids et nécessitera une alimentation moins riche et moins abondante.

<sup>9</sup> Nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus pendant une durée donnée, rapporté au nombre de patients à risque pendant la période considérée.

### 1.3. CONTEXTE

Le diabète est une maladie métabolique dont le traitement est complexe. Il est considéré comme un problème important de santé publique en raison de ses conséquences humaines et économiques. Il se caractérise, en effet, par la gravité de ses complications. C'est pourquoi, il fait l'objet d'un programme quadriennal d'actions<sup>10</sup>.

La réalité pathologique du diabète est appréhendée à travers des investigations et de grandes études épidémiologiques. Les données internationales et nationales donnent la pleine mesure du développement actuel de cette pathologie.

#### **Sur le plan mondial**

Le nombre de diabétiques (90 % de type 2) était estimé à 30 millions en 1985. Il est passé de 135 millions en 1995 à 155 millions en 2000. En 2011, plus de 360 millions de personnes seraient touchées par le diabète. Près de 5 millions de morts sont enregistrés et 1 diabétique meurt toutes les 7 secondes dans le monde. Le diabète coûte plus de 340 milliards d'euros par an.

Les projections effectuées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montrent qu'entre 1995 et 2025, la population adulte augmentera de 11 % dans les pays développés et le nombre de diabétiques de type 2 de 42 %. La prévalence du diabète de type 2, qui représente plus de 90 % des cas de diabètes, augmente avec l'âge<sup>11</sup>.

D'une manière générale, le nombre de diabétiques risque de doubler à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle. Une population vieillissante, un terrain héréditaire, une alimentation déséquilibrée (obésité accrue), une absence d'activités physiques, un abaissement du seuil glycémique pris en compte dans la définition... sont les principaux facteurs qui contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète, notamment de type 2.

Pour le siècle prochain, l'OMS précise que le diabète ferait partie des trois maladies les plus importantes avec le cancer et le paludisme.

#### **En France**

Près de 3 millions de personnes seraient atteintes du diabète dont 90 % de type 2 et 10 % sont de type 1. Mais, ce chiffre est largement sous-estimé car une proportion importante de la population n'est pas dépistée ou l'est très tardivement, ce qui contribue à une prévalence élevée des complications liées au diabète (rétinopathie, néphropathie, neuropathie, coronaropathie...) et donc au coût important de leur prise en charge (notamment médicamenteux et sociaux).

La Conférence nationale de santé de 1996 proposait un dépistage tous les 3 à 5 ans des sujets de plus de 45 ans ou ayant des parents diabétiques au premier degré, et un dépistage annuel si le patient avait des facteurs de risque vasculaire comme une hypertension artérielle, une hyperlipidémie, des antécédents de diabète gestationnel (durant la grossesse), une surcharge pondérale (BMI > 28).

La prévalence<sup>12</sup> du diabète est passée de 1,3 % en 1980 à 3 % en 2000 avec une augmentation de 5 % par an entre 1994 et 1998 et de 3,2 % par an entre 1998 et 2000. Selon l'étude de l'Institut de veille sanitaire<sup>13</sup> (InVS), entre 2000 et 2009, le taux de prévalence du diabète traité a progressé de 2,6 % à 4,4 % par an.

Ainsi, il apparaît que le diabète représente aujourd'hui un véritable problème de Santé publique auquel des solutions doivent être apportées, particulièrement dans le domaine de la prévention. Bien que cette maladie soit bien codifiée, la prise en charge aussi est loin d'être optimale. L'amélioration de l'organisation des soins est donc essentielle.

<sup>10</sup> 5 objectifs identifiés au sein du programme national d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2 (2002-2005).

<sup>11</sup> Les fréquences les plus élevées étant observées entre 65 et 75 ans.

<sup>12</sup> Nombre de malades ou malades présents à un moment donné dans une population, que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment.

<sup>13</sup> Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ?, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), N°42-43 du 09 novembre 2010.

Le 29 juillet 2005, le rapport remis au Ministère de la santé pour les orientations gouvernementales en matière de santé pour l'échéance 2008 reprend les deux objectifs phares énoncés dans la loi de santé publique du 9 août 2004 :

- assurer une surveillance conforme aux recommandations de bonne pratique clinique émises par l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies Métaboliques<sup>14</sup>, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la Santé<sup>15</sup> et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé<sup>16</sup> pour 80 % des diabétiques en 2008<sup>17</sup>.
- réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète et notamment les complications cardiovasculaires.

Par ailleurs, les patients atteints de diabète de type 2 ont une mortalité par maladie cardio-vasculaire deux ou trois fois plus élevée que celle de la population générale.

### Dans les départements et territoires d'Outre-mer

La situation est particulièrement préoccupante dans les régions d'Outre-mer qui enregistrent les prévalences les plus fortes : Réunion (8,8 %), Guadeloupe (8,1 %), Martinique (7,4 %) et Guyane (7,1 %). Un sur-risque féminin est enregistré dans ces territoires.

Le diabète de type 2 se caractérise par une prévalence élevée, atteignant 7 à 18 % selon les lieux, périodes et populations considérés, et semble en pleine expansion.

### En Guyane

La prévalence du diabète est mal connue. Elle est estimée supérieure à 10 % par Le Pr. G. CATHELIN du Service de diabétologie de l'Hôpital Saint-Louis à Paris.

### Quelques chiffres sur le diabète en Guyane

**Tableau 1 - Principales causes de décès en Guyane entre 2001-2003 (moyenne annuelle)**

	Nombre	%
Maladies vasculaires cérébrales	63	8,73
Autres symptômes, signes et états morbides mal définis	41	5,7
Accidents de la circulation	39	5,4
Causes inconnues non déclarées	33	4,6
<b>Diabète</b>	<b>24</b>	<b>3,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>100,0</b>

Sources : INSERM/SC8 - Score Santé

Exploitation ORSG

**Tableau 2 - Nombre de décès par diabète entre 2001-2003 (moyenne annuelle)**

	Nombre de décès pour cause de Diabète sucré (E10-E14)	
	Nombre	%
<b>Guyane</b>	<b>24</b>	<b>0,2</b>
Antilles	246	2
Réunion	244	1,8
France métropolitaine	11 800	96
France entière	12 314	100,0

Sources : INSERM/SC8 - Score Santé

Exploitation ORSG

<sup>14</sup> ALFEDIAM.

<sup>15</sup> AFSSAPS.

<sup>16</sup> ANAES.

<sup>17</sup> Actuellement, 16 à 72 % selon le type d'examen complémentaire (données issues de l'étude ENTRED).

Tableau 3 - Répartition des décès par tranche d'âge entre 2001-2003 (moyenne annuelle)

TRANCHE D'ÂGE	Guyane		Antilles		Métropole	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1-14 ans	0	0,0	0	0,0	3	0,0
15-34 ans	0	0,0	2	0,8	25	0,2
35-64 ans	9	37,5	46	18,7	1 298	11,0
65 ans et +	15	62,5	198	80,5	10 474	88,8
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>	<b>11 800</b>	<b>100,0</b>

Sources : INSERM/SC8 - Score Santé

Exploitation ORSG

Tableau 4 - Le diabète\* par sexe et tranche d'âge en Guyane - 2004 à 2007

Age	2004	2005	2006	2007 (5 premiers mois)
> 15 ans				
<i>Homme</i>	1	1	3	0
<i>Femme</i>	1	3	4	0
15-24 ans				
<i>Homme</i>	3	1	2	2
<i>Femme</i>	0	1	5	0
25-34 ans				
<i>Homme</i>	5	6	9	4
<i>Femme</i>	6	9	11	5
35-44 ans				
<i>Homme</i>	18	23	23	13
<i>Femme</i>	31	30	34	14
45-54 ans				
<i>Homme</i>	41	35	44	27
<i>Femme</i>	51	62	59	31
55-64 ans				
<i>Homme</i>	27	50	45	28
<i>Femme</i>	35	42	71	35
65-74 ans				
<i>Homme</i>	17	15	21	14
<i>Femme</i>	24	22	30	14
75 ans et +				
<i>Homme</i>	7	6	9	10
<i>Femme</i>	16	11	17	6
<b>TOTAL</b>				
<i>Homme</i>	<b>119</b>	<b>137</b>	<b>156</b>	<b>98</b>
<i>Femme</i>	<b>164</b>	<b>180</b>	<b>231</b>	<b>105</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

\*Incidence de la demande de prise en charge du diabète (régimes agricole et général).

Tableau 5 - Répartition (en effectif) du type de diabète selon l'âge et le sexe du bénéficiaire  
Année 2004

Tranche d'âge	Diabète sucré Type 1		Diabète sucré Type 2	
	Homme	Femme	Homme	Femme
> 15 ans	1	1	0	0
15-24ans	2	0	1	0
25-34 ans	0	3	5	3
35-44 ans	3	5	15	26
45-54 ans	7	12	34	39
55-64 ans	5	5	22	30
65-74 ans	4	8	13	16
75 ans et +	0	2	7	14
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>36</b>	<b>97</b>	<b>128</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

**Tableau 6 - Répartition (en effectif) du type de diabète selon l'âge et le sexe du bénéficiaire**  
Année 2005

Tranche d'âge	Diabète sucré Type 1		Diabète sucré Type 2	
	Homme	Femme	Homme	Femme
> 15 ans	1	3	0	0
15-24 ans	1	1	0	0
25-34 ans	3	4	3	5
35-44 ans	5	8	18	22
45-54 ans	5	10	30	52
55-64 ans	7	8	43	34
65-74 ans	3	6	12	16
75 ans et +	2	4	4	7
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>44</b>	<b>110</b>	<b>136</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

**Tableau 7 - Répartition (en effectif) du type de diabète selon l'âge et le sexe du bénéficiaire**  
Année 2006

Tranche d'âge	Diabète sucré Type 1		Diabète sucré Type 2	
	Homme	Femme	Homme	Femme
> 15 ans	3	4	0	0
15-24 ans	2	5	0	0
25-34 ans	6	7	3	4
35-44 ans	9	8	14	26
45-54 ans	10	13	34	46
55-64 ans	7	18	38	53
65-74 ans	8	6	13	24
75 ans et +	3	6	6	11
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>67</b>	<b>108</b>	<b>164</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

**Tableau 8 - Nombre de diabétiques selon la zone d'habitation en Guyane 2004 à 2007**  
(en incidence annuelle)

	2004	2005	2006	2007 (5 premiers mois)
<b>Zone Est</b>				
Camopi	0	0	0	2
Cayenne	101	96	167	68
M-Tonate	7	13	15	6
Matoury	42	45	61	26
M-Tonnégrande	1	2	4	0
Ouanary	0	0	0	0
Régina	0	1	0	0
R-Montjoly	26	30	26	23
Roura	3	2	4	1
Saint-Georges	7	0	4	1
<b>Zone Ouest</b>				
Apatou	4	2	2	0
A-Yalimapo	0	1	5	0
Grand-Santi	1	4	4	0
Maripasoula	7	4	8	1
Mana	6	32	20	6
Papaïchton	3	1	1	0
Saint-Laurent	25	40	25	20
Saül	0	0	0	0
<b>Zone Centre</b>				
Kourou	24	22	22	3
Iracoubo	2	8	2	0
Saint-Elie	0	0	0	0
Sinnamary	8	4	10	5
<b>TOTAL</b>				
<b>Zone Est</b>	<b>187</b>	<b>18</b>	<b>281</b>	<b>127</b>
<b>Zone Ouest</b>	<b>46</b>	<b>349</b>	<b>65</b>	<b>27</b>
<b>Zone Centre</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>8</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

**Tableau 9 - Evolution du diabète, affection exonérante en Guyane entre 2004-2006**

ANNEE	NOMBRE	%	TOTAL DES EXONERATIONS
2004	283	21,1	1 342
2005	317	20,7	1 539
2006	387	22,1	1 754

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

**Tableau 10 - Répartition des consultations pour diabète par centre/poste de santé en 2006**

Structures de de santé	Chiffres ANNEE 2006	
	Nb	%
Antécume-Pata	15	1,4
Elahé	0	0,0
Twenké	0	0,0
Maripasoula	357	32,4
Papaïchton	110	10,1
Grand-Santi	217	20,0
Apatou	387	35,6
<b>Total Maroni</b>	<b>1 086</b>	<b>39,9</b>
Trois-Sauts	17	3,8
Camopi	8	1,8
Saint-Georges	405	91,4
Ouanary	13	2,9
<b>Total Oyapock</b>	<b>443</b>	<b>16,3</b>
Awala-Yalimapo	159	43,6
Iracoubo	1	0,3
Javouhey	191	52,3
Organabo	2	0,5
Tonnégrande <sup>1</sup>	12	3,3
<b>Total Littoral Ouest</b>	<b>365</b>	<b>13,4</b>
<b>Régina</b>	<b>518</b>	<b>74,6</b>
Cacao	48	6,9
Roura*	0	0,0
Kaw	128	18,4
<b>Total Littoral Est</b>	<b>694</b>	<b>25,5</b>
Saül	133	97,8
Saint-Elie <sup>2</sup>	3	2,2
<b>Total Arrière pays</b>	<b>136</b>	<b>5,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2 724</b>	<b>100,00</b>

Source : Département des centres de santé (DCS),  
Système d'information sanitaire (SIS)

Exploitation ORSG

**Tableau 11 - Répartition des diagnostics cliniques par sexe pour diabète dans les centres de soins de Guyane en 2006**

Code CIM	Diagnostics	H	F	ND*	TOTAL
E10	Diabète sucré insulino-dépendant	176	358	16	550
E11	Diabète sucré non insulino-dépendant	285	356	23	664
E14	Diabète sucré sans précision	14	18	2	34
	<b>TOTAL</b>	<b>475</b>	<b>732</b>	<b>41</b>	<b>1 248</b>
	%	38,0	58,7	3,3	100,0

Source : Département des centres de santé (DCS),  
Système d'information sanitaire (SIS)

\* ND : champ non renseigné

Exploitation ORSG

**Tableau 12 - Répartition des diagnostics cliniques par âge et par type de diabète dans les CPS en 2006**

Tranches d'âge	E10 Diabète sucré insulino-dépendant		E11 Diabète sucré non insulino-dépendant		E14 Diabète sucré, sans précision		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Moins de 15 ans	2	0,4	10	1,5	0	0,0	12	1,0
15-24 ans	5	0,9	9	1,4	1	2,9	15	1,2
25-54 ans	179	32,5	301	45,3	16	47,1	496	39,7
55-64 ans	80	14,5	175	26,4	7	20,6	262	21,0
Plus de 65 ans	280	50,9	163	24,5	9	26,5	452	36,2
ND	5	0,7	6	0,9	1	2,9	11	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>550</b>	<b>100,0</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>1 248</b>	<b>100,0</b>

Source : Département des centres de santé (DCS),  
Système d'information sanitaire (SIS)

Exploitation ORSG

**Tableau 13 - Répartition des diagnostics cliniques par âge et par type de diabète dans les CPS en 2006**

	E10 Diabète sucré insulino-dépendant				E11 Diabète sucré non insulino-dépendant				E14 Diabète sucré, sans précision				TOTAL
	H	F	ND	T	H	F	ND	T	H	F	ND	T	
Antécume-Pata	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Maripasoula	23	28	0	51	27	59	2	88	5	2	0	7	146
Papaïchton	1	4	0	5	1	16	0	17	0	0	0	0	22
Grand-Santi	0	2	0	2	9	10	1	20	3	3	1	7	29
Apatou	9	15	1	25	17	40	1	58	0	0	0	0	83
<b>TOTAL MARONI</b>	<b>33</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>54</b>	<b>125</b>	<b>4</b>	<b>182</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>281</b>
Camopi	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	1	1	3
Saint-Georges	50	104	3	157	38	92	0	130	0	0	3	0	290
Ouanary	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL OYAPOCK</b>	<b>50</b>	<b>104</b>	<b>3</b>	<b>157</b>	<b>39</b>	<b>93</b>	<b>0</b>	<b>132</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>293</b>
Awala-Yalimapo	0	0	0	0	25	25	3	53	0	2	0	2	55
Iracoubo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Javouhey	8	5	4	17	26	36	3	65	1	1	0	2	84
Organabo	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tonnégrande	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
<b>TOTAL LITTORAL OUEST</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>61</b>	<b>6</b>	<b>119</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>141</b>
Régina	53	157	8	218	111	70	12	193	4	3	0	7	418
Cacao	6	1	0	7	3	5	0	8	1	1	1	3	18
Kaw	22	41	0	63	0	2	0	2	0	0	0	0	65
<b>TOTAL LITTORAL EST</b>	<b>81</b>	<b>199</b>	<b>8</b>	<b>288</b>	<b>114</b>	<b>77</b>	<b>12</b>	<b>203</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>501</b>
Saint-Elie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
Saül	3	0	0	3	26	0	1	27	0	0	0	0	20
<b>TOTAL ARRIERE PAYS</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>22</b>
<b>TOTAL CPS</b>	<b>176</b>	<b>358</b>	<b>16</b>	<b>550</b>	<b>285</b>	<b>356</b>	<b>23</b>	<b>664</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>1 248</b>

Source : Département des centres de santé (DCS),  
Système d'information sanitaire (SIS)

Exploitation ORSG

\*\*\* Les éléments du champ d'investigation et du contexte démontrent la nécessité de connaître la prévalence, l'incidence du diabète, notamment le type 2 ainsi que de permettre le suivi des complications qui lui sont liées. C'est le but de ce travail de recueil d'indicateurs auprès des sources et producteurs de données.

## 1.4. CHOIX DES INDICATEURS

Le groupe d'Experts du volet DIABETE et le Conseil scientifique de la Banque de données ont choisi 15 indicateurs, qui se répartissent de la manière suivante :

- 2 indicateurs pour l'axe « INFORMATION et DEPISTAGE » ;
- 4 indicateurs de « FREQUENCE » ;
- 2 indicateurs de « SURVEILLANCE ET DE PRISE EN CHARGE » ;
- 3 indicateurs pour aborder les « COMPLICATIONS ET MORTALITE LIEES AU DIABETE » et ;
- 4 indicateurs pour traiter l'« OFFRE DE SOINS » dans ce domaine.

### 1.4.1 INFORMATION ET DEPISTAGE DU DIABETE

Afin de prévenir l'apparition du diabète, il est nécessaire de disposer de données sur « **L'INFORMATION** » qui est apportée à la population ou reçue par celle-ci et le « **DEPISTAGE** » de cette maladie.

Comme pour toute affection, la **prévention** demeure essentielle. Lorsque celle-ci s'avère insuffisante, le **dépistage** doit être envisagé au plus tôt car il s'agit en priorité de traiter les personnes malades afin de retarder ou diminuer les complications. Le dépistage, qu'il soit réalisé auprès de la population générale ou auprès de populations à risque (dépistage ciblé), est complémentaire de la prévention.

Pour ce faire, 2 indicateurs ont été retenus :

- Indic. 1. Le nombre de personnes qui ont participé à des réunions d'informations sur le diabète et ;
- Indic. 2. Le nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques.

Le premier indicateur permettrait d'estimer le nombre de personnes qui a reçu une information, qui a assisté à des actions ou a été sensibilisé à des messages de prévention sur le sujet.

Le second indicateur reflète l'activité liée au dépistage dans le cadre de campagnes d'informations.

Pour ces 2 indicateurs, le Réseau Diabète est l'institution source qui a été sélectionnée par les groupes de travail. En effet, dans le cadre de ses missions, le Réseau Diabète organise des actions de prévention et des campagnes de dépistage (pivot de son action), qu'elles soient ponctuelles ou pas.

*\*\*\* Le but de ces 2 indicateurs est de connaître ce qui est réalisé en amont. Par ce biais, les besoins d'informations peuvent aussi être recensés. L'accès à une meilleure information pour l'ensemble des Guyanais est également recherché.*

### 1.4.2 FREQUENCE DU DIABETE

Pour estimer cette fréquence, les indicateurs suivants ont été retenus :

- Indic. 3. Le nombre de patients diabétiques qui ont eu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux et insuline (Prévalence) ;
- Indic. 4. Le nombre de patients diabétiques dans les centres de prévention et de soins (Prévalence) ;
- Indic. 5. Le nombre d'Affections longue durée (ALD) pour diabète (Incidence) et ;
- Indic. 6. Le nombre d'Exonérations du ticket modérateur (ETM) pour diabète (Prévalence).

Le nombre de patients diabétiques qui ont eu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux et insuline reflète la consommation de soins par les diabétiques, le nombre de diabétiques traités par les caisses et les mutuelles. Ainsi, il permettra de mieux cibler les diabétiques et d'éliminer le diabète gestationnel.

Pour cet indicateur, nous devons distinguer le régime général stricto sensu<sup>18</sup> et les sections locales mutualistes<sup>19</sup> (SLM). Les bases de données des sections locales mutualistes ne sont pas alimentées de la même manière que le régime général. Du fait que les tables de ces sections ne soient pas toujours complètes, il est difficile d'extraire des informations fiables.

C'est pourquoi, pour cet indic. 3., la Caisse générale de sécurité sociale a été privilégiée.

Afin de compléter l'information que l'on obtiendra auprès de la Caisse générale, il a semblé intéressant de rajouter un indicateur (4.) sur le nombre de patients diabétiques dans les centres de prévention et de soins (CPS).

Les CPS sont des entités de proximité qui prennent en charge les populations localisées majoritairement en zones isolées. Il s'agit alors de connaître les patients diabétiques qui sont suivis par ces structures de santé.

Le Département des centres de prévention et de soins (DCPS) utilise le formulaire de consultation dans lequel est précisé le code CIM10 du motif de consultation. Ayant mis en place un système d'information sanitaire (SIS) opérationnel, le DCPS est la source qui a été retenue. Les chiffres issus du SIS pourraient être comparés avec ceux du Réseau Diabète.

Le « nombre d'Affections longue durée (ALD) pour diabète » (Indic. 5) ne permet pas de connaître directement la prévalence classique du diabète mais semble utile pour notre recueil. C'est la prévalence estimée dite « médico sociale » de l'affection 8 (diabète) de la liste des 30 ALD. Cet écart est dû par exemple aux :

- malades qui peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur à un autre titre ;
- malades qui ne font pas forcément valoir leurs droits vis-à-vis de l'Assurance maladie pour des raisons de confidentialité ou de couverture complémentaire satisfaisante ;
- malades qui ne remplissent pas les conditions médicales de gravité édictées par le Haut comité médical de la Sécurité sociale pour l'exonération du ticket modérateur.

La principale source de données qui couvre l'ensemble du territoire est la base de données constituée par le régime général de l'Assurance maladie sur les affections relevant de la réglementation sur les 30 affections de longue durée inscrites sur liste (ALD). Les patients, inscrits sur l'une de ces affections de longue durée bénéficient de l'exonération du ticket modérateur. Cette base de données est gérée par la Direction régionale du service médical de Guyane.

Le nombre d'Exonérations du ticket modérateur (ETM), accordé pour certaines affections telles que le diabète, représente une autre approche de la morbidité.

Cet indic. 6 donne une indication du nombre de diabétiques pris en charge par la caisse ; met en évidence le nombre de patients pour lesquels le diabète devient une affection « handicapante » si on considère qu'un patient bénéficie d'une exonération du ticket modérateur dès lors que le prolongement de son traitement thérapeutique devient coûteux.

*\*\*\* Le recueil de ces 4 indicateurs, axé sur la FREQUENCE, permettra d'avoir une vision globale des personnes diabétiques sur l'ensemble du territoire guyanais, en fonction de leur zone d'habitation (Est et Ouest), de leur sexe et tranche d'âge.*

---

<sup>18</sup> Tous les travailleurs salariés qui ne sont pas dans la fonction publique.

<sup>19</sup> Mutuelles des fonctionnaires et des étudiants.

### 1.4.3 SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DU DIABETE

Le diabète est une maladie qui nécessite une prise en charge spécifique, c'est pourquoi 2 indicateurs clés ont été sélectionnés, à savoir :

- Indic. 7. Le nombre de patients diabétiques qui ont eu un dosage spécifique : hémoglobine glyquée (Hba1c), micro albuminurie, créatininémie et ;
- Indic. 8. La proportion de patients diabétiques qui ont eu dans l'année au moins une consultation spécialisée.

Le suivi biologique du contrôle glycémique repose sur la réalisation régulière (tous les 3-4 mois, par patient et par an) du dosage de l'hémoglobine glyquée.

Cet indic. 7 a été choisi car il reflète l'équilibre glycémique des 3 derniers mois et du bon suivi du patient diabétique et pourra être obtenu auprès de la Caisse générale de sécurité sociale qui prend en charge les examens qui sont réalisés dans les laboratoires privés ou publics (et qui détiennent des données brutes). Il est à noter que les examens qui sont fait à l'hôpital ne seront pas tracés par la Caisse.

La proportion de patients diabétiques qui ont eu dans l'année au moins une consultation spécialisée (Indic. 8.) est également le reflet du bon suivi selon les recommandations de la Haute autorité de santé qui préconise que tous les patients diabétiques doivent pouvoir accéder à une consultation multidisciplinaire annuelle. Par exemples : le fond d'œil et l'électrocardiogramme sont des examens importants.

La Direction régionale du service médical (DRSM) peut nous transmettre cet indicateur. Leurs chiffres pourront être croisés avec le nombre de diabétiques traités afin de connaître la proportion de diabétiques qui ne bénéficierait pas d'un bon suivi de leur maladie.

*\*\*\* La finalité de ces 2 indicateurs est de savoir si les patients diabétiques sont bien suivis et pris en charge par les structures de santé.*

### 1.4.4 COMPLICATIONS ET MORTALITE DU DIABETE

Pour cette rubrique, 3 indicateurs semblent utiles à notre travail de recueil :

- Indic. 9. Le nombre d'hospitalisations de patients diabétiques pour complication(s) ;
- Indic. 10. Le nombre de patients diabétiques dialysés ;
- Indic. 11. Le nombre annuel moyen de décès pour diabète ;

Le nombre d'hospitalisations de patients diabétiques pour complication(s) est un indicateur de prévalence des complications du diabète au sein de la population de diabétiques. En effet, les complications les plus graves font l'objet d'hospitalisations qui sont effectuées dans les unités de soins.

Les bases de données qui seront consultées sont celles du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le PMSI est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, qui repose sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique<sup>20</sup> sont recueillis un diagnostic principal<sup>21</sup>, un diagnostic relié et des diagnostics associés, ainsi que les actes effectués au cours du séjour. Les diagnostics sont codés selon la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> révision (CIM10) et les actes selon la Classification des Actes Médicaux (CdAM) ou la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Le croisement des différentes variables statistiques recueillies pendant le séjour permet de classer chacun de ces séjours dans un Groupe homogène de malade (GHM).

Les données présentées concernent des séjours et non des patients<sup>22</sup>. Sauf mention contraire, ces données reposent uniquement sur l'exploitation du diagnostic principal.

Cet indicateur pourra être obtenu auprès des Départements d'information médicale (DIM) des établissements de santé qui exploitent les fichiers du PMSI.

#### Le nombre de patients diabétiques dialysés (Indic. 10.)

Il s'agit, comme pour la plupart des indicateurs, de réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète. L'indic. 10. est le reflet de l'insuffisance rénale. Ces données seront relevées essentiellement dans les structures hospitalières qui disposent de ces services.

La question a été de savoir si les centres de dialyse de Cayenne et Kourou participent au Réseau Rein, coordonné par l'Agence de Biomédecine.

Le nombre annuel moyen de décès pour diabète (Indic. 11) reflète le degré de mortalité dû au diabète. Les décès et, particulièrement les décès prématurés, constituent la conséquence la plus grave de cette affection.

Les causes de mortalité liées au diabète doivent être étudiées afin de suivre l'évolution de cette maladie. Les données proviendraient de la statistique nationale des causes de décès de l'INSERM. La cause de décès est codifiée par cette institution à l'aide du certificat de décès rédigé par le médecin qui constate le décès. Les causes de décès s'appuient sur la classification internationale des maladies -10<sup>ème</sup> révision (CIM 10).

*\*\*\* Les complications et la mortalité liées au diabète sont des indications d'une amélioration ou d'une dégradation de la santé des populations.*

### 1.4.5 OFFRES DE SOINS POUR DIABETE

Pour cette thématique, 4 indicateurs ont été retenus :

- Indic. 12. Effectifs et densités des professionnels de santé libéraux (médecins cardiologues, néphrologues, diététiciens, infirmiers, ophtalmologues, pédicures podologues, etc.)
- Indic. 13. Nombre de service(s) de diabétologie
- Indic. 14. Nombre d'angiographies, de rétinographies
- Indic. 15. Nombre de professionnels de santé adhérents du Réseau Diabète de Guyane

Ces 4 indicateurs sur l'offre de soins nous informe sur le niveau de ressources, le plateau technique d'une région... Les données déclinées ci-dessus proviendraient des statistiques et indicateurs de la santé et du social des agences régionales de santé Antilles Guyane (STATISS) et du Réseau Diabète.

---

<sup>20</sup> PMSI MCO.

<sup>21</sup> Défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

<sup>22</sup> Un patient hospitalisé à plusieurs reprises est comptabilisé autant de fois qu'il est hospitalisé.

## 1.5. FAITS MARQUANTS

### Participation active aux réunions d'informations organisées par le Réseau Diabète

- Pour la période 2005 à 2007, plus de 1 400 personnes en moyenne (grand public et professionnels de santé) ont assisté à ces réunions d'informations.
- En 2007 : une légère baisse est à observer en raison de la restructuration des réseaux de santé, notamment en Guyane.
- Depuis 2008, le nombre de participants est en constante augmentation.

### 8 % de la population dépistée entre 2005 et 2007 est diagnostiquée diabétique par le Réseau

- Parmi les 1 250 personnes dépistées en moyenne par an par le Réseau, plus de 8 % ont été diagnostiquées diabétiques.
- Les femmes sont plus touchées par le diabète que les hommes pour la période concernée.
- La proportion de diabète de type 2 est importante parmi les personnes diagnostiquées.

### Des admissions en ALD et des Exonérations du ticket modérateur pour diabète nombreuses

- En 2006, par exemple, l'ALD N°8 totalisait 22 % du total des ALD. Entre 2008 et 2009, plus de 450 nouveaux cas d'admissions en ALD selon les chiffres de la CNAMTS.
- Les demandes en ALD sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.
- Entre 2004 et 2008, le nombre d'exonérations ne cesse de croître pour se stabiliser entre 2008 et 2009.

Tableau 14 - Répartition des personnes en ALD pour Diabète type 1 et 2 - Année 2008 et 2009

	2008	2009
<b>Personnes en ALD 8</b>	3475	3925

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Exploitation ORSG

Tableau 15 - Répartition du nombre d'ETM pour Diabète type 1 et 2 en Guyane

Code département	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	973	France Ent.												
<b>Nombre d'ETM pour ALD 8</b>	301	134491	343	146792	386	154793	535	177720	587	184862	622	189234	622	208874

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Exploitation ORSG

### Des professionnels de santé, qu'ils exercent en libéral ou en milieu hospitalier, s'impliquent dans la problématique du diabète

- Le nombre de professionnels de santé adhérents au Réseau Diabète de Guyane est passé de 47 en 2004 à 134 en 2010.



## 1.6. INDICATEURS

### Liste des indicateurs

Indicateurs	Sources Type d'enquêtes	Disponibilité	Page
<b>INFORMATION ET DEPISTAGE DU DIABETE</b>			
Nombre de personnes qui ont participé à des réunions d'information sur le diabète	Réseau Diabète	2005-2010	
Nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques	Réseau Diabète	2005-2007	
<b>FREQUENCE DU DIABETE</b>			
Nombre de patients diabétiques qui ont eu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux et insuline (Prévalence)	Caisse générale de sécurité sociale + Régime social des indépendants (RCI)		
Nombre de diabétiques dans les centres de prévention et de soins (CPS)	Département des centres de prévention et de soins (DCPS)		
Nombre d'Affections Longue Durée (ALD) pour diabète (Incidence)	Direction Régionale du Service Médical (DRSM)	2004-2007	
Nombre d'Exonérations du ticket modérateur (ETM) pour diabète	DRSM	2004-2007	
<b>SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DU DIABETE</b>			
Nombre de patients diabétiques qui ont eu un dosage spécifique : hémoglobine glyquée (HbA1c) micro albuminurie, créatininémie	CGSS		
Proportion de patients diabétiques qui ont eu dans l'année au moins une consultation spécialisée	CGSS		
<b>COMPLICATIONS ET MORTALITE LIEES AU DIABETE</b>			
Nombre d'hospitalisation(s) de patients diabétiques pour complications	DIM des établissements de santé (PMSI)		
Nombre de patients diabétiques dialysés	Centre de dialyse des établissements de santé	2011 (CHAR)	
Nombre annuel moyen de décès pour diabète	Inserm CepiDC	2004-2009	
<b>OFFRE DE SOINS POUR DIABETE</b>			
Effectifs et densités des professionnels de santé libéraux (médecins cardiologues, néphrologues, diététiciens, infirmiers, ophtalmologues, pédicures podologues)	ARS STATISS	2004-2009	
Nombre de service(s) de diabétologie	STATISS Réseau Diabète		
Nombre d'angiographies, de rétinographies	ARS Réseau Diabète		
Nombre de professionnels de santé qui a adhéré au Réseau Diabète de Guyane	Réseau Diabète de Guyane	2004-2010	



## 1.6.1 LISTE DES INDICATEURS DISPONIBLES

Indicateurs	Sources Type d'enquêtes	Page	
<b>INFORMATION ET DEPISTAGE DU DIABETE</b>			
Nombre de personnes qui ont participé à des réunions d'information sur le diabète	Réseau Diabète		
Nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques	Réseau Diabète		
<b>FREQUENCE DU DIABETE</b>			
Nombre de diabétiques dans les centres de prévention et de soins (CPS)	Département des centres de prévention et de soins (DCPS)		
Nombre d'Affections Longue Durée (ALD) pour diabète (Incidence)	Direction régionale du service médical (DRSM)		
Nombre d'Exonérations du Ticket Modérateur (ETM) pour diabète	DRSM		
<b>COMPLICATIONS ET MORTALITE LIEES AU DIABETE</b>			
Nombre de patients diabétiques dialysés	Centre de dialyse des établissements de santé		
Nombre annuel moyen de décès pour diabète	Inserm CepiDC		
<b>OFFRE DE SOINS POUR DIABETE</b>			
Effectifs et densités des professionnels de santé libéraux (médecins cardiologues, néphrologues, diététiciens, infirmiers, ophtalmologues, pédicures podologues)	ARS STATISS		
Nombre de service(s) de diabétologie	Etablissements de santé Réseau Diabète		
Nombre d'angiographies, de rétinographies	Etablissements de santé Réseau Diabète		
Nombre de professionnels de santé qui a adhéré au Réseau Diabète de Guyane	Réseau Diabète de Guyane		

## INFORMATION ET DEPISTAGE DU DIABETE

### Indicateur : Nombre de personnes qui ont participé à des réunions d'information sur le diabète

Objectif(s)

#### DESCRIPTION

Numérateur (N)

Sous-groupes (strates) Tout public

Décompositions (N)

Niveau d'agrégation Par zone géographique

Périodicité de la mesure Annuelle

Indicateurs nationaux  
internationaux

Dernier résultat connu Année 2010

#### ELABORATION ET QUALITES

Origine(s) Réseau Diabète de Guyane

Mode de collecte

Organisme(s) responsable(s)  
de la collecte Réseau Diabète de Guyane

Service responsable  
de la synthèse des données

#### INTERPRETATION

Limites et biais connus Cet indicateur mesure l'activité du réseau. Bien que demeurant imprécis, il permet d'estimer ce qui est fait en prévention.

Modalités d'interprétation

#### COMMENTAIRE

Jusqu'en 2007, le Réseau Diabète de Guyane organisait des réunions et des campagnes d'informations. Depuis l'évaluation des réseaux en 2007, l'ARS a demandé au Réseau de travailler avec les professionnels de santé.

## RESULTATS

Tableau 1 - Nombre de personnes qui ont participé à des réunions d'information sur le diabète

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Grand public</b>	NC	992	1691	1107	441	838	958
<b>Professionnels de santé</b>	NC	76	85	333	245	153	309
<b>TOTAL</b>	NC	1068	1776	1440	686	991	1267

Source : Réseau Diabète Guyane

Exploitation : ORSG

## INFORMATION ET DEPISTAGE DU DIABETE

### Indicateur : Nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques

<b>Objectif(s)</b>	- Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète. - Améliorer les actions de dépistage <sup>23</sup> .
--------------------	--

### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques au cours de l'année n
<b>Dénominateur</b>	Nombre de personnes qui ont été dépistées au cours de l'année
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence, type de diabète (I et II)
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	
<b>Dernier résultat connu</b>	Année 2007

### ELABORATION ET QUALITES

<b>Origine(s)</b>	Réseau Diabète
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Réseau Diabète
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	

### INTERPRETATION

#### Limites et biais connus

#### Modalités d'interprétation

### COMMENTAIRE

La Haute autorité de santé (HAS) a établi des recommandations en matière de dépistage du diabète en février 2003. Les experts recommandent un dépistage opportuniste ciblé auprès des sujets de plus de 45 ans ayant au moins un facteur de risque du diabète et auprès des sujets de plus de 45 ans en situation de précarité, avec ou sans autre facteur de risque associé, tous les 3 ans. Ce dépistage doit être réalisé par une mesure de glycémie à jeun, réalisée en laboratoire. Des actions locales et ponctuelles de dépistage sont réalisées par les associations de patients avec la participation de certaines collectivités territoriales et par certaines unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM).

<sup>23</sup> Loi de santé publique de 2004. Objectif 55.

## RESULTATS

Tableau 2 - Nombre de personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques sur le littoral (selon le sexe)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépistées	NC	956	1691	1107			
Diagnostiquées	NC	104	95	103			
Femmes (%)	NC	85	70	82			
Hommes (%)	NC	15	30	18			
Taux de dépistés diabétiques (%)	NC	11	5,61	9,30			

Source : Réseau Diabète de Guyane

Exploitation : ORSG

Tableau 3 - Proportion du Diabète de Type 2 parmi les personnes qui ont été diagnostiquées diabétiques

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépistées	NC	956	1691	1107			
Diagnostiquées	NC	104	95	103			
Proportion DT2	NC	100	99	100			

Source : Réseau Diabète de Guyane

Exploitation : ORSG

\*\*\* Le Réseau Diabète de Guyane ne disposait de données que pour le littoral.

## FREQUENCE DU DIABETE

<b>Indicateur : Nombre de patients diabétiques dans les Centres de prévention et de soins (CPS)</b>	
<b>Objectif(s)</b>	Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète <sup>24</sup> .
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients suivis pour diabète dans les CPS au cours de l'année n
<b>Dénominateur</b>	Sur le nombre total de patients suivis au cours de l'année
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence, type de diabète (I et II)
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	
<b>Dernier résultat connu</b>	
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Département des centres de prévention et de soins (DCPS) - outil : Système d'information sanitaire (SIS)
<b>Mode de collecte</b>	Formulaire de consultation dans lequel est précisé le code CIM10 du motif de consultation
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Département des centres de prévention et de soins (DCPS)
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Département des centres de prévention et de soins (DCPS)
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Limites et biais connus</b>	Ne comprend que les personnes fréquentant les centres de prévention et de soins.
<b>Modalités d'interprétation</b>	Connaître le nombre de patients diabétiques suivis dans les communes de l'intérieur guyanais.
<b>COMMENTAIRE</b>	
* A défaut de pouvoir obtenir cet indicateur, ce dernier peut être remplacé par l'indicateur « Nombre de consultations pour diabète dans les centres de prévention et de soins ». C'est une autre manière d'avoir une indication du nombre de consultations dans les CPS. A ne pas confondre avec une estimation du nombre de malades.	
* Les chiffres issus du Système d'information sanitaire (SIS) du Département des centres de prévention et de soins (DCPS) devraient être comparés avec ceux du Réseau Diabète.	

<sup>24</sup> Loi de santé publique de 2004. Objectif 55.

## **RESULTATS**

**En attente de données**

## FREQUENCE DU DIABETE

<b>Indicateur : Nombre d'Affections longue durée (ALD) pour diabète (Incidence)</b>	
<b>Objectif(s)</b>	- Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète - Améliorer les actions de dépistage <sup>25</sup>
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de nouveaux cas d'admission en ALD pour diabète
<b>Dénominateur (D)</b>	
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence, type de diabète (I et II)
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	
<b>Dernier résultat connu</b>	2007 (5 premiers mois)
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Fiabilité</b>	
<b>Mode de calcul</b>	
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Limites et biais connus</b>	Les informations de la DRSM sont médico-administratives. Par exemple, une demande d'ALD pour diabète pour 2007 ne signifie nullement que cette pathologie ait débuté en 2007 ou soit connu depuis cette date. Pour l'année retenue en incidence, il s'agit de l'année de début d'exonération accordée, qui n'est pas forcément la même que celle de l'avis donnée par le DRSM.
<b>Modalités d'interprétation</b>	La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) préfère utiliser le terme d'incidence médico-sociale des ALD. Apporte des informations sur le circuit de traitement des dossiers (nombre de dossier, temps d'attente par avis, etc.)
<b>COMMENTAIRE</b>	

<sup>25</sup> Loi de santé publique de 2004. Objectif 55.

## RESULTATS

Tableau 4 - Incidence des admissions en ALD 30 pour diabète en Guyane

	2004	2005	2006	2007 (5 premiers mois)
ALD N° 8 (Diabète)	283	317	387	203
Total Effectifs ALD	1 342	1 539	1 754	904

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

Tableau 5 - Affections de longue durée (ALD) : admissions en Guyane par sexe et par âge (moyenne annuelle)

Tranche d'âge	Hommes		Femmes		TOTAL	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
> 15 ans	2	1	3	1	4	1
15-24 ans	2	1	2	1	4	1
25-34 ans	7	5	9	4	15	5
35-44 ans	21	16	32	17	53	16
45-54 ans	40	29	58	30	97	30
55-64 ans	40	30	49	26	90	27
65-74 ans	18	13	25	13	43	13
75 ans et +	7	5	15	8	22	7
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

## FREQUENCE DU DIABETE

<b>Indicateur : Nombre d'Exonérations du ticket modérateur (ETM) pour diabète (Prévalence)</b>	
<b>Objectif</b>	Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète.
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients bénéficiant de l'Exonération du ticket modérateur (ETM) pour diabète au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année n
<b>Dénominateur (D)</b>	
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence Insulino dépendant
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Dernier résultat connu</b>	Année : Valeur :
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Limites et biais connus</b>	La Caisse nationale d'assurance maladie (CANAM) et la Mutualité sociale agricole (MSA) ne couvrent pas l'ensemble de la population. Exclusion des personnes qui bénéficient déjà de l'exonération à un autre titre et celles qui n'ont pas fait la demande parce qu'elles possèdent déjà une aide médicale gratuite ou une couverture complémentaire suffisante. Donc biais spatial et social. - Montre l'avancée de la gravité de la maladie. - Donne une estimation du nombre de diabétiques recensés par les caisses.
<b>Modalités d'interprétation</b>	- Met en évidence le nombre de patients pour lesquels le diabète devient une affection « handicapante » si on considère qu'un patient bénéficie d'une exonération du ticket modérateur lorsque l'on considère que le prolongement de son traitement thérapeutique sera coûteux.
<b>COMMENTAIRE</b>	
* Le remboursement des frais d'assurance maladie, dans le cadre du régime général de la sécurité sociale, n'est pas intégral. Il est modulé et l'assuré prend en charge une partie de la dépense appelée « ticket modérateur » dont le taux varie en fonction de la nature des soins. Dans certains cas, le remboursement des soins est pris en charge intégralement à 100 %, on parle d'Exonération du ticket modérateur (ETM).	

## RESULTATS

Tableau 6 - Nombre d'ETM\* pour diabète en Guyane

		2004	2005	2006	2007 (5 premiers mois)
Diabète de type 1	<i>Homme</i>	22	27	48	18
	<i>Femme</i>	36	44	67	13
Diabète de type 2	<i>Homme</i>	97	110	108	80
	<i>Femme</i>	128	136	164	92
<b>TOTAL</b>	<b><i>Homme</i></b>	<b>119</b>	<b>137</b>	<b>156</b>	<b>98</b>
	<b><i>Femme</i></b>	<b>164</b>	<b>180</b>	<b>231</b>	<b>105</b>

Source : Direction régionale du service médical (DRSM)

Exploitation ORSG

\* diabétiques ayant fait une demande d'exonération du ticket modérateur

## COMPLICATIONS ET MORTALITES LIEES AU DIABETE

### Indicateur : Nombre de diabétiques dialysés

**Objectif** Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète.<sup>26</sup>

#### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de diabétiques dialysés dans l'année

**Dénominateur (D)** Nombre total de diabétiques en ALD

**Sous-groupes (strates)** Sexe/Tranche d'âge/Commune de résidence

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation** Par zone géographique

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux  
internationaux**

**Dernier résultat connu**

#### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Etablissements de santé

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s)  
de la collecte**

**Service responsable  
de la synthèse des données**

**Fiabilité**

**Mode de calcul**

#### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Reflet de l'insuffisance rénale.

#### COMMENTAIRE

\* Le Réseau Rein est coordonné par l'Agence de Biomédecine.

\* Les centres de dialyse de Cayenne et Kourou participent-ils à ce réseau ?

<sup>26</sup> Loi de santé publique de 2004. Objectif 55.

## RESULTATS

Tableau 7 - Nombre de patients diabétiques dialysés (par sexe)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Féminin							12
Masculin							15
<b>TOTAL</b>							27

Source : DIM-CHAR (septembre 2011)

Exploitation : ORSG

Tableau 8 - Nombre de patients diabétiques dialysés (par tranche d'âge)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
40 à 49 ans							2
50 à 59 ans							10
60 à 69 ans							6
70 à 79 ans							8
80 à 89 ans							1
<b>TOTAL</b>							27

Source : CHAR

Exploitation : ORSG

Tableau 9 - Nombre de patients diabétiques dialysés (par commune de résidence)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cayenne							11
Kourou							2
Rémire-Montjoly							3
Matoury							3
Macouria							1
Saint-Laurent							5
Mana							1
Cacao							1
<b>TOTAL</b>							27

Source : CHAR

Exploitation : ORSG

## COMPLICATIONS ET MORTALITES LIEES AU DIABETE

<b>Indicateur : Nombre annuel moyen de décès pour diabète</b>	
<b>Objectif(s)</b>	Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète. <sup>27</sup>
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre moyen de décès ayant le diabète pour cause initiale au cours d'une période donnée Nombre moyen de décès ayant le diabète pour cause initiale ou associée au cours d'une période donnée
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de décès de la période considérée Nombre total de diabétiques recensés au cours de la période
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge
<b>Décompositions (N)</b>	Par zone géographique
<b>Niveau d'agrégation</b>	Données individuelles
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	Mortalité par diabète (cause initiale) présent dans les 3 bases de données internationales. Indicateur également inclus dans la liste européenne des 65 principales causes de mortalité. Dans le projet EUDIP, l'indicateur de mortalité inclut la responsabilité du diabète en cause initiale ou associée.
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Médecins déclarants
<b>Mode de collecte</b>	Certificat de décès
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Inserm CépiDC
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	INSERM CépiDc Transmission des données à l'ORSG via la FNORS en 2012
<b>Fiabilité</b>	Selon qualité des certificats et corrections apportées par le CépiDC. Codage automatisé par logiciel, vérifications éventuelles auprès des médecins.
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Limites et biais connus</b>	Codage parfois insuffisant du diabète lorsque le décès est dû à une complication.
<b>Modalités d'interprétation</b>	Reflète le degré de mortalité du diabète. Les décès et particulièrement les décès prématurés constituent la conséquence la plus grave du diabète.

### COMMENTAIRE

\*La qualité du codage du diabète en cause initiale et en cause associée devra être expertisée en lien avec l'InVS au regard des données d'ENTRED et si besoin être redressée.

\* Amélioration du délai de mise à disposition des données.

<sup>27</sup> Loi de santé publique de 2004.Objectif 55.

## RESULTATS

Tableau 10 - Nombre de décès par diabète par tranche d'âge, par sexe et par année

Age	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
25-34 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
35-44 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
45-54 ans	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	2
55-64 ans	1	3	1	1	2	4	2	5	2	2	7	2	2	2
65-74 ans	2	2	4	2	0	3	2	4	1	2	2	4	3	6
75-84 ans	1	2	3	5	3	1	3	5	1	8	0	2	4	2
85 et plus	1	11	2	2	0	0	5	4	0	2	2	3	0	2
TOTAL	24		22		14		30		19		26		25	

Source : INSERM

Exploitation ORSG

Tableau 11 - Nombre de décès par diabète par tranche d'âge, par sexe et par année

Age	2004*		2005*		2006*		2007*		2008*		2009*	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
25-34 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-44 ans	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
45-54 ans	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
55-64 ans	1	3	2	3	2	4	4	3	4	2	3	1
65-74 ans	2	2	2	3	1	3	2	3	2	4	2	3
75-84 ans	2	3	3	4	2	5	1	5	2	4	1	1
85 et plus	1	4	2	2	2	2	2	3	1	2	1	2
TOTAL	19		22		20		25		24		17	

Source : INSERM

Exploitation ORSG

\* lissée sur 3 ans.

## OFFRE DE SOINS POUR DIABETE

### Indicateur : Effectifs et densités des professionnels de santé libéraux

- médecins
- cardiologues
- néphrologues
- diététiciens
- infirmiers
- ophtalmologues
- pédicures podologues...

*En comparaison avec les Antilles et la métropole*

#### Objectif

#### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Effectifs de médecins, cardiologues, ophtalmologues, infirmiers... libéraux au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année n en Guyane, aux Antilles et en métropole
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de diabétiques estimés au cours de l'année
<b>Sous-groupes (strates)</b>	
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux Internationaux</b>	
<b>Dernier résultat connu</b>	2010

#### ELABORATION ET QUALITES

<b>Origine (s)</b>	Agences régionales de santé (ARS) - STATISS
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Statistiques et indicateurs de la santé et du social des Agences régionales de santé (Antilles Guyane)/STATISS

#### INTERPRETATION

##### Limites et biais connus

##### Modalités d'interprétation

#### COMMENTAIRE

\* Les données déclinées ci-dessus proviennent des statistiques et indicateurs de la santé et du social des Agences régionales de santé (Antilles Guyane)/STATISS.

\* Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de la Caisse générale de sécurité sociale (fichier médical des professionnels de la santé – FMPS)

## RESULTATS

Tableau 12 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2004

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	714	330	314	70
	Densité	72	76	81	41
Médecins spécialistes	Nb	447	232	168	47
	Densité	45	53	43	27
Ensemble médecins libéraux	Densité	1161	562	482	117
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	1347	585	681	81
	Densité	135	135	175	47
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	424	193	183	48
	Densité	43	44	47	28

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 13 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2004

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
<b>Spécialités médicales dont</b>	<b>231</b>	<b>117</b>	<b>91</b>	<b>23</b>
Cardiologie	29	15	10	4
Radiologie	44	22	18	4
<b>Spécialités chirurgicales dont</b>	<b>188</b>	<b>99</b>	<b>69</b>	<b>20</b>
Chirurgie générale	28	19	5	4
Ophthalmologie	50	22	24	4

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 14 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2005

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	739	336	333	70
	Densité	73	77	85	39
Médecins spécialistes	Nb	449	236	168	45
	Densité	45	54	43	25
Ensemble médecins libéraux	Densité	1188	572	501	115
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	406	623	694	89
	Densité	140	142	178	50
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	479	220	214	45
	Densité	48	50	55	25

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 15 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2005

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
<b>Spécialités médicales dont</b>	<b>234</b>	<b>119</b>	<b>93</b>	<b>22</b>
Anesthésie Réanimation	24	14	7	3
Cardiologie	29	16	10	3
Radiologie	48	22	21	5
<b>Spécialités chirurgicales dont</b>	<b>186</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>19</b>
Chirurgie générale	26	18	5	3
Ophthalmologie	51	23	24	4

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

**Tableau 16 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2006**

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	754	345	335	74
	Densité	73	77	85	40
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>239</b>	<b>112</b>	<b>108</b>	<b>19</b>
Médecins spécialistes	Nb	463	247	173	43
	Densité	45	55	44	23
Ensemble médecins libéraux	Densité	1217	592	508	117
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	1479	652	723	104
	Densité	144	146	183	56
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	483	230	214	49
	Densité	48	50	55	25

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

**Tableau 17 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2006**

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Spécialités médicales dont	247	127	99	21
Cardiologie	28	15	10	3
Radiologie	49	23	21	5
Spécialités chirurgicales dont	189	103	68	18
Chirurgie générale	23	16	5	2
Ophthalmologie	55	24	26	5

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

**Tableau 18 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2007**

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	771	358	336	77
	Densité	74	81	85	39
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>263</b>	<b>121</b>	<b>117</b>	<b>25</b>
Médecins spécialistes	Nb	471	251	176	44
	Densité	45	57	44	22
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>216</b>	<b>113</b>	<b>83</b>	<b>20</b>
Ensemble médecins libéraux	Densité	1242	609	52	121
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	1612	712	783	117
	Densité	155	160	198	59
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	527	241	231	55
	Densité	51	54	58	28
Pédicures-podologues	Nb	79	41	32	6

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

**Tableau 19 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2007**

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Spécialités médicales dont	252	128	103	21
Cardiologie	29	15	11	3
Radiodiagnostic	48	22	21	5
Spécialités chirurgicales dont	192	107	67	18
Chirurgie générale	25	17	6	2
Ophthalmologie	56	25	26	5

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 20 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2008

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	778	369	334	75
	Densité	74	83	84	37
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>278</b>	<b>132</b>	<b>123</b>	<b>23</b>
Médecins spécialistes	Nb	489	264	182	43
	Densité	47	59	46	21
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>241</b>	<b>130</b>	<b>92</b>	<b>19</b>
Ensemble médecins libéraux	Densité	1267	633	516	118
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	1748	760	846	142
	Densité	167	170	212	70
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	585	275	263	47
	Densité	56	62	66	23
Pédicures-podologues	Nb	90	43	39	8

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 21 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2008

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Spécialités médicales dont	268	139	109	20
Cardiologie	32	17	12	3
Radiodiagnostic	50	24	21	5
Spécialités chirurgicales dont	197	110	67	20
Chirurgie générale	26	16	5	5
Ophtalmologie	58	27	26	5

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 22 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2009

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	772	359	332	81
	Densité	73	82	83	38
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>282</b>	<b>128</b>	<b>132</b>	<b>22</b>
Médecins spécialistes	Nb	502	264	192	46
	Densité	48	60	48	22
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>247</b>	<b>130</b>	<b>96</b>	<b>21</b>
Ensemble médecins libéraux	Densité	1274	623	524	127
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	1187	838	894	155
	Densité	179	191	224	73
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	629	300	277	52
	Densité	60	68	69	24
Pédicures-podologues	Nb	98	46	46	6
	Densité	9	10	12	3
	Densité	13	16	13	5

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 23 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2009

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
<b>Spécialités médicales dont</b>	<b>277</b>	<b>141</b>	<b>115</b>	<b>21</b>
Cardiologie	32	7	12	3
<b>Spécialités chirurgicales dont</b>	<b>203</b>	<b>109</b>	<b>72</b>	<b>22</b>
Chirurgie générale	25	15	5	5
Ophthalmologie	60	28	27	5

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 24 - Effectifs professionnels de santé libéraux Antilles Guyane en 2010

		ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Médecins généralistes	Nb	804	381	333	90
	Densité	79	95	83	41
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>340</b>	<b>147</b>	<b>156</b>	<b>37</b>
Médecins spécialistes	Nb	532	280	202	50
	Densité	52	70	51	23
<b>dont praticiens de 55 ans et plus</b>		<b>293</b>	<b>146</b>	<b>112</b>	<b>35</b>
Ensemble médecins libéraux	Densité	1336	661	535	140
Infirmiers diplômés d'Etat	Nb	2267	1024	1023	220
	Densité	221	254	256	99
Masseurs Kinésithérapeutes	Nb	727	351	316	60
	Densité	71	87	79	27
Pédicures-podologues	Nb	107	55	45	7
	Densité	10	14	11	3

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG

Tableau 25 - Effectifs Médecins spécialistes libéraux Antilles Guyane en 2010

	ANTILLES GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
<b>Spécialités médicales dont</b>	<b>281</b>	<b>146</b>	<b>112</b>	<b>23</b>
Cardiologie	33	17	13	3
Radiodiagnostic	57	28	22	7
<b>Spécialités chirurgicales dont</b>	<b>206</b>	<b>110</b>	<b>72</b>	<b>24</b>
Chirurgie générale	23	12	6	5
Ophthalmologie	60	29	26	5

Source : ARS-STATISS

Exploitation : ORSG



## OFFRE DE SOINS POUR DIABETE

**Indicateur : Nombre de professionnels de santé qui a adhéré au Réseau Diabète de Guyane**

**Objectif(s)**

### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de professionnels de santé adhérents du Réseau Diabète de Guyane
<b>Décompositions</b>	Par type de professionnel de santé : - Médecins généralistes et spécialistes - Médecins libéraux et hospitaliers - Infirmiers libéraux et hospitaliers - Diététiciens - Pédiatres podologues - Kinésithérapeutes - Pharmaciens...
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	
<b>Dernier résultat connu</b>	2010

### ELABORATION ET QUALITES

<b>Origine (s)</b>	Réseau Diabète de Guyane
<b>Mode de collecte</b>	Fiche d'adhésion des membres
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Réseau Diabète de Guyane
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation**

### COMMENTAIRE

## RESULTATS

Tableau 26 - Nombre de professionnels de santé qui a adhéré au Réseau Diabète de Guyane

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	L*	H*	L*	H*	L*	H*	L*	H*	L*	H*	L*	H*	L*	H*
Médecins spécialistes	12	2	28	3	28	3	30	5	30	5	30	5	41	1
Médecins généralistes	7	9	9	10	9	11	9	10	10	11	10	11	5	11
Pharmaciens	2		2		2		2		2		3		7	
Podologues	2		2		2		2		2		3		3	
Infirmiers	10		31	1	37	1	45	2	47	2	55	2	58	1
Diététiciens		2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	
Masseurs kiné.	1		1		1		1		1		1		1	
Orthoptistes			1		1		1		1		1		1	
Psychologues			1		2		2		2		2		2	
Sage femmes				1		1		1		1		1		1
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>13</b>	<b>76</b>	<b>17</b>	<b>83</b>	<b>18</b>	<b>94</b>	<b>20</b>	<b>97</b>	<b>21</b>	<b>106</b>	<b>21</b>	<b>120</b>	<b>14</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>47</b>		<b>93</b>		<b>101</b>		<b>114</b>		<b>118</b>		<b>127</b>		<b>134</b>	

Source : Réseau Diabète de Guyane

Exploitation : ORSG

## 1.6.2 LISTE INDICATEURS NON DISPONIBLES

Indicateurs	Sources Type d'enquêtes	Page	
<b>FREQUENCE DU DIABETE</b>			
<b>Nombre de patients diabétiques qui ont eu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux et insuline (Prévalence)</b>	Caisse générale de sécurité sociale + Régime social des indépendants (RSI)		
<b>SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DU DIABETE</b>			
<b>Nombre de patients diabétiques qui ont eu un dosage spécifique : hémoglobine glyquée (HbA1c) micro albuminurie, créatininémie</b>	CGSS		
<b>Proportion de patients diabétiques qui ont eu dans l'année au moins une consultation spécialisée</b>	CGSS		
<b>COMPLICATIONS ET MORTALITE LIEES AU DIABETE</b>			
<b>Nombre d'hospitalisations de patients diabétiques pour complications</b>	DIM (PMSI)		
<b>OFFRE DE SOINS POUR DIABETE</b>			
<b>Nombre de service(s) de diabétologie</b>	Etablissements de santé Réseau Diabète		
<b>Nombre d'angiographies, de rétinographies</b>	Etablissements de santé Réseau Diabète		

## FREQUENCE DU DIABETE

### Indicateur : Nombre de patients qui ont eu au moins trois délivrances d'antidiabétiques (oraux et insuline)

**Objectif(s)** Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète<sup>28</sup>.

#### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de patients ayant eu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques (oraux et insuline) au cours de l'année n

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)** Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence, type de diabète (I et II)

**Décompositions (N)** Par type de mutuelle et d'assurance maladie

**Niveau d'agrégation** Par zone géographique

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux internationaux**

**Dernier résultat connu** Année : Valeur :

#### ELABORATION ET QUALITES

**Origine(s)** Caisse générale de sécurité sociale et Régime social des indépendants (RSI)

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Caisse générale de sécurité sociale et Régime social des indépendants (RSI)

**Service responsable de la synthèse des données** Caisse générale de sécurité sociale et Régime social des indépendants (RSI)

**Fiabilité**

**Mode de calcul**

#### INTERPRETATION

**Limites et biais connus** Exclusions des diabétiques non recensés.

**Modalités d'interprétation** Reflète le nombre de diabétiques traités par les caisses et les mutuelles. Permet de mieux cibler les diabétiques et d'éliminer le diabète gestationnel.

#### COMMENTAIRE

Au niveau local, il serait intéressant de connaître le niveau d'exigence des examens liés au diabète.

<sup>28</sup> Loi de santé publique de 2004. Objectif 55.

## SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DU DIABETE

### Indicateur : Nombre de patients qui ont eu un dosage spécifique : hémoglobine glyquée (hbA1c), micro-albuminurie, créatininémie

<b>Objectif(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assurer une surveillance conforme aux bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS, l'HAS</li><li>- Améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques afin de réduire la fréquence des complications</li></ul>
--------------------	--

#### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients qui ont eu un dosage spécifique : hémoglobine glyquée (HbA1c), micro albuminurie, créatininémie
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de patients diabétiques recensés
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	
<b>Dernier résultat connu</b>	

#### ELABORATION ET QUALITES

<b>Origine (s)</b>	Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Guyane
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Guyane
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Guyane
<b>Fiabilité</b>	
<b>Mode de calcul</b>	

#### INTERPRETATION

<b>Limites et biais connus</b>	
<b>Modalités d'interprétation</b>	Reflet de l'équilibre glycémique des 3 derniers mois.

#### COMMENTAIRE

\* Le suivi biologique du contrôle glycémique du diabétique repose sur la réalisation régulière (tous les 3-4 mois, par patient et par an) du dosage de l'hémoglobine glyquée.

\* Existe t-il un consensus local sur le niveau d'exigence des examens liés au diabète ?

## DEPISTAGE

### Indicateur : Proportion de patients diabétiques qui ont eu dans l'année au moins une consultation spécialisée

<b>Objectif(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Assurer une surveillance conforme aux bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM, l'AFSSAPS, l'ANAES</li><li>- Améliorer la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques afin de réduire la fréquence des complications</li></ul>
--------------------	--

#### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Proportion de patients diabétiques qui ont eu au moins une consultation spécialisée par type de spécialiste consulté au cours de l'année n

**Dénominateur (D)** Nombre total de diabétiques traités au cours de l'année n

**Sous-groupes (strates)** Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence

**Décompositions (N)**

Par spécialiste :

- Cardiologue
- Ophtalmologue

Par nombre de visites obligatoires :

- au moins une consultation chez le cardiologue dans l'année
- au moins une consultation chez l'ophtalmologue dans l'année

**Niveau d'agrégation** Par zone géographique

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux internationaux**

**Dernier résultat connu**

#### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Direction régionale du service médical (DRSM)

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Direction régionale du service médical (DRSM)

**Service responsable de la synthèse des données** Direction régionale du service médical (DRSM)

#### INTERPRETATION

**Modalités d'interprétation** Reflet du bon suivi du patient selon les recommandations de l'HAS.  
Chiffres à croiser avec le nombre de diabétiques traités afin de connaître la proportion de diabétiques ne bénéficiant pas d'un bon suivi de leur maladie.

#### COMMENTAIRE

\* Tout patient diabétique doit pouvoir accéder à une consultation multidisciplinaire annuelle.

## COMPLICATIONS ET MORTALITES LIEES AU DIABETE

### Indicateur : Nombre d'hospitalisations de diabétiques pour complications

<b>Objectif(s)</b>	- Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète - Améliorer les actions de dépistage <sup>29</sup>
--------------------	---

#### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre total d'hospitalisation de diabétiques dans l'année
<b>Dénominateur (D)</b>	Population totale de l'année considérée (INSEE) Nombre de diabétiques recensés
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par sexe, tranche d'âge, commune de résidence
<b>Décompositions (N)</b>	Par type de complication : 1. amputation 2. infarctus du myocarde 3. plaie du pied 4. vue
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zone géographique
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Indicateurs nationaux internationaux</b>	Projet EUDIP : prévalence et incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, ratio cécité chez des personnes diabétiques/nombre total de personnes ayant une cécité, incidence de la rétinopathie proliférante, incidence des amputations au dessus de la cheville, des accidents vasculaires cérébraux

#### ELABORATION ET QUALITES

<b>Origine (s)</b>	DIM des établissements de santé (outil PMSI)
<b>Mode de collecte</b>	Exhaustif et continu
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	DIM des établissements de santé (outil PMSI)
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	
<b>Mode de calcul</b>	Données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. En 2001, le taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 96 %. Chaînage. Taux bruts et taux standardisés sur la population européenne (pour 100 000).

#### INTERPRETATION

<b>Limites et biais connus</b>	Les infarctus non hospitalisés (notamment en cas de décès précoce) ne sont pas pris en compte. Biais moindre pour les amputations qui, par définition, se font en établissement de soins.
<b>Modalités d'interprétation</b>	Taux à interpréter en fonction de l'évolution de la prévalence du diabète. Reflète la gravité et la morbidité de la maladie.

#### COMMENTAIRE

\* Indicateurs approchés de l'incidence de ces complications.

\* Les complications (infarctus du myocarde, néphropathie, amputation...) fréquentes chez les diabétiques augmentent de manière exponentielle avec la valeur de l'HbA1c. En moyenne, toute diminution d'1 % de la valeur de l'HbA1c diminue de 20 % la fréquence des complications. (source : [Schéma régional d'organisation sanitaire \(SROS\) Région Guyane/Médecine-Diabète](#)).

<sup>29</sup> Loi de santé publique de 2004. Objectif 55.

## OFFRE DE SOINS POUR DIABETE

### Indicateur : Nombre de service(s) de diabétologie

*En comparaison avec les Antilles et la métropole*

#### Objectif(s)

#### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de service de diabétologie au 1<sup>er</sup> janvier de l'année n en Guyane, aux Antilles et en métropole

**Dénominateur (D)** Nombre de diabétiques estimés au cours de l'année

**Sous-groupes (strates)**

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation** Par zone géographique

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux  
internationaux**

**Dernier résultat connu**

#### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Etablissements de santé  
Réseau Diabète

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s)  
de la collecte**

**Service responsable  
de la synthèse des données**

**Fiabilité**

**Mode de calcul**

#### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation**

#### COMMENTAIRE

\* Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de la Caisse générale de sécurité sociale (fichier médical des professionnels de la santé – FMPS) ; de l'Agence régionale de santé (ARS).

## Indicateur : Nombre d'angiographies, de rétino-graphies

Objectif(s)

### DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'angiographe, de rétino-graphe au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année n en Guyane, aux Antilles et en métropole
Dénominateur (D)	Nombre de diabétiques estimés au cours de l'année
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	Par zone géographique
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux internationaux	
Dernier résultat connu	Année :

### ELABORATION ET QUALITES

Origine (s) Réseau Diabète

Mode de collecte

Organisme(s) responsable(s) de la collecte

Service responsable de la synthèse des données

Fiabilité

Mode de calcul

### INTERPRETATION

Limites et biais connus

Modalités d'interprétation Reflète le degré de mortalité des cancers. Les décès et particulièrement les décès prématurés constituent la conséquence la plus grave des cancers.

### COMMENTAIRE

\* Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de la Caisse générale de sécurité sociale (fichier médical des professionnels de la santé – FMPS) ; de l'Agence régionale de santé (ARS).

## **2. VOLET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**



## 2.1 GROUPE EXPERT IST

### **Liste des professionnels ayant participé au groupe de travail.**

Ils ont eu pour mission d'assurer la validité des indicateurs définis au regard des problèmes de santé suivis et leur pertinence vis-à-vis des besoins d'information des responsables des programmes de santé.

- ❖ Mme Laurence BOSQUILLON, Réseau PERINAT
- ❖ Mme SYLVERE, Espace écoute ado DSP CESPMI
- ❖ Karine MICHOTTE, Caisse générale de la sécurité sociale (CGSS)
- ❖ Denise CASSIN, Sida Info Service (SIS)
- ❖ Dr Mathieu NACHER, COREVIH Guyane
- ❖ Elsa GOUJON, Entraides Guyane
- ❖ Geneviève EUZET, Rectorat de la Guyane
- ❖ Christian MARTY, Croix Rouge
- ❖ Christine SIMONET, Laboratoire d'Analyses médicales PASTEUR
- ❖ Thierry CARAGE, Laboratoire d'Analyses médicales de Kourou
- ❖ Michelle GASPARD, ADER



## 2.2 DELIMITATION DU CHAMP D'ENVESTIGATION

Les infections sexuellement transmissibles (IST) se transmettent principalement lors des rapports sexuels. Il existe plus de trente agents infectieux, bactéries, virus ou parasites, transmissibles de cette manière.

Les plus courantes sont la gonorrhée, les chlamydioses, la syphilis, la trichomonase, le chancre mou, l'herpès génital, les condylomes génitaux, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite B.

En 2005, l'OMS estime que chaque année, près de 448 millions de nouveaux cas d'IST guérissables, chez des adultes de 15 à 49 ans, sont enregistrés. (syphilis, chlamydie, gonorrhée, trichomose). Le VIH et les IST qui ont des effets négatifs sur la vie des individus ne sont pas compris dans ces chiffres.

Si les conséquences liées aux infections sexuellement transmissibles sont préjudiciables pour l'individu, il est important de savoir que les symptômes peuvent être discrets voire inexistants pour certaines IST.

L'utilisation du préservatif est le seul moyen fiable pour se protéger de la transmission des IST. Plusieurs IST, notamment le VIH et la syphilis, peuvent également se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que par les produits sanguins et lors de transplantations de tissus.

### **Transmission et risques liés aux IST**

Les rapports sexuels sont la principale voie de transmission des infections sexuellement transmissibles (IST) d'une personne infectée à une autre. Certaines peuvent également se transmettre de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement.

Les produits sanguins et les transferts de tissus constituent encore une autre voie de transmission. La syphilis, le sida et le cancer du col font partie des maladies qu'elles peuvent provoquer.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ont une incidence disproportionnée chez les femmes et les adolescentes. Chaque année, une adolescente sur 20 contracte une infection bactérienne lors de contacts sexuels et l'âge auquel ces infections surviennent est de plus en plus précoce.

Les infections sexuellement transmissibles sont une cause importante de lésions sur la trompe de Fallope entraînant la stérilité féminine. Une infection génitale haute symptomatique apparaît chez 40% des femmes ayant une chlamydie non traitée. Les lésions des trompes de Fallope apparues suite à ces infections sont à l'origine de 30 à 40% des cas de stérilité féminine.

Pendant la grossesse, la syphilis précoce non traitée est à l'origine d'une naissance sur 4 d'enfants mort-nés et de 14% des décès néonataux. De 4 et 15% environ des femmes enceintes en Afrique donnent un test positif pour la syphilis.

Les interventions pour améliorer le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes et éviter la transmission de la maladie de la mère à l'enfant permettraient, selon les estimations, d'éviter 492 000 naissances d'enfants mort-nés par an rien qu'en Afrique.

Le virus du papillome humain (HPV) est à l'origine de l'une des infections sexuellement transmissibles les plus mortelles. On attribue pratiquement tous les cas de cancer du col à une infection génitale par ce virus. C'est le deuxième type de cancer le plus fréquent chez la femme et l'on recense environ 500 000 nouveaux cas et 250 000 décès par an. Le nouveau vaccin en prévention de l'infection permettrait de faire baisser le nombre des décès dus au cancer du col.

Les conditions sociales ou économiques et certains comportements sexuels augmentent la vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles (IST). Les populations les plus exposées au

risque d'infections sexuellement transmissibles varient selon les circonstances, en fonction de la culture et des pratiques locales.

Il convient alors d'intensifier la prévention et les soins des IST dans ces populations, tout en veillant à ce que ces services limitent au maximum la stigmatisation et la discrimination potentielles.

Suite une large consultation avec les États Membres et les partenaires, l'OMS a élaboré une stratégie mondiale pour accélérer la prévention et la lutte contre les IST, entérinée ensuite par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006.

Pour établir une dynamique et renforcer l'efficacité, ce plan sur dix ans comporte une partie technique et une partie de sensibilisation pouvant être adaptée dans le monde entier.

### **Définition du champ d'investigation**

La Guyane étant la région de France la plus touchée par l'épidémie du VIH, les recommandations émises dans les bilan des plans et programmes nationaux de 2005-2008 ont mis en évidence la nécessité d'améliorer le recueil d'informations et de données sur le VIH et les IST. Les données épidémiologiques exhaustives sur chacune des IST en Guyane ne sont pas toujours disponibles, elles sont souvent généralisées à l'ensemble des départements d'Outre-mer.

En France, les données sur les IST en 2004 témoignent d'une augmentation régulière de l'activité de dépistage avec plus de 2000 consultations réalisées en 2003. Une nette recrudescence des chlamydioses (127 cas en 2003), des trichomonases (127 cas en 2003) ; les gonococcies, l'herpès génital et les autres maladies vénériennes représentent plus d'une centaine de cas dépistés en 2003.<sup>30</sup>

Ces éléments incitaient à la mobilisation en faveur du dépistage de ces différentes pathologies et en direction des populations particulièrement exposées d'autant que les IST sont des facteurs de transmission du VIH.

Les indicateurs retenus dans ce rapport concernent principalement le VIH, la syphilis, la gonococcie, l'hépatite B et la chlamydia trachomatis.

### **Point sur le VIH ou virus d'immunodéficience**

Le VIH ou virus d'immunodéficience est l'agent responsable du sida. En 2009, on compte 152 000 personnes vivant avec le VIH/sida, 6700 nouveaux diagnostics de séropositivité<sup>31</sup>. En 2004, la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes en Guyane était de 1.2%, ce qui plaçait la plaçait en zone d'épidémie généralisée selon la définition de l'OMS<sup>32</sup>.

Selon l'InVS, en 2009, cinq millions de sérologies VIH ont été réalisés dont 8% (400 000) ont été réalisées dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Parmi ces sérologies, 10 920 ont été confirmées positives dont 12% (1350) réalisées en CDAG.

Le nombre global de sérologies positives a eu tendance à augmenter entre 2008 et 2009.

La proportion de sérologies positives est plus élevée dans les CDAG. Elle est également contrastée selon les régions : en 2009, la Guyane (16.4 p 1000), Ile-de-France (6.1 p.1000), Martinique (4.4 p .1000), Guadeloupe (7.4 p 1000) ont les proportions les plus élevées comparées autres régions de France.

En 2008, la Guyane présente le taux de découvertes de séropositivité le plus important de France (1146/1 million d'habitants).

La file active hospitalière en 2004 était en augmentation régulière dépassant les 1000 patients, dont 588 à Cayenne et 260 au centre hospitalier de St Laurent du Maroni.

<sup>30</sup> Institut National de Veille Sanitaire, données épidémiologique sur les infections à VIH et les IST.

<sup>31</sup> Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°45-46

<sup>32</sup> Institut de Veille Sanitaire, données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST

### **Point sur la syphilis**

La syphilis est une infection bactérienne dont l'agent pathogène (le tréponème pâle) est sexuellement transmissible. Elle se transmet lors de relations sexuelles (orales, génitales ou anales) avec un partenaire infecté. Une femme enceinte atteinte de syphilis peut transmettre l'infection au fœtus, ce qui entraîne parfois des anomalies congénitales, voire le décès du fœtus. La syphilis peut aussi se transmettre par l'échange de seringues ou par une lésion cutanée, mais c'est plus rare.

Selon l'InVS<sup>33</sup>, en France, alors qu'en 2007 une augmentation du nombre de cas de syphilis précoce est observée, entre 2008 et 2009, ce nombre a diminué (600 cas de syphilis en 2007 contre près de 500 en 2009). Les cas de syphilis diagnostiquée latente ont augmenté (27% sur 2000-2004 vs 35% sur 2005-2009).

En 2005, une étude sur la syphilis et la grossesse en Guyane<sup>34</sup> a été réalisée. 85 patientes suivies par le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de l'ouest guyanais ont fait l'objet de cette étude. Les résultats de cette étude ont montré un mauvais suivi des patientes (40%) d'où un diagnostic et un traitement tardif. Par ailleurs, la mortalité périnatale était de 20%, le taux de mort fœtal in utero de 12.9%, le taux de prématurité de 18.8% et celui de l'hypotrophie de 28.2%. Des signes échographiques plus spécifiques étaient présents dans six cas sur 61 (9,8%) et quatre nouveau-nés présentaient des signes cliniques de syphilis congénitale précoce. Il existait bien une relation significative entre le taux d'atteinte fœtale et un traitement incomplet ou tardif.

Selon le COREVIH de Guyane<sup>35</sup>, les cas de syphilis ont augmenté au niveau des unités de surveillance des IST (de 1 cas en 2007 à 35 cas en 2009 chez les patients non infectés par le VIH ; de 0% en 2008 à 4.5% en 2010 chez les patients infectés par le VIH). Le professeur Pierre Coupié, responsable du CDAG et le Docteur Christian Marty, responsable du CIDDIST de Cayenne ont été les premiers à signaler cette tendance.

### **Point sur la gonococcie**

La gonococcie ou blennorragie est causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* ou gonocoque se manifestant essentiellement par une uréthrite chez l'homme, une vaginite, une cervicite ou une métrite chez la femme.

Sa transmission est essentiellement directe et presque vénérienne. L'existence de formes fréquemment asymptomatiques, notamment chez la femme, favorise la dissémination de l'infection.

Le bulletin des réseaux de surveillance des IST de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) rend compte de l'évolution du dépistage des principales infections en 2009. Entre 2008 et 2009, dans les régions de France, on constate une augmentation d'infections à gonocoque (+ de 26% chez les hommes, + de 33% chez les femmes selon le réseau de Rénago). En 2009, les femmes ayant eu une infection à gonocoque sont toujours plus jeunes que les hommes (âge médian 24 ans [étendue : 4-69 ans] vs 29 ans [étendue 13-83 ans]). Cette conclusion est confirmée par les données recueillies au sein du réseau Rénago, croisées avec les données du réseau RésIST.

Entre 2008 et 2009, dans les régions de France, on constate une augmentation d'infections à gonocoque (+ de 26% chez les hommes, + de 33% chez les femmes selon le réseau de Rénago).

Les infections à gonocoques sont en augmentation depuis plusieurs années. Selon les résultats fournis à l'Institut de veille sanitaire (InVS) par deux réseaux spécialisés dans la surveillance de ces infections (RENAGO et RésIST), l'augmentation s'est poursuivie entre 2008 et 2009 (+52 %).

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un rapport concernant les stratégies de dépistage de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* (ou gonococcies) en France en 2009.<sup>36</sup> Ce rapport démontre

<sup>33</sup> Bulletin des réseaux de surveillance des IST, janvier 2011.

<sup>34</sup> Syphilis et grossesse : étude de 85 cas en Guyane Française, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 37, numéro 4 pages 353-357 (juin 2008)

<sup>35</sup> Bulletin d'information trimestriel du COREVIH, n°7. Avril 20011.

<sup>36</sup> Stratégie de dépistage de l'infection à la *Neisseria Gonorrhoeae*, HAS, juin 2009.

que la prévalence en population générale de l'infection à gonocoque est difficile à connaître car il n'existe aucune étude de dépistage systématique des gonococcies ; les données disponibles proviennent de programmes nationaux de déclaration obligatoire, d'études ponctuelles, de réseaux de laboratoire.

### **Point sur l'Hépatite B**

L'hépatite B est une infection virale s'attaquant au foie. Elle est à l'origine d'une morbidité grave et chronique. Le virus se transmet par contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques d'une personne infectée, pas par simple contact de la vie courante.

Selon l'OMS, environ deux milliards de personnes sont infectées dans le monde et près de 350 millions vivent avec une atteinte hépatique chronique. 600 000 personnes environ en meurent chaque année. Le risque de décès par cirrhose ou cancer du foie dus au virus de l'hépatite B est approximativement de 25% chez le porteur adulte chronique si l'infection a eu lieu pendant l'enfance. Ce virus est 50 à 100 fois plus infectieux que le VIH.

En 2004, en France Métropolitaine, la prévalence de l'AgHbs était de 0,65 %. Il n'y a pas de données récentes sur la prévalence de l'hépatite B en population générale en Guyane. Elle serait de 1,6 % au CDAG de Cayenne en 2007. Selon une étude sur la « Prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre hospitalier de Cayenne en Guyane française »<sup>37</sup>, la prévalence de l'AgHbs était de 1.54%, chez les femmes ayant accouché à la maternité de Cayenne. Elle était de 10,9 % chez les femmes d'origine asiatique (Hmong et chinoises), de 2,3 à 2,5 % chez les noires Marrons et haïtiennes, de 1,1 % chez les créoles et de 0,3 à 0,8 % chez les métropolitaines, brésiliennes ou amérindiennes. Elle était de 5,7 % pour les femmes de Roura et Cacao (commune Hmong), variait de 2,2 à 2,4 % pour les femmes des communes du littoral centre et ouest, de 1 à 1,5 % pour les femmes des communes entourant Cayenne et enfin 0,8 % pour les femmes vivant le long de l'Oyapock.

### **Point sur la Chlamydia trachomatis**

*Chlamydia trachomatis* est une bactérie responsable de la chlamydie, une IST courante en France. A terme, cette IST peut être responsable de stérilité chez la femme et d'une infection des canaux déférents, qui transportent les spermatozoïdes depuis les testicules, chez l'homme.

En France, Rénachla (réseau national de suivi des chlamydioses) assure en la surveillance de l'évolution des infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct). Selon les données de ce réseau, depuis le début 2000, une progression annuelle régulière du nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis*. De 2006 à 2009, tous les indicateurs ont suivi une augmentation : le nombre de personnes testées, nombre de diagnostics positifs et taux de positivité. Cette augmentation est plus marquée chez les femmes : respectivement +63 %, +113 % +31 %) que chez les hommes (respectivement +39 %, +58 %, +14 %).

La proportion de dépistages (diagnostics d'infection à Ct) réalisés chez des sujets asymptomatiques a progressé fortement pendant la dernière décennie. Alors que moins d'un tiers des cas étaient asymptomatiques en 1998, plus de deux tiers des cas sont asymptomatiques en 2009 (femmes : 64 %, hommes : 68 %). Cette progression du dépistage a été observée sur la période 2006-2009 principalement dans les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Selon l'InVS, cette évolution est principalement due à la progression du dépistage des personnes asymptomatiques dans les Centres de planification et d'éducation familiale.

---

<sup>37</sup> Médecine et maladies infectieuses. Volume 39 n°S1, page 77, juin 2009.

## 2.3 CONTEXTE

### **Données épidémiologiques en France**

Au 1<sup>er</sup> décembre 2011, l'InVS a actualisé ses données épidémiologiques sur l'infection au VIH et les infections sexuellement transmissibles en France. En 2010, cinq millions de sérologies de dépistage du VIH ont été réalisées et 6300 personnes en France ont découvert leur séropositivité en 2010. De 2007 à 2010, on note une stabilité du nombre de découvertes de séropositivité VIH en France. En 2010, le nombre de découvertes de séropositivité chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) étaient de 2500, 1500 chez les femmes hétérosexuelles nées à l'étranger, 1000 chez les hommes hétérosexuels nés à l'étranger, 700 chez les hommes hétérosexuels nés en France, 600 chez les femmes hétérosexuelles nées en France, et enfin près de 100 découvertes chez les usagers de drogues.

Les découvertes de séropositivité après l'âge de 50 ans représentent 18% des découvertes, cette part de découverte est en augmentation depuis 2003.

Chez les enfants de moins de 15 ans, 30 à 40 découvertes de séropositivité sont déclarées chaque année.

Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec un autre Homme sont les plus touchés par le VIH et les IST. Depuis 2003, la part de découvertes de séropositivité de cette population est en augmentation. Ils sont âgés de 37 ans en moyenne, mais la part des moins de 25 ans est également en augmentation régulière.

La transmission des IST est aussi importante chez les HSH. Ainsi, 83% de syphilis, la quasi-totalité des cas de lymphogranulomatose vénérienne rectale-LGV-2 (infection à Chlamydiae d'un sérotype particulier) concernent cette population. De plus, le nombre de diagnostics d'infections à gonocoque a augmenté de plus de 50% entre 2008 et 2010 chez les HSH.

Les enquêtes comportementales auprès des HSH rapportent un maintien à niveau important de comportement à risque quant à la transmission du VIH et des IST.

L'InVS a pu rendre compte des estimations du taux d'incidence du VIH par groupe de contamination en 2009, elle peut désormais en faire de même par régions.

Ainsi, ces données récentes ne concernent pour le moment que l'année 2009. Pour la France entière, le taux d'incidence est de 18 nouvelles contaminations par le VIH pour 100 000 personnes-années en 2009. Au niveau régional les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les DOM (44 contaminations/100 000), en Ile-de-France (39/100 000), puis les autres régions (11/100 000).

Compte tenu de ses données épidémiologiques, la loi relative à la santé publique du 9 août 2004 et le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2005/2008 ont fixé des objectifs dont celui de réduire l'incidence des IST, en particulier syphilis et gonococcie pour les populations exposées et celui de réduire de la prévalence des chlamydioses et de l'infection herpétique par HSV 2 dans la population générale. Cette loi fixe des objectifs quantifiés pour l'amélioration des indicateurs de santé à cinq ans en application de la politique nationale de santé.

Dans le champ des Infections sexuellement transmissibles (IST), l'Etat a désormais la responsabilité de la politique de lutte contre les IST (article 71 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales). Il en assure la cohérence avec la politique de lutte contre le VIH et remédie aux inégalités de prévention, de dépistage et de prise en charge de ces infections sur le territoire.

Le plan de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 est aujourd'hui la principale référence qui mène, les pouvoirs publics et leurs partenaires – professionnels de santé, acteurs économiques et milieu associatif – contre ces infections. Il couvre la période de cinq ans de 2010 à 2014 et pourra s'adapter aux diverses évolutions (épidémiologiques, épidémiologiques, scientifiques, médicales, législatives, réglementaires, ou comportementales). Il a été conçu en s'appuyant sur la prise en compte des recommandations d'experts sur chaque niveau de prise en charge : de la prévention à la prise en charge médicale ; et enfin elle favorise une démarche participative associant les acteurs du domaine.

Au niveau régional, la Guyane, comme les autres DOM se réfèrent au plan spécifique aux populations d'outre-mer, couvrant également la période de 2010 à 2014. Ce plan reprend les grandes lignes du plan national 2010-2014 et doit contribuer à atteindre les objectifs suivants :

- réduire, en 5 ans, l'incidence des infections par le VIH de 50 % dans les DFA
- réduire de 50 % en 5 ans, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida.
- Les stratégies opérationnelles doivent particulièrement être soutenues par les ARS, en lien avec les COREVIH:
- renforcer le dépistage pour traiter tôt et pour casser la transmission et augmenter les chances thérapeutiques notamment en Guyane où l'épidémie atteint un taux inacceptable
- informer sur la prévention du VIH et des IST pour aider à l'adoption de comportements favorables (prévention combinée) ;
- traiter précocement, prendre en charge et accompagner les personnes atteintes dans leur insertion socioprofessionnelle, le sida étant devenu aujourd'hui une maladie chronique ;
- avoir une approche populationnelle complémentaire afin d'adapter les actions de terrain ;
- faire évoluer les représentations de la maladie, poursuivre la de stigmatisation et lutter contre les discriminations afin de favoriser la mise en œuvre de la prévention combinée au dépistage et au traitement précoce et permettre une meilleure intégration des PVVIH dans la société ;
- maintenir l'implication de la France dans les politiques de santé mises en œuvre dans les zones Caraïbe et Océan Indien.

La définition de ces objectifs répond à une situation jugée prioritaire par les autorités publiques. En effet en 2008, les départements d'outre-mer ont eu les taux de découvertes de séropositivité les plus importants : Guyane, (1146/1 million d'habitants), Guadeloupe (425/1 million d'habitants), Martinique (223/1 million d'habitants)<sup>38</sup>. La Guyane et la Guadeloupe sont les deux départements d'outre-mer comptant le plus de découvertes de séropositivité.

La Guadeloupe et la Guyane ont des profils épidémiologiques proches : prédominance de la transmission hétérosexuelle, forte proportion de personnes étrangères. Les populations infectées de la Martinique et de la Réunion ont des caractéristiques proches de celles des départements de la France Métropolitaine.

En 2007-2008, le mode de contamination dans les DOM est globalement hétérosexuel (87% en Guyane ; 84 % en Guadeloupe, 78 % en Martinique et 74 % à la Réunion)<sup>39</sup>. De ce fait, la proportion de femmes ayant découvert leur séropositivité est particulièrement élevée : Guyane (49 %) et en Guadeloupe (41 %).

La transmission mère-enfant est importante comparée à la métropole (3% en Guyane, 4% à la Réunion).

Chez la population homosexuelle, la proportion de contamination est plus faible dans le DOM qu'en métropole : entre 20 et 29% pour les quatre Dom contre 59% en métropole.

Les jeunes de 15 à 24 ans ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2008 est plus élevée en Guyane et en Martinique (14%) qu'en métropole (10%) et qu'en Guadeloupe et à la Réunion (8%)<sup>40</sup>.

Les personnes de nationalité étrangère représentent deux tiers des personnes découvrant leur séropositivité en Guyane, en Guadeloupe, environ la moitié est de nationalité étrangère, enfin entre 10 et 15% en Martinique et à la Réunion.

La localisation des territoires d'outre-mer attire des populations en provenance des pays voisins. Ainsi on trouvera des personnes étrangères d'origine haïtienne, du Suriname, du Guyana, de la République Dominicaine ou de la Dominique.

Sur l'ensemble des cas de sida domiciliés en France, 10 à 13 % sont domiciliés dans les DOM. En 2007-2008, la Guadeloupe totalise 5 % de l'ensemble des cas, la Guyane 4 %, la Réunion 2 % et la

---

<sup>38</sup> Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 45-46, 30 novembre 2010

<sup>40</sup> Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 45-46, 30 novembre 2010

Martinique 1 %. La Guyane et la Guadeloupe totalisent sur cette période plus des trois quarts des cas dans les DOM.<sup>41</sup>

Les cas de syphilis ont été diagnostiqués en Guadeloupe en 2001 puis en Martinique en 2004.<sup>42</sup>

### **La situation actuelle de la Guyane**

Avec les bases de données du COREVIH et des CIDDIST, on dispose de données épidémiologiques permettant une connaissance plus pointue et ciblée de la situation des IST et du VIH en Guyane. A cela s'ajoute la mobilisation des différents acteurs, notamment, dans le recueil d'informations.

Conformément aux objectifs énoncés par le plan 201-2014, des enquêtes sont actuellement en cours de réalisation : L'enquête **KABP** (population générale+ population vulnérables) aura lieu.

En 2011, après l'enquête prostitution (ANRS/FEDER/Cabiria) qui va s'étendre à Oyapoque et sont en cours de réalisation aussi les **Enquêtes CAP populations vulnérables** (Migrants, Maroni, Usagers de crack, Hommes ayant des rapports avec les hommes), pilotées par le CIC-EC en partenariat étroit avec les associations de terrain financé par INTERREG (programme européen qui a pour idée INTER REGIONalité).

Les résultats de ces enquêtes (2012) permettront à toutes les associations de présenter des projets pour financement lors de la deuxième tranche d'INTERREG fin 2012. En 2011 **VESPA 2** revient en Guyane pour étudier la vie des personnes infectées par le VIH. Un projet sur les infections HPV chez les femmes infectées par le VIH (fondation de France, Dr Abel) va démarrer dans les 3 DFA.

Certains travaux de thèse ou de mémoire permettent également des avancées sur la compréhension de l'épidémie. Ainsi on peut citer, par exemple, l'enquête connaissance attitudes et pratiques vis à vis du VIH chez les piroguiers (Dr Gaubert Maréchal) qui suggère cette population devrait être prioritaire (pour l'instant il n'y a aucune action spécifique). L'enquête de prévalence en cours (Dr Amaury Roger) chez les femmes pratiquant une IVG à Cayenne montre des résultats préliminaires de 9% de prévalence des infections à chlamydia.

---

<sup>41</sup> Programme National de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2005-2008

<sup>42</sup> Programme National de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2005-2008



## 2.4 CHOIX DES INDICATEURS

FREQUENCE		
Indic 1 : Taille des files actives pour le VIH	COREVIH	
Indic 2 : Nombre de gonococcies positives recensées dans les laboratoires d'analyses médicales	Laboratoires d'analyses médicales	Permet de connaître la tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année
Indic 3 : Nombre de sérologies positives à la Syphilis recensé au sein des CIDDIST au cours de l'année n	CIDDIST	
Indic 4 : Nombre de boîte d'Extencilline remboursées (2,4 MU) par année	CGSS	Cet indicateur reflète la prise en en charge des patients ayant un diagnostic de syphilis
Indic 5 : Proportion de sujets atteints de syphilis parmi les gens qui fréquentent les CIDDIST	CIDDIST	
Indic 6 : Nombre prélèvements positifs pour C. trachomatis	Laboratoires d'analyses médicales	Permet de connaître la tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année
Indic 7 : Taux d'incidence et incidence annuelle des nouveaux diagnostics d'infections au VIH	ARS INSEE INVS	Reflète le passage au stade Sida des infections VIH non dépistées ou non prises en charge (ou dont le traitement n'a pas été efficace).
Indic 8 : Incidence annuelle des « nouvelles séropositivité » (VIH)	ARS INSEE INVS	Reflètent respectivement l'accès au dépistage et l'accès aux soins après dépistage.
Indic 9 : Incidence des Affections Longue Durée (ALD) pour VIH/sida	DRSM	
Indic 10 : Proportion de parturientes infectées par le VIH	RIG	Volet périnatal
Indic 11 : Nombre de patients admis en ALD pour hépatite chronique B	DRSM	Permet d'estimer l'évolution de l'incidence des hépatites chroniques B et C prises en charge par le système de soin
Indic 12 : Nombre d'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	ARS INVS	
PREVENTION		
Indic 13 : Nombre de séropositifs ayant consulté les CIDDIST pour une autre IST qui s'est avérée être positive au cours de l'année n à rapporter au nombre de personnes suivies dans les CIDDIST pour une IST cette même année	CIDDIST	Il permet d'une part de connaître la proportion de patients atteints par le VIH qui n'utilisent pas le préservatif et d'étudier le comportement de cette population à risque.
DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC		
Indic 14 : Proportion des patients ayant <200 CD4 au dépistage	COREVIH	
SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE		
Indic 15 : Proportion de patients traités par ARV depuis 6 mois ayant une charge virale indétectable <50 copies/ml	COREVIH	
Indic 16 : Proportion de perdus de vue chaque année	COREVIH	
Indic 17 : Proportion de nouveau-nés infectés par le virus HIV	COREVIH INSEE	
MORTALITE		
Indic 18 : Taux de mortalité par sida	INSERM	
OFFRES DE SOINS		
Indic 19 : Nombre de séjours hospitaliers de 1 jour et plus de patients atteints par une IST (VIH/Sida, Hépatite B, Syphilis tertiaire)	PMSI	Permet d'évaluer la gravité d'une maladie
Indic 20 : Nombre de professionnels de santé (médecins, IDE, aides soignants, psychologues, pharmaciens) par patients atteints par le VIH/Sida en milieu hospitalier	COREVIH	Indicateurs du niveau de ressources disponibles

## **Fréquence**

### Taille des files actives pour le VIH :

Ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membre des équipes soignantes, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge.

Cet indicateur a été choisi car il nous informe sur le circuit de traitement des dossiers des patients. Il permet d'évaluer la tendance évolutive de la fréquence des infections à VIH-Sida chaque année.

### Nombre de gonococcies positives recensées dans les laboratoires d'analyses médicales

Tous les laboratoires du territoire guyanais sont sollicités. Cet indicateur permet de connaître la tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année. Les sources retenues sont les laboratoires.

Cet indicateur est difficile à produire en routine. Une enquête de prévalence ponctuelle de l'urétrite chez l'homme devrait être envisagée. Ce serait une enquête prospective et nécessite de passer une convention avec des médecins volontaires.

### Nombre de sérologies positives à la syphilis recensé au sein des CIDDIST au cours de l'année n :

Permet d'estimer annuellement le nombre de cas de syphilis recensés. Cet indicateur reflète la prévalence de la Syphilis. La source serait le CIDDIST.

### Nombre de boîte d'Extencilline remboursées (2.4MU) par année

Cet indicateur reflète la prise en charge des patients ayant un diagnostic de syphilis. Il reflète la fréquence de prescriptions correspondant à la prise en charge des patients avec un diagnostic de syphilis par les médecins du secteur privé (ventes en pharmacies). La source serait la CGSS.

L'extencilline est un médicament également utilisé dans le cadre du traitement de la prise en charge du streptocoque et des rhumatismes aigus. Certains médecins ne soignent pas systématiquement la Syphilis avec de l'Extencilline.

### Proportion de sujets atteints de syphilis parmi les gens qui fréquentent les CIDDIST

Permet d'estimer les cas de co-infection parmi la population fréquentant les CIDDIST pour une autre pathologie que la syphilis. La source serait le CIDDIST.

### Nombre de prélèvements positifs pour C.trachomatis

Permet de connaître la tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année. La source serait les laboratoires.

Taux d'incidence et incidence annuelle des nouveaux diagnostics d'infections au VIH : Permet d'évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition des nouveaux diagnostics d'infections au VIH. Reflète le passage au stade Sida des infections VIH non dépistées ou non prises en charge (ou dont le traitement n'a pas été efficace). La source serait l'InVS

### Incidence annuelle des « nouvelles séropositivités » (VIH) :

Permet d'évaluer la fréquence des nouvelles séropositivités sur les dépistages effectués annuellement. Il reflète l'accès au dépistage.

Incidence des Affections Longue Durée (ALD) pour VIH/Sida : Apporte des informations sur le circuit de traitement des dossiers (nombre de dossier, temps d'attente par avis, etc. Indicateur de l'accès aux soins a été validé sans modification. Source retenue : Direction régionale du service médical (DRSM) Les ALD sont distribuées d'office uniquement pour une durée de 6 mois. Une fois cette période passée, le patient perd le bénéfice de la prise en charge à 100% jusqu'à ce que le médecin traitant du patient refasse de nouveau une demande officielle d'ALD.

Proportion des parturientes infectées par le VIH : Reflète la fréquence des situations qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Nombre de patients admis en ALD pour hépatite chronique B : Permet d'estimer l'évolution de l'incidence des hépatites chroniques B prises en charge par le système de soin.

Nombre d'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B : Permet d'estimer l'incidence des infections aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B

### **Prévention**

Nombre de séropositifs ayant consulté les CIDDIST pour une autre IST qui s'est avérée être positive au cours de l'année n à rapporter au nombre de personnes suivies dans les CIDDIST pour une IST cette même année :

Il permet d'une part de connaître la proportion de patients atteints par le VIH qui n'utilisent pas le préservatif et d'étudier le comportement de cette population à risque.

### **Dépistage et diagnostic**

Proportion de patients ayant <200 CD4 au dépistage

### **Surveillance et prise en charge**

Proportion de patients traités par ARV depuis 6 mois ayant une charge virale indétectable <50 copies/ml :

Permet d'évaluer le nombre de patients en échec virologique en d'en rechercher les causes (mauvaise compréhension de son traitement par le patient, prises irrégulières, horaires par rapport, aux repas non respectés, arrêt de traitement,...)

Proportion de perdus de vue chaque année

Proportion de nouveaux nés infectés par le VIH :

Evalue le nombre de nouveaux nés dont les mères leur ont transmis le VIH.

### **Mortalité**

Taux de mortalité par sida

Evalue la proportion de cas de décès par sida sur l'ensemble des décès par année.

### **Offre de soins**

Nombre de séjours hospitaliers de 1 jour et plus de patients atteints par une IST (VIH/Sida, Hépatite B, Syphilis tertiaire)

Cet indicateur permet d'évaluer la gravité d'une maladie.

Nombre de professionnels de santé (médecins, IDE, aides-soignants, psychologues, pharmaciens) par patient atteints par le VIH/Sida en milieu hospitalier

Permet d'évaluer l'offre de soins et la prise en charge des patients atteints par le VIH/Sida. Permet d'évaluer la gravité d'une maladie.



## **2.5 FAITS MARQUANTS**

### **2.5.1 INDICATEURS RECUEILLIS**

Actuellement, des données relatives à deux indicateurs ont pu être recueillies.

Le taux d'incidence annuelle des nouveaux diagnostics Sida a pu être renseigné pour les années 2003 à 2008. Les résultats obtenus témoignent de la baisse du taux d'incidence entre 2007 et 2008 passant de 0.05% à 0.01%). Le nombre important de cas de diagnostics de sida en 2003 (993) reflète le passage de VIH non dépisté ou non pris en charge au stade de sida. En 2008, le faible taux d'incidence reflète une amélioration dans la prise en charge, une évolution positive incontestable étant donnée l'augmentation de la population entre 2003 et 2008.

Les individus (hommes et femmes confondus) âgés de 30 à 39 ans représentent la classe d'âge la plus concernée par les nouveaux diagnostics sida. La part des hommes entre 2003 et 2008 reste supérieure à celle de femmes. Sur 615 diagnostics de nouveaux sida chez les hommes en 2003, 223 sont des hommes âgés de 30 à 39 ans. Alors que chez les femmes, 378 ont été diagnostiquées nouveau sida en 2003 et sont âgés de 30 à 39 ans.

En 2010, la tendance générale est la réduction des cas de nouveaux diagnostics sida avec pour les femmes 4 cas et pour les hommes 13 cas.

De 2003 à 2010, le principal mode de contamination est hétérosexuel (815 en 2003 et 10 en 2010).

Le taux de mortalité par sida est le deuxième indicateur, qui à ce jour a été renseigné.

De 2001 à 2009, les individus, tous âges confondus, décédés par sida, a diminué passant de 27.3% à 16.2%. Les hommes sont ceux qui un taux de mortalité élevé comparé aux femmes.

Chez les moins de 25 ans, de 2001 à 2009, le taux de mortalité baisse également passant de 26.5% à 13.5%.

Ces tendances reflètent une amélioration de la prise en charge entre 2001 et 2009.

### **2.5.2 INDICATEURS NON DISPONIBLES**

Certains indicateurs ne sont, pour le moment pas renseignés car les sources sollicitées n'ont pu fournir les données au moment de la rédaction de ce rapport. Les données manquantes seront intégrées en 2012.

C'est le cas des données demandées au laboratoire de l'Institut Pasteur. Les données attendues ne seront fournies qu'après la signature de la convention de partenariat. Les négociations pour la signature de la convention de partenariat ont été engagées avec l'ancien Directeur de l'Institut Pasteur. De nouvelles négociations doivent être entreprises avec le nouveau directeur de l'Institut Pasteur pour que le recueil de données puisse se faire.

Dans ce cas, la signature de la convention est l'obstacle au recueil des données.

En dépit de la réactivité du COREVIH à nous fournir ses bilans de 2010, force a été constater l'incompatibilité des données avec la définition de nos indicateurs

Toutefois, des indicateurs approchant peuvent être exploités. Dans le rapport du COREVIH, on peut exploiter la file active des patients suivis en 2010 infectés par le VIH et co-infectés par les hépatites.

L'indicateur « Proportion de patients traités par ARV depuis 6 mois ayant une charge virale indétectable >50copies/ml » n'est pas renseigné par le COREVIH. Néanmoins, l'échec virologique de certains patients peut être évalué par des indicateurs approchant évaluant, au contraire le succès virologique des patients traités par ARV depuis 6 mois. Le rapport COREVIH fournit deux indicateurs approchant celui que l'on a défini : « Part des patients suivis et traités en succès virologique après 6 mois de traitement ». Ainsi en 2010 sur 482 patients suivis et traités par traitement antirétroviral, 397 (soit 82.7%) sont en succès virologique, contre 85 (17.63%) en échec virologique.

A priori, aucun n'indicateur du COREVIH n'approche les deux autres indicateurs demandés au COREVIH : Proportion de perdus de vue, proportion de nouveau-nés infectés par le VIH.

Hors mis le laboratoire pasteur, les autres laboratoires pasteur ne nous a pas communiqué les raisons pour lesquelles ils ne sont pas en mesure de nous fournir leurs données.

Enfin les CIDDIST, ont été sollicités et relancés mais aucune données n'a être recueillies au moment de la rédaction de ce rapport.

## 2.6 INDICATEURS

### 2.6.1 LISTE DES INDICATEURS DISPONIBLES

<b>FREQUENCE</b>	
Taux d'incidence et incidence annuelle des nouveaux diagnostics d'infections au VIH	ARS INSEE INVS
Incidence des Affections Longue Durée (ALD) pour VIH/sida	DRSM
Nombre de patients admis en ALD pour hépatite chronique B	DRSM
<b>MORTALITE</b>	
Taux de mortalité par sida	INSERM

## FREQUENCE

Indicateur : Taux d'incidence et incidence annuelle nouveaux diagnostics d'infection au VIH

Objectif	Réduire l'incidence du Sida
<b>DESCRIPTION</b>	
Numérateur (N)	Nombre de nouveaux cas déclarés de sida au cours de l'année considérée (DSDS et COREVIH)
Dénominateur (D)	Population de l'année considérée (INSEE)
Sous-groupes (strates)	Sexe/Tranche d'âge/Nationalité/Mode de transmission
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	Régional
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/internationaux	OMS - HFA : incidence des cas de Sida diagnostiqués cliniquement (CIM10 : B20-B4) pour 100 000 habitants OCDE : incidence des cas de Sida pour 100 000 habitants UE : incidence/prévalence des cas de sida pour 100 000 habitants
Dernier résultat connu	
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
Origine (s)	Déclaration des cas de Sida diagnostiqués (exhaustivité)
Mode de collecte	Déclaration obligatoire depuis 1986 (article L. 3113-1 du Code de Santé Publique, décrets du 6 mai 1999 et du 16 mai 2001)
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	DSDS et INSEE
Service responsable de la synthèse des données	INVS
Fiabilité	
Mode de calcul	
<b>INTERPRETATION</b>	
Limites et biais connus	Décalage dans les années. Remplissage peu rigoureux. / jamais exhaustif
Modalités d'interprétation	Reflète le passage au stade Sida des infections VIH non dépistées ou non prises en charge (ou dont le traitement n'a pas été efficace).
<b>COMMENTAIRE</b>	

En Guyane, il est épidémiologiquement important de recueillir la date de séjour. En cas de diagnostic pour un séjour inférieur à 6 mois, on peut supposer que certaines personnes ne viennent en Guyane que pour être traitées.

## RESULTATS

Tableau 1 - Cas de sida par sexe et par année de diagnostic - Guyane

	Année de diagnostic								Total
	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *	
Féminin	378	37	15	20	21	6	9	4	490
Masculin	615	39	32	22	32	8	18	13	779
Total	993	76	47	42	53	14	27	17	1269

Source InVS Surveillance du SIDA –

Exploitation ORSG

Données au 31/12/2010 non corrigés pour la sous déclaration –  
\* Données provisoires non redressées pour les délais de

Tableau 2 - Population en Guyane

	Année de diagnostic								Total
	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *	
Population estimée	92519	96867	99983	103922	107485	111775			

Source INSEE

Exploitation ORSG

Tableau 3 - Taux d'incidence incidence annuelle nouveaux cas diagnostics d'infection au VIH

	Année de diagnostic								Total
	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *	
Cas de sida diagnostiqués	993	76	47	42	53	14	27	17	1269
Population estimée (INSEE)	92519	96867	99983	103922	107485	111775			
Incidence	<b>0.01</b>	<b>7.84</b>	<b>4.70</b>	<b>4.04</b>	<b>4.93</b>	<b>1.25</b>			
Taux d'incidence	<b>1.07</b>	<b>0.08</b>	<b>0.05</b>	<b>0.04</b>	<b>0.05</b>	<b>0.01</b>			

Tableau 4 - Cas de sida par classe d'âge et par année de diagnostic - Femmes - Guyane

	Année de diagnostic								Total
	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *	
0 à 9	25	2	1	.	1	.	.	.	29
10 A 19	6	2	.	.	3	.	1	.	12
20 A 29	78	8	3	2	1	3	.	.	95
30 A 39	143	13	5	9	5	1	4	2	182
40 A 49	75	4	4	7	6	.	3	.	99
50 A 59	36	3	.	2	2	2	1	2	48
60 A 69	12	4	1	.	2	.	.	.	19
70 et plus	3	1	1	.	1	.	.	.	6
Total	378	37	15	20	21	6	9	4	490

Source InVS Surveillance du SIDA –

Exploitation ORSG

Données cumulées au 31/12/2010, non corrigées pour la sous-déclaration

**Tableau 5 - Cas de sida par classe d'âge et par année de diagnostic - Hommes - Guyane**

	Année de diagnostic								Total
	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *	
0 à 9	41	.	.	.	.	.	.	.	41
10 A 19	6	.	1	.	.	.	.	.	7
20 A 29	68	4	3	1	4	.	3	3	86
30 A 39	223	12	10	8	7	3	3	3	269
40 A 49	145	15	11	7	12	3	7	5	205
50 A 59	89	4	6	5	7	2	3	.	116
60 A 69	35	3	1	1	1	.	2	1	44
70 et plus	8	1	.	.	1	.	.	1	11
Total	615	39	32	22	32	8	18	13	779

Source InVS Surveillance du SIDA –

Exploitation ORSG

Données cumulées au 31/12/2010, non corrigées pour la sous-déclaration

**Tableau 6 - Cas de sida par mode de contamination et par année de diagnostic - Guyane**

	Année de diagnostic								Total
	<2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *	
Homosexuel/Bisexuel	37	1	2	1	1	.	2	.	44
Usager de drogues	23	7	2	1	.	.	.	.	33
Homosexuels/Bisexuel +usagers des drogues	1	.	.	.	.	.	.	.	1
Hétérosexuel	815	58	31	24	35	12	16	13	1004
Transfusé Etranger	1	.	.	.	.	.	.	.	1
Transfusé en France	7	.	.	.	.	.	.	.	7
Mère/Enfant	65	3	2	.	2	.	1	.	73
Inconnu	44	7	10	16	15	2	8	4	106
Total	993	76	47	42	53	14	27	17	1269

Source InVS Surveillance du SIDA –

Exploitation ORSG

Données au 31/12/2010 non corrigés pour la sous déclaration –  
\* Données provisoires non redressées pour les délais de déclaration



**Indicateur : Incidence des Affections Longue Durée (ALD) pour VIH/sida**

**Objectif** Réduire l'incidence de l'infection à VIH en Guyane (PRSP Guyane)

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre annuel de dossiers d'admission en affection longue durée pour VIH/Sida

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)**

- Tranche d'âge à la demande d'ALD
- Commune de résidence
- sexe

**Décompositions (N)** Par type de régime (régime générale + sections locales mutualistes)

**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Médecins libéraux

**Mode de collecte** Exhaustif et continu

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Direction régionale du Service médical (DRSM)

**Service responsable de la synthèse des données** Direction régionale du Service médical (DRSM)

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

- La CNAM préfère utiliser le terme d'incidence médico-social des ALD.  
- A noter que le DRSM fournit uniquement les chiffres concernant les bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale.

- Il est impossible pour le registre d'obtenir des informations sur les ALD en ce qui concerne le régime indemnitaire de l'Armée et de la Gendarmerie.

Les ALD sont attribuées d'office uniquement pour une durée de 6 mois. Une fois cette période passée, le patient perd le bénéfice de la prise en charge à 100 % jusqu'à ce que le médecin traitant du patient refasse de nouveau une demande officielle d'ALD. (Période sans aucune prise en charge ?).

**Modalités d'interprétation**

Apporte des informations sur le circuit de traitement des dossiers (nombre de dossier, temps d'attente par avis, etc...)  
Indicateur de l'accès aux soins.

## RESULTATS

Tableau 7 - Répartition des personnes en ALD pour Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH - Année 2008 et 2009

	2008	2009
Personnes en ALD 7	788	863

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Autre indicateur

Tableau 8 - Répartition du nombre d'ETM pour VIH en Guyane

Code département	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	973	France Ent.												
Nombre d'ETM pour ALD 7	93	7794	136	7823	99	6523	128	7051	132	7509	149	7360	149	7660

Source: CNAMTS - Assurance maladie

**Indicateur : Nombre de patients admis en ALD pour hépatite chronique B**

**Objectif** Réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer à 7–14% de patients ayant une hépatite chronique d'ici 2008 (Objectif 37 loi de santé publique, DGS).

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre annuel de dossiers d'admission en affection longue durée pour hépatite chronique B

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)** Tranche d'âge à la demande d'ALD/Commune de résidence

**Décompositions (N)** Par type de régime (régime général + SLM)

**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Médecins libéraux

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Direction régionale du Service médical (DRSM)

**Service responsable de la synthèse des données** Direction régionale du Service médical (DRSM)

**Fiabilité**

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

- La CNAM préfère utiliser le terme d'incidence médico-social des ALD.
- A noter que le DRSM fournit uniquement les chiffres concernant les bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale.

**Modalités d'interprétation** Permet d'estimer l'évolution de l'incidence des hépatites chroniques B prises en charge par le système de soin

**COMMENTAIRE**

## RESULTATS

Tableau 9 - Répartition des personnes en ALD pour Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses - Année 2008 et 2009

	2008	2009
Personnes en ALD 6	142	160

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Autre indicateur

Tableau 10 - Répartition du nombre d'ETM pour Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses en Guyane

Code département	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	973	France Ent.												
Nombre d'ETM pour ALD 6	17	20575	34	19742	22	19072	30	20459	51	20328	50	19999	50	20639

Source: CNAMTS - Assurance maladie

## MORTALITE

### Indicateur : Taux de mortalité par sida

**Objectif** Réduire par 2 le taux d'incidence des décès et des évènements SIDA.

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de décès dont la cause est le Sida au cours d'une période donnée

**Décompositions**  
- Nombre total de décès de la période considérée.  
- Nombre total de personnes atteintes par sida recensées au cours de la période.

**Sous-groupes** Sexe  
Tranche d'âge

**Niveau d'agrégation** données individuelles

**Périodicité de la mesure** Annuelle

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Médecins déclarants

**Mode de collecte** Certificat de décès

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Inserm CépiDC

**Service responsable de la synthèse des données** INSERM CépiDc  
Transmission des données à l'ORSG via la **FNORS**

### INTERPRETATION

Limites et biais connus

**Modalités d'interprétation** Reflète le degré de mortalité pour cette pathologie.

### COMMENTAIRE

## RESULTATS

Tableau 11 -: Nombre de décès par sida

Période	Tous âges						Moins de 65 ans					
	Masculin		Féminin		Total		Masculin		Féminin		Total	
	Eff	Taux	Eff	Taux	Eff	Taux	Eff	Taux	Eff	Taux	Eff	Taux
2001-2003	24	35.4	12	15.7	36	27.3	22	34.1	12	17.4	34	26.5
2004-2006	20	32.4	13	18.2	33	27.7	18	25.8	12	17.7	30	22.3
2007-2009	12	15.5	9	10.6	21	16.2	11	14.3	8	10.0	19	13.5

Source : CépiDC INSERM

Exploitation : ORSG



## 2.6.2 LISTE DES INDICATEURS INDISPONIBLES

<b>FREQUENCE</b>	
Taille des files actives pour le VIH	COREVIH
Nombre de gonococcies positives recensées dans les laboratoires d'analyses médicales	Laboratoires d'analyses médicales
Nombre de sérologies positives à la Syphilis recensé au sein des CIDDIST au cours de l'année n	CIDDIST
Nombre de boîte d'Extencilline remboursées (2,4 MU) par année	CGSS
Proportion de sujets atteints de syphilis parmi les gens qui fréquentent les CIDDIST	CIDDIST
Nombre prélèvements positifs pour C. trachomatis	Laboratoires d'analyses médicales
Incidence annuelle des « nouvelles séropositivité » (VIH)	ARS INSEE INVS
Nombre d'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B	ARS INVS
<b>PREVENTION</b>	
Nombre de séropositifs ayant consulté les CIDDIST pour une autre IST qui s'est avérée être positive au cours de l'année n à rapporter au nombre de personnes suivies dans les CIDDIST pour une IST cette même année	CIDDIST
<b>DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC</b>	
Proportion des patients ayant <200 CD4 au dépistage	COREVIH
<b>SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE</b>	
Proportion de patients traités par ARV depuis 6 mois ayant une charge virale indétectable <50 copies/ml	COREVIH
Proportion de perdus de vue chaque année	COREVIH
Proportion de nouveau-nés infectés par le virus HIV	COREVIH INSEE
<b>OFFRES DE SOINS</b>	
Nombre de séjours hospitaliers de 1 jour et plus de patients atteints par une IST (VIH/Sida, Hépatite B, Syphilis tertiaire)	PMSI

## FREQUENCE

### Indicateur : Taille des files actives pour le VIH

**Objectif**

Définition : Ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membre des équipes soignantes, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge.

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)**

Nombre de patients infectés par le virus HIV vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par le COREVIH, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge.

**Sous-groupes (strates)**

Sexe/Tranche d'âge /Nationalité/ commune de résidence (ville)

**Décompositions (N)****Niveau d'agrégation**

Régional

**Périodicité de la mesure**

Annuelle

**Dernier résultat connu**

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)**

COREVIH

**Mode de collecte****Organisme(s) responsable(s) de la collecte**

COREVIH

**Service responsable de la synthèse des données**

COREVIH

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus****Modalités d'interprétation**

Tendance évolutive de la fréquence des infections à VIH-Sida chaque année

### COMMENTAIRE

Jusqu'en 2007, le Réseau Diabète de Guyane organisait des réunions et des campagnes

**Indicateur : Nombre de gonococcies positives recensées dans les laboratoires d'analyses médicales**

**Objectif** Incidence des gonococcies dans les populations à risque (Objectif 41 loi de santé publique, DGS).  
Diminuer la fréquence.

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de gonococcies positives recensées dans les laboratoires d'analyses médicales

**Dénominateur** Population générale

**Sous-groupes (strates)**

**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure** Ponctuelle

**Dernier résultat connu**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Laboratoires d'analyses médicales

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Laboratoires d'analyses médicales

**Service responsable de la synthèse des données** Laboratoires d'analyses médicales

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître la tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année

**COMMENTAIRE**

**Indicateur : Nombre de sérologies positives à la syphilis recensé au sein des CIDDIST au cours de l'année n****Objectif****DESCRIPTION**

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de sérologies positives à la Syphilis recensé au sein des CIDDIST au cours de l'année n
<b>Dénominateur (D)</b>	
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Sexe/Tranche d'âge/Commune de résidence
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Régional
<b>Périodicité de la mesure</b>	Ponctuelle
<b>Dernier résultat connu</b>	Année 2007

**ELABORATION ET QUALITES**

<b>Origine (s)</b>	CIDDIST
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	CIDDIST
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	CIDDIST
<b>Fiabilité</b>	
<b>Mode de calcul</b>	

**INTERPRETATION****Limites et biais connus****Modalités d'interprétation** Cet indicateur reflète la prévalence de la Syphilis.**COMMENTAIRE**

**Indicateur : Nombre de boîte d'Extencilline vendues (2,4 MU) par année**

**Objectif** Diminuer la syphilis dans les populations à risque : Objectif 41

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de boîte d'Extencilline vendues (2,4 MU) chaque année

**Dénominateur**

**Sous-groupes (strates)** Sexe/Tranche d'âge/Commune de résidence

**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure** Ponctuelle

**Dernier résultat connu**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** CGSS

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** CGSS

**Service responsable de la synthèse des données** CGSS

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

Médicament également utilisé dans le cadre du traitement de la prise en charge du streptocoque et des rhumatismes aigus. Certains médecins ne soignent pas systématiquement la Syphilis avec de l'Extencilline.

**Modalités d'interprétation**

Cet indicateur reflète la prise en charge des patients ayant un diagnostic de syphilis. Il reflète la fréquence de prescriptions correspondant à la prise en charge des patients avec un diagnostic de syphilis par les médecins du secteur privé (ventes en pharmacies)

**COMMENTAIRE**

Indicateur indirect de l'évolution de la fréquence des cas diagnostiqués.

**Indicateur : Proportion de sujets atteints de syphilis parmi les personnes qui fréquentent les CIDDIST****Objectif****DESCRIPTION**

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de sujets atteints de syphilis parmi les gens qui fréquentent les CIDDIST
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre total de personnes suivies dans les CIDDIST
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Sexe/Tranche d'âge/Commune de résidence
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Régional

**Périodicité de la mesure****Indicateurs nationaux/internationaux****Dernier résultat connu****ELABORATION ET QUALITES**

<b>Origine (s)</b>	CIDDIST
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	CIDDIST
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	CIDDIST

**Fiabilité****Mode de calcul****INTERPRETATION****Limites et biais connus****Modalités d'interprétation****COMMENTAIRE**

**Indicateur : Nombre prélèvements positifs pour C. trachomatis**

**Objectif** Diminuer la prévalence des Chlamydioses (Objectif 41 loi de santé publique, DGS)

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de prélèvements positifs à C. trachomatis  
**Dénominateur** Nombre de prélèvement à C. trachomatis effectué dans l'année  
**Sous-groupes (strates)** Sexe/Tranche d'âge  
**Décompositions (N)** Nombre de prélèvements positifs à C. trachomatis  
**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Laboratoires d'analyses médicales

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Laboratoires d'analyses médicales

**Service responsable de la synthèse des données** Laboratoires d'analyses médicales

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître la tendance évolutive de la fréquence des infections diagnostiquées chaque année

**COMMENTAIRE**

**Indicateur : Incidence annuelle des « nouvelles séropositivité » (VIH)**

**Objectif** Réduire l'incidence de l'infection à VIH en Guyane (PRSP Guyane)

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de patients diagnostiqués au stade VIH non dépistés auparavant (DSDS + COREVIH)  
2. Nombre de patients diagnostiqués au stade VIH non traités auparavant

**Dénominateur (D)** Population générale (INSEE)

**Sous-groupes (strates)** Sexe/Tranche d'âge/ Nationalité/Mode de transmission

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**Dernier résultat connu**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Mode de collecte** Déclaration obligatoire depuis 1986 (article L. 3113-1 du Code de Santé Publique, décrets du 6 mai 1999 et du 16 mai 2001)

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** ARS et INSEE

**Service responsable de la synthèse des données** INVS

**INTERPRETATION**

**Limites et biais** Décalage dans les années. Remplissage peu rigoureux.

**Modalités d'interprétation** Reflètent respectivement l'accès au dépistage.

**COMMENTAIRE**

**Indicateur : Nombre d'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B**

**Objectif** Réduire la fréquence et la gravité des complications du diabète.<sup>43</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre d'infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B recensé au cours de l'année n

**Dénominateur (D)** Population générale (INSEE)

**Sous-groupes (strates)** Sexe/tranche d'âge

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation**

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)**

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** ARS, INSEE

**Service responsable de la synthèse des données** INVS

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet d'estimer l'incidence des infections aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B

**COMMENTAIRE**

<sup>43</sup> Loi de santé publique de 2004.Objectif 55.

## PREVENTION

**Indicateur : Nombre de séropositifs ayant consulté les CIDDIST pour une autre IST qui s'est avérée être positive au cours de l'année n à rapporter au nombre de personnes suivies dans les CIDDIST pour une IST cette même année**

### Objectif

#### DESCRIPTION

##### Numérateur (N)

Nombre de séropositifs ayant consulté les CIDDIST pour une autre IST qui s'est avérée être positive au cours de l'année n

##### Dénominateur (D)

nombre de personnes suivies dans les CIDDIST pour une IST cette même année

##### Sous-groupes (strates)

Sexe/Tranche d'âge

##### Décompositions (N)

##### Niveau d'agrégation

##### Périodicité de la mesure

##### Dernier résultat connu

#### ELABORATION ET QUALITES

##### Origine (s)

Base de données des CIDDIST

##### Mode de collecte

##### Organisme(s) responsable(s) de la collecte

CIDDIST

##### Service responsable de la synthèse des données

CIDDIST

#### INTERPRETATION

##### Limites et biais connus

##### Modalités d'interprétation

Il permet d'une part de connaître la proportion de patients atteints par le VIH qui n'utilisent pas le préservatif et d'étudier le comportement de cette population à risque.

#### COMMENTAIRE

## DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

**Indicateur : Proportion des patients ayant <200 CD4 au dépistage**

**Objectif** Augmenter le nombre de dépistage précoce

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de patients ayant <200 CD4 lors du dépistage au cours de l'année

**Dénominateur (D)** Nombre de patients ayant été dépisté HIV positif au cours de l'année

**Sous-groupes (strates)** Sexe/Tranche d'âge/Nationalité/Commune de résidence

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation**

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**Dernier résultat connu**

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)**

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** COREVIH (MDO)

**Service responsable de la synthèse des données** COREVIH (MDO)

**Fiabilité**

**Mode de calcul**

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation**

### COMMENTAIRE

Analyse sociologique :  
réflexion sur stratégie de prévention  
cibler les populations pour qui il faudrait faire des campagnes d'informations.

## SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE

**Indicateur : Proportion de patients traités par ARV depuis 6 mois ayant une charge virale indétectable <50 copies/ml**

**Objectif** Faire que plus de 80 % des patients aient une charge virale <50 copies/ml

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de patients traités par ARV depuis 6 mois ayant une charge virale indétectable <50 copies/ml

**Dénominateur (D)** Proportion de patients traités par ARV

**Sous-groupes (strates)** Sexe  
Tranche d'âge  
Nationalités  
Communes de résidence

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation**

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**Dernier résultat connu**

### ELABORATION ET QUALITES

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** COREVIH

**Service responsable de la synthèse des données** COREVIH

**Fiabilité**

**Mode de calcul**

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation**

### COMMENTAIRE

**Indicateur : Proportion de perdus de vue chaque année**

**Objectif** Réduire les perdus de vue à moins de 10 %

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de personnes qui auraient dû venir consulter au cours de l'année n et qui ne sont pas venu en consultation.

**Décompositions** Nombre de personnes vues au moins une fois au cours de l'année n-1 (file active)

**Sous-groupes** Sexe/Tranche d'âge/Nationalité/Commune de résidence

**Périodicité de la mesure** Année n-1

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**ELABORATION ET QUALITES**

Origine (s)

Mode de collecte

Organisme(s) responsable(s) de la collecte COREVIH

Service responsable de la synthèse des données COREVIH

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus** Les personnes se faisant suivre dans le libéral ne sont pas comptabilisées.

Modalités d'interprétation

**COMMENTAIRE**

File active = nombre de personne venues au moins une fois dans l'année  
Perdu de vue = nombre de personnes qui n'ont pas consulté depuis plus d'un an.

## Indicateur : Proportion de nouveau-nés infectés par le virus HIV

**Objectif** Maintenir ce taux à <1 % des femmes enceintes ayant eu un traitement optimal  
Réduction importante de la mortalité infantile due au sida

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de nouveau-nés vivants infectés par le virus HIV

**Décompositions** Nombre de nouveau-nés vivants recensés dans l'année (INSEE)

**Sous-groupes** Sexe/Commune de résidence de la mère

### Indicateurs nationaux/internationaux

### ELABORATION ET QUALITES

Origine (s) Etablissement de santé (recensement Service de Pédiatrie)

Mode de collecte

Organisme(s) responsable(s) de la collecte COREVIH + INSEE

Service responsable de la synthèse des données COREVIH = INSEE

### INTERPRETATION

Limites et biais connus

Modalités d'interprétation

### COMMENTAIRE

## OFFRE DE SOIN

**Indicateur : Nombre de séjours hospitaliers de 1 jour et plus de patients atteints par une IST**

**Objectif**

### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de séjours hospitaliers de 1 jour et plus de patients atteints par une IST
<b>Sous-groupes</b>	Sexe Tranche d'âge
<b>Décompositions</b>	Par diagnostic principal de séjour et diagnostic associé : <ul style="list-style-type: none"><li>- VIH/Sida,</li><li>- l'hépatite B,</li><li>- syphilis tertiaire</li></ul>
<b>Niveau d'agrégation</b>	
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle

### ELABORATION ET QUALITES

<b>Origine (s)</b>	Etablissements de santé
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	PMSI
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	PMSI

### INTERPRETATION

<b>Limites et biais connus</b>	
<b>Modalités d'interprétation</b>	Permet d'évaluer la gravité d'une maladie.

### COMMENTAIRE



## **3. VOLET CANCERS**



### 3.1 GROUPE D'EXPERTS CANCER (2009)

#### Liste des professionnels ayant participé au groupe de travail.

Ils ont eu pour mission d'assurer la validité des indicateurs définis au regard des problèmes de santé suivis et leur pertinence vis-à-vis des besoins d'information des responsables des programmes de santé.

- ❖ **Mr BHAGOOA**, Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC)
- ❖ **Mr NORDIN**, Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC)
- ❖ **Dr. Jacques BRETON**, Président de la Ligue nationale contre le Cancer
- ❖ **Dr. Juliette PLENET** Médecin coordinateur du Registre des cancers
- ❖ **Dr Birgit DANGELMAIER**, Responsable de la Chimiothérapie  
❖ Hôpital de jour
- ❖ **Dr. Fadi ABBAS**, Oncologue du Centre hospitalier de Cayenne (CHAR)
- ❖ **Dr. Angela FIOR**, P.H Responsable du Laboratoire d'Anatomo-Pathologie
- ❖ **Dr FOURNIER**, Réseau OncoGuyane/Maison des réseaux
- ❖ **Dr LOUVEL**, Réseau OncoGuyane/Maison des réseaux
- ❖ **Dr. Jean- Yves GIROT**, Médecin Chef de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)
- ❖ **Dr Serge PLENET**, Directeur du Laboratoire d'analyse médicale PLENET
- ❖ **Dr Brigitte MOREAU** Bactériologiste du CHAR
- ❖ **Dr Philippe COTELLON** Chef de service de biologie du CHAR
- ❖ **Dr Ghassan ESTEPHAN** Chef du service de Chirurgie du CHAR



## 3.2 DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit **le cancer** comme étant « un terme général appliqué à un groupe de plus d'une centaine de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. On parle aussi de tumeurs malignes ou de néoplasmes malins. »

Le cancer provient d'une anomalie qui touche des cellules de l'organisme entraînant le développement incontrôlable et anarchique de certaines cellules. L'anomalie bouleverse, modifie le patrimoine génétique de l'individu 'sain ».

L'apparition des cellules cancéreuses donnent naissance à des tumeurs de plus en plus grosses qui se développent en envahissant puis détruisant les zones qui les entourent (organes). Les cellules cancéreuses peuvent également se propager à distance d'un organe pour former une nouvelle tumeur, ou circuler sous forme libre. En détruisant son environnement, le cancer peut devenir un réel danger pour la survie de l'être vivant.<sup>44</sup>

### LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE ?

Les décès par cancer sont principalement dus aux facteurs de risque aggravants suivant : un IMC trop élevé (obésité, surcharge pondérale), la sédentarité (manque d'exercice physique), une alimentation déséquilibrée (faible consommation de fruits et légumes), le tabagisme et une consommation excessive d'alcool.

Les principaux facteurs de risque sont essentiellement comportementaux.

**Le tabagisme**, principal facteur de risque de cancer, est responsable de nombreux types de cancer - poumon, larynx, œsophage, estomac, vessie, cavité buccale et autres.

**L'alcool**, lui, est responsable de plusieurs types de cancer comme les cancers de l'œsophage, du pharynx, du larynx, du foie, du sein et d'autres types de cancer.

**Dans le cadre du Volet « CANCERS » de la banque de données sanitaire, seuls les cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate, du colon feront l'objet d'une analyse particulière.**

### DESCRIPTIF PAR LOCALISATION TUMORALES<sup>45</sup>

#### **Point sur le Cancer du sein**

Le cancer du sein est donc une prolifération anormale des cellules dans la glande mammaire. C'est le plus souvent un carcinome né de l'épithélium des glandes proprement dites ou de leurs canaux.

Les principaux facteurs de risque liés au cancer du sein sont :

- ❖ le sexe féminin, 99% des cancers du sein apparaissant chez la femme, 1% chez l'homme.
- ❖ un âge avancé.
- ❖ des antécédents familiaux de cancer du sein avant l'âge de 50 ans chez au moins deux parentes du premier degré.
- ❖ l'âge à la première grossesse : les femmes âgées de plus de 30 ans au moment de leur première maternité sont exposées à un risque de cancer du sein légèrement plus élevé que les femmes enfantant pour la première fois avant l'âge de 25 ans.
- ❖ la durée de vie génitale : l'apparition du cycle menstruel à un jeune âge (avant 12 ans) et son interruption (ménopause) à un âge plus avancé sont liés à un risque légèrement élevé de cancer du sein.

<sup>44</sup> Extrait du site officiel de la Ligue contre le cancer.

<sup>45</sup> Présentations tirées du site officiel de l'ARC (Pr Michel Ducreux, chef de l'unité de gastroentérologie à l'Institut Gustave Roussy.)

Des études sur d'autres facteurs de risque environnementaux sont menés : lien avec le tabagisme, le rôle de l'allaitement, le stress, les traitements hormonaux.

Le dépistage et le diagnostic du cancer du sein repose sur des méthodes de détection dont la plus importante est la mammographie. Il ne faut pas négliger l'examen clinique des seins et l'auto-palpation qui est une inspection visuelle et une palpation des seins et des aisselles par la femme elle-même. Ces dernières années, le taux de décès lié au cancer du sein a chuté grâce, notamment, à un diagnostic plus précoce et au développement de meilleurs traitements. Plus le diagnostic est précoce et plus les chances de guérison sont grandes.

Le programme national de dépistage du cancer du sein repose sur le réseau des cabinets de radiologues privés : les femmes âgées de 50 à 74 ans qui s'y présentent sur invitation ou sur ordonnance d'un médecin, bénéficient d'un examen clinique et deux clichés mammographiques gratuits. Si la mammographie est normale, les clichés sont transmis au centre départemental de dépistage pour une deuxième lecture.

Le traitement du cancer du sein repose sur plusieurs méthodes qui sont :

- la chirurgie,
- la radiothérapie,
- la chimiothérapie,
- l'immunothérapie,
- l'hormonothérapie.

La chimiothérapie et l'hormonothérapie ont amélioré très nettement le pronostic des cancers infiltrants avec envahissement ganglionnaire. Même lorsque les ganglions ne sont pas envahis, l'un de ces traitements est presque toujours administré, pour diminuer le risque de métastase<sup>46</sup>.

### **Point sur le cancer du col de l'utérus**

Les cancers de l'utérus regroupent schématiquement deux types de cancers : les cancers du col de l'utérus et les cancers du corps de l'utérus. Ces cancers sont en général développés aux dépens de l'exocol, c'est à dire de la partie la plus basse du col de l'utérus.

Ils se rencontrent en général chez la femme d'âge moyen (45-60 ans), mais peuvent en fait se voir à tous les âges.

Le cancer du col peut être dépisté grâce aux frottis cervico-vaginaux réalisés par le médecin. Ces frottis consistent à gratter le col de l'utérus afin de récupérer des cellules. Celles-ci seront analysées et classées en fonction de leur aspect. Les cellules pourront être normales, présenter des anomalies bénignes, des dysplasies, ou présenter des anomalies évoquant un cancer.

L'interprétation de ces résultats doit être très prudente et en aucun cas définitive. En effet, l'existence de cellules dysplasiques ne veut pas dire qu'il n'y a pas de cancer, et à l'inverse, la présence de cellules cancéreuses ne veut pas dire qu'il y a un cancer invasif.

L'existence d'une anomalie au cours d'un frottis doit donc être suivie d'une interprétation par un médecin, et donner lieu à d'autres examens. En cas d'anomalie, l'attitude dépend du type de lésion. On pourra alors réaliser une répétition des frottis, une colposcopie. Si la colposcopie confirme la présence d'une dysplasie, celle-ci sera traitée.

En effet, la dysplasie et le cancer non invasif se guérissent mieux que les cancers invasifs et ne peuvent pas s'étendre aux organes à distance.

Comme pour les autres cancers, les symptômes révélant un cancer de l'utérus sont variables dans leur gravité et leur intensité. Il peut s'agir de saignements gynécologiques, de douleurs pelviennes (bas-ventre), d'infections de l'utérus, d'œdèmes des membres inférieurs, d'infections urinaires à répétition.

Ces symptômes ne sont pas spécifiques de cancer et peuvent être rencontrés dans des pathologies bénignes. De fait, leur présence ne doit à la fois ni alarmer, ni être prise à la légère. La meilleure attitude est toujours une consultation avec le médecin généraliste.

Le traitement du cancer de l'utérus varie selon les patientes, en fonction de l'extension de la tumeur, de l'existence d'autres pathologies, de l'âge.

Le traitement peut faire appel à la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie. Ces différents traitements peuvent être réalisés isolément ou combinés en fonction des décisions de l'équipe médico-chirurgicale. La chirurgie du cancer de l'utérus consiste en l'exérèse de l'utérus et des structures avoisinantes (ganglions, trompes...).

La radiothérapie du cancer du col de l'utérus peut être une radiothérapie externe, ou bien une curiethérapie<sup>47</sup>.

Actuellement, la radiothérapie externe est très souvent associée à une chimiothérapie dans le cancer du col de l'utérus. Celle-ci permet de diminuer le risque de récurrence locale et à distance.

*Précisions : Les cancers de l'utérus correspondent aux codes CIM9 = 179, 180, 182 et CIM10 = C53-C55*

### **Point sur le cancer colorectal**

Du fait de leurs similitudes, les cancers du côlon et du rectum sont souvent regroupés sous le terme de cancer colorectal. Environ 40 % des cancers touchent le rectum et 60 % le côlon. Dans ce dernier cas, les tumeurs sont principalement localisées (70 %) au niveau du sigmoïde (la dernière partie du côlon).

Les tumeurs qui se développent à partir de la muqueuse du côlon et siégeant à plus de 15 cm au-dessus de la marge anale sont appelées cancers du côlon ou coliques. Celles qui sont situées en dessous de cette limite correspondent à des cancers du rectum ou rectaux.

Les principaux facteurs de risque sont :

- ❖ un régime alimentaire riche en viande rouge et charcuterie et en boissons alcoolisées.
- ❖ Le surpoids ou l'obésité En revanche, l'activité physique diminue ce risque.
- ❖ Le tabac
- ❖ Le genre : les hommes étant plus touchés.
- ❖ L'âge : Plus fréquents après 65 ans.
- ❖ Les antécédents de certains autres cancers.
- ❖ L'hérédité

Le cancer colorectal peut rester longtemps asymptomatique. Ses symptômes sont tardifs et traduisent souvent une maladie déjà évoluée. Les principaux signes retrouvés comportent :

- ❖ Des douleurs abdominales violentes, résultant de contractions de l'intestin évoluant par crises de 2 ou 3 jours, accompagnées parfois de bruits abdominaux ;
- ❖ Des troubles du transit intestinal (constipation brutale ou diarrhée prolongée, voire alternance des deux) ;
- ❖ La présence de sang dans les selles
- ❖ Une anémie
- ❖ Un amaigrissement inexplicable et/ou une légère fièvre persistante ;
- ❖ Pour le cancer du rectum, des saignements du rectum ou rectorragies ;
- ❖ A un stade avancé, des complications comme l'occlusion, la perforation tumorale\* ou encore l'altération de l'état général, peuvent révéler le cancer.

---

<sup>47</sup> Radiothérapie plus ciblée sur le volume tumorale, réalisée par l'implantation d'une source de radioactivité au niveau de la tumeur.

Deux moyens de diagnostics :

- ❖ Le toucher rectal permet de diagnostiquer un cancer du rectum s'il est situé à moins de 8 cm de l'anus. Il permet en particulier d'évaluer la taille d'une tumeur rectale, sa fixité, sa distance par rapport au sphincter. Pour cela, le médecin introduit un doigt ganté dans l'anus du patient afin de palper la paroi du rectum.
- ❖ La coloscopie réalisée sous brève anesthésie générale, la coloscopie permet de visualiser les parois internes du côlon. Elle consiste à introduire dans le côlon un tube souple muni d'une caméra vidéo et d'une pince permettant d'effectuer des prélèvements. En cas de découverte d'une lésion, la coloscopie permet d'en évaluer la dangerosité, de rechercher d'éventuelles lésions associées et d'en pratiquer l'ablation totale ou d'en réaliser un prélèvement pour l'analyser au microscope.

Les traitements envisagés sont :

- ❖ L'ablation de la tumeur au cours d'une coloscopie
- ❖ La chirurgie
- ❖ La chimiothérapie
- ❖ La radiothérapie
- ❖ Le suivi après le traitement
- ❖ Les anticorps monoclonaux

### **Point sur le cancer de la prostate**

Ce cancer se définit par la présence de cellules cancéreuses dans la glande prostatique. L'agressivité et l'évolution de ce cancer sont variables. Le plus souvent, la maladie se développe d'abord très lentement pour ne toucher que la prostate et la capsule prostatique. Dans ce cas, le cancer est dit « localisé ». Après plusieurs années d'évolution, la tumeur peut envahir les organes voisins, notamment le rectum, la vessie, les os du pubis ou certains ganglions figurant à proximité de la prostate. Le cancer est alors dit « métastasé ».

Lorsque le cancer est encore localisé au sein de la prostate, il est souvent possible d'éradiquer la maladie. C'est la raison pour laquelle ce cancer peut faire l'objet d'un dépistage ou d'une détection précoce.

Les principaux facteurs de risque sont :

- ❖ L'âge. Il apparaît majoritairement après 50 ans.
- ❖ L'hérédité. Le sujet noir semble être plus sensible.
- ❖ Le régime alimentaire

Le cancer de la prostate est une tumeur d'évolution lente qui entraîne peu de manifestations cliniques.

À un stade plus avancé, des troubles urinaires finissent par apparaître. En effet, l'urètre qui traverse la glande prostatique, peut être mécaniquement comprimé par la grosseur de la tumeur. Il en résulte une gêne lors de l'émission de l'urine. Cette gêne se traduit par des difficultés à uriner, une fréquence exagérée des envies d'uriner avec émission d'un faible volume, voire une rétention des urines pouvant entraîner une infection.

En progressant vers l'arrière et en comprimant le côlon, la tumeur peut provoquer des perturbations digestives notamment des faux besoins d'aller à la selle ou de la constipation. L'atteinte des ganglions lymphatiques situés à proximité de la prostate peut générer une sensation de gêne ou des douleurs.

Enfin, l'apparition de métastases se fait majoritairement au niveau osseux. Les métastases entraînent des douleurs, des compressions de la moelle et peuvent provoquer des fractures par augmentation de la fragilité osseuse. Plus rarement, les métastases sont localisées au niveau des ganglions, des poumons ou du foie.

Les moyens de diagnostics sont :

- ❖ L'échographie endorectale
- ❖ La tomodensitométrie ou scanner
- ❖ L'imagerie par résonance magnétique
- ❖ La scintigraphie osseuse



### **3.3 CONTEXTE**

Selon l'association pour la recherche sur le cancer, depuis 2004, le cancer a pris la place des maladies cardio-vasculaires au premier rang des causes de mortalité prématurée. Il touche un homme sur deux et une femme sur trois.

A l'échelle mondiale, 25 millions de personnes sont aujourd'hui atteinte d'un cancer. Selon le dernier rapport du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), le nombre de malades a doublé entre 1970 et 2000. En 2008, 12 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués, 7 millions de personnes sont décédées d'un cancer et 25 millions de personnes vivaient avec cette maladie. Les projections montrent que d'ici à 2030, on comptera plus de 26 millions de cas incidents de cancer chaque année.

#### **Epidémiologie des cancers dans le monde**

Le cancer reste une cause majeure de décès dans le monde, à l'origine de 7,6 millions de décès en 2008, soit environ 13% de la mortalité mondiale.<sup>1</sup>

Les cancers entraînant le plus de décès chaque année sont le cancer du poumon, le cancer de l'estomac, le cancer du foie, le cancer du côlon et le cancer du sein.

Les principaux types de cancer sont les suivants:

- cancer du poumon (1,4 million de décès)
- cancer de l'estomac (740 000 décès)
- cancer du foie (700 000 décès)
- cancer colorectal (610 000 décès)
- cancer du sein (460 000 décès).

#### **Epidémiologie des : cancers en France<sup>48</sup>**

Au cours de la période 2004-2008, le cancer a représenté la première cause de décès en France chez l'homme (33 % de l'ensemble des décès masculins) et la deuxième cause chez la femme (24 % de l'ensemble des décès féminins).

En moyenne, 148 737 décès par cancer ont été enregistrés chaque année en France dont 88 378 hommes et 60 359 femmes.

Le taux moyen de mortalité (standardisé monde) est deux fois plus élevé chez l'homme que chez la femme : les taux sont respectivement de 158,6 décès pour 100 000 hommes et 79,1 décès pour 100 000 femmes.

Chez l'homme, l'âge médian au décès des patients est de 72 ans et varie entre 45 et 81 ans selon les localisations cancéreuses. Tandis que chez la femme, l'âge médian est de 76 ans et varie de 64 à 82 ans.

A noter que le cancer du poumon et le cancer du sein sont la première cause de décès (toutes causes confondues) respectivement chez l'homme et chez la femme entre 45 et 64 ans en 2008 (données disponibles sur le site du CépiDc).

##### *Le cancer du sein en France*

Le cancer du sein, cancer féminin le plus fréquent dans l'Union européenne et aux États-Unis, est également le cancer le plus fréquent en termes d'incidence chez la femme en France. Même s'il reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme, l'incidence du cancer du sein tend à diminuer.

---

<sup>48</sup> Rapport INCA, La situation des cancers en France en 2011

Les évolutions inverses de la mortalité et de l'incidence du cancer du sein au cours des dix dernières années à savoir hausse de l'incidence et baisse de la mortalité pourraient s'expliquer en partie par l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et par un diagnostic plus précoce lié au développement du dépistage en France.

#### *Le cancer de la prostate en France*

Le cancer de la prostate est le cancer masculin le plus fréquent en France. Il se situe au premier rang des cancers incidents chez l'homme, devant les cancers du poumon et du côlon-rectum. Il constitue par ailleurs la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme.

Sur la période 2004-2008, en moyenne 9 012 décès par cancer de la prostate ont été observés chaque année soit un taux standardisé à la population mondiale de 12,6 décès pour 100 000 hommes. L'âge médian au décès au cours de cette période est de 80 ans (cf. Tableau 1).

#### *Le cancer du côlon-rectum en France*

La France fait partie des pays ayant une incidence élevée du cancer côlon-rectum. Le vieillissement de la population, l'amélioration des techniques de dépistage, mais aussi des modifications du mode de vie (augmentation du niveau de sédentarité non compensée par une baisse des apports caloriques, etc.) ont probablement favorisé une augmentation de l'incidence à partir des années 80. En 2011, ce cancer se situe au troisième rang de l'ensemble des cancers incidents, tous sexes confondus.

Sur la période 2004-2008, en moyenne 16 526 décès par cancer du côlon-rectum (8 759 hommes et 7 767 femmes) ont été observés chaque année.

L'âge médian au décès au cours de cette période est de 75 ans chez les hommes et 80 ans chez les femmes

#### *Le cancer du col de l'utérus en France*

On remarque une diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus depuis de ces dernières années. Le taux d'incidence (standardisé monde) est passé de 14,9 pour 100 000 en 1980 à 7,2 pour 100 000 en 2005. Cette baisse était moins importante entre 2000 et 2005 à cause probablement de la contribution de plus en plus importante des cohortes les plus jeunes (les moins à risques) qui atteignent un âge où l'incidence est maximale.

Sur la période 2004-2008, en moyenne 1 113 décès par cancers du col de l'utérus ont été observés chaque année soit un taux moyen standardisé à la population mondiale de 1,9 pour 100 000 femmes. L'âge médian au décès au cours de cette période est de 64 ans

## Les ALD et ETM pour tumeurs malignes en France – Année 2010

Tableau V : Nombre d'ETM et taux d'incidence des principales localisations des tumeurs malignes - Année 2010

Tumeurs malignes	Nombre d'ETM	%	Taux d'incidence pour 100 000 personnes protégées	Sex ratio (H/F)
Sein (chez la femme) [C50]*	52 931	19.3%	174.8**	-
Prostate [C61]*	40 015	14.6%	145.0***	-
Colon – rectum [C18 à C21]*	28 499	10.4%	49.2	1.1
Trachée - bronches – poumon [C33, C34]*	23 270	8.5%	40.2	2.4
Vessie [C67]*	12 416	4.5%	21.5	4.1
Lèvre - cavité buccale – pharynx [C00 à C14]*	9 648	3.5%	16.7	3.1
Rein et organes urinaires autres ou non précisés [C64 à C66, C68]*	8 000	2.9%	13.8	1.7
Lymphomes non hodgkinien [C82 à C85, C96]*	7 879	2.9%	13.6	1.1
Leucémies [C91 à C95]*	7 350	2.7%	12.7	1.2
Mélanome malin de la peau [C43]*	7 108	2.6%	12.3	0.8
Thyroïde [C73]*	6 357	2.3%	11.0	0.3
Pancréas [C25]*	5 739	2.1%	9.9	1.0
Corps de l'utérus et autres parties non précisées [C54, C55]*	5 337	1.9%	17.6**	-
Estomac [C16]*	4 208	1.5%	7.3	1.5
Foie [C22]*	3 924	1.4%	6.8**	2.7
Ovaire [C56]*	3 856	1.4%	12.7	-
Encéphale et autres parties du système nerveux central [C70 à C72]*	3 575	1.3%	6.2	3.9
Œsophage [C15]*	3 575	1.3%	6.2	1.1
Col de l'utérus [C53]*	3 373	1.2%	11.1**	-
Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes [C90]*	3 087	1.1%	5.3	0.9
Larynx [C32]*	2 986	1.1%	5.2	7.3
Testicule [C62]*	1 889	0.7%	6.8***	-
Maladie de Hodgkin [C81]*	1 766	0.6%	3.1	1.0
Autres	26 986	9.9%	46.6	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>273 754</b>	<b>100.0%</b>	<b>473.0</b>	

\*Codes CIM-10, \*\*Incidence pour 100 000 femmes, \*\*\*Incidence pour 100 000 hommes.

Tableau VI : Répartition (en effectif) des principales localisations des tumeurs malignes selon l'âge et le sexe du bénéficiaire - Année 2010

Principales localisations	0 à 14 ans		15 à 44 ans		45 à 74 ans		75 et plus		Total	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Sein (chez la femme) [C50]*	0	0	0	6154	0	37010	0	9715	0	52 879
Prostate [C61]*	4	0	57	0	28428	0	11473	0	39 962	0
Colon – rectum [C18 à C21]*	10	9	449	499	9593	7279	4858	5782	14 910	13 569
Trachée - bronches – poumon [C33, C34]*	4	0	397	356	12457	4892	3511	1616	16 369	6 884
Vessie [C67]*	2	4	146	68	6180	1234	3648	1123	9 978	2 429
Lèvre - cavité buccale – pharynx [C00 à C14]*	11	10	322	195	5982	1604	963	559	7 278	2 368
Rein et organes urinaires autres ou non précisés [C64 à C66, C68]*	50	69	303	185	3477	1745	1242	923	5 072	2 922
Lymphomes non hodgkinien [C82 à C85, C96]*	88	39	548	408	2518	2071	992	1209	4 148	3 727
Leucémies [C91 à C95]*	282	188	488	360	2169	1559	1118	1181	4 057	3 288
Mélanome malin de la peau [C43]*	8	5	484	846	2002	2175	725	858	3 219	3 884
Thyroïde [C73]*	6	15	407	1698	915	2820	116	375	1 444	4 908
Pancréas [C25]*	2	2	91	76	1978	1605	788	1191	2 859	2 874
Corps de l'utérus et autres parties non précisées [C54, C55]*	0	0	0	213	0	3592	0	1531	0	5 336
Estomac [C16]*	0	0	121	103	1571	816	853	733	2 545	1 652
Foie [C22]*	10	14	63	56	1910	528	877	462	2 860	1 060
Ovaire [C56]*	0	8	0	427	0	2485	0	928	0	3 848
Encéphale et autres parties du système nerveux central [C70 à C72]*	142	125	364	307	1079	963	264	329	1 849	1 724
Œsophage [C15]*	0	0	66	19	2144	465	627	247	2 837	731
Col de l'utérus [C53]*	0	0	0	877	0	1949	0	544	0	3 370
Myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes [C90]*	0	0	45	29	947	844	493	729	1 485	1 602
Larynx [C32]*	0	0	58	13	2130	268	436	79	2 624	360
Testicule [C62]*	9	0	1413	0	419	0	28	0	1 869	0
Maladie de Hodgkin [C81]*	33	34	536	575	270	233	41	44	880	886
Autres tumeurs	280	263	1338	1663	7362	6933	4183	4942	13 163	13 801
<b>TOTAL</b>										

## **Actualité : Plan Cancer 2009-2013**

Le Plan cancer 2009-2013 s'inscrit dans la continuité du précédent plan. Il capitalise sur ses acquis et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face à trois nouveaux défis qui correspondent aux trois thèmes transversaux et prioritaires du plan :

Les principaux défis de ce plan sont :

- ❖ une meilleure prise en compte des inégalités de santé
- ❖ une analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux (personnalisation de la prise en charge avant, pendant et après la maladie)
- ❖ un renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Le plan cancer comprend 5 grands axes : Recherche, observation, prévention-dépistage, soins et « vivre pendant et après un cancer » ; reprenant 30 mesures et 118 actions définies.

### **En Guyane**

En Guyane, le registre des cancers, le réseau OncoGuyane et l'AGDOC sont les trois acteurs incontournables en matière de cancer dans notre département.

Le Registre des cancers de Guyane géré par l'URPS de Guyane, créée en 2005 a pour principales missions d'étudier l'épidémiologie descriptive et analytique du cancer. Il recueille en routine les données relatives aux cancers des patients atteints d'une pathologie tumorale maligne en qui vivent en Guyane. Les données disponibles sont els taux d'incidence, les taux de mortalité, les estimations).

L'Association guyanaise de dépistage organisé des cancers en Guyane (AGDOC) existe en Guyane depuis 2004.

L'AGDOC a pour principales missions de :

- ❖ Mettre en relation les professionnels concourant au dépistage;
- ❖ Sensibiliser les professionnels et la population guyanaise;
- ❖ Gérer des fichiers centralisés des personnes dépistées;
- ❖ De diffuser et valoriser les résultats des campagnes de dépistage aux personnes concernées.

Depuis 2006, L'AGDOC a mis en place le dépistage organisé du cancer du sein. Quant au dépistage du cancer colorectal, il a été mis en place en 2009 (données partielles). On dispose désormais depuis 2010 d'un premier bilan des actions de dépistage.

Le réseau ONCOGUYANE, association loi 1901, est un réseau régional de cancérologie qui coordonne les actions de lutte contre le cancer en Guyane  
Depuis juillet 2011 il a été reconnu réseau régional de cancérologie.

Ses principales missions sont de :

- ❖ La construction d'un vrai soutien au quotidien pour les patients,
- ❖ La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie ainsi que l'aide à la formation continue des professionnels,
- ❖ La coordination opérationnelle des activités de cancérologie en région,
- ❖ La promotion d'outils de communication communs au sein de la région,
- ❖ Le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins ainsi que l'évaluation des pratiques en cancérologie,
- ❖ L'information du public et des professionnels, notamment sur l'offre de soins en région.

### 3.5 CHOIX DES INDICATEURS

L'identification et la définition des indicateurs de suivi pour le volet CANCER a été possible grâce aux groupes de travail, composés de professionnels de santé et acteurs participant à la prévention et/ou la prise en charge des cancers en Guyane, qui ont été mis en place à l'Observatoire régional de la santé de Guyane.

Trois réunions pour le Groupe d'experts et deux réunions pour le conseil scientifique de la BDD ont permis d'arrêter les indicateurs présents dans ce rapport.

Le Groupe d'experts pour le volet « CANCERS », composé d'acteurs de terrain impliqués dans la prévention ou la prise en charge des patients atteints de cancers, était en charge de proposer une liste d'indicateurs et d'assurer la validité et la pertinence de ces derniers au regard de la thématique.

A ce premier groupe de professionnels, s'ajoutent les membres du conseil scientifique de la Banque de données.

Le conseil scientifique propre à la Banque de données est composé d'experts en santé publique, en épidémiologie, en démographie et en systèmes d'informations. Il accompagne l'ORSG sur la méthodologie et la définition opérationnelle des indicateurs.

**Le premier regroupement** a permis de délimiter le sujet, de répondre à la question suivante : Quels cancers suivre en routine ?

Les membres ont conseillé de construire le rapport définitif uniquement sur les quatre 4 principaux cancers qui peuvent être suivis en routine à savoir : le cancer du sein, le cancer de l'utérus, le cancer de la prostate et le cancer colorectal. Cependant, concernant l'incidence et prévalence des cancers dans notre région, il a été proposé d'étendre le champ de surveillance, en ajoutant le cancer de l'estomac et les myélomes.

Les réunions de travail ont permis de retenir les indicateurs et les sources de données suivantes :

FREQUENCE DES CANCERS		
Nombre annuel de dossiers d'Affection Longue Durée (ALD) pour Tumeur maligne (cancer)	DRSM / CNAMTS	Apporte des informations sur le circuit de traitement des dossiers (nombre de dossier, temps d'attente par avis, etc)
Nombre d'exonérations du ticket modérateur (ETM) pour Tumeur maligne (prévalence)	DRSM/ CNAMTS	Montre l'avancée de la gravité de la maladie. Estimation du nombre de personnes atteintes de cancers recensées par les caisses.
DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC		
Taux de participation au programme organisé de dépistage du cancer sein et du cancer colorectal	AGDOC	Reflète de l'activité de l'AGDOC. Peut être le reflet de l'impact des campagnes de communication et d'information sur la population locale
Nombre annuel de frottis cervico vaginal réalisés en médecine libérale	Laboratoires	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement
« Connaissances, attitudes et comportements de la population guyanaise par rapport au dépistage et à la prise en charge des cancers »	Etude	
Taux de frottis « anormaux » détectés en médecine libérale	Laboratoires	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.
Taux de frottis « positifs » pris en charge (CN2/CN3)	Laboratoires	
Nombre annuel de mammographies réalisées	AGDOC	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.
Taux annuel de PSA réalisés chez les hommes de + de 50 ans	Laboratoires	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.

Taux annuel de PSA supérieurs à 10ng/ml recensés chez les hommes de + de 50 ans	Laboratoires AGDOC	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.
Nombre annuel d'hémocultures réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du colon	AGDOC	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.
<b>SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS</b>		
Taux annuel de séances de chimiothérapies (hospitalisation de jour) effectué par établissement en Guyane  Indicateur approchant disponible : Nombre d'activités carcinologiques réalisées dans les établissements de santé	DIM SAE	Reflète d'une activité médicale.
Taux annuel de chimiothérapies per os (voie orale) prescrit au cours de l'année	DRSM	Reflète d'une activité médicale.
Nombre de séances de radiothérapies réalisées hors du département	DRSM	Permet d'identifier les ressources en soin non disponibles en Guyane.
<b>MORTALITE</b>		
Effectifs de décès par localisation	Inserm CepiDC	Reflète le degré de mortalité des cancers. Les décès et particulièrement les décès prématurés constituent la conséquence la plus grave des cancers.
Taux comparatif de mortalité (TCM)	Inserm CepiDC	Taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure que la population de référence (population de France métropolitaine au dernier recensement).
Indice comparatif de mortalité (ICM)	Inserm CepiDC	Un indice comparatif de décès supérieur à 100 traduit un excédent de mortalité dans la sous population, indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population de référence (un ICM de 130 indique une surmortalité de 30%).  Un indice comparatif de décès inférieur à 100 traduit une mortalité plus faible dans la sous population, indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population de référence (un ICM de 70 indique une sous mortalité de 30%).
<b>OFFRE DE SOINS</b>		
Nombre de lieux et moyens de diagnostic des établissements de soins	Etablissement de santé	Reflète le niveau de ressources disponibles des établissements

### 3.4 FAITS MARQUANTS EN GUYANE

Certains indicateurs ne sont, pour le moment pas renseignés car les sources sollicitées n'étaient pas en mesure de nous transmettre leurs données au moment de la rédaction de ce rapport.

Concernant, les indicateurs dont la source était le DRSM de Guyane, dans l'attente de la transmission des informations, nous proposons les données relatives à notre département, parues sur le site officiel de l'Assurance maladie.

Selon le Registre des Cancers de Guyane, entre 2003 et 2005, 1016 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués.

Les quatre principales localisations tumorales des cas de cancers incidents dans notre répartition étaient:

- ❖ Le cancer de la prostate
- ❖ Le cancer du sein
- ❖ Le cancer du col de l'utérus
- ❖ Le cancer du colon-rectum

En 2009, on dénombrait 1206 personnes ayant fait une demande d'ALD pour tumeur maligne en Guyane. (ALD 30)

Tableau 1- Répartition des personnes en ALD pour tumeur maligne - Année 2008 et 2009 \*

	2008	2009
Personnes en ALD 30	1092	1206

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Le nombre de ticket modérateur pour tumeur maligne reste stable. En 2010, le nombre d'ETM pour ALD 30 (tumeur maligne) était de 275.

Tableau 2 - Répartition du nombre d'ETM pour tumeur maligne en Guyane \*

Code département	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	973	France Ent.												
Nombre d'ETM pour ALD 30	191	244 448	221	244 139	198	243 646	245	255 484	254	260 263	276	263 872	275	273 754

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Concernant l'activité de dépistage organisé pour le cancer du sein, l'AGDOC obtient un taux de participation stable depuis quelques années (30 % en moyenne). En 2010, sur 7040 femmes invitées au dépistage organisé, 2546 femmes (soit 36,1%) ont effectué une mammographie.

Tableau 3 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (de 2006 à 2010) \*

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de personnes invitées (hors relances) - femmes	10 412	4835	6177	9862	7040
Nombre de personnes dépistées – (mammographie)	1 604	2027	1881	2956	2546
Taux de participation	15,4 %	41,9 %	30,4 %	29,9 %	36,1 %

Source: AGDOC

Le dépistage du cancer colorectal n'a été lancé qu'en septembre 2009. On dispose de peu de recul à ce jour. Le bilan de l'année 2009 ne représentait que 4 mois d'activité. Et les 536 tests lus en 2009 n'avaient révélés aucun cancer. En 2010, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal était de 16,9%.

**Tableau 4 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (Année 2009 et 2010) \*49**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Nombre de personnes invitées	<b>7076</b>	16064
Nombre de personnes dépistées <i>Dont Hommes</i> <i>Dont Femmes</i>	<b>536</b> 246 290	2722
Taux de participation	7,5 %	16,9 %

Source: AGDOC

---

\*indicateurs retenus

## 3.6 INDICATEURS

### 3.6.1 LISTE DES INDICATEURS DISPONIBLES

Indicateurs	Sources Type d'enquête	Disponibilité	Page
<b>FREQUENCE DES CANCERS</b>			
Nombre annuel de dossiers d'Affection Longue Durée (ALD) pour Tumeur maligne (cancer)	DRSM/CNAMTS	Disponible	
Nombre d'exonérations du ticket modérateur (ETM) pour Tumeur maligne	DRSM/CNAMTS	Disponible	
<b>DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC</b>			
Taux de participation au programme organisé de dépistage du cancer sein et du cancer colorectal	AGDOC	Disponible	
Nombre annuel de mammographies réalisées dans le cadre du dépistage AGDOC	AGDOC	Disponible	
Nombre annuel d'hémocultures réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du colon	AGDOC	Disponible	
<b>SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS</b>			
Taux annuel de séances de chimiothérapies (hospitalisation de jour) effectué par établissement en Guyane  Indicateur approchant disponible : Nombre d'activités carcinologiques réalisées dans les établissements de santé	SAE/DIM	Disponible	
<b>MORTALITE</b>			
Effectifs de décès par localisation	Inserm CepiDC	Disponible	
Taux comparatif de mortalité (TCM)	Inserm CepiDC	Disponible	
Indice comparatif de mortalité (ICM)	Inserm CepiDC	Disponible	
<b>OFFRE DE SOINS</b>			
Nombre de lieux et moyens de diagnostic des établissements de soins	Etablissement de santé	Disponible	

## FREQUENCE DES CANCERS

<b>Indicateur : Nombre annuel de dossiers d’Affection Longue Durée (ALD) pour Tumeur maligne (cancer)</b>	
<b>Objectif</b>	Contribuer à l’amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients. <sup>50</sup>
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre annuel de dossiers d’admission en affection longue durée
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Sexe/Tranche d’âge à la demande d’ALD/Commune de résidence
<b>Décompositions (N)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Par type de régime (principal, professions intermédiaires, régime agricole) *</b></li> <li>- <b>Par localisation tumorales (en priorité les 5 cancers à suivre en routine : sein, col de l’utérus, prostate et colon, estomac, myélomes <sup>*51</sup></b></li> </ul>
<b>Niveau d’agrégation</b>	Régional
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane/CNAMTS
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Limites et biais connus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les informations de la DRSM sont médico- administratives. Par exemple, une demande d’ALD pour cancer en 2007 ne signifie nullement que cette pathologie ait débuté en 2007 ou soit connu depuis cette date. Pour l’année retenue en incidence, il s’agit de l’année de début d’exonération accordée, qui n’est pas forcément la même que celle de l’avis donnée par le DRSM.</li> <li>- La CNAM préfère utiliser le terme d’incidence médico social des ALD.</li> <li>-Le DRSM fournit uniquement les chiffres concernant les bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale.</li> <li>- Par exemple que les bénéficiaires de la CMU font rarement des demandes d’ALD.</li> <li>- Il est impossible pour le registre d’obtenir des informations sur les ALD en ce qui concerne le régime indemnitaire de l’Armée et de la Gendarmerie.</li> </ul>
<b>Modalités d’interprétation</b>	Apporte des informations sur le circuit de traitement des dossiers (nombre de dossier, temps d’attente par avis, etc)

<sup>50</sup> Objectif 49.Loi de santé publique 2004.

<sup>51</sup> Données non disponibles

## RESULTATS

Tableau 1 - Répartition des personnes en ALD pour tumeur maligne - Année 2008 et 2009

	2008	2009
Personnes en ALD 30	1092	1206

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Proposition : Indicateurs complémentaires

Tableau 2 - Taux standardisé pour 100 000 personnes pour l'affection Tumeur maligne en Guyane - Année 2008 et 2009

	2008	2009
Taux standardisé	1276	1369

Source: CNAMTS - Assurance maladie

Tableau 3 - Taux départementaux de patients en admission ALD n°30 standardisés sur l'âge et le sexe, régime général (y compris SLM) - taux pour 100 000 bénéficiaires

	2006	200
Guyane	251,3	
Guadeloupe	309,0	
Martinique	309,0	
Réunion	247,1	

Source: CNAMTS - Assurance maladie

<b>Indicateur : nombre d'ETM pour tumeurs malignes en Guyane</b>	
<b>Objectif</b>	Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients. <sup>52</sup>
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patients bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur (ETM) pour cancer au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année n
<b>Sous-groupes (strates)</b>	<b>Sexe/Tranche d'âge à la demande d'ALD/Commune de résidence/Localisations tumorales</b> <sup>53</sup>
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zones géographiques
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Direction régionale du service médical (DRSM) de la Guyane/CNAMTS
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Limites et biais connus</b>	<p>CNAM, MSA et CANAM ne couvrent pas l'ensemble de la population. Exclusion des personnes qui bénéficient déjà de l'exonération à un autre titre et celles qui n'ont fait pas la demande parce qu'elles possèdent déjà une aide médicale gratuite ou une couverture complémentaire suffisante. Donc biais spatial et social.</p> <p>A noter que le DRSM fournit uniquement les chiffres concernant les bénéficiaires du régime général de la sécurité sociale.</p> <p>Les chiffres de la prévalence sont mauvais en ce qui concerne le DRSM. 25% de la population ont un régime particulier. Il n'y a pas d'infos sur les décès. « les mutualiste ne meurt jamais ». Il n'y a pas de liens avec les mutations dans la BDD de la DRSM. Les chiffres devront être utilisés avec beaucoup de réserve.</p>
<b>Modalités d'interprétation</b>	<p>Montre l'avancée de la gravité de la maladie.</p> <p>Estimation du nombre de personnes atteintes de cancers recensées par les caisses.</p>
<b>COMMENTAIRE</b>	
Le remboursement des frais d'assurance maladie dans le cadre du régime général de la sécurité sociale n'est pas intégral, il est modulé et l'assuré prend en charge une partie de la dépense appelée « ticket modérateur » dont le taux varie en fonction de la nature des soins. Dans certains cas, le remboursement des soins est pris en charge intégralement à 100%, on parle d'exonération du ticket modérateur (ETM).	

<sup>52</sup> Objectif 49.Loi de santé publique 2004.

<sup>53</sup> Non disponible

## RESULTATS

Tableau 4 - Répartition du nombre d'ETM pour tumeur maligne en Guyane

Code département	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	973	France Ent.												
Nombre d'ETM pour ALD 30	191	244 448	221	244 139	198	243 646	245	255 484	254	260 263	276	263 872	275	273 754

Source: CNAMTS - Assurance maladie

## DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC

<b>Indicateur : Taux de participation au programme organisé de dépistage du cancer du sein et colorectal</b>	
<b>Objectif</b>	Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence. <sup>54</sup>
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de personnes dépistées lors de programmes organisés de dépistage du cancer du sein et colorectal.
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de personnes invitées à participer aux programmes de dépistage du cancer du sein et colorectal
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Sexe/Tranche d'âge à la demande d'ALD/Commune de résidence/Par programme de dépistage : SEIN et COLORECTAL
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Par zones géographiques
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC)
<b>Mode de collecte</b>	
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC)
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC)
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Modalités d'interprétation</b>	Reflet de l'activité de l'AGDOC. Peut être le reflet de l'impact des campagnes de communication et d'information sur la population locale.
<b>COMMENTAIRE</b>	

<sup>54</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

## RESULTATS

Tableau 5 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein (de 2006 à 2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de personnes invitées (hors relances) - femmes	10 412	4835	6177	9862	7040
Nombre de personnes dépistées – (mammographie)	1 604	2027	1881	2956	2546
Taux de participation	15,4 %	41,9 %	30,4 %	29,9 %	36,1 %

Source: AGDOC

Tableau 6 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (Année 2009 et 2010)

	2009	2010
Nombre de personnes invitées	7076	16064
Nombre de personnes dépistées <i>Dont Hommes</i> <i>Dont Femmes</i>	536 246 290	2722
Taux de participation	7,5 %	16,9 %

Source: AGDOC

<b>Indicateur : Nombre annuel de mammographies réalisées</b>	
<b>Objectif</b>	Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence. <sup>55</sup>
<b>DESCRIPTION</b>	
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de mammographies réalisées dans l'année
<b>Dénominateur (D)</b>	
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Tranche d'âge
<b>Décompositions (N)</b>	
<b>Niveau d'agrégation</b>	Zones géographiques
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>ELABORATION ET QUALITES</b>	
<b>Origine (s)</b>	AGDOC
<b>Mode de collecte</b>	Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux
<b>Organisme(s) responsable(s) de la collecte</b>	AGDOC
<b>Service responsable de la synthèse des données</b>	AGDOC
<b>Fiabilité</b>	
<b>Mode de calcul</b>	
<b>INTERPRETATION</b>	
<b>Modalités d'interprétation</b>	Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.
<b>COMMENTAIRE</b>	

<sup>55</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

## RESULTATS

Tableau 7 - Nombre de mammographies réalisées en Guyane dans le cadre du dépistage de l'AGDOC (de 2006 à 2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de mammographies	<b>1604</b>	<b>2027</b>	<b>1881</b>	<b>2956</b>	<b>2546</b>
Classées ACR 1 ou ACR 2 (négatives)	1487	1925	1807	2838	2425
Classées ACR0 (attente compl.)	24	21	74	118	121
ACR3 (contrôle dans 6 mois)	67	46			
ACR4 (biopsie)	17	25			
ACR5 (probabilité cancer)	9	7			

Source: AGDOC

Tableau 8 - Participation au dépistage organisé du cancer du sein de 2006 à 2010, par communes de résidences

	2006	2007	2008	2009	2010
Cayenne	732	915	783	1259	1081
Rémire-Montjoly	252	333	284	576	408
Matoury	279	321	268	513	449
Kourou	174	158	183	275	229
Macouria	53	71	68	96	124
Sinnamary	39	19	36	34	30
Saint-Laurent	23	131	162	126	117
Mana	6	18	27	9	14
Iracoubo	14	16	17	14	15
Roura – CACAO	17	14	12	28	16
Montsinery	8	10	9	14	22
Saint-Georges	5	5	3	9	16
Maripasoula	1	5	14	0	13
Apatou	-	4	3	0	2
Awala	-	3	2	1	2
Régina	-	2	3	1	2
Grand- Santi	-	1	0	1	2
Papaichton	-	1	1	0	1
Saul	-	-	2	0	1
Autres externes	-	-	4	0	0
<b>Total</b>	<b>1604</b>	<b>2027</b>	<b>1881</b>	<b>2956</b>	<b>2546</b>

Source: AGDOC

INFO : La mammographie ayant été mise en place récemment au CHAR, aucune mammographie n'a été réalisée en 2010. (DIM du CHAR)

**Indicateur : Nombre annuel d'hémocultures réalisés dans le cadre du dépistage du cancer du colon**

**Objectif** Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>56</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre d'hémocultures réalisées dans l'année□

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)** Tranche d'âge

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation** Zones géographiques

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** AGDOC (à partir de 2010)

**Mode de collecte** Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** AGDOC (à partir de 2010)

**Service responsable de la synthèse des données** AGDOC (à partir de 2010)

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.

**COMMENTAIRE**

Le dépistage organisé du cancer colorectal, qui repose sur la recherche de saignement occulte dans les selles (test d'Hemoccult II). Si une présence de sang est identifiée, une coloscopie est prescrite pour confirmer ou infirmer la suspicion de lésion cancéreuse. La coloscopie permet de visualiser l'intérieur de l'intestin. Il s'agit du moyen le plus fiable pour diagnostiquer un polype ou un cancer. La campagne de dépistage organisé du colon par l'AGDOC a débuté en 2009.

<sup>56</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

## RESULTATS

Tableau 9 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (Année 2009 et 2010)

	2009	2010
Nombre de test d'hémocult	536	2722
Négatifs	423	2513
Positifs	34	87
Ininterprétables	79	122

Source: AGDOC

En 2009, sur 457 tests d'hémocult interprétables, 7,4 % étaient négatifs.

En 2010, sur les 2600 tests d'hémocult interprétables, 3,3 % étaient négatifs.

## SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS

**Indicateur : Taux annuel de séances de chimiothérapies (hospitalisation de jour) effectué par établissement en Guyane (I)**

**Indicateur approchant : Nombre d'activités carcinologiques médicales des établissements de santé. (D)**

**Objectif** Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients<sup>57</sup>.

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de séances de chimiothérapies (en hospitalisation de jour) effectué au cours de l'année n en Guyane.

**Dénominateur (D)** Nombre de chimiothérapies prescrites au cours de l'année à des patients domiciliés en Guyane□

**Sous-groupes (strates)**

**Décompositions (N)** Par établissements

**Niveau d'agrégation** Zones géographiques<sup>+58</sup>

**Périodicité de la mesure** Annuelle

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Les établissements de santé

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** SAE/DIM

**Service responsable de la synthèse des données** SAE/DIM

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Reflet d'une activité médicale.

### COMMENTAIRE

Docteur FIOR précise que certains patients sont directement redirigés vers les centres de référence sans passer par le Centre Hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR). De nombreuses données ne transitent pas par le CHAR.

<sup>57</sup> Objectif 49.Loi de santé publique de 2004.

<sup>58</sup> Non disponible

## RESULTATS

L'indicateur taux annuel de séances de chimiothérapies effectué par établissement ne peut être fourni. Les sources retenues, à savoir les départements de l'information médicale des hôpitaux, seront relancées.

A ce jour nous disposons de **deux indicateurs approchants** :

- ❖ Le nombre de séances chimiothérapies effectuées par établissement de santé (pour la période 2004 à 2007)
- ❖ Le nombre d'activités carcinologiques médicales des établissements de santé (pour la période 2004 à 2007)

Tableau 10 - Activités carcinologiques médicales du CHOG

	2004	2005	2006
Nombre de patients hospitalisés pour cause de tumeur cancéreuse	45	54	61
Nombre de séances de chimiothérapie	4	2	6
Nombre de malades admis pour soins palliatifs	6	12	13

Source: Données transmises par le DIM du CHOG

Tableau 11 - Activités carcinologiques médicales du CMCK

	2004	2005	2006	2007
Nombre de séjours au cmck	38	333	286	374
Nombre de journées d'hospitalisation	430	1813	1732	2464
Nombre de séances de chimiothérapie	167	147	95	166
Nombre de patients avec cancer suivis au CMCK	10	99	100	94

Source: Données transmises par le DIM du CMCK

## MORTALITE

### Indicateur : Effectifs de décès par localisation

**Objectif** Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients<sup>59</sup>.

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de décès pour cancer pour cause initiale au cours d'une période donnée.

**Dénominateur (D)** Nombre total de décès de la période considérée  
Nombre total de personnes atteintes de cancers recensés au cours de la période.

**Sous-groupes (strates)** Sexe/tranche d'âge

**Décompositions (N)** Zones géographiques

**Niveau d'agrégation** Données individuelles

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux** Mortalité par cancers (cause initiale)

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Médecins déclarants

**Mode de collecte** Certificats de décès

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** INSERM CépiDC

**Service responsable de la synthèse des données** INSERM CépiDC  
Transmission des données à l'ORSG via la FNORS

**Fiabilité** Selon la qualité des certificats et corrections apportées par le CépiDC  
Codage automatisé par logiciel, vérifications éventuelles auprès des médecins.

### INTERPRETATION

**Modalités d'interprétation** Reflète le degré de mortalité des cancers. Les décès et particulièrement les décès prématurés constituent la conséquence la plus grave des cancers.

### COMMENTAIRE

\*Amélioration du délai de mise à disposition des données.

<sup>59</sup> Objectif 49.Loi de santé publique de 2004.

## RESULTATS

Tableau 12 - Effectifs de décès pour cancer de l'estomac, par sexe et tranche d'âge

Cancer de l'estomac	2004			2005			2006			2007			2008			2009		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
<b>Total</b>	<b>7</b>			<b>15</b>			<b>8</b>			<b>7</b>			<b>5</b>			<b>10</b>		
20-29 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-39 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
40-49 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
50-59 ans	0	1	1	5	1	6	3	0	3	1	0	1	1	1	2	1	0	1
60-69 ans	2	1	3	5	0	5	1	2	3	1	0	1	1	1	2	2	0	2
70-79 ans	2	1	3	3	0	3	0	0	0	2	1	3	1	0	1	0	1	1
80 et plus	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0	0	0	2	2	4

Source: INSERM Cepidc

Tableau 13 - Effectifs de décès pour cancer du colon-rectum, par sexe et tranche d'âge

Cancer du côlon-rectum	2004			2005			2006			2007			2008			2009		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
<b>Total</b>	<b>7</b>			<b>7</b>			<b>8</b>			<b>7</b>			<b>3</b>			<b>5</b>		
20-29 ans	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-39 ans	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
40-49 ans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
50-59 ans	2	0	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1
60-69 ans	0	1	1	3	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
70-79 ans	0	1	1	1	1	2	2	2	4	1	1	2	0	0	0	1	0	1
80 et plus	1	1	2	0	1	1	0	2	2	0	3	3	0	1	1	1	1	2

Source: INSERM Cepidc

Tableau 14 - Effectifs de décès pour cancer du sein, par tranche d'âge (Femme)

Cancer du sein	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>5</b>
20-29 ans	0	1	0	0	0	0
30-39 ans	1	1	1	1	2	0
40-49 ans	0	3	1	4	3	0
50-59 ans	3	2	2	3	4	4
60-69 ans	1	1	1	1	3	0
70-79 ans	2	1	0	1	1	0
80 et plus	0	2	1	0	1	1

Tableau 15 Source: INSERM Cepidc

Tableau 16 - Effectifs de décès pour cancer de l'utérus en Guyane, par tranche d'âge (Femme) – 2004-2009

Cancer de l'utérus	Age	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>10</b>
20-29 ans	0	0	0	1	0	0	
30-39 ans	0	0	1	0	0	1	
40-49 ans	1	1	2	1	0	1	
50-59 ans	4	2	5	0	4	2	
60-69 ans	3	1	1	3	3	5	
70-79 ans	0	2	5	1	4	0	
80 et plus	0	1	0	1	1	1	

Source: INSERM Cepidc

Tableau 17 - Effectifs de décès pour cancer de la prostate en Guyane, par tranche d'âge (Homme)- 2004-2009

Cancer de la prostate	Age	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>17</b>
20-29 ans	0	0	0	0	0	0	
30-39 ans	0	0	0	0	0	0	
40-49 ans	0	0	0	0	0	0	
50-59 ans	1	0	0	0	1	0	
60-69 ans	4	2	1	0	3	2	
70-79 ans	3	6	5	3	4	4	
80 et plus	2	5	5	8	4	11	

Source: INSERM Cepidc

Tableau 18 - Part des décès pour cancer sur le total des décès observés dans l'année en Guyane (2004 à 2009)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Tumeurs malignes	16,0	18,3	18,7	15,2	11,7	17,3	16,1	17,3	15,3	20,6	19,2	18,1

Source: INSERM Cepidc



## Indicateur : Taux comparatif de mortalité (TCM)

**Objectif** Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients<sup>60</sup>.

## DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Taux comparatif de mortalité (TCM)

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux** Mortalité par cancers (cause initiale)

**Dernier résultat connu**

## ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** Médecins déclarants

**Mode de collecte** Certificats de décès

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** INSERM CépiDC

**Service responsable de la synthèse des données** INSERM CépiDC  
Transmission des données à l'ORSG via la FNORS

## INTERPRETATION

Limites et biais connus

Modalités d'interprétation

## COMMENTAIRE

Insee pour la population de référence : population estimée de la France métropolitaine par sexe (sauf pour le cancer du sein uniquement les femmes) au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

Insee pour le calcul des taux par âge : estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier de 1991 à 2000 à partir des recensements de la population de 1990 et 1999 (selon la méthode exposée plus haut).

<sup>60</sup> Objectif 49.Loi de santé publique de 2004.

## RESULTATS

Tableau 19 - Taux comparatif de mortalité (TCM) par localisation tumorale en Guyane (2004 à 2009)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Cancer de l'estomac	15,2	9,4	40,9	1,3	9,8	12,0	12,8	7,6	9,7	2,4	17,5	10,8
Cancer du côlon-rectum	7,3	10,2	11,7	9,2	10,2	17,3	10,4	15,3	0,8	4,8	13,9	3,6
Cancer du sein		15,0		22,0		10,6		14,7		23,8		8,5
Cancer de l'utérus		19,0		17,2		33,9		21,1		26,6		18,9
Cancer de la prostate	36,3		55,7		51,5		50,2		41,7		71,9	

Source: INSERM Cepidc

**Indicateur : Indice comparatif de mortalité (ICM) pour cancers**

**Objectif** Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients<sup>61</sup>.

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre total de décès observé dans la sous population donnée

**Dénominateur (D)** Nombre de décès attendu dans la sous population donnée

**Sous-groupes (strates)** Par localisation de la tumeur

**Décompositions (N)**

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux** Standardized mortality ratio

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Médecins déclarants

**Mode de collecte** Certificats de décès

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** INSERM CépiDC

**Service responsable de la synthèse des données** INSERM CépiDC  
Transmission des données à l'ORSG via la FNORS

**Mode de calcul** Nombre total de décès observé dans la sous population donnée divisé par le nombre de décès attendu dans la même sous population multiplié par 100

**INTERPRETATION**

**Modalités d'interprétation** Un indice comparatif de décès supérieur à 100 traduit un excédent de mortalité dans la sous population, indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population de référence (un ICM de 130 indique une surmortalité de 30%).  
Un indice comparatif de décès inférieur à 100 traduit une mortalité plus faible dans la sous population, indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population de référence (un ICM de 70 indique une sous mortalité de 30%).

**COMMENTAIRE**

Il ne donne pas une information sur la fréquence des décès.  
Les indices masculins et féminins ne peuvent être comparés.

<sup>61</sup> Objectif 49.Loi de santé publique de 2004.

## RESULTATS

Tableau 20 - Indices comparatif de mortalité (ICM) avec la France Métropolitaine

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Cancer de l'estomac	98,5	167,4	345,1	55,3	122,4	171,1	119,5	113,9	73,2	103,4	164,5	157,7
Cancer du côlon- rectum	27,8	53,9	36,7	38,9	27,7	66,6	27,4	51,5	8,6	24,0	34,1	11,8
Cancer du sein		47,1		72,3		38,6		63,7		84,7		30,5
Cancer de l'utérus		226,7		193,1		379,2		178,1		291,4		244,0
Cancer de la prostate	110,7		144,7		125,6		121,4		128,1		183,5	

Source: INSERM Cepidc

## OFFRE DE SOINS

### Indicateur : Nombre de moyens de diagnostic des établissements de soins

#### DESCRIPTION

<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de lieux et moyens de diagnostic des établissements recensés au 1 <sup>er</sup> janvier de l'année n
<b>Dénominateur (D)</b>	
<b>Sous-groupes (strates)</b>	Par moyens de diagnostic: <ul style="list-style-type: none"><li>- Scanner</li><li>- IRM</li></ul>
<b>Décompositions (N)</b>	Etablissements hospitaliers
<b>Niveau d'agrégation</b>	Zones géographiques
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle

#### ELABORATION ET QUALITES

Origine (s)	Les établissements de santé
Mode de collecte	
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	Les établissements de santé
Service responsable de la synthèse des données	Les établissements de santé Enquête spécifique de l'ORSG auprès des établissements de santé afin de déterminer le nombre de lits installés et ouverts

#### INTERPRETATION

Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète le niveau de ressources disponibles des établissements

#### COMMENTAIRE

## RESULTATS

Tableau 21 - Répartition des lieux et moyens de diagnostics

	Scanner	IRM
Centre hospitalier Andrée ROSEMON (CHAR)	1	2
Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG)	1	1
Centre médico chirurgical de Kourou (CMCK)	1	1



### 3.6.2 LISTE DES FICHES D'INDICATEURS NON DISPONIBLES

Indicateurs	Sources Type d'enquête	Disponibilité	Page
<b>DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC</b>			
Nombre annuel de frottis cervico vaginal réalisés en médecine libérale	Laboratoires	Non disponible	
« Connaissances, attitudes et comportements de la population guyanaise par rapport au dépistage et à la prise en charge des cancers »	Etude	-	
Taux de frottis « anormaux » détectés en médecine libérale	Laboratoires	Non disponible	
Taux de frottis « positifs » pris en charge (CN2/CN3)	Laboratoires	Non disponible	
Taux annuel de PSA réalisés chez les hommes de + de 50 ans	Laboratoires	Non disponible	
Taux annuel de PSA supérieurs à 10ng/ml recensés chez les hommes de + de 50 ans	Laboratoires AGDOC	Non disponible	
<b>SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS</b>			
Taux annuel de chimiothérapies per os (voie orale) prescrit au cours de l'année	DRSM	Non disponible	
Nombre de séances de radiothérapies réalisées hors du département	DRSM	Non disponible	

**Indicateur : Nombre annuel de frottis cervico-vaginal de dépistage réalisés en médecine libérale**

**Objectif** Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>62</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de FCU (frottis cervico-utérin) de dépistage réalisés par les laboratoires d'analyses médicales

**Sous-groupes (strates)** Tranche d'âge

**Niveau d'agrégation** Par zones géographiques

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Laboratoires d'analyses médicales

**Mode de collecte** Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Laboratoires d'analyses médicales

**Service responsable de la synthèse des données** Laboratoires d'analyses médicales

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus** Les laboratoires peuvent-ils faire la différence entre les frottis de dépistage et les frottis de contrôle ?

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.

**COMMENTAIRE**

Les frottis de contrôle ne sont pas forcément intéressants car ils sont souvent prescrits pour des anomalies bénignes (mais parfois pour des anomalies de « hauts grades »). De plus le diagnostic d'un cancer n'est jamais basé sur une cytologie. Seule l'histologie est valable.

<sup>62</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

**Indicateur : Taux de frottis « anormaux » détectés en médecine libérale**

**Objectif** Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>63</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de FCU (frottis cervico-utérin) confirmés au cours de l'année n

**Dénominateur (D)** Nombre de frottis de dépistage réalisés au cours de l'année n

**Niveau d'agrégation** Régional

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Laboratoires d'analyses médicales

**Mode de collecte** Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Laboratoires d'analyses médicales

**Service responsable de la synthèse des données** Laboratoires d'analyses médicales

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.

**COMMENTAIRE**

<sup>63</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

**Indicateur : Taux de frottis « positifs » pris en charge**

**Objectif** Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé.  
Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>64</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de FCU (frottis cervico-utérin) déclarés positifs ayant été pris en charge (traitement, analyse complémentaire)

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)**

Tranche d'âge

**Périodicité de la mesure**

Annuelle

**Dernier résultat connu**

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Laboratoires d'analyses médicales

**Mode de collecte**

Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte**

Laboratoires d'analyses médicales

**Service responsable de la synthèse des données**

Laboratoires d'analyses médicales

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation**

**COMMENTAIRE**

<sup>64</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

**Indicateur : Taux annuel de PSA réalisés chez les hommes de + de 50 ans**

**Objectif** Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>65</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de PSA réalisés au cours de l'année

**Dénominateur (D)** Nombre d'hommes âgés de + 50 ans

**Sous-groupes (strates)** Tranche d'âge

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation** Zones géographiques

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

**Mode de collecte** Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

**Service responsable de la synthèse des données** Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.

**COMMENTAIRE**

<sup>65</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

**Indicateur : Taux annuel de PSA supérieur à 10 ng/ml recensés chez les hommes de + de 50 ans**

**Objectif** Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>66</sup>

**DESCRIPTION**

**Numérateur (N)** Nombre de PSA supérieur à 10ng/ml recensés au cours de l'année

**Dénominateur (D)** Nombre de dépistage réalisés au cours de l'année

**Sous-groupes (strates)** Tranche d'âge

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation** Zones géographiques

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)** Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

**Mode de collecte** Copie des feuilles de prescriptions des médecins libéraux

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

**Service responsable de la synthèse des données** Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

**INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet de connaître le nombre de cas potentiels de cancers dépistés précocement.

**COMMENTAIRE**

<sup>66</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.

## SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS

### Indicateur : Taux annuel de chimiothérapies per os (voie orale) prescrit au cours de l'année

**Objectif** Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients<sup>67</sup>.

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de chimiothérapies per os (voie orale) prescrites cours de l'année n en Guyane.

**Dénominateur (D)** Nombre de chimiothérapies prescrites cours de l'année n en Guyane.

**Sous-groupes (strates)**

**Décompositions (N)** Par établissements

**Niveau d'agrégation** Zones géographiques

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Dernier résultat connu**

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** DRSM

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** DRSM

**Service responsable de la synthèse des données** DRSM

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Reflet d'une activité médicale.

### COMMENTAIRE

<sup>67</sup> Objectif 49.Loi de santé publique de 2004.

## Indicateur : Nombre de séances de radiothérapies réalisés hors du département

**Objectif** Contribuer à l'amélioration de la survie des patients atteints de tumeurs, notamment en assurant une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée pour 100% des patients<sup>68</sup>.

### DESCRIPTION

**Numérateur (N)** Nombre de séances de radiothérapies réalisés hors du département au cours de l'année n

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)**

**Décompositions (N)** Type de localisation/lieux de traitement

**Niveau d'agrégation** Zones géographiques

**Périodicité de la mesure** Annuelle

**Indicateurs nationaux/internationaux**

**Dernier résultat connu**

### ELABORATION ET QUALITES

**Origine (s)** DRSM

**Organisme(s) responsable(s) de la collecte** DRSM

**Service responsable de la synthèse des données** DRSM

**Fiabilité**

Mode de calcul

### INTERPRETATION

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation** Permet d'identifier les ressources en soin non disponibles en Guyane.

### COMMENTAIRE

Indicateurs approchés de l'incidence de ces complications.

<sup>68</sup> Objectif 49.Loi de santé publique de 2004.

# **4. PRESENTATION DES SOURCES ET PRODUCTEURS DE DONNEES**



Les données sanitaires sont hétérogènes et reposent sur une multiplicité d'acteurs.

#### Liste des Sources et producteurs de données par volet

Sources et producteurs de données	Volet Diabète	Volet IST	Volet Cancers
AGDOC			X
ARS	X	X	X
CDPS	X		X
Centres de dialyse (ATIRG)	X		
Centre de santé Guyanais			X
CGSS	X	X	X
CHAR	X	X	X
CMCK	X	X	X
CHOG	X	X	X
CIDDIST			
COREVIH		X	
DRSM			
INSEE	X	X	X
INSERM	X	X	X
Institut Pasteur		X	
INVS		X	
Laboratoires d'analyses médicales BIOLAB		X	X
Laboratoires d'analyses médicales PLENET		X	X
Réseau Diabète	X		
RSI	X	X	
SAE	X	X	X

#### 4.1 ASSOCIATION GUYANAISE DE DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS (AGDOC)

L'Association guyanaise de dépistage organisé des cancers en Guyane (AGDOC) existe en Guyane depuis 2004.

L'AGDOC a pour principales missions de :

- ❖ Mettre en relation les professionnels concourant au dépistage;
- ❖ Sensibiliser les professionnels et la population guyanaise;
- ❖ Gérer des fichiers centralisés des personnes dépistées;
- ❖ De diffuser et valoriser les résultats des campagnes de dépistage aux personnes concernées.

Depuis 2006, L'AGDOC a mis en place le dépistage organisé du cancer du sein. Quant au dépistage du cancer colorectal, il a été mis en place en 2009 (données partielles). On dispose désormais depuis 2010 d'un premier bilan des actions de dépistage.

Elle a commencé sa première campagne de dépistage organisé du cancer du sein en mai 2005. Les derniers chiffres de l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) font état d'un taux de participation de 40%. La 1ère campagne concernant le dépistage du cancer colorectal a débuté en septembre 2009.

Actuellement les 2 dépistages organisés qui se font dans tous les départements sont celui:

- ❖ du cancer du sein par la pratique d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans de 50 à 74 ans.

- ❖ du cancer du colon par le test Hémocult qui concerne les hommes et les femmes de 50 à 74 ans avec la même périodicité de 2 ans.

L'AGDOC travaille sur un projet de dépistage du cancer du col de l'utérus visant à "adapter les modalités de dépistage en Guyane"(article 17 des "recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France" *Haute Autorité de Santé*).

#### **Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC)**

Site :<http://www.mdr-guyane.fr/reseau-onco/oncoguyane/les-organismes-financeurs-et-associes/agdoc.html>

## **4.2 AGENCE REGIONALE DE SANTE**

L'Agence régionale de santé a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Son organisation s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

Ouverte début avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi "Hôpital Patients Santé Territoires " du 21 juillet 2009 (article 118). Elle est dirigée par un directeur général nommé en Conseil des Ministres.

L'ARS regroupe désormais les services de l'Agence régionale de l'hospitalisation, les services de la Direction de la solidarité et du développement sociale (DSDS).

Source : <http://ars.guyane.sante.fr>

## **4.3 CENTRES DELOCALISES DE PREVENTION ET DE SOINS**

Les Centres délocalisés de prévention et des soins CDPS, au nombre 19 structures (telles que définies dans le SROS " territoires isolés "), sont regroupés en structures fonctionnelles comme suit :

- Structure Fonctionnelle N°1: MARIPASOULA, TWENKE, ANTECUME PATA, SAINT-ELIE
- Structure Fonctionnelle N°2: PAPAÏCHTON
- Structure Fonctionnelle N°3: GRAND-SANTI
- Structure Fonctionnelle N°4: APATOU
- Structure Fonctionnelle N°5: JAVOUHEY (3b), AWALA-YALIMAPO
- Structure Fonctionnelle N°6: IRACOUBO, ORGANABO
- Structure Fonctionnelle N°7: CACAO, REGINA, KAW, SAÛL
- Structure Fonctionnelle N°8: SAINT-GEORGES, OUANARY
- Structure Fonctionnelle N°9: CAMOPI, TROIS SAUTS

Ces structures sont pilotées par une coordination médico-administrative propre située au sein du Centre hospitalier de Cayenne. Le fonctionnement des Centres De Santé (CDS) s'appuie par ailleurs sur l'ensemble des services administratifs, logistiques et techniques du Centre Hospitalier de Cayenne.

On dénombre donc à ce jour, 9 postes de santé (tenus par un personnel paramédical) et 10 centres de santé.

Ces structures sont implantées dans les communes isolées de Guyane. Elles ont un rôle de proximité avec les populations. (Elles assurent une prise en charge médicale des populations).

L'activité de soin des CDS est quantifiée par le codage dans le Système d'Information Sanitaire (SIS) mis en place en 2000, outil propre au service des CDS. L'informatisation des CDS date de 2007.

L'activité est renseignée dans les CDS de façon quotidienne à l'aide des applications de recueil (consultation, mise en observation) développées sous Lotus Notes® ; logiciel utilisé dans le cadre du réseau de télé médecine.

#### **4.4 CENTRE D'AUTO DIALYSE (ATIRG)**

Depuis sa création, le Centre d'auto dialyse A.T.I.R.G a connu de nombreuses évolutions.

En 1981, l'A.T.I.R.G Cayenne ne comptait qu'un seul et unique poste de dialyse qui se trouvait dans l'enceinte du C.H.G.C (Centre Hospitalier Général de Cayenne). Deux postes supplémentaires furent mis en place, un an plus tard.

En 1991, l'A.T.I.R.G possède ses propres locaux. Il s'agit en fait, de l'ancien hôpital Saint Denis situé à l'Avenue d'Estrées. Le Centre s'agrandit et possède alors 7 postes de dialyse, jusqu'en 1999.

Actuellement, l'A.T.I.R.G occupe de nouveaux locaux à la Clinique Saint Paul et compte 9 postes de dialyse. Ainsi son potentiel de traitement sur 2 séances s'élève à 36 patients et à 54 patients sur 3 séances.

L'A.T.I.R.G de Saint-Laurent du Maroni fut mise en place en 1990 avec l'installation de deux postes de dialyse.

#### **4.5 CENTRE DE SANTE GUYANAIS**

Le Centre de Santé Guyanais (CSG / Clinique Véronique) du Groupe Kapa Santé est un établissement Médico Chirurgical Obstétrical (MCO) d'hospitalisation privée, agréé par le ministère de la santé et conventionné par la sécurité sociale, les mutuelles et les organismes de prévoyance. Il est spécialisé en médecine, chirurgie (viscérale, gynécologique, urologique, gastro-entérologie) et obstétrique.

La clinique Véronique, actuel Centre de Santé Guyanais, a été créée il y a plus de 30 ans. Désormais, la clinique est gérée par le Groupe Kapa Santé depuis 2006 qui a immédiatement entrepris un plan de restructuration.

L'établissement a également été agrandi au niveau de ses unités d'hospitalisation dans tous les secteurs. Il est pourvu d'un plateau technique neuf comportant :

- ❖ Un service de radiologie
- ❖ Un service de chirurgie ambulatoire
- ❖ Un bloc opératoire

Un Scanner dernière génération (64 barrettes), a été installé et inauguré au mois de décembre 2006, ainsi qu'un appareil de lithotripsie, permettant la destruction des calculs rénaux.

Site : <http://www.kapasante.com/liens-utils>

#### **4.6 CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE (CGSS)**

La CGSS de la Guyane est un organisme privé chargé d'une mission de service public.

- DOMAINE : Protection sociale

SERVICES en direction des usagers :

- Assurances Sociales (Branche Maladie)
- Vieillesse (Branche retraite)
- Recouvrement (Branche URSSAF)

## ROLE ET PUBLIC VISE

- Accueil et identification des assurés sociaux et des exploitants agricoles.
- Gestion de l'Aide Médicale Etat et de la CMU.
- Versement des prestations liées aux risques maladie, maternité, décès, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, retraite et veuvage.
- Recouvrement des cotisations.

## PUBLIC

Assurés sociaux, retraités, cotisants, professionnels de santé et autres partenaires dans le domaine social et sanitaire.

La CGSS et l'ERSM n'agissent pas en amont dans le cadre de la périnatalité, mais uniquement en aval lors de certaines prises en charge bien spécifiques.

La CGSS intervient dans l'obtention des dossiers d'Affection de Longue Durée. Pour certaines grossesses à risque, un dossier d'ALD peut être attribué à une mère soit parce que sa grossesse est à risque, soit parce qu'elle est atteinte d'une affection lui donnant droit à un dossier d'ALD.

## 4.7 CENTRE HOSPITALIER ANDRE ROSEMON (CHAR)

Le Centre est implanté dans le quartier de la Madeleine à Cayenne depuis février 1992. Son statut est celui d'établissement public de santé départemental.

Le CHAR regroupe huit pôles :

- Pôle Femme-enfant
- Pôle Médecine
- Pôle de Chirurgie
- Pôle Tête et cou
- Pôle des Soins Continus
- Pôle Médico-Technique
- Pôle de Psychiatrie
- Pôle des Centres Délocalisés de Soins et de Prévention

L'activité radiologique ou d'imagerie médicale au sein du pôle Médico-Technique, est constituée de quatre unités :

- Unité radiologie
- Unité scanner
- Unité IRM
- Unité coronarographie

<http://www.ch-cayenne.net/>

## 4.8 CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS FRANCK JOLY (CHOG)

Etablissement public de santé qui compte en 2009 183 lits et places (dont 83 lits MCO et 6 places d'hôpital de jour de médecine). Précisions : Dans les lits et places de Médecine sont comptés les lits de Pédiatrie/soins intensifs/néonatal : 19 lits.

La démographie de l'Ouest Guyanais étant explosive et les besoins de santé augmentant de façon exponentielle, l'hôpital a vocation à être intégralement reconstruit, du moins pour sa partie MCO, sur un nouveau site à l'horizon 2014 afin d'augmenter ses capacités d'accueil.

En 2010 : - Extension Maternité (+ 21 lits autorisés) - Psychiatrie (+ 16 lits autorisés/30 places). La convention tripartite de l'EHPAD est en cours.

Services médicaux :

- ✓ URGENCES/SMUR
- ✓ ANESTHESIE-REANIMATION

- ✓ BLOC OPERATOIRE
- ✓ CHIRURGIE
- ✓ CMP
- ✓ LABORATOIRE
- ✓ MATERNITE
- ✓ MEDECINE
- ✓ PEDIATRIE
- ✓ PHARMACIE
- ✓ RADIOLOGIE
- ✓ SOINS DE SUITE ET DE REEDUCATION

## 4.9 CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DE KOUROU (CMCK)

Le Centre Médico-Chirurgical de Kourou a été construit lors de l'installation de la base spatiale en 1965. Depuis 1985, il est devenu un hôpital moderne agréé pour 71 lits.

Etablissement sanitaire privé d'intérêt collectif, participant au service public hospitalier (PSPH) est administré par l'association Médico-Chirurgicale de Kourou (AMCK loi 1901) qui regroupe principalement le Centre National d'Etudes Spatiales (CNES-CSG) et la mairie de Kourou.

La gestion courante est confiée à la Croix Rouge Française depuis une convention d'avril 1984. Cette convention a expiré au 30 juin 2004.

Ainsi, depuis le 23 juin 2004, le CMCK connaît sa seconde évolution institutionnelle qui consiste en la "fusion absorption" de l'AMCK au sein de la CRF, avec transfert à cette dernière des autorisations sanitaires effectuées en 2004.

Toutefois, le CNES et la municipalité de Kourou pérennisent leur implication (consultative et financière) au travers de la création d'un COMITE DE SUIVI ET D'ORIENTATION (sous conventions spécifiques) destiné à impliquer ces institutions à la vie et au devenir de l'établissement...

### IMAGERIE MEDICALE

L'imagerie médicale est située à proximité du service des Urgences. La consultation sur rendez-vous est ouverte au public. Le service assure les urgences 24 h sur 24h .

Ce service est composé :

- ✓ d'une équipe médicale de 5 praticiens hospitaliers
- ✓ d'une équipe est pluridisciplinaire

Le service dispose de l'équipement technique suivant :

- ✓ 1 table télécommandée GE PRESTILIX 1600 x cmc numérisation DRS
- ✓ 1 table télécommandée GE PRECISION RXI.
- ✓ 1 table d'urgence GE RTE
- ✓ Potter mural LOGIC 9
- ✓ 1 échographe GENERAL ELECTRIC pour échographie pluridisciplinaire acquis fin 2005
- ✓ 1 SYSTEME de NUMERISATION par PLAQUE (FUGI FCR XG 5000) .
- ✓ Un scanner G.E. de type Brightspeed (16 barrettes)

Descriptif des compétences et technicités offertes détaillées :

L'activité du service de radiologie porte sur :

- Les bilans radiologiques
- osseux
- thoracique
- digestif
- gynécologique
- neurologique
- urologique

<http://cmc-kourou.croix-rouge.fr/>

## **4.9 CENTRE D'INFORMATION DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (CIDDIST)**

Si, à l'instar du CDAG, son action concerne le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et les hépatites B et C, il propose un dépistage et un traitement des infections sexuellement transmissibles telles les infections par les chlamydiae, la gonorrhée, l'herpès et la syphilis. Une consultation pour un dépistage ou une demande d'information est gratuite, anonyme (même pour les mineurs qui ne nécessitent pas d'autorisation parentale) et sans rendez-vous.

Elle permet de réaliser les tests diagnostiques dont les résultats sont connus en quelques heures ou jours, et d'envisager si nécessaire un traitement immédiat. Si la personne est malade, le centre lui proposera un traitement et de faire venir son éventuel partenaire au centre pour qu'il y soit également diagnostiqué et traité. Herpès, chlamydiae, trichomonas, candida albicans peuvent être traités directement au sein du CIDDIST ou par le médecin généraliste. Les personnes ayant une hépatite font l'objet d'un suivi médical, les personnes porteuses du VIH et les personnes atteintes de syphilis sont immédiatement prises en charge par le service des maladies infectieuses.

## **4.10 COORDINATION REGIONALE DE LUTTE CONTRE LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (COREVIH)**

La circulaire du 19 décembre 2005, inscrit les Coordinations Régionales de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) dans le réseau sanitaire français.

Les objectifs de cette coordination des acteurs sont de faciliter la prise en charge globale du patient infecté par le VIH, de contribuer à l'équité des soins sur tout le département, tant pour la qualité des pratiques professionnelles que pour l'accessibilité aux soins.

Le Corevih a trois missions principales :

- ❖ favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, paraclinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, des actions de coopération internationale, de la formation et de l'information, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé .
- ❖ Participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques.
- ❖ Collecter l'information médico-épidémiologique, procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte DMI2)

## **4.11 DIRECTION REGIONALE DU SERVICE MEDICAL (DRSM)**

Depuis le 1er janvier 2005, une nouvelle organisation du service du contrôle médical de Guyane est devenue effective.

Il est créé dans chaque département une Direction Régionale du Contrôle du Service, placé sous l'autorité d'un médecin régional ayant les mêmes prérogatives qu'en Métropole, en ce qui concerne sa qualité de délégation du directeur de la CNAMTS.

Depuis la réforme de la Sécurité Sociale de 1996, une convention d'objectifs et de gestion est signée entre l'Etat et la CNAMTS, le 03 avril 1997.

La Direction Régionale du Service Médical de Guyane est composé comme suit :

- 1 Directeur Régional
- 1 Médecin Chef
- 4 Médecins Conseils
- 17 Agents Administratifs

Le Service Médical est divisé en deux secteurs :

- L'Administration Générale : qui est en relation avec la gestion du personnel (formation, recrutement) et s'occupe de partie administrative (droit, facture, documentation).

- Le Service CPR2A : a pour mission les relations avec les assurés sociaux (arrêt de travail, accident de travail, prise en charge évacuations sanitaires), les professionnels de santé (veille aux respects des soins).

Le Service Médical de l'Assurance Maladie exerce cinq fonctions principales :

1. Analyser et contrôler les demandes de prestations des patients, les activités médicales des professionnels et des établissements de santé ;
2. Préconiser des adaptations dans les soins prodigués aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie dans le cadre des affectations de longue durée ou de dépenses lourdes ;
3. Conseiller les assurés et les prestataires de soins en matière de réglementation médico-sociale et de bon usage des soins ;
4. Représenter l'Assurance Malade dans certaines instances (Commission de la transparence pour le médicament, commission exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), comités paritaires mis en place par les conventions médicales, etc) ;
5. Fournir des avis aux dirigeants des organismes d'Assurance Maladie, notamment dans les relations avec les professionnels de santé et au sein des commissions paritaires.

## **4.12 INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES (INSEE)**

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) est une direction générale du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi.

Il s'agit donc d'une administration publique, dont les salariés sont des agents de l'État, qu'ils aient ou non le statut de fonctionnaire. L'INSEE est soumis aux règles de la comptabilité publique. Les crédits dont il dispose figurent au budget général de l'État.

L'INSEE collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société française.

Ces informations intéressent les administrations, les entreprises, les chercheurs, les médias, les enseignants et les particuliers. Elles leur permettent d'enrichir leurs connaissances, d'effectuer des études, de faire des prévisions et de prendre des décisions.

Pour satisfaire ses utilisateurs, l'INSEE est à l'écoute de leurs besoins et oriente ses travaux en conséquence.

L'INSEE assure la coordination du système statistique public français. Il veille au respect du secret statistique. Il représente la France dans les instances communautaires et internationales chargées de l'harmonisation statistique.

L'INSEE Guyane a les mêmes missions que l'organisme national, mais elle recueille les données, statistiques concernant le département de la Guyane.

L'INSEE Guyane participe à des campagnes de prévention en mettant à disposition les informations, statistiques dont il dispose. Il participe régulièrement à l'élaboration des SROS et est en partenariat avec l'ORSG lors de la production de certaines études et autres bulletins de santé.

L'INSEE ne dispose pas de données à caractère médical. Ainsi, il ne pourra nous fournir de chiffres sur l'offre de soins en Guyane.

Les indicateurs globaux tels que le taux de mortalité foeto-infantile, ainsi que les informations sur les caractéristiques des mères sont des données facilement exploitables qu'il peut mettre à la disposition de l'ORSG.

## **4.13 INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM)**

Créé en 1964, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche.

Il est le seul organisme public de recherche français entièrement dédié à la santé humaine, s'est vu confier, en 2008, la responsabilité d'assurer la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale.

Le décret adopté en mars 2009 permet à l'Inserm d'assumer désormais des missions dans le contexte de la recherche face aux nouveaux défis scientifiques, sanitaires et économiques du XXI<sup>e</sup> siècle. L'expertise et la veille scientifiques sont désormais inscrites comme missions officielles de l'Institut.

Les chercheurs de l'INSERM étudient les maladies les plus fréquentes aux plus rares, à travers leurs travaux de recherches biologiques, médicales et en santé des populations.

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) est une structure de l'Inserm qui produit la base de données sur les causes de décès, accessible en ligne, et interrogeable par groupes de maladies.

#### **4.14 INSTITUT PASTEUR**

L'Institut Pasteur est présent en Guyane depuis 1940 et fait partie du réseau international des Instituts Pasteur, reconnue d'utilité publique.

Ses missions s'articulent autour de quatre principaux axes :

- ❖ Recherche
- ❖ Santé publique
- ❖ Services
- ❖ Enseignement

Dans le cadre de la recherche, les activités de l'Institut Pasteur sont centrées sur les maladies infectieuses prioritaires en Guyane et dans la région amazonienne : les arboviroses dont la dengue, le paludisme, la leishmaniose et les infections à VIH.

Dans le domaine de la santé publique, ses deux Centres nationaux de référence (CNR des arbovirus et virus influenza pour les Antilles et la Guyane, CNR de la chimiorésistance du paludisme pour les Antilles et la Guyane ) et ses deux laboratoires d'analyses (Laboratoire d'analyses de biologie médicale et Laboratoire d'hygiène et d'environnement) permettent à l'Institut Pasteur de la Guyane d'être un acteur régional de tout premier plan pour la surveillance et la veille microbiologique des maladies à potentiel épidémique et des maladies émergentes.

La dengue et les arboviroses, priorités de santé publique en Guyane, constituent le domaine principal des activités de recherche pour l'IPG qui portent sur : la surveillance épidémiologique, l'évaluation des conditions d'émergence ou de réémergence, le rôle de la faune sauvage dans la circulation des virus de la dengue, le développement de nouveaux outils de diagnostic et l'étude des facteurs de gravité de la dengue.

Autre thématique répondant à une priorité sanitaire : l'étude de la résistance aux anti-paludiques est le sujet principal de préoccupation du CNR de chimiorésistance du paludisme (CNRCP). A côté de *Plasmodium falciparum* étudié depuis longtemps, le CNRCP s'intéresse à autre espèce de parasite : *Plasmodium vivax*.

Ainsi depuis plus de 68 ans, l'Institut Pasteur de la Guyane perpétue ses missions au service des populations et mène une recherche ambitieuse sur les maladies infectieuses prioritaires sur le plateau des Guyanes.

Dans le cadre de sa mission, le laboratoire concourt à la prise en charge des patients infectés par le VIH par la réalisation de test de résistance et l'Unité d'épidémiologie collabore avec l'ARS dans le domaine de la veille sanitaire.

Il propose également des activités de services au bénéfice de la population, notamment pour le contrôle sanitaire de l'eau.

L'Institut Pasteur participe en outre à l'enseignement de la Faculté de Médecine de l'Université Antilles Guyane, en accueillant chaque années des étudiants jusqu'au Master.

Présentation extraite du site officiel : <http://www.pasteur-cayenne.fr>

#### **4.15 INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE**

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public français rattaché au ministère de la Santé. Il s'agit d'un dispositif reposant sur un ensemble de structure permettant la surveillance, l'information et la prévention en cas de risques sanitaires.

L'institut réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique. Créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'InVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

Les missions confiées à l'InVS sont :

- ❖ la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population

L'InVS participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques.

- ❖ La veille et la vigilance sanitaires

L'InVS est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

- ❖ L'alerte sanitaire
- ❖ une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire

L'InVS propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.

Présentation extraite du site : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

#### **4.16 LABORATOIRE D'ANALYSE BIOLAB**

Le laboratoire Biolab est exploité sous forme d'une SELARL divisée en 2 sites au service de la Guyane. Le site de Montjoly et le site du Larivot.

L'équipe pluridisciplinaire adhère à la Bioqualité et travaille en se conformant aux exigences de la norme ISO 15189.

Les missions du laboratoire BIOLAB sont de:

- ✓ Accueillir et rassurer les patients
- ✓ Informer les interlocuteurs des conditions nécessaires à la réalisation des prélèvements et analyses
- ✓ Réaliser les prélèvements
- ✓ Exécuter et valider les analyses
- ✓ Transmettre les résultats aux patients et aux prescripteurs.
- ✓ Site : <http://www.biolab-guyane.com/index.php>

## 4.17 LABORATOIRE D'ANALYSE PLENET

Le laboratoire de biologie moléculaire PLENET a été créé en 1988 par le Dr Serge PLENET.

Il dispose de la technologie suivante :

- ❖ 2 PENTRA 120 ABX et 1 PENTRA 80 ABX dans le secteur hématologie,
- ❖ COBAS TAQMAN 48 La Biologie moléculaire avec ces techniques très sophistiquées d'amplification génomique comme la PCR temps réel,
- ❖ ARCHITECT Ci 8200 ABBOTT explorant le bilan hormonal, la fertilité, la thyroïde, l'ionogramme sanguin, la cancérologie Le laboratoire poursuit sa recherche d'un très haut niveau de qualité en l'intégrant dans son environnement technique.
- ❖ DELFIA utilisé pour le dépistage de la Trisomie 21. VITEK 2 Compact utilisé pour la Microbiologie et ;
- ❖ Mycologie 2 VITROS renforce le secteur de la Biochimie.

## 4.18 RESEAU DIABETE

Le Réseau Diabète de Guyane est un réseau Ville-Hôpital dont l'objectif principal est d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques de manière à réduire leurs complications individuelles et les conséquences collectives de ces complications.

Les membres fondateurs du Réseau sont :

- ❖ L'Association D.I.E.T. 97.3
- ❖ Les services prenant en charge le diabète au Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, au Centre Médico-Chirurgical de Kourou ainsi qu'au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais de Saint Laurent du Maroni.

L'Association D.I.E.T. 97.3 est composée de professionnels de santé libéraux, de représentants des établissements de Santé et des Associations : Association des Diabétiques de Guyane et Association Guyane Obésité pour Aider à Maigrir.

C'est le seul réseau régional de prise en charge du diabète réunissant les professionnels de santé exerçant en ville aux établissements de santé publics et privés. Ils associent médecins (généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers), infirmiers (libéraux et hospitaliers), diététiciennes, pédicures podologues, kinésithérapeutes, pharmaciens et associations de patients concernés par le diabète et les maladies métaboliques.

La population visée par le réseau est l'ensemble de la population de tout le territoire de la Guyane. Toute personne présentant un diabète et résidant en Guyane peut entrer librement dans le réseau. L'adhésion est gratuite.

Les principaux objectifs du réseau sont :

- ❖ Le dépistage, pivot de l'action, en raison notamment d'une forte prévalence probable du diabète au sein des populations à risques en Guyane.
- ❖ L'accès à une meilleure information pour l'ensemble des partenaires de santé et la population concernée.
- ❖ La promotion et l'amélioration de la coordination et des relations entre les différents acteurs aussi bien libéraux qu'hospitaliers

Le réseau Diabète dispose des données suivantes :

- ❖ Données sociodémographiques : nombre de patients intégrés au réseau par sexe, tranche d'âge et lieu de résidence.
- ❖ Données liées aux professionnels de santé : nombre de professionnels adhérents au réseau avec une déclinaison par spécialité ou structure.
- ❖ Données liées au dépistage : nombre de campagnes réalisées depuis la création du réseau par type et public cible.
- ❖ Données liées à l'éducation des patients : nombre de consultations en groupe, individuelle.

## **4.19 REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS**

Né en juillet 2006 de l'union des caisses de protection sociale des auto-entrepreneurs et chefs d'entreprises (Organic, AVA, CANAM) , le Régime Social des Indépendants est l'un des trois régimes obligatoires et généraux de la sécurité sociale, assurant une couverture santé et maladie des commerçants , industriels et des artisans.

Mission de la RSI

Le Régime Social des Indépendants assure la prise en charge de la protection sociale obligatoire de plus de 4 millions de chefs d'entreprise, aussi bien que leurs ayant-droits. En effet, de par le nombre de personnes assurés, le RSI s'établit en deuxième position parmi les trois grands régimes de la sécurité sociale, à savoir le régime général et le régime agricole.

Depuis Janvier 2008, le RSI se fait l'interlocuteur social unique des travailleurs indépendants. Il a pour mission d'assurer le versement des prestations, le recouvrement des cotisations, les participations sociales à titre personnel, et aussi le recouvrement de la C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés et contribution additionnelle) et du télé-règlement.

Outre que d'accompagner les chefs d'entreprise de la création de leurs sociétés jusqu'à la retraite, le RSI gère aussi :

- l'assurance maladie maternité-grossesse sous forme d'indemnité journalière et d'allocation forfaitaire
- les prestations retraites, d'invalidités ou de décès des professions artisanales, commerciales et industrielles

## **4.20 STATISTIQUE ANNUELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM) y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), direction du ministère de la santé et des solidarités.

Elle produit deux types de données

- Une base dite « administrative » restituant les déclarations des établissements,
- Une base dite « statistique » destinée aux études.

## **4.21 UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE (URPS)**

Le but des Unions est de permettre aux médecins libéraux conventionnés d'intervenir directement à l'échelon régional dans la gestion et la régulation de leur profession.

La loi du 4 janvier 1993, dite loi Teulade, relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, précise le rôle des Unions et leurs missions. Elles ont ainsi pour vocation de "contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins" en partenariat avec l'Etat, les collectivités territoriales et l'Assurance Maladie. Ce sont des organismes de droit privé régis par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 et le décret 93-1302 du 14/12/93.

Les Unions représentent tous les médecins exerçant à titre libéral au sein d'une région, eux-mêmes représentés par une assemblée composée, selon l'importance de la région de 10 à 80 élus issus de listes syndicales et, organisée en deux collèges égaux, l'un généraliste, l'autre spécialiste. Renouvelable tous les six ans, l'assemblée élit un bureau constitué de six membres qui assure et met en œuvre la politique décidée par l'assemblée.

A côté des syndicats qui assurent la défense de la profession et de l'Ordre des médecins, garant de l'éthique et de la déontologie, les Unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Leurs missions sont les suivantes :

- Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, à l'évaluation des besoins médicaux.
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles.
- Organisation et régulation du système de santé.
- Prévention et actions de santé publique.
- Coordination avec les autres professionnels de santé.
- Information et formation des médecins et des usagers.

Les médecins libéraux sont des interlocuteurs de proximité pour la population guyanaise et par la même les malades.

# 5. ANNEXES



## 5.1 PROPOSITION D'ETUDES

### **ETUDE : « Connaissances, attitudes et comportements de la population guyanaise par rapport au dépistage et à la prise en charge des cancers »**

**Objectif**

Réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé. Poursuivre la baisse de l'incidence.<sup>69</sup>

### **DESCRIPTION**

**Numérateur (N)**

**Dénominateur (D)**

**Sous-groupes (strates)**

**Décompositions (N)**

**Niveau d'agrégation**

**Périodicité de la mesure**

**Indicateurs  
nationaux/internationaux**

**Dernier résultat connu**

### **ELABORATION ET QUALITES**

**Origine (s)**

**Mode de collecte**

**Organisme(s) responsable(s) de  
la collecte**

**Service responsable de la  
synthèse des données**

**Fiabilité**

**Mode de calcul**

### **INTERPRETATION**

**Limites et biais connus**

**Modalités d'interprétation**

### **COMMENTAIRE**

<sup>69</sup> Objectif 50.Loi de santé publique de 2004.



## 5.2 REGLEMENTATION

### 5.2.1 VOLET DIABETE

**Loi N° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique** a inscrit le diabète comme prioritaire en fixant notamment deux objectifs phares. Elle comprend également un plan stratégique pour améliorer la qualité de vie des patients ayant une maladie chronique qui concerne les personnes diabétiques.

**Recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de février 2003** sur les « Principes de dépistage du diabète de type 2 ».

**Arrêté du 18 février 2003 impulsant un nouvel acte infirmier** relatif à une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour les diabétiques de plus de 75 ans insulinotraités (nouvelle possibilité de suivi ambulatoire)

**Programme d'actions de prévention et de prise en charge du diabète de type 2, 2002-2005**, mis en place par le Ministère de la Santé, est articulé autour de cinq axes : prévention<sup>70</sup>, dépistage<sup>71</sup>, qualité<sup>72</sup> et organisation<sup>73</sup> des soins, suivi épidémiologique et éducation thérapeutique<sup>74</sup>.

**Circulaire Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHO)/Direction Générale de la Santé (DGS) N° 2002-215 du 12 avril 2002** relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appels à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

**Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005** mis en place par le Ministère de la santé et de la protection sociale dont l'un des objectifs vise à réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adultes et interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants (influence directe sur la prévalence du diabète de type II).

**Plan diabète (novembre 2001)** présenté par Bernard KOUCHNER.

**Recommandations de l'ANAES de mars 2000** sur la « Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications ».

**Circulaire DGS/SQ2/DH N° 99-264 du 4 mai 1999** relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulinodépendant. Cette circulaire s'appuie sur les priorités de santé publique retenues par la conférence de santé de juin 1998, sur la déclaration de Saint-Vincent de 1989 et sur plusieurs groupes de travail a voulu dans un cadre juridique renouvelé et particulièrement dans le cadre des SROS adapter la prise en charge du diabète dans une organisation graduée des soins.

**Recommandations de l'ANAES de janvier 1999** sur le « Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications ».

**Rapport du Haut comité de santé publique (HCSP) de mai 1998** « Diabètes/Prévention, dispositifs de soins et éducation du patient ».

### 5.2.1 VOLET CANCERS

**1<sup>er</sup> janvier 2010**

Premier dépistage organisé du cancer colo-rectal par l'AGDOC.

**2009-2013**

Plan cancer 2009-2013, Axes, mesures et Actions.

<sup>70</sup> Développement des consultations de diététique et de nutrition dans les hôpitaux, mise en place d'actions de proximité portant sur le thème de la nutrition.

<sup>71</sup> Renforcer le dépistage du diabète.

<sup>72</sup> Respect des bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques, surveillance infirmière libérale ambulatoire, qualité de la surveillance biologique, prise en charge du pied diabétique...

<sup>73</sup> Mise en place de réseaux, amélioration du suivi épidémiologique et du suivi des pratiques.

<sup>74</sup> Mise en place d'actions d'éducation thérapeutique de groupe en ambulatoire à l'hôpital et en ville, d'actions de prévention (environnement familial et professionnel).

**20 juin 2008**

Avis de la DHOS du 20 juin 2008 relatif aux critères d'agrément des établissements pratiquant la cancérologie.

**21 mars 2007**

Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le cadre de la santé publique.

**21 mars 2007**

Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

**2006**

Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé – INCA et Ligue Contre le Cancer.

**27 avril 2004**

Arrêté pris en application de l'article L.6121-1 du Code de la Santé Publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire dont fait partie « la prise en charge des personnes atteintes de cancer ».

**4 septembre 2003**

Ordonnance n°2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé et circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération : l'objectif du SROS III est de « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale »

**22 février 2005**

Circulaire n°DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie.

**20 décembre 2004**

Arrêté fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables à domicile en dehors d'une hospitalisation à domicile.

**28 octobre 2004**

Circulaire DHOS n°2004-516 relative aux comités de patients au sein des établissements de santé exerçant une activité de traitement du cancer.

**9 août 2004**

Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique.

**29 mars 2004**

Circulaire n°DHOS/O/2004/161 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique.

## 5.3 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 5.3.1 VOLET DIABETE

#### **Références bibliographiques**

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de la santé (AFSSAPS). Prise en charge thérapeutique des patients dyslipidémiques. Paris : AFSSAPS, recommandations de bonne pratique clinique, 2005.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Paris : ANAES, recommandations et références professionnelles, 2000.
3. Agence régionale de santé de la Guyane (ARS). Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de la Guyane : orientations stratégiques 1999-2004 (2<sup>ème</sup> partie).
4. Agence régionale de santé de Guyane (ARS). Plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2008 Guyane. Version provisoire, projet soumis à l'avis de la Conférence régionale de santé, 4<sup>ème</sup> trimestre, 2005, 85 p.
5. CHOLLEY D., SOUCHE A., TILLY B., GUILHOT J., SALNAVE B., FENDER P., *et al.* Hypertension artérielle sévère : prise en charge des malades hypertendus et diabétiques en France. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2003, 34 : 103-10.
6. CONAN C, GARNIER S. Les patients diabétiques traités en Guyane. L'année économique et sociale 2007 en Guyane. AntainEchos, revue économique et sociale des Antilles Guyane, INSEE, septembre 2008 (70) : 30-1.
7. DE LA SEIGLIERE A. Evaluation d'une population de diabétiques en Basse-Normandie. Union régionale des caisses d'assurance maladie de Basse-Normandie et Union régionale des médecins libéraux de Basse-Normandie, dossier « Le diabète », 2000. <http://www.l-ami.org>.
8. Direction du service médical de la Réunion. PREVOT L., BRIATTE C., HEYE O., POTIER P., SOULAS A. Prise en charge médicale et contrôle du diabète de type 2 traité à la Réunion. Revue médicale de l'assurance maladie. Volume 37, N° 1, janvier-mars 2006, pp 27-39.
9. HIRZTLIN I., FAGOT-CAMPAGNA A., GIRARD-LE-GALLO I., VALLIER N., POUTIGNAT N., WEILL A., *et al.* Dépistage du diabète : les données de l'échantillon permanent des assurés sociaux, 2000-2001. Revue Epidémiologie Santé publique 2004, 52 : 119-26.
10. INSERM U500 Montpellier, PAPOZ L. Le diabète de type 2 dans les Dom-Tom : un effet pervers de modernité. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire (BEH), 2002, 20-21, p. 89-90.
11. Institut de veille sanitaire (InVS). Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ?. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), N°42-43 du 09 novembre 2010.
12. Ministère de la Santé et des Solidarités/Agence régionale de santé (ARS) de la Martinique/Service Etudes et Statistiques Antilles Guyane. BAZELY, P. Info Santé Antilles Guyane « Mortalité aux Antilles Guyane », 2003, N° 12, 8 p.
13. Observatoire Régional de la Santé d'Alsace
  - 1/ Rapport intermédiaire d'évaluation du Réseau Diabète de type II de Colmar. 2005, 46 p. *Evaluation de processus (mise en oeuvre et activités du réseau, adhésion des professionnels et des patients) et de résultats (mesure de l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients diabétiques, de la qualité de vie des patients, de la communication et la diffusion d'information entre professionnels et auprès des patients, de la satisfaction des professionnels et patients).* Rapport non diffusable
  - 2/ Rapport intermédiaire d'évaluation du réseau de diabétologie d'Altkirch, 2005, 34 p.

*Evaluation de processus (mise en oeuvre et activités du réseau, adhésion des professionnels et des patients) et de résultats (mesure de l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients diabétiques, de la qualité de vie des patients, de la communication et la diffusion d'information entre professionnels et auprès des patients, de la satisfaction des professionnels et patients). Rapport non diffusable*

14. Observatoire Régional de la Santé de Franche-Comté.

1/ Evaluation externe du réseau Gentiane : résultats de la 1<sup>ère</sup> étape d'évaluation, 2004, 42 p.  
*L'objectif de ce rapport est de présenter les résultats de la première étape de l'évaluation à propos de la satisfaction, l'état de santé et la qualité de vie des patients dans les 12 mois qui précèdent l'inclusion dans le réseau Gentiane (réseau diabète). Il présente aussi la satisfaction des soignants et l'application des recommandations de bonnes pratiques dans les 12 mois qui précèdent l'inclusion dans le réseau. Ces résultats serviront de base pour mesurer les bénéfices apportés par le réseau après un an puis deux de fonctionnement. Etude non diffusable*

2/ La satisfaction des patients diabétiques et des médecins : exploitation de l'étude ENTRED 2001, 2004, 74 p.

*L'association nationale de coordination des réseaux diabète (Ancred) coordonne les réseaux de soins Diabète agréés par la Commission d'orientation des filières de soins, les Agences régionales d'hospitalisation ou les Plans régionaux de santé. Elle a mis en place en 2001 une étude nationale sur le diabète traité (étude ENTRED). Ce rapport présente les résultats de l'analyse de satisfaction des patients diabétiques et des médecins par rapport aux soins délivrés et reçus.*

15. Novo Nordisk. Qu'est-ce-que le diabète ? Les novopoches, série « Education », 22 p.

*L'objectif de Novo Nordisk, leader mondial du traitement du diabète, est de vaincre le diabète en trouvant de meilleures méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement.*

16. Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG).

1/ Vue d'ensemble des pathologies en Guyane. Fiche 7.1 du Tableau de bord régional sur la santé, 2003, 4 p.

2/ Les affections cardiovasculaires en Guyane. Fiche 7.3 du Tableau de bord régional sur la santé, 2004, 4 p.

3/ Le diabète en Guyane. Bulletin Santé, 2003, N° 3, 12 p.

4/ L'alimentation en Guyane. Bulletin Santé, 1997, N° 3, 12 p.

17. Revue « Diabétologie, Nutrition et Facteurs de risque ».

18. RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., GUILHOT J., FENDER P., et al. Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 2002, 33 : 257-65.

19. RICORDEAU P., WEILL A., VALLIER N., BOURREL R., SCHWARTZ D., GUILHOT J., et al. Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2. Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Direction du service médical, 2002.

20. ROMON<sup>75</sup> I., JOUGLA<sup>76</sup> E., CATTEAU<sup>77</sup> C., PARA<sup>78</sup> G., CARDOSO<sup>79</sup> T., SOLET<sup>80</sup> J.-L., FAGOT-CAMPAGNA<sup>81</sup> A. Le poids important du diabète sur la mortalité dans les départements d'Outre-mer, une analyse en causes multiples, 2001-2002. Institut de Veille Sanitaire (InVS), Département des maladies chroniques et des traumatismes, novembre 2006, 1 p.

*L'objectif de cette publication est de décrire la mortalité liée au diabète dans les départements d'outre-mer et la comparer à celle de la métropole.*

---

<sup>75</sup> InVS Saint-Maurice.

<sup>76</sup> INSERM-CépiDc, Le Vésinet.

<sup>77</sup> DDASS de la Réunion, Saint-Denis.

<sup>78</sup> INSEE Martinique, Fort-de-France.

<sup>79</sup> CIRE Antilles-Guyane, Fort-de-France.

<sup>80</sup> CIRE Réunion-Mayotte, Saint-Denis.

<sup>81</sup> InVS Saint-Maurice.

### 5.3.2 VOLET IST

1. CARLES G., LOCHET S., YOUSSEF M., EL GUINDI W., HELOU G., ALASSAS N. ? LAMBERT V., Syphilis et grossesse : étude de 85 cas en Guyane Française, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 37, numéro 4 pages 353-357 (juin 2008).
2. HENRY L., DJOSSOU F., PATIENT G., DEMAR M., LOUVEL D., VAZ T., MAHAMAT A., Prévalence de l'hépatite B chez les femmes enceintes au centre hospitalier de Cayenne en Guyane française, Médecine et maladies infectieuses, volume 39, numéro S1, page 77, juin 2009.
3. POUSSET François, Incidence des infections sexuellement transmissibles dans la population migrante orientée par le Centre de Médecin du Monde de Cayenne au Centre de Prévention et de soins (CPS) de la Croix-Rouge de Cayenne. Université des Antilles et de la Guyane, Faculté Hyacinthe Bastaraud, soutenu le 12 mai 2010
4. BUTON François, La lutte contre le VIH/Sida en Guyane Française. Dispositifs et représentations, CNRS et Université de Picardie Jules Verne, décembre 2002.
5. Rapport, Stratégies de l'infection à la Nisseria Gonorheae, Haute Autorité de Santé, juin 2009.
6. Rapport, La politique de lutte contre le VIH/Sida, Cour des Comptes, Février 2010
7. Rapport médico-épidémiologique, COREVIH, 2010
8. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, L'infection à VIH-Sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence, Institut de Vielle Sanitaire, n°45-46, 30 novembre 2010.
9. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles- Rénago, Rénacla, RésIST, données au 31 décembre 2010. Janvier 2011
10. Bulletin trimestriel du COREVIH, Recrudescence de la syphilis en Guyane depuis 2008, n°7, page 4, avril 2011.
11. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, L'infection à VIH-Sida en France en 2009-2010 : séropositivité, admissions en ALD, et pathologies inaugurales de sida, n°43-44, 29 novembre 2011.
12. Institut de Veille Sanitaire, Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST 1er décembre 2011.

### 5.3.3 VOLET CANCERS

1. ARS (ARH). Schéma régional d'organisation sanitaire, 2006-2010. Volet Prise en charge des personnes atteintes de cancer. Décembre 2008
2. ARS. Projet du Schéma régional d'organisation des soins (SROS). Publication Septembre 2011.
3. Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC). Le dépistage des cancers en Guyane, Rapport d'activités 2010.
4. Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC). Le dépistage des cancers en Guyane, Rapport d'activités 2008.
5. Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC). Le dépistage des cancers en Guyane, Rapport d'activités 2007.

6. Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC). Le dépistage des cancers en Guyane, Rapport d'activités 2006.
7. Association guyanaise de dépistage organisé des cancers (AGDOC).. Le dépistage des cancers en Guyane, Rapport d'activités 2009.
8. Dr PLENET (J), BELLIARDO (S), GANDOLFO (N), ROUE (T), Dr FIOR (A), Dr BOUIX (A-Y). L'Epidémiologie du cancer en Guyane –Étude de l'incidence et de la mortalité par cancer en Guyane de 2003 à 2005. BULLETIN D'INFORMATION REGIONAL n°1, Juin 2010.
9. Institut national du cancer (INCA). La situation du Cancer en France en 2011. Octobre 2011
10. Institut national du cancer. Plan cancer 2009-2013, Axes, mesures et actions.
11. M. DIEYE, J PLENET, A FIOR, J DELOURMEAUX, B BHAKKAN, J MACNI, T ROUE. La surveillance des cancers dans les Antilles et en Guyane. BULLETIN DE VEILLE SANITAIRE n°8, Octobre 2011.
12. Mathieu ROYNARD, ORSG. Évaluation des pratiques de dépistage des cancers en 2008. 118p.





## **Observatoire Régional de la Santé de Guyane**

Espace Bertène JUMINER  
771, rte de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex  
Site : [www.ors-guyane.org](http://www.ors-guyane.org) - E-mail : [orsg@wanadoo.fr](mailto:orsg@wanadoo.fr)