



# ANALYSE ET PROPOSITIONS POUR LA CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE DE SANTE PERINATALE EN GUYANE

*Périnatalité*

**O**bservatoire  
**R**égional de la  
**S**anté de  
**G**uyane

**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 2010





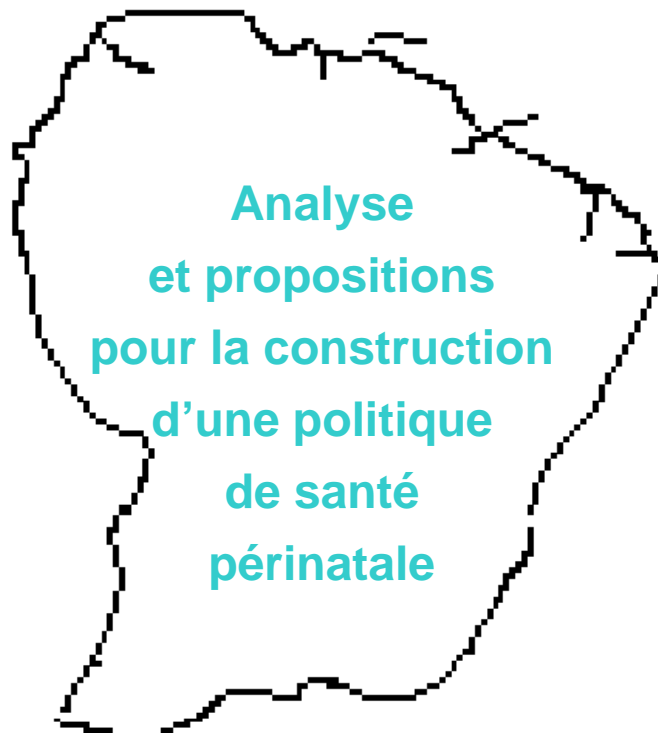
Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Sous la Présidence du Dr. 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 :

**Priscillia BOMPARD**, Chargée d'études

Avec la collaboration de :

**Jean-Rémy GOUGAUD**, Chargé d'études

**Christelle LARUADE**, Assistante d'études



**Investigateur :** Priscillia BOMPARD **Chargée d'études à l'ORSG**  
Observatoire Régional de la Santé de Guyane  
Téléphone : 0594297811  
Télécopie : 0594297801  
Courriel : [pbompard.orsg@orange.fr](mailto:pbompard.orsg@orange.fr)

**Promoteur :** **Agence Régionale de Santé Publique**  
Téléphone : 0594254989  
Adresse : 19, rue Schœlcher  
97300 CAYENNE 97 300

**Méthodologistes :**

**Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON** **Directrice de l'ORSG**  
Observatoire Régional de la Santé de Guyane  
Téléphone : 0594297800  
Télécopie : 0594297801  
Courriel : [orsg@wanadoo.fr](mailto:orsg@wanadoo.fr)

**Priscillia BOMPARD** **Chargée d'études à l'ORSG**  
Observatoire Régional de la Santé de Guyane  
Téléphone : 0594297811  
Télécopie : 0594297801  
Courriel : [pbompard.orsg@orange.fr](mailto:pbompard.orsg@orange.fr)

**Comité de relecture :**

<b>Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON</b>	Directrice de l'ORSG
<b>Priscillia BOMPARD</b>	Chargée d'études, Cellule Etudes
<b>Marie-Thérèse DANIEL</b>	Responsable de la Documentation
<b>Jean-Rémy GOUGAUD</b>	Responsable Cellule Etudes
<b>Roselyne MAKALU</b>	Chargée d'études, Cellule Documentation



## Conseil Scientifique de l'ORSG

<b>Dr. Serge PLENET</b>	Président du Conseil scientifique de l'ORSG – Biologiste médical
<b>M. Philippe DAMIE</b>	Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS)
<b>Mme Yvane BERTRAND</b>	Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRTDS)
<b>M. Jean-Claude COURBAIN</b>	Directeur Régional de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)
<b>M. Hugues HORIATIUS-CLOVIS</b>	Responsable du service démographie - INSEE
<b>Mme Léonne AGELAS</b>	Pôle centres de santé du centre hospitalier de Cayenne
<b>Mme Marie-louise MATHURIN</b>	Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
<b>Dr. Alain Yves BOUIX</b>	Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)
<b>Dr. André SPIEGEL</b>	Directeur de l'Institut Pasteur
<b>M. Claude FLAMAND</b>	Représentant de la Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie (CIRE) – ARS
<b>Dr. Mathieu NACHER</b>	Centre Hospitalier Andrée Rochemond - INSERM
<b>Dr. Etienne PASCOLINI</b>	Médecins Conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) Guyane – CGSS
<b>Mme Ghislaine PREVOT</b>	Maître de conférences en biochimie/microbiologie à l'IESG

## Personnes consultées

<b>Mme Laurence BOSQUILLON</b>	Réseau Périnatal	Sage femme coordinatrice
<b>Dr. Cathy VENTURIN</b>	PMI Matoury	Médecin
<b>Mme Claudine COURAT</b>	CHAR	Infirmière puéricultrice
<b>Dr. Nathalie BOISSEAU</b>	Centre de Santé	Médecin St Georges
<b>Mme Danielle CAPGRAS</b>	Réseau Périnatal	Sage femme consultante
<b>Mme Marie-Claire RICHEFOND</b>	IFSI	Directrice
<b>Mme Odile GENTILHOMME</b>	CHAR	Assistante Sociale
<b>Mme Joëlle SUZANON</b>	Conseil Général	Chargée de mission Démographie des Professionnels Médicosociaux

## Comité de pilotage

<b>Dr. Anne FAVRE</b>	Présidente du Réseau Périnat - Chef de service Néonatalogie du CHAR
<b>Mr Jean-Luc GRANGEON</b>	Ancien Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)
<b>Mme Lucie BRUNET</b>	Représentante de l'ancienne DSDS
<b>Dr. Olivier KLEITZ</b>	Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Publique (ARS)
<b>Dr. Françoise RAVACHOL-ELTGES</b>	Médecin inspecteur de santé publique de l'ARS
<b>Dr. Marie-Anne SANQUER</b>	Médecin Inspecteur de santé publique de l'ARS
<b>Dr. Pascal BRUNCHER</b>	Médecin Chef de PMI - Conseil Général
<b>Mme Sabrina COVIS</b>	Responsable de la Cellule Epidémiologie Conseil Général
<b>Dr. Jean-Marc FISCHER</b>	Médecin Inspecteur de santé publique de l'ARS
<b>Dr. Gabriel CARLES</b>	Chef de service Gynécologie et Maternité – CHOG
<b>Dr. Patrice CLAYETTE</b>	Chef de service Gynéco-Obstétrique et Maternité – CMCK
<b>Dr. Roger-Michel LOUPEC</b>	Ancien président de l'URMLG
<b>Dr. Michel JOUBERT</b>	Médecin Chef du pôle CDPS (ancien DCS)
<b>Mme Evelyne ROBIN</b>	Représentante des sages-femmes libérales
<b>Mme Dominique GAQUIERE</b>	Sage-femme de la PMI de St-Laurent-du-Maroni
<b>Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON</b>	Directeur de l'ORSG
<b>Mlle Priscillia BOMPARD</b>	Chargée d'études à l'ORSG Responsable du projet



**E**n 1970, le taux de mortalité périnatale en Guyane était de 55,7‰. Ce taux a régulièrement baissé jusqu'en 1977, puis à stagné voir même augmenté jusqu'en 1980.

Depuis 1981, la périnatalité dans le département est considérée comme un problème de santé publique par les pouvoirs publics locaux. Le constat d'un taux de mortalité périnatale équivalent à celui de la métropole dans les années 60 (36,8 ‰) a alerté les autorités. Celles-ci ont donc instauré le premier plan de prévention périnatale de Guyane sur 2 ans.

En 1997, la périnatalité a été reconnue officiellement comme première priorité de santé publique en Guyane, lors de la 1<sup>ère</sup> Conférence Régionale de la Santé (CRS). Actuellement, le Schéma Régional Sanitaire (SROS) III (2006-2010) définit, en partie, la politique périnatale qui s'applique en Guyane.

Dans le domaine de la périnatalité, la Guyane a fait un grand pas. Cependant, depuis quelques années, on constate une stagnation sinon une aggravation des taux. En effet, notre département enregistre des taux de mortalité périnatale parmi les plus élevés.

Afin de mieux comprendre les problématiques de la périnatalité dans notre région et de disposer d'informations précises, objective, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) a entrepris des enquêtes et des actions sur le sujet. Ainsi, deux études récentes ont pu mettre en évidence des faits marquants, des obstacles. L'accès moindre à la contraception, la communication difficile entre soignants et soignées, le turnover récurrent constituent des freins importants. Néanmoins, bien que ces obstacles soient réels, elles demeurent surmontables pour les acteurs de santé interrogés.

De même, les déficits en professionnels de santé pourraient être comblés car la Guyane dispose de nombreux atouts pour les chercheurs (diversités de sa population, des pathologies rencontrées...). Elle pourrait, dans ce cadre, créer un pôle de compétitivité ou d'excellence.

C'est aussi la seule région où il existe, depuis 25 ans, un Registre d'Issue de Grossesse (RIG), qui permet d'avoir une vision globale de la santé de la mère et de l'enfant. En effet, ce recueil d'informations épidémiologiques est un outil unique, qui nécessite une forte mobilisation de l'ensemble du personnel de santé périnatale.

Récemment, des projets novateurs ont été entrepris dans le domaine de la périnatalité. C'est le cas de la Banque de Données sanitaires Périnat que l'ORSG a mis en place et qui permettra de suivre, grâce à la collecte d'informations auprès de sources de données, l'évolution des indicateurs de santé les plus pertinents, fiables.

Enfin, ce présent rapport « **Analyse et propositions pour la construction d'une politique de santé périnatale en Guyane** » livre les éléments sur lesquels nous pourrions nous appuyer pour bâtir une politique de santé périnatale cohérente, à partir de l'opinion des acteurs de santé et des patientes.

L'accès aux soins et la prévention sont également des défis majeurs pour lesquels on doit se mobiliser.

Le combat reste donc d'actualité à tous les niveaux.

**Dr. Roger-Michel LOUPEC**

Président du Conseil d'Administration de l'ORSG

## Remerciements

---

L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane remercie l'Agence Régionale de Santé pour le financement de l'étude "*Politique de santé périnatale : atouts et obstacles selon les professionnels de Guyane*".

L'équipe de l'ORSG souhaite remercier l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les acteurs des établissements de santé pour leur participation à cette étude.

L'équipe remercie également les membres du conseil scientifique de l'ORSG ainsi que le comité de pilotage pour leur aide à l'étude et leur expertise.



<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>1 - OBJECTIFS ET METHODOLOGIE .....</b>	<b>21</b>
<b>2 - LA GUYANE .....</b>	<b>27</b>
2.1 SA GEOGRAPHIE .....	31
2.2 SON HISTOIRE .....	32
2.3 SA POPULATION.....	32
2.4 SON ECONOMIE SOCIALE.....	33
2.5 SA SANTE.....	34
<b>3 - LE CONTEXTE DE LA PERINATALITE .....</b>	<b>37</b>
3.1 DEFINITION DE LA PERINATALITE .....	41
3.2 PERIODES EN PERINATALITE.....	41
3.3 PRESENTATION CHRONOLOGIQUE DES DIFFERENTES MESURES PROPOSEES.....	42
3.4 EVOLUTION DE LA MORTALITE PERINATALE EN GUYANE ET EN FRANCE 1970-2007 ...	46
3.5 SCHEMA ET PLAN VIGUEUR.....	47
<b>4 - LES ACTIVITES DANS LE DOMAINE PERINATAL EN GUYANE .....</b>	<b>51</b>
4.1 REGISTRE D'ISSUE DE GROSSESSE (RIG) .....	55
4.2 RESEAU PERINAT (objectifs, methodologie, actions) .....	56
4.3 BANQUE DE DONNEES SANITAIRES : VOLET PERINAT (objectifs, methodologie, resultats) .....	59
4.4 ETUDE « FREQUENCE, DETERMINANTS ET CONSEQUENCES DU MAUVAIS SUIVI DES GROSSESSES EN GUYANE FRANCAISE » (objectifs, methodologie, resultats) .....	64
4.5 ENQUETE « POLITIQUE DE SANTE PERINATALE : ATOUTS ET OBSTACLES SELON LES PROFESSIONNELS DE GUYANE » (objectifs, methodologie, resultats) .....	70
<b>5 - LA SYNTHESE ET PROPOSITIONS DE MESURES POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTE PERINATALE EN GUYANE .....</b>	<b>75</b>
5.1 SYNTHESE DES RESULTATS .....	79
5.2 ACTIONS PRIORITAIRES.....	81
5.3 STRATEGIE D'ACTION.....	82
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>97</b>
ANNEXE 1 : REGLEMENTATION DANS LE DOMAINE DE LA PERINATALITE.....	99
ANNEXE 2 : DEFINITIONS DES INDICATEURS PERINATAUX .....	103
ANNEXE 3 : TABLE DES FIGURES.....	107
ANNEXE 4 : TABLE DES TABLEAUX .....	109
<i>Figure 1 : Carte de la Guyane.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 2 : Pyramide des âges (Insee – 2004).....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 3 : Composantes de la mortalité foeto– infantile (source ORSG).....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 4 : Evolution de la mortalité périnatale en Guyane et en France 1970-2007.....</i>	<i>46</i>



<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>AME</b>	Aide Médicale de l'Etat
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>ASH</b>	Aide Soignante Hospitalière
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>BDD</b>	Banque De Données
<b>BDD</b>	Banque De Données Périnatal
<b>CA</b>	Conseil d'Administration
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocations Familiales
<b>CDD</b>	Contrat à Durée Déterminée
<b>CDPS</b>	Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (anciens Centres et Postes de Santé)
<b>CEP</b>	Comité d'Etudes Périnatales
<b>CHAR</b>	Centre Hospitalier Andrée Rosemon
<b>CHOG</b>	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
<b>CMCK</b>	Centre Médico-Chirurgical de Kourou
<b>CM2</b>	Cours Moyen 2
<b>CNES</b>	Centre National d'Etudes Spatiales
<b>CPS</b>	Centres et Postes de Santé
<b>COPHAGUY</b>	Coopération pharmaceutique guyanaise
<b>DASS</b>	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DCS</b>	Département des Centres de Santé
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DHOS</b>	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
<b>DRESS</b>	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
<b>DSDS</b>	Direction de la Santé et du Développement Social
<b>DSP</b>	Direction de la Solidarité et de la Prévention
<b>GRSP</b>	Groupement Régional de Santé Publique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de la Santé
<b>HDA</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>HTA</b>	Hypertension Artérielle
<b>IDE</b>	Infirmière Diplômée d'Etat
<b>IEDOM</b>	Institut d'Emission des Départements d'Outre Mer
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse

<b>MAP</b>	Menace d'Accouchement Prématuro
<b>MN</b>	Mort Né
<b>MallnGuy</b>	Association pour l'étude des <b>Maladies Infectieuses de Guyane</b>
<b>NN</b>	Nouveau Né
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORSG</b>	Observatoire Régional de la Santé de Guyane
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>PRSP</b>	Plan Régional de Santé Publique
<b>RIG</b>	Registre d'Issue de Grossesse
<b>RMI</b>	Revenu Minimum d'Insertion
<b>SA</b>	Semaine d'aménorrhée
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SNIL</b>	Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux
<b>SPG</b>	Société Pharmaceutique Guyanaise
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>STATISS</b>	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
<b>SYLG</b>	<b>Syndicat des infirmiers Libéraux de Guyane</b>
<b>SMIC</b>	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
<b>URMLG</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine



# INTRODUCTION



**L**e combat des autorités et des professionnels de santé pour la périnatalité dure depuis plus de 40 ans.

Au niveau mondial, un constat alarmant a été fait à l'issue d'un séminaire de l'OMS sur *La prévention de la morbidité et de la mortalité périnatales* en 1969. Malgré tous les efforts mis en œuvre depuis et la très forte évolution de notre système de santé, force est de constater que les priorités dans le domaine de la périnatalité restent identiques à ceux de 1969 :

**« Le but de ces efforts, qui est d'améliorer les perspectives de survie à la naissance, suppose la solution d'un problème qui offre un double aspect, quantitatif d'un côté : la réduction du nombre de décès périnataux, et qualitatif de l'autre : la survie de tout nouveau-né dans des conditions optimales. »**

La prévention de la morbidité et de la mortalité périnatales - Rapport de l'OMS – 1969

En 1970, l'Etat français a instauré son premier plan « périnatalité ». Depuis, une nette amélioration des indicateurs périnataux (mortalités périnatale, maternelle, infantile) a été observée en France.

Grâce au plan « périnatalité » de 1994, la France a réussi à atteindre tous les objectifs qu'elle s'était fixés qui visaient à diminuer la mortalité maternelle de 30 %, et à réduire la mortalité périnatale de 20 %. En effet, la mortalité périnatale est passée de 27,7 à 8,4 décès pour 1 000 naissances, de 1966 à 2004.

Au vu de ces résultats encourageants, le gouvernement a proposé pour le plan 2005-2007 une approche qui valorise les relations humaines, la proximité, la sécurité et la qualité. C'est dans cette optique qu'il a fixé de nouveaux objectifs plus axés sur l'individu. Sont désormais au centre du dispositif de changement, la mère et l'enfant, mais aussi les professionnels de la naissance qui voient alors leur travail valorisé.

Concernant la Guyane, on observe une très forte diminution du taux de mortalité périnatale durant ces 40 dernières années, passant de 58‰ en 1970 à 17,9‰ en 2007.

Cette évolution, constatée aussi en France, est le résultat de l'efficacité des mesures proposées dans les divers plans de santé mis en œuvre à cet effet, ainsi que de l'amélioration générale de l'état de santé de la population.

Malgré cette amélioration incontestable de la santé périnatale en Guyane et la mise en place de nombreuses politiques de santé périnatale, le taux de mortalité périnatale reste l'un des plus élevés de France (17,9 ‰ en Guyane vs 11,0 ‰ en France métropolitaine pour 2007).

D'autres indicateurs plus inquiétants sont aussi à prendre en compte, notamment les taux de prématurité, le pourcentage de très faibles poids ou encore les indicateurs de mortalité infantile qui restent assez élevés.

Pour expliquer cette différence et ces chiffres, les difficultés sociales que rencontre une partie de la population de ce département ainsi que le contexte géographique particulier (longues distances entre les communes, infrastructures routières insuffisantes...) sont souvent mis en avant. Cependant, nous savons qu'il existe de nombreuses autres raisons et beaucoup de questions restent en suspens :

- Pourquoi n'arrive-t-on pas à baisser ce taux au niveau de la moyenne nationale ?
- Quelles sont les limites de l'aboutissement des différentes mesures préconisées par les autorités ?
- Les recommandations nationales, concernant l'offre de soins, sont-elles adaptées au contexte spécifique de la Guyane ?

Les réponses à ces questions pourraient nous aider à proposer une nouvelle stratégie de politique de santé périnatale en phase avec les besoins réels de notre département.

Pour ce faire, dans le cadre d'un contrat d'objectifs pluriannuels, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane a été missionné par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) afin d'analyser les problématiques de santé périnatale et de mettre en exergue les éléments à partir desquels on pourrait bâtir une politique de santé périnatale pour la Guyane.

# **1 – OBJECTIFS ET METHODOLOGIE**



---

# Objectifs et méthodologie

**1.1 Objectifs**

**1.2 Méthodologie**





## 1.1 Objectifs

Le **principal objectif** de ce projet, unique en France et en Guyane (regroupant des indicateurs ainsi que les opinions de patientes mais aussi de professionnels), est de **recenser, en s'inspirant des divers schémas et plans gouvernementaux et régionaux antérieurs ainsi que des différentes études réalisées sur le sujet, les atouts mais surtout les obstacles** à la mise en place des mesures recommandées dans ces plans et schémas.

Ce recensement nous a permis, dans un second temps, **de faire des propositions opérationnelles dans le cadre de l'élaboration d'une politique de santé périnatale régionale adaptée à la Guyane française.**

## 1.2 Méthodologie

Un Comité de Pilotage a été mis en place en mai 2009.

Ce projet s'est réalisé en 5 étapes principales, de la façon suivante :

- **Etape 1 :**

Etablir un **historique** des divers plans gouvernementaux et régionaux concernant la santé périnatale en Guyane afin de lister les mesures proposées.

- **Etape 2 :**

Recueillir l'avis des professionnels sur la politique menée ou qui a été menée en Guyane par la réalisation d'une étude auprès des acteurs de santé du domaine périnatale sur les « **atouts et obstacles à l'élaboration d'une politique de santé périnatale** ».

- **Etape 3 :** il s'agit de présenter les différents travaux sur la question.

- Exploiter les résultats de la **Banque de Données** mise en place en 2009 par l'ORSG.
- Exploiter les résultats de l'étude réalisée en partenariat avec l'association MallnGuy : « **Fréquence, déterminants et conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane française** ».
- Faire un **bilan** de toutes les données disponibles (l'ensemble des résultats de toutes les études).

- **Etape 4 :**

Émettre des propositions de mesures à prendre pour établir une nouvelle politique de santé périnatale.



## 2 - LA GUYANE



## 2 - La Guyane

---

- 2.1 Sa géographie**
- 2.2 Son histoire**
- 2.3 Sa population**
- 2.4 Son économie-sociale**
- 2.5 Sa santé**





## 2.2 Son histoire

Les premiers habitants de la Guyane furent les indiens Tupi Guarani. Sous l'impulsion des jésuites, au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle, la colonie amazonienne s'est développée à partir de la prospection des forêts, de l'établissement des plantations, de l'exploitation du sous-sol.

En 1852, Napoléon III décide de transférer le bagne en Guyane, entraînant l'arrivée d'une nouvelle population. La découverte, en 1855, de gisements aurifères provoque une ruée vers l'or.

L'histoire du peuplement de la Guyane est la première explication des origines très diversifiées de sa population : apports de population avec l'éruption de la Montagne Pelée en Martinique, les grands chantiers (tels que la construction du Centre Spatial Guyanais), l'instabilité politique au Surinam et à Haïti, etc.

## 2.3 Sa population

La population guyanaise, estimée par l'INSEE au 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 209 000 habitants (contre 157 213 en 1999), se caractérise par une diversité culturelle. Elle se compose de personnes d'origines amérindienne, bushinengue (noirs-marrons), créole, antillaise, métropolitaine, asiatique et de nombreux immigrés.

La proportion de personnes étrangères est très importante. Elle est estimée à environ 65 000 personnes dont un tiers en situation irrégulière, peut-être plus avec les « invisibles » des placers clandestins d'orpaillage.

En effet, on assiste actuellement à une seconde « ruée vers l'or » d'une population essentiellement clandestine, attirée par la politique sociale française.

La Guyane est la seule terre de France en Amérique du Sud. Elle est convoitée par son niveau de vie plus élevé que dans les autres pays qui l'entourent. Elle représente aussi une porte vers l'Europe. Elle est aussi un territoire de grande stabilité politique par rapport à certains pays tels que le Surinam, le Guyana ou Haïti.

Cette situation lui a valu une forte immigration qui se poursuit toujours. Les 3 nationalités les plus représentées sont les Surinamais (39%), les Haïtiens (30%) et les Brésiliens (15%). Elles sont suivies par les Dominicains, les Guyaniens, et par certaines populations d'Amérique du Sud, du Pérou, de la Colombie.

Certes, la Guyane attire une population jeune d'hommes et de femmes immigrés, en âge de travailler, mais aussi une population présentant des pathologies non prises en compte par le système de santé. Cette situation a un impact important sur les indicateurs de santé ainsi que sur les équipements, l'éducation, etc.

La croissance démographique annuelle est, depuis le début des années 2000, à un rythme supérieur à celui de la décennie quatre-vingt-dix (3,7% contre 3,5%). Cette croissance

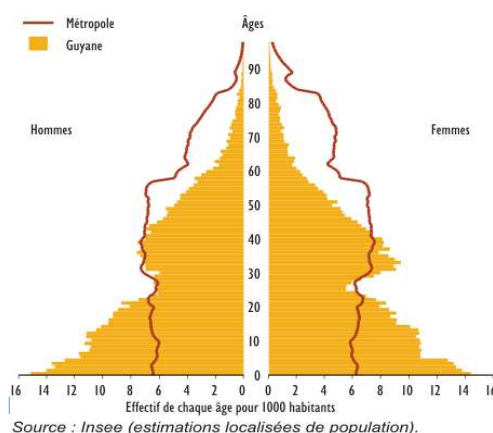


exceptionnelle est liée à une fécondité très élevée (3,6 enfants par femme en âge de procréer contre 1,9 en métropole), notamment chez les migrants. Le taux de mortalité est assez faible (3,5‰ contre 8,4‰ en métropole) et le taux de natalité élevé (31.1‰ contre 13‰ en métropole). Le taux de mortalité périnatale reste très largement supérieur à celui de la France (17,9‰ contre 7‰).

La répartition de cette population sur le territoire est inégale. La densité moyenne n'est que de 2 habitants au kilomètre carré (248 en Guadeloupe, 339 en Martinique et 108 en métropole). Mais une grande partie de la Guyane n'est pas habitée. L'essentiel de la population est concentrée sur le littoral et le long des grands fleuves frontaliers.

La pyramide des âges (INSEE - janvier 2004) indique que les moins de vingt ans représentent 45,6% des habitants contre un quart de la population pour la France entière. La tranche des soixante ans et plus est en revanche plus importante sur la France (20,3%) qu'en Guyane (5,5%). Les trois quarts des habitants ont moins de quarante ans. La proportion de femmes est de 50,5% (51,7% pour la France hexagonale).

La taille des ménages continue de progresser alors qu'elle baisse aux Antilles et en France entière. Les projections de l'INSEE (hypothèse du scénario central) prévoient une population toujours relativement jeune de 425 520 habitants à l'horizon 2030.



## 2.4 Son économie-sociale

La Guyane apparaît très inégalitaire au niveau économique et social. En effet, on peut distinguer plusieurs types d'inégalités :

- **Des inégalités géographiques internes**, qui sont de deux types : une fracture intérieur/littoral et une fracture Est/Ouest.
- **Des inégalités salariales internes** : les niveaux de rémunération des fonctionnaires de l'administration d'Etat sont majorés, créant une stratification sociale.

- **Des inégalités selon l'origine** : les immigrés et les étrangers font face à des situations socio-économiques plus difficiles. Ils ont généralement des niveaux d'éducation plus faibles, un taux de chômage plus élevé (en 1999, près d'un actif immigré sur deux est au chômage, contre 30% de la population régionale). Ils occupent plus souvent des emplois peu qualifiés et souvent précaires (63% des travailleurs immigrés sont ouvriers ou employés en 1999 versus 54% en Guyane).

La population active occupée est composée de 87% de salariés. Le secteur tertiaire regroupe 83% de ceux-ci. 44% des salariés relèvent actuellement de la fonction publique. En 2007, elle regroupait 62 207 personnes, pour 56 728 personnes dans la population inactive. Le chômage toucherait environ 17% des actifs. Il convient cependant de signaler que l'INSEE estimait en 2002 que 10,8% des emplois étaient non déclarés.

L'aide sociale (à la famille, aux personnes âgées...) est active et en grande partie décentralisée.

Le nombre d'allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), au 1<sup>er</sup> janvier 2006, est de 12 847 (soit 131,7 pour 1000 personnes de 20 à 59 ans versus 33,1 en métropole). La part des prestations sociales est élevée pour les bas revenus guyanais : elles représentent près de 60 % de leurs ressources, contre moins de 20 % de revenus d'activités.

Les transferts sociaux réduisent notablement la proportion des bas revenus. En Guyane, le taux de pauvreté serait de 37 % au lieu de 25 %, si les prestations sociales ne venaient atténuer les inégalités. Les prestations sociales sont identiques à celles octroyées en métropole. Cependant, des mesures spécifiques subsistent telles que l'allocation familiale au premier enfant (au-delà de 3 ans), le complément familial (de 3 à 5 ans), la prestation spécifique de restauration scolaire.

En Guyane, plus de 20 000 personnes bénéficient de l'Aide Médicale de l'Etat en 2009 et il n'existe pas d'études sur l'état de santé de ses bénéficiaires. Toute la population éligible à l'AME n'engage pas spontanément une démarche d'ouverture de droits. Le manque d'information, le souhait de rester anonyme, la difficulté à constituer un dossier et en particulier à collecter les pièces justificatives nécessaires, expliquent que les personnes en situation irrégulière procèdent rarement à une demande d'AME avant d'avoir un besoin de soins.

## 2.5 Sa santé

La Guyane bénéficie d'un réseau de structures sanitaires et de professionnels de santé. Ses infrastructures comprennent :

- Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR)
- Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) Franck Joly (CHFJ) de Saint-Laurent du Maroni
- Le Centre Médico-Chirurgical à Kourou (CMCK)
- Une antenne de l'Institut Pasteur, implantée à Cayenne
- Trois cliniques privées (dont la clinique Véronique)
- 21 Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS), constituant un service du CHAR
- Un centre de repos et de convalescence, situé à Montsinéry.
- 23 centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile)

Malgré ce réseau qui semble important, l'offre de soins en Guyane reste insuffisante et inégalement répartie sur le territoire :

- un sous équipement hospitalier pour tous les secteurs,
- une pénurie de personnels de santé (la densité médicale au 1<sup>er</sup> janvier 2006 était de 39 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 112 en métropole, 22 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 87 en métropole et 59 infirmiers pour 100 000 habitants contre 107 en métropole),
- un turn-over important des professionnels de santé,
- une carence de certaines spécialités (neurologie, cancérologie...),
- une démographie médicale vieillissante.

En 2007, l'espérance de vie à la naissance en Guyane est inférieure de quatre ans à celle de la Métropole (79 ans pour les femmes, 72 ans pour les hommes).

Le taux de mortalité semble faible en apparence (3,6 pour 1000 contre 8,6 pour 1000 en métropole en 2007). On constate une surmortalité globale lorsque l'effet de structure par âge est éliminé. Trois causes principales de surmortalité peuvent alors être identifiées : les affections cardio-vasculaires, les causes extérieures de traumatismes (violences, suicides, accidents de la circulation...) et les pathologies infectieuses.

Le taux de mortalité infantile reste élevé malgré une nette amélioration depuis plusieurs années (12,1 pour 1000 naissances vivantes versus 3,7 pour 1000 en métropole en 2007)

Par ailleurs, le territoire guyanais fait face à de nombreuses autres pathologies infectieuses (dengue, paludisme, maladie de Chagas...), à des problèmes spécifiques comme la drépanocytose, des pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle... ; et à des enjeux plus généraux de santé environnementale. 14% des logements n'ont pas d'eau courante en 2006. Les activités d'orpillage sont responsables de la présence de mercure dans la chaîne alimentaire.



## **3 – CONTEXTE DE LA PERINATALITE**



---

## **3 – Contexte de la périnatalité**

- 3.1 Définition de la périnatalité**
- 3.2 Les périodes en périnatalité**
- 3.3 Présentation chronologique des différentes mesures proposées**
- 3.4 Evolution des indicateurs périnataux**
- 3.5 Schéma et plans en vigueur**





La périnatalité englobe une succession d'étapes qui mérite d'être définie. Elle concerne une période bien précise de la vie de la maman et du nouveau-né.

C'est pourquoi, elle fait l'objet depuis les années 70 d'une attention particulière : séminaire de l'OMS sur « La prévention de la morbidité et de la mortalité périnatales (1969) ; premier plan gouvernemental français de périnatalité (1970) ; premier plan de prévention périnatale en Guyane (1981)...

### 3.1 Définition de la périnatalité

Dans sa définition la plus stricte, c'est la période située entre **la vingt-deuxième semaine de grossesse et le septième jour de vie après la naissance.**

Mais par extension, on entend par ce mot, tout ce qui a trait, autour de la naissance humaine :

- la période pré-conceptionnelle (les problèmes liés à l'infertilité..)
- la grossesse
- l'accouchement
- la période post-natale
- le suivi de la mère et du nouveau-né après la naissance.

Elle concerne également la **contraception** et les **interruptions volontaires de grossesse (IVG).**

### 3.2 Les périodes en périnatalité

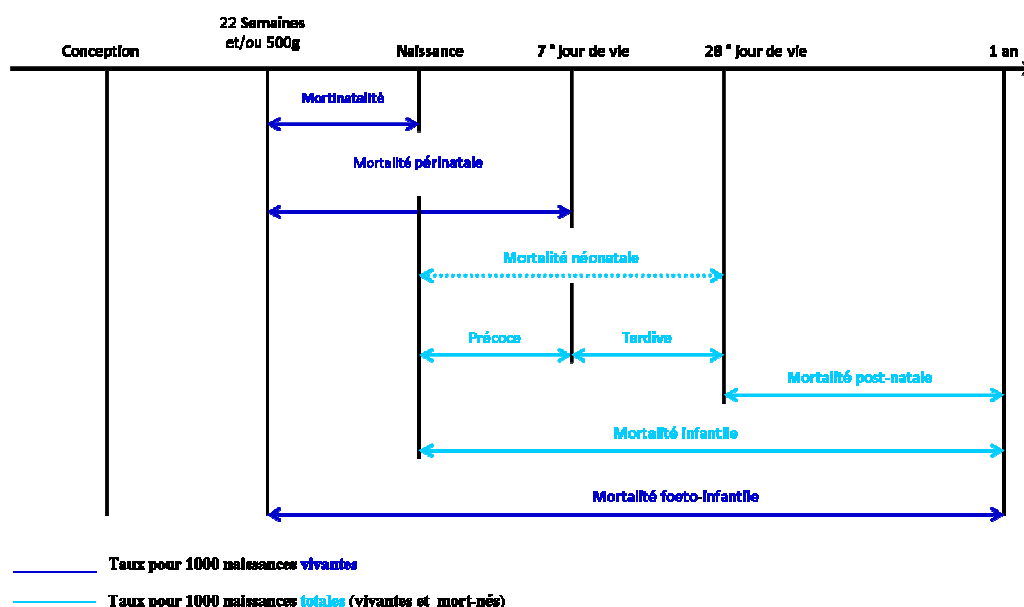


Figure 3 : Composantes de la mortalité foeto-infantile (source ORSG)

### 3.3 Présentation chronologique des différentes mesures proposées

- **1969 : Séminaire de l'OMS sur « La prévention de la morbidité et de la mortalité périnatales »**

Suite à ce séminaire, l'OMS a formulé plusieurs recommandations s'adressant à tous les pays :

- Suivi de la totalité des soins des femmes enceintes
- Dépistage des femmes ou des nouveau-nés à risque
- Création d'unités de soins intensifs pour les nouveau-nés à risque, en nombre suffisant et en fonction de la demande
- Organisation ou perfectionnement du transport du nouveau-né
- Continuité de l'information médicale avec la création d'un registre des nouveau-nés à risque
- Uniformisation des modalités d'enregistrement des morts fœtales et néonatales entre les différents pays de la région européenne
- Mise en place d'études et d'enquêtes épidémiologiques
- Renforcement de la prévention
- Mise en place d'un plan de vaccination contre la rubéole
- Elargissement de l'enseignement sur le domaine de la périnatalité.

- **1970 : Premier plan gouvernemental français de périnatalité**

L'objectif de ce premier plan « périnatal » est de réduire les décès et les handicaps imputables à la grossesse et à l'accouchement en France. En voici les recommandations :

- Formation du personnel médical
- Information statistique et recherche
- Mise en place d'un plan de vaccination contre la rubéole
- Amélioration de la surveillance médicale des femmes enceintes
- Surveillance de l'accouchement
- Réanimation en salle de travail
- Réanimation néonatale intensive

- **1981 : Premier plan de prévention périnatale en Guyane**

Ce plan tendait à renforcer la politique de prévention périnatale. Les actions proposées et mises en place sont :

- La création de postes de sages-femmes de PMI
- La surveillance prioritaire des grossesses à risque
- Le recyclage ou la formation du personnel en périnatal
- La création d'un groupe de travail : le Comité d'Etudes Périnatales (CEP) sous la responsabilité du Professeur Papiernik
- La proposition pour la mise en place d'un Registre d'Issue de Grossesse (RIG)
- La proposition de la mise en place d'une étude cas-témoins sur les causes de mortalité périnatale

▪ **1983 : Elaboration du Registre d'Issue de Grossesse (RIG), mis en place le 1<sup>er</sup> janvier 1984**

Il s'agit d'un système de recueil de données permanent en Guyane, pour la période périnatale. Ce système d'enregistrement est le seul moyen de suivre la périnatalité de façon continue jusqu'à ce jour. Il a pour objectifs de surveiller les indicateurs de santé périnatale et d'évaluer les pratiques dans le cadre de la politique régionale périnatale. Il est installé dans toutes les structures d'accouchements (les maternités publiques et privées, ainsi que les centres et postes de santé départementaux). Chaque naissance d'un terme supérieur ou égal à 22 SA ou d'un poids supérieur ou égal à 500g (recommandations de l'OMS) est enregistrée sur le RIG par la sage-femme ou le médecin. Les données recueillies sont d'ordre médical et démographique.

C'est un bon outil de recherche en santé périnatale ainsi que de surveillance épidémiologique (permettant la description de la population concernée ainsi que la détermination des facteurs de risque, des taux de mortalité élevés liés à la périnatalité).

▪ **1985 : Plan périnatalité de Guyane**

Suite aux résultats encourageants de l'étude cas-témoins et du RIG (changement des comportements des acteurs de santé périnatale, mise en place d'une méthode de recueil systématique, possibilité d'une source d'information permanente sur la périnatalité en Guyane), les autorités locales souhaitaient, à l'époque, continuer dans ce sens. Leur objectif était d'atteindre un taux de mortalité périnatale inférieur à 13‰ d'ici 1990. Pour cela, plusieurs propositions ont été faites :

- Elargissement des missions du CEP
- Adhésion au RIG par tous les professionnels de santé périnatale
- Création de la « fiche d'analyse des causes de décès périnatales »
- Création d'une unité spécialisée dans le suivi des grossesses à risque
- Amélioration de la prise en charge néonatale
- Renforcement et « recyclage » des personnels médicaux et paramédicaux
- Sensibilisation du public

▪ **1990 : Plan périnatal du Conseil Général de Guyane**

L'objectif de 1985 n'ayant pas été atteint (un taux de mortalité périnatale inférieur à 13‰), le Conseil Général du Guyane met en œuvre une autre stratégie d'actions comportant 9 objectifs :

- Améliorer l'accès à la surveillance prénatale du nouveau-né
- Améliorer l'adhésion à la surveillance prénatale et du nouveau-né
- Améliorer la qualité de surveillance prénatale et néonatale
- Encourager les accouchements en milieu spécialisé
- Augmenter la performance des plateaux techniques
- Améliorer les conditions de l'hospitalisation prénatale
- Promouvoir la formation médico - technique du personnel
- Informer la population
- Evaluer les actions mises en place.

▪ **1994 : Plan gouvernemental de périnatalité (1994-2004)**

Le gouvernement décide de renforcer la politique de santé périnatale en lançant un nouveau plan qui fixe 4 objectifs à atteindre en 5 ans :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30%
- Abaisser la mortalité périnatale de 20%
- Réduire l'hypotrophie de 25%
- Réduire de 50% le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse

▪ **En Guyane, n'ayant pas eu de SROS de première génération (en 1994), les mesures applicables sont donc uniquement celles du plan gouvernemental :**

- Elaborer des normes minimales opposables de sécurité
- Impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des divers acteurs et établissements concernés
- Responsabiliser les femmes enceintes en les informant
- Réduire le nombre de femmes bénéficiant de moins de 3 consultations prénatales
- Améliorer la qualité de surveillance de la grossesse
- Améliorer la qualité des échographies obstétricales.
- Améliorer l'efficacité des techniques de réanimation à la naissance
- Eviter les transferts inutiles en pédiatrie
- Valoriser le rôle des pédiatres en maternité
- Lutter contre la douleur au cours de l'accouchement
- Limiter la séparation mère-enfant
- Renforcer le rôle des commissions techniques consultatives de la naissance
- Mettre en place un système d'expertise des cas de mort maternelle
- Améliorer la connaissance épidémiologique des causes de décès néonatales
- Pouvoir disposer d'indicateurs de santé fiables et actualisés dans le domaine périnatal (enquête nationale périnatale)

▪ **1999 : SROS II (1999-2004) – Pas de SROS I pour la Guyane**

Les résultats de l'enquête nationale périnatale de 1998 ont permis d'établir trois grands axes de direction qui sont de :

- Promouvoir la qualité et la sécurité des soins
- Garantir l'égalité d'accès aux soins (géographique, sociale, technique)
- Favoriser la coopération entre les acteurs de santé.

Les autorités locales ont donc fixé de nouveaux objectifs à atteindre dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Guyane, concernant la périnatalité :

- Baisser le taux de mortalité périnatale et infantile de 30% sur 5 ans par rapport aux données de 1997 (*objectif prioritaire*)
- Améliorer le suivi de la grossesse et favoriser l'accouchement à l'hôpital
- Participer, avec la PMI et la médecine libérale, à la prise en charge de la grossesse
- Créer un hébergement adapté pour les patientes des communes isolées

- Favoriser l'accouchement en milieu hospitalier
- Améliorer la prise en charge des prématurés et des hypotrophes
- Développer les transferts in utéro
- Accueillir tous les nouveau-nés du département dans le service de soins intensifs et de réanimation néonatale
- Permettre la présence de la mère auprès de l'enfant (avec un hébergement adapté)
- Optimiser et adapter l'offre de soins : fonctionnement en réseau
- Organiser un réseau de soins périnataux
- Graduer l'offre de soins

▪ **2004 : SROS III (2006–2010)**

Les objectifs identifiés dans le SROS II sont partiellement voire pas du tout atteints. Par conséquent, pour le SROS III, les orientations stratégiques restent les mêmes mais les recommandations se font plus précises :

- Améliorer le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés
- Mettre aux normes toutes les structures de naissance
- Développer l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour
- Mettre en place un centre d'orthogénie sur les trois territoires de santé
- Améliorer les soins au niveau des centres de santé
- Continuer le développement du réseau Périnatal
- Mettre en place progressivement un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) pédiatrique basé sur le territoire de santé de Cayenne

▪ **2005 : Plan périnatal national (2005–2007)**

Grâce au plan périnatal de 1994, la France a pu atteindre tous les objectifs qu'elle s'était fixés. Concernant le plan de 2005-2007, le gouvernement s'est fixé de nouveaux objectifs :

- Amplifier les actions déjà entreprises (réduire les différents taux de mortalité)
- Assurer une meilleure prise en charge en réanimation pédiatrique
- Créer des réseaux de santé de « proximité »
- Améliorer l'environnement psychologique de la mère et l'enfant
- Apporter une réponse appropriée aux femmes en situation précaire
- Améliorer le dispositif de prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap.

▪ **2006 : Plan Régional de Santé Publique de Guyane – PRSP (2006–2009)**

La périnatalité est la première des 9 priorités de santé retenues dans le PRSP de Guyane. Les orientations stratégiques envisagées sont :

- Favoriser l'accès à la prévention pour les femmes enceintes sur tout le territoire
- Améliorer le suivi des grossesses pour réduire les naissances prématurées et la mortalité périnatale et maternelle
- Développer les programmes d'information sur la contraception, les IST, l'IVG, et le suivi des grossesses

- Assurer l'accès à une contraception et à l'IVG sur tout le territoire
- Prévoir une fusion des structures préventives et curatives dans les centres de santé frontaliers avec mise en place d'un réseau périnatalité adapté à chaque territoire de santé
- Améliorer les capacités d'accueil tant en obstétrique qu'en néonatalogie

### 3.4 Evolution des indicateurs périnataux

On constate une très forte diminution du taux de mortalité périnatale durant ces dernières années en Guyane, passant de 56‰ en 1970 à 17,9‰ en 2007. Cette évolution, constatée aussi en France, est le résultat de l'efficacité des mesures proposées dans les divers plans de santé mises en œuvre à cet effet, ainsi que de l'amélioration générale de l'état de santé de la population.

Les chiffres, présentés ci-dessus, proviennent de différentes sources (INSEE, Plans régionaux, OMS, études ORSG, RIG) parmi lesquelles il existe des incohérences (exemple pour 2005 : données INSEE (15‰), données PRSP (17‰)). Nous avons choisi de nous baser sur les données du RIG ainsi que celles de l'INSEE.

On constate une brusque augmentation du taux au niveau national qui est due à un changement de réglementation (circulaire de novembre 2001). Avant 2001, aucun acte de naissance n'était établi pour les enfants mort-nés si la durée de grossesse était inférieure à 28 semaines d'aménorrhée. Désormais, l'acte d'enfant sans vie peut être établi dès la 22<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ou pour un enfant dont le poids est supérieur ou égal à 500g.

La courbe représente bien l'effet des plans régionaux de 1981 et 1990, sur le taux de Guyane, avec une chute de celui-ci.

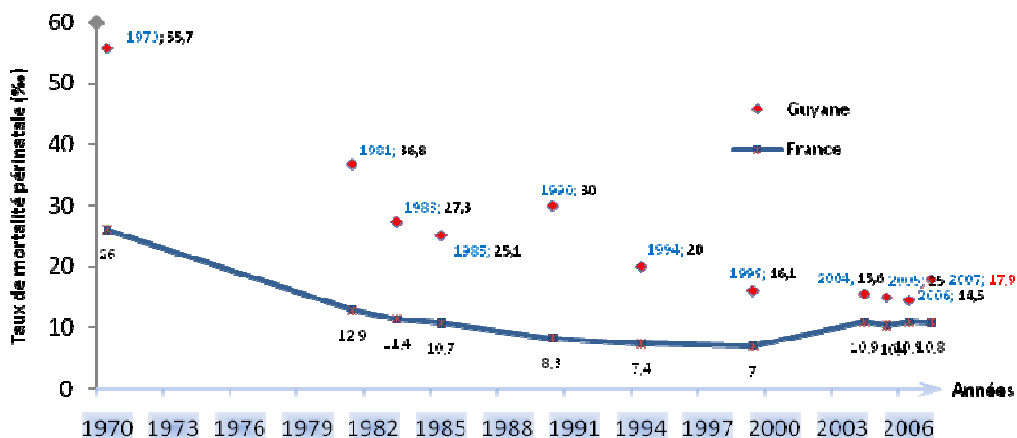


Figure 4 : Evolution de la mortalité périnatale en Guyane et en France de 1970 à 2007

## 3.5 Schéma et Plans en vigueur

### **RECOMMANDATIONS DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE DE GUYANE 2006-2010**

Suite à la Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (SROS III), ceux-ci devront être déclinés autour de **quatre priorités** :

- une meilleure évaluation des besoins de santé
- une plus grande prise en compte de la dimension territoriale
- une association plus étroite, à toutes les étapes de l'élaboration des SROS, des établissements des professionnels, des élus et des usagers
- une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé

Ils devront poursuivre deux objectifs principaux :

- Assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité notamment dans le cadre des hôpitaux locaux et des établissements de santé privés de proximité.
- **Veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique** et plans stratégiques prévus par le projet de loi d'orientation en santé publique.

Les priorités, concernant la périnatalité, sont fixées par les décrets du 9 octobre 1998 :

- Amélioration du suivi de la grossesse
- Développement de la prise en charge adaptée du nouveau-né
- Renforcement de la sécurité

L'activité de périnatalité en Guyane se caractérise par une croissance rapide et continue face à laquelle l'offre de soins s'adapte fort mal, et se réalise dans le contexte très particulier de cette région.

Les recommandations pour la périnatalité en Guyane préconisées dans le SROS III, volet périnatalité sont les suivantes :

- **Améliorer le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés. Multiplier les personnes qui**, parlant si possible plusieurs langues et dotées de l'empathie nécessaire, venant de l'hôpital, des Centres de santé ou des PMI, **vont** aussi souvent que nécessaire **à la rencontre des femmes enceintes et des mères qui ne peuvent se rendre aux consultations prénatales**. Sans cette multiplication des professionnels de santé se déplaçant à la rencontre des patientes, toutes les autres mesures prises pour diminuer la mortalité périnatale et maternelle resteraient fortement inefficaces.
- Mettre aux normes impérativement les maternités et les services de néonatalogie du CHAR de Cayenne et du CHFJ de Saint-Laurent-du-Maroni.
- **Développer**, pour des raisons humaines et économiques, **les alternatives à l'hospitalisation** comme l'HAD en pré et post-partum et l'hospitalisation de jour.

- **Créer**, sur chacun des trois territoires de santé de périnatalité, **un centre d'orthogénie**, sous la forme d'une unité fonctionnelle au sein des services de gynéco-obstétrique.
- Améliorer les soins au niveau des centres de santé.
- Continuer à développer le Réseau Périnat.

Etant donné l'importance des interventions qui concernent les enfants, ainsi que les spécificités des transferts néonataux, il est recommandé de **créer un SMUR pédiatrique sur le territoire de Cayenne**, unité fonctionnelle adjointe au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) déjà en place qui en assumera la régulation médicale préalable.

### **RECOMMANDATIONS DU PLAN REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE DE GUYANE 2006-2009**

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels. Il s'inscrit dans une continuité en intégrant l'ensemble des plans et schémas préexistant à son élaboration.

Le PRSP décline les plans stratégiques nationaux, parmi lesquels figurent obligatoirement le plan de lutte contre le cancer, le plan national santé environnement, le plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire. Il définit également des axes stratégiques prioritaires à la région, en cohérence avec les autres schémas notamment sanitaire et social.

Le premier des 2 grands objectifs de PRSP consiste à faciliter et à développer la prévention. En France, la prévention est éclatée entre de nombreux organismes ou institutions et une organisation réelle permettrait d'atteindre des objectifs prioritaires.

Une amélioration de l'accessibilité à celle-ci est aussi nécessaire. En effet, malgré un système de santé français performant, il existe une très forte inégalité d'accès à la prévention. Dans ce domaine, la Guyane connaît des difficultés d'accès selon des déterminants sociodémographiques, économiques, géographiques, culturels auxquels s'ajoutent des problèmes de distance, d'isolement, de déficit en équipements sanitaires et en médecins généralistes et spécialistes, en personnel paramédical et social.

C'est donc pour cela que le PRSP doit s'attacher à développer cet accès à la prévention, à développer des démarches méthodologiques et individuelles de qualité en matière de prévention. Il est le garant de la solidarité et de l'égalité d'accès pour tous à la prévention.

Le deuxième grand objectif du PRSP est d'organiser la cohérence autour des priorités. Son rôle est de définir les objectifs, d'établir les priorités dans chaque région et d'organiser la cohérence entre les différentes actions de santé publique mises en œuvre à l'échelon régional (circulaire du 24 septembre 2004).

Les instances veilleront à la cohérence des priorités du PRSP et des actions qui seront conduites avec celles du SROS, gage de complémentarité et de convergence des politiques sanitaires et de santé publique.



Le plan opérationnel du PRSP de Guyane s'articule autour de **3 axes transversaux** indispensables pour la mise en place des actions et pour leur évaluation :

- Education à la santé
- Observation sanitaire et sociale
- Alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire

Le plan opérationnel du PRSP de Guyane s'articule aussi autour de **9 priorités stratégiques hiérarchisées**, dont les objectifs opérationnels peuvent se décliner en direction de populations ou territoires spécifiques :

1. **Périnatalité**
2. **Maladies infectieuses à prévention vaccinale**
3. **Maladies infectieuses et parasitaires**
4. **Pathologies liées au VIH**
5. **Cancer**
6. **Conduites addictives**
7. **Santé mentale**
8. **Environnement**
9. **Accès à la prévention et aux soins**

Les orientations stratégiques proposées pour la périnatalité, première priorité de santé, sont les suivantes :

- **Favoriser l'accès à la prévention** pour les femmes enceintes sur tout le territoire
- **Améliorer le suivi des grossesses** pour réduire les naissances prématurées et la mortalité périnatale et maternelle, par l'amélioration des structures actuelles
- **Développer des programmes d'information** sur la contraception, les IST, l'IVG, et le suivi des grossesses
- Assurer l'accès à une contraception et à l'IVG sur tout le territoire
- **Prévoir une fusion des structures préventives et curatives** dans les centres de santé frontaliers avec mise en place d'un réseau périnatalité adapté à chaque territoire de santé avec un personnel qualifié en nombre suffisant
- **Améliorer les capacités d'accueil** tant en obstétrique qu'en néonatalogie
- **Lutter contre l'immigration obstétricale** par la coopération transfrontalière.



## **4 – ACTIVITES DANS LE DOMAINE DE LA PERINATALITE EN GUYANE**



## 4 - Activités dans le domaine de la périnatalité en Guyane

---

- 4.1** Le Registre d'issue de grossesse (RIG)
- 4.2** Le Réseau Périnat
- 4.3** La banque de données sanitaires : volet périnatalité
- 4.4** Etude suivi de grossesse «fréquence, déterminants et conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane Française» réalisée par MALINGUY et l'ORSG
- 4.5** Enquête «politique de santé périnatale : atouts et obstacles selon les professionnels de Guyane»



Depuis les années 70, les initiatives mises en place localement pour baisser le taux de mortalité périnatale et pour améliorer la prise en charge de la maman et du nouveau-né, n'ont pas cessé d'être proposées.

Ainsi, en 1983, le Professeur Papiernik, le Dr. Bréart et toute leur équipe mettent en place la première étude cas-témoins en périnatalité guyanaise, ainsi que le Registre d'Issue de Grossesse (RIG) permettant un relevé constant des données des accouchements.

En avril 2003, l'Association PERINAT GUYANE a été créée avec comme objectif principal l'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi de la femme enceinte et du nouveau-né. En organisant la coordination et le relais nécessaires entre tous les acteurs à tous les stades du suivi et de la prise en charge, elle vise à assurer la continuité et la traçabilité du devenir de la mère et de l'enfant.

Depuis 2007, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane a mis en œuvre une Banque de Données sanitaires dont un volet est consacré à la périnatalité.

## 4.1 Le Registre d'Issue de Grossesse (RIG)

Dès 1981, la périnatalité en Guyane est considérée comme une priorité de santé publique.

Un constat alarmant d'un taux de mortalité périnatale élevé entraîne l'élaboration et la mise en place d'un programme d'actions dans le cadre d'une politique régionale de périnatalité. Les mesures instituées dans ce programme ont été progressivement mises en place au cours de l'année 1982 et évaluées en 1983.

A partir de 1984, un système d'enregistrement permanent d'information pour la période périnatale est introduit par le Professeur Papiernik, le Dr. Bréart et leur équipe. Le Registre d'Issue de Grossesse (RIG) est une expérience originale de recueil de données à partir duquel une enquête cas-témoins a pu être réalisée, conduite par l'INSERM, l'ORSG ainsi que par le Service Départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

En Guyane, ce système de recueil est le seul moyen de suivre la périnatalité de façon continue jusqu'à ce jour. Il a pour objectifs de surveiller les indicateurs de santé périnatale et d'évaluer les pratiques dans le cadre de la politique régionale périnatale. Ce registre est installé dans toutes les structures d'accouchements (les maternités publiques, privées, ainsi que les centres et postes de santé départementaux).

Chaque naissance d'un terme supérieur ou égal à 22 SA ou d'un poids supérieur ou égal à 500g (recommandations de l'OMS) est enregistrée sur le registre par la sage-femme ou le médecin. Les données recueillies sont d'ordre médical et démographique, concernant la mère, l'enfant et depuis 1999 du père.

Au cours de sa thèse, le Dr. Thierry Cardoso a pu montrer la qualité, l'exhaustivité et la nécessité de ce RIG qui a été adopté dès le début par tous les professionnels de santé périnatale de Guyane. Il démontre que le RIG, en plus d'être un excellent moyen de recueil de

données périnatales, est aussi un très bon outil de surveillance épidémiologique (permettant la description de la population concernée ainsi que la détermination des facteurs de risques des taux de mortalité liés à la périnatalité élevés), ainsi qu'un outil de recherche en santé périnatale. Il constitue une base de données que l'on peut utiliser pour réaliser différentes études visant à mettre en évidence les causes des difficultés de la naissance en Guyane.

La pérennité de l'exploitation de ce RIG se fait grâce à la grande acceptabilité et adhésion des professionnels de santé qui en ont fait un véritable outil de travail, mais aussi grâce à la participation du Conseil Général dans la gestion de celui-ci. Une puéricultrice assurait la coordination de ce système jusqu'à 1991. Elle avait pour rôle de vérifier l'exhaustivité et la qualité des données recueillies dans les registres.

Depuis 1991, cette coordination s'effectue sous la responsabilité du médecin chef du service de PMI. Au vu de l'art. L-149 du code de la santé publique, la PMI a pour mission « le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 164 » ; c'est-à-dire concernant tous les enfants jusqu'au début de l'obligation scolaire. C'est donc pour cela que ce service assure aujourd'hui le recueil, l'analyse et l'exploitation des données récoltées.

Malgré l'importance de son rôle et de celui des indicateurs de morbidité qu'il nous permet de mettre en évidence, son maintien reste incertain et est actuellement en cours de réflexion.

## 4.2 Le Réseau Périnat

### **OBJECTIFS**

#### ***Objectifs généraux***

- Professionnaliser, formaliser et mettre en place les modalités de la coordination des soins en périnatalité
- Construire et appliquer les processus d'auto-évaluation interactifs
- Jouer un rôle central dans l'information aux professionnels de santé et aux patients
- Contribuer à l'amélioration des connaissances des dysfonctionnements existants dans la région en matière de prise en charge périnatale
- Mutualiser les travaux conduits dans le cadre du dossier médical informatisé auprès de la maison des réseaux

#### ***Objectifs opérationnels***

- Assurer la continuité, la coordination des soins et la meilleure orientation des femmes enceintes de la région dans le respect des principes de graduation des niveaux de soins délivrés par les acteurs, parties prenantes du réseau
- Actualiser les compétences et les pratiques des professionnels
- Favoriser l'accès aux soins de proximité par une coordination médicale étroite des professionnels en périnatalité



- Contribuer à la maîtrise de santé en adaptant les moyens mis à disposition au niveau des pathologies et en mettant en place des moyens permettant une évaluation des pratiques et des organisations

### **Objectifs opérationnels spécifiques**

#### **Objectif 1 :**

Contribuer à l'amélioration de la connaissance de la situation et des pratiques en Guyane en matière de périnatalité.

#### **Objectif 2 :**

Professionnaliser la coordination des soins en s'appuyant sur une approche par processus au travers de la formalisation et de la mise en pratique de protocoles de prise en charge (= parcours de la patiente en fonction des cas identifiés).

#### **Objectif 3 :**

Elaborer une politique de recrutement et d'animation de réseau solide (acteurs, territoires...) afin d'étendre les bénéfices sanitaires liés au réseau.

### **METHODOLOGIE**

#### **Objectif 1 :**

##### **Les actions à conduire porteront sur :**

- La création d'un référentiel d'information, constitué des informations essentielles permettant la compréhension la plus exacte possible de la situation de la périnatalité en Guyane ;
- La définition et la description des données constituant ce référentiel, ainsi que les modalités envisageables de collecte de ces informations, notamment au travers des fonctions du système d'information concernant le réseau Périnat Guyane ;
- La mise en place des processus de recueil de ces informations ;
- L'évaluation de la complétude et de la qualité des informations recueillies.

En support à ce plan d'actions, des actions de sensibilisation et d'information des professionnels de santé (ou médico-sociaux) concernés ou bien des patientes participant à cette collecte d'informations seront conduites.

#### **Objectif 2 :**

- Travailler sur les choses « basiques » et en conformité avec recommandations nationales (extraits) ;
- Travailler sur une meilleure prise en charge des grossesses au travers d'une prise en charge « standardisée » ;
- Mettre en place une prise en charge standardisée de la femme enceinte.

- les conditions de l'accueil précoce des femmes enceintes:
  - Accueil précoce des femmes enceintes par le réseau
  - Information éclairée des familles
  - Choix du lieu d'accouchement pour toutes les femmes
    - Choix personnel
    - Risque psycho social et/ou médical pour la mère et l'enfant
  - Prise en charge médicale rapide
- les modalités de financement des premières consultations avant que celles-ci ne bénéficient de la gratuité des soins

Thème		
Collaboration ville-hôpital	Mettre en place les dispositifs concrets permettant la communication aisée	Annuaire (électronique, papier)
Approche globale médico-psycho-sociale	Adoption d'un référentiel commun et de Protocoles <ul style="list-style-type: none"> <li>• discutés par l'ensemble des praticiens du réseau</li> <li>• ± éventuelles adaptations locales à la Guyane</li> </ul>	Modalités de suivi des femmes enceintes ?? Conférences de consensus (tabac, alcool,...) ?? Pathologies obstétricales ou associées à la grossesse ...
Repérage des situations à risque	Prise en considération des aspects psycho sociaux et/ou médicaux pour la mère et l'enfant	Conférences de consensus
Adhésion, communication	Formalisation des principes de prise en charge à des fins de formation et de communication	Diagrammes (cf pages suivante) Réunions d'informations individuelles et collectives

D'un point de vue méthodologique, asseoir l'intervention du réseau sur les fondamentaux suivants :

- Formalisation
- Mise en place
- Suivi, évaluation, analyse des écarts (fiches d'évaluation des dysfonctionnements, grille d'analyse...)

**Objectif 3 :**

Parallèlement aux objectifs opérationnels définis supra, des actions seront poursuivies afin de pérenniser et/ou de promouvoir la dynamique régionale dont elles font déjà l'objet :

- Poursuite de la coordination de la formation régionale à l'allaitement maternel débutée depuis 2006.
- Réalisation de 2 séminaires de formation autour de thèmes d'actualité faisant intervenir tous les acteurs autour de la naissance : afin de réunir et de provoquer un débat entre les professionnels assurant le suivi des grossesses tant en hospitalier qu'en extra hospitalier, ainsi que les professionnels en charge du nouveau-né. Ont été retenus : actualité sur la pré-éclampsie, infections et grossesse.
- 4 réunions régionales de consensus pour l'élaboration de protocoles communs.

Mise en place d'une commission autour de l'allaitement afin de coordonner et promouvoir toutes les actions initiées par les différents professionnels dans différentes structures : associatives,

PMI, hospitalières, etc. D'un point de vue méthodologique, asseoir l'intervention du réseau sur les fondamentaux suivants :

- Formalisation de la procédure de sortie précoce de maternité, actuellement en cours d'évaluation pratique de faisabilité.
- Poursuite de la campagne d'information et formalisation des adhésions des professionnels et des patientes initiée par l'équipe de coordination précédente : rencontre individualisée des professionnels, support d'information à l'intention du grand public par les médias.

## **ACTIONS**

L'avis favorable au projet proposé par le réseau par les tutelles a permis le redémarrage de l'activité de celui.

- Recrutement d'une sage-femme coordinatrice validé par le CA du réseau ;
- Mise en place d'un conseil scientifique qui dégagera et validera les axes de travail et de projet pour le réseau ;
- Elaboration d'outils de suivi du réseau ;
- Mise en place de groupes de travail pour avancer rapidement sur les problématiques déjà d'actualité : circuit de la patiente, documents d'information et outils de prévention, dossier médical partagé, fiches pratiques de suivi des pathologies associées à la grossesse ;
- Mise en place de formations : l'allaitement maternelle ;
- Production de documents.

## **4.3 La Banque de Données Sanitaires ; volet Périnatalité**

### **OBJECTIFS**

- Préciser les besoins d'information des responsables de la politique et des programmes de santé périnatale en Guyane, compte tenu des spécificités des problématiques locales (quels problèmes particuliers touchent quels groupes de population spécifiques, quels sont les facteurs sur lesquels il est possible d'agir, quelles sont les actions menées et quels sont les résultats attendus de ces actions).
- Identifier les sources de données et les méthodes permettant de produire ces informations, soit sous la forme d'indicateurs à suivre dans le temps, soit sous la forme de résultats d'études spécifiques à un moment donné.

### **FINALITE DU PROJET**

- Mettre à disposition, du monde de la santé publique de Guyane et d'ailleurs, des indicateurs de santé pertinents mis à jour régulièrement, sur le site Internet de l'ORSG.
- Parvenir à un recueil d'indicateurs. Pour chacun d'entre eux, la source d'information sera citée, le rythme de mise à jour sera arrêté et le mode de calcul sera présenté (convention de partenariat avec les sources retenues).

## **METHODOLOGIE**

### **La mise en place de la banque de données se fera en plusieurs étapes :**

- Présenter un bilan de l'existant des études, enquêtes déjà réalisées sur la thématique en cours (sous forme de bibliographie)
- Définir le champ du sujet traité
- Remonter l'information en provenance des acteurs
- Lister les acteurs incontournables
- Réaliser la première extraction des réponses des formulaires
- Elaborer des indicateurs ; principes à retenir pour la définition d'indicateurs à inclure dans la base de santé régionale :
  - ✓ Pertinence
  - ✓ Simplicité
  - ✓ Définition précise
  - ✓ Stratification et/ou décomposition en fonction des besoins d'information (problèmes de santé spécifiques d'un groupe de la population et/ou de sa localisation géographique
  - ✓ Utilisation prioritaire de systèmes d'information existants.

### **Sources de données identifiées**

### **Responsabilités à définir pour éviter dispersion ou redondance**

- Intégration des informations dans la base de données, remontées des acteurs sous forme d'indicateurs
- Validation par des groupes d'experts tout au long du processus d'élaboration des indicateurs
- Elaboration d'un « livret d'indicateurs »

### **Trame de rédaction du cahier des charges :**

- Analyse de la problématique à partir de l'état des lieux déjà rédigé
- Proposition argumentée d'une liste d'indicateurs dans chaque domaine
- Rédaction d'une fiche de définition pour chaque indicateur

### **Acteurs pour le volet périnatalité**

- Les établissements de santé privés et publics (les services de maternité, gynécologie obstétrique...)
- Le réseau Périnat
- Le Département des Centres de Santé
- Les Centres et Postes de Santé
- La Direction de la Solidarité et de la Prévention
- Les Centres de PMI
- L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane
- Les Syndicats de professionnels de santé (SNIIL, SYLG, Sages-femmes)

## Composition du groupe d'experts périnatalité

- Dr. **SAEZ** de la Cellule Etudes et Recherches en Santé Publique (DSP)
- Dr. **PATIENT**, Président du Réseau PERINAT et Chef du Service de Maternité du CHAR
- Dr. **NTABE**, Médecin Coordinateur et Céline GAUDAIRE, Sage femme Coordinatrice du Réseau PERINAT
- Dr. **LOUPEC**, Ancien Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane
- Mme **JEAN BAPTISTE**, Présidente du Syndicat National des Infirmiers et Infirmières libéraux (SNIIL)
- Mme **ROBIN**, Représentante des Sages-femmes
- Dr. **CLAYETTE**, Chef du Service Maternité au CMCK
- Dr. **CARLES**, Chef du Service de Maternité du CHOG
- Dr. **CEROL**, Chef du Service de Maternité de la Clinique Véronique
- Mme **RAVIN**, Sage femme Chef du Service de Maternité du CHAR
- Dr. **GRENIER**, du Département des Centres de Santé
- Mme **NAMER**, Représentante des infirmiers libéraux

## RESULTATS

Tableau 1 : Somme des contraceptifs vendus aux pharmacies par les 2 grossistes pharmaceutiques COPHAGUY et SPG

	2005	2006	2007	Total
Pilule contraceptive (oestroprogestatif)	6108	14488	13523	34119
Progestatif injectable	291	586	573	1450
Patch contraceptif	204	484	464	1152
Dispositifs intra utérins (stérilet au cuivre)	4	9	461	474
Implant	265	489	431	1185
Micro pilules progestatives	1250	3213	3182	7645
Stérilet hormonal	114	251	279	644
Contraception d'urgence NORLEVO	1057	3330	3720	8107
Anneau vaginal	111	150	122	383
Spermicides	232	439	324	995
<b>Total</b>	<b>9636</b>	<b>23439</b>	<b>23079</b>	

Sources : SPG, COPHAGUY

Tableau 2 : Incidence annuelle des IVG en Guyane

	2005	2006	2007
Nombre d'IVG pratiquées	1612	1647	1884
Nombre de femmes en âge de procréer la même année	51812	53752	55814
Nombre de conceptions	6061	6342	6469
IVG/1000 f. de 15 à 49 ans	31,1	30,6	33,7
Nombre IVG/1000 accouchements	266	259	291

Sources : INSEE, SAE

**Tableau 3 : Répartition des naissances par lieux d'accouchement**

	2004	2005	2006	2007
CH CAYENNE	2428	2600	2710	2636
CH ST LAURENT	1706	1876	1965	2106
CMCK	874	919	1044	1038
CLINIQUE				
VERONIQUE	433	502	537	579
Autre	115	151	130	99
<b>TOTAL</b>	<b>5556</b>	<b>6048</b>	<b>6386</b>	<b>6458</b>
<b>DOMICILE</b>	<b>65</b>	<b>79</b>	<b>103</b>	<b>66</b>

Source : RIG

**Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes en 2007**

	Classe d'âge			
	Moins de 15 ans	15 à 18 ans	19 à 35 ans	36 ans ou plus
Française	13	353	2122	366
Étrangère	10	219	2788	598
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>572</b>	<b>4910</b>	<b>964</b>

Source : INSEE – Fichiers statistiques de l'état civil – Naissance

**Tableau 5 : Age de la grossesse lors de la première consultation prénatale**

	2006	
Aucun suivi	175	2.7%
Avant 15 SA	2657	41.6%
16 à 20 SA	1097	17.2%
20 à 26 SA	651	10.2%
Après 26 SA	339	5.3%
NR	<b>1467</b>	<b>23.0%</b>
<b>Total</b>	<b>6386</b>	

Source : RIG

**Tableau 6 : Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre de visites prénatales effectuées**

NOMBRE DE VISITES	2005		2006		2007	
0 = Aucun suivi	174	2.9%	176	2.8%	151	2.3%
1 à 2 = Mauvais suivi	305	5.0%	284	4.4%	246	3.8%
3 à 6 = Suivi insuffisant	2340	38.7%	2461	38.5%	2423	37.5%
7 et + = Bon suivi	2450	40.5%	2633	41.2%	2591	40.1%
Non Renseigné	779	12.9%	832	13.0%	1047	16.2%
Total	6048		6386		6458	

Source : RIG (PMI)

Entre 2005 et 2007, le pourcentage de femmes ayant eu au moins les 7 visites prénatales préconisées est passé de 44,4% (source RIG) en 2005 à 47,9 % en 2007 (source RIG), soit une hausse de près de 7,88 %.

**Tableau 7 : Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre d'échographies effectuées en cours de grossesse**

	2004		2005		2006		2007	
	Avec les NR	Sans les NR	Avec les NR	Sans les NR	Avec les NR	Sans les NR	Avec les NR	Sans les NR
<b>Mauvais suivi = moins de 3 échographies</b>	2070	37.3%	2207	37.0%	2383	37.3%	2292	35.5%
<b>Bon suivi = 3 échographies et + NR</b>	3294	59.3%	3525	59.0%	3711	58.1%	3917	60.7%
	192	3.5%	240	4.0%	292	4.6%	249	3.9%
<b>Total</b>	<b>5556</b>		<b>5364</b>		<b>5732</b>		<b>6094</b>	
			<b>5972</b>		<b>6386</b>		<b>6458</b>	
							<b>6209</b>	

Source : RIG

**Tableau 8 : Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché**

	2005	2006
<b>Proportion de femmes séropositives</b>	<b>0,85 %</b> de grossesses	<b>0,86 %</b> de grossesses
<b>Effectif</b>	52	55
<b>Nombre de femmes ayant accouché</b>	6048	6386

Source : RIG

**Tableau 9 : Taux de prématurité**

	2005	2006
<b>Taux de prématurité (&lt; 37SA)</b>	11.66%	12.97%
<b>Taux de grande prématurité (&lt;32SA)</b>	3.31%	3.65%

Source : RIG

**Tableau 10 : Taux de naissance de faibles poids**

	2005	2006	2007
<b>Taux d'hypotrophie (&lt;2500g)</b>	11.6%	12.9%	12.0 %
<b>Taux d'hypotrophie sévère (&lt; 1000g)</b>	1.4%	1.4%	

Source : RIG

**Tableau 11 : Principaux indicateurs de mortalité en périnatalité**

	Taux de mortalité (pour 1000 naissances totales)	Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances totales)	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)
<b>2004</b>	11,2	6,6	15,6	10,4
<b>2005</b>	10,4	6,3	15	10,7
<b>2006</b>	10,4	6,9	14,5	12,6
<b>2007</b>	12,8	7,8	17,9	12,1
<b>2008</b>	10,6	9,6	18,8	13,6

Source : INSEE

## 4.4 Etude suivi de grossesse «Fréquence, déterminants et conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane française»

### **OBJECTIFS**

- L'objectif principal de cette étude est de **déterminer les facteurs de risque du mauvais suivi des grossesses** en Guyane française.
- Les objectifs secondaires sont d'**estimer la prévalence des grossesses mal suivies en Guyane française** en 2008 et d'**étudier les conséquences de ce mauvais suivi des grossesses**.

### **METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une étude transversale à visée quasi exhaustive qui sera menée en Guyane pendant 3 mois.

Un questionnaire sera administré par du personnel paramédical ou médical (en raison de son accès au dossier médical des patientes et de ses compétences dans le domaine de la périnatalité) et de façon aussi exhaustive que possible à toutes les femmes enceintes ayant accouchées pendant la période d'étude dans les établissements qui y participent.

Le recueil des données s'effectuant en dehors des heures de travail, une indemnisation a été attribuée aux enquêteurs qui avaient préalablement bénéficié d'une formation spécifique à l'enquête au cours de laquelle un « guide de l'enquêteur » leur a été remis.

#### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

Sont incluses dans l'étude, toutes les femmes ayant accouché d'un enfant vivant ou mort-né pendant la période d'étude dans un établissement médical, si la naissance a lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée. Aucune restriction d'âge de la mère n'est faite.

Sont exclues de l'étude, les femmes pouvant répondre à l'un des critères suivants :

- Si la naissance a lieu avant 22 semaines d'aménorrhée,
- Refus de la patiente à participer à l'étude,
- Accouchement non connu des services médicaux dans un délai de sept jours.

#### **Population cible**

La population cible de l'étude est l'ensemble des femmes accouchant en Guyane en 2008.

#### **Population source**

La population source de l'étude est composée de toutes les femmes ayant accouché d'un enfant vivant ou mort-né après au moins 22 semaines d'aménorrhée, pendant la période d'étude et dans un établissement de santé participant à l'étude.



Les fournisseurs de données correspondent aux établissements de santé où les femmes peuvent accoucher soit les maternités du secteur privé et public ainsi que les centres de santé.

### **Population d'étude**

La population de l'étude est représentée par toutes les femmes qui accouchent en Guyane pendant la période d'étude, d'enfants vivants ou morts nés et dont la naissance a lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée.

Les fournisseurs de données potentiels ont été identifiés comme les sites d'accouchements et soins périnataux de Guyane soit :

- La maternité du CHAR à Cayenne
- La maternité du CHFJ à St Laurent du Maroni
- La maternité du CMCK à Kourou
- La maternité du Centre de santé Guyanais (ex clinique Véronique) à Cayenne
- Les centres de santé

## **RESULTATS**

### **Recueil de données**

Durant la période de l'étude, **1 713 accouchements** ont été enregistrés dans toute la Guyane. 1 475 questionnaires ont été remplis et validés par les structures participant à l'étude. Les raisons données pour les non réponses sont les suivantes :

- Non enquêté
- Refus de signer
- Hors protocole
- Sortie de l'étude
- Problème lié à la langue
- Transfert vers une autre structure

Au final, 1 444 questionnaires ont été retenus.

Répartition des retours :

- **45,15%** CHAR
- **36,36%** CHOG
- **12,33%** CMK
- **5,89%** Clinique Véronique
- **0,28%** Centres de Santé

### **Validité des résultats**

Pour que cette étude soit représentative avec un risque  $\alpha$  à 5%, il fallait recueillir au minimum 811 questionnaires pour les 1 713 accouchements de cette période. Or, ayant reçu 1 444 questionnaires complets et exploitables, on peut affirmer que cette étude est bien représentative de la population de femmes ayant accouché en Guyane française en 2008.

## **Résultats de l'analyse**

L'étude a été divisée en deux sous études :

### **La première, une étude cas témoins permettant de déterminer les facteurs de risques d'un mauvais suivi de grossesse.**

Les résultats de l'analyse descriptive, ci-dessous, nous permettent d'avoir un aperçu général de la situation en Guyane pour 2008.

Une grossesse mal suivie est définie par au moins un des critères suivants :

- Moins de 4 visites prénatales
- Suivi irrégulier (plus de deux mois entre deux consultations)
- Première consultation tardive (deuxième et troisième trimestres de grossesse)
- Pas deux échographies qualitatives avec compte rendu (une de datation entre 11 et 14 SA et une morphologique entre 20 et 24 SA)

Or, ne pouvant pas appliquer celle-ci, une définition plus simple du mauvais suivi de grossesse a été retenue et correspond à :

- **Moins de 4 visites prénatales**
- **Première consultation tardive**
- **Moins de 2 échographies**

Nombre de femmes ayant eu un mauvais suivi : **554 (soit 38,37%) versus 1084 (soit 75,06 % pour la première définition).**

#### **Mauvais suivi de grossesse :**

Moins de 4 visites prénatales :	<b>15,81%</b>
Suivi irrégulier :	<b>Non disponible</b>
Première consultation tardive :	<b>31,08%</b>
Echographie de datation :	<b>52,53%</b>
Echographie morphologique :	<b>54,46%</b>
Moins de deux échographies :	<b>16,27%</b>

Après l'analyse univariée, les variables retenues pour le model final, l'ont été en fonction de leur pertinence si leur  $p < 0.20$  et suite à de nombreuses consultations du groupe de travail sur chacune d'entre elles.

Ces variables sont les suivantes :

- L'âge
- Le centre d'accouchement
- Le statut sur le territoire guyanais
- La langue maternelle
- La commune de réception du courrier
- La situation familiale
- Le niveau de prise en charge par la sécurité sociale
- Le niveau d'étude
- L'activité durant la grossesse
- Les sources de revenus de la mère durant la grossesse
- Les sources de revenus du père durant la grossesse
- Le congé maternité
- Avoir reçu des informations sur la grossesse au cours de la première visite
- Avoir reçu des documents
- Le moyen de locomotion
- Avoir été hospitalisée au cours de la grossesse
- Le recours à la médecine traditionnelle
- Désirer la grossesse
- Avoir accès à la contraception

Une analyse multivariée pas à pas descendante a été réalisée. Les variables dont le  $p > 0.05$  ont été enlevées du model petit à petit.

Le model final retenu est composé des variables suivantes :

- L'âge
- La langue maternelle
- La situation familiale
- Le niveau d'étude
- Avoir reçu des informations sur la grossesse au cours de la première visite
- Avoir reçu des documents
- Le moyen de locomotion
- Avoir été hospitalisée au cours de la grossesse
- Désirer la grossesse
- Avoir accès à la contraception

L'étude de la fréquence, des déterminants et des conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane française a été menée en Guyane du 15 septembre au 31 décembre 2008.

Elle a permis d'estimer la prévalence du mauvais suivi de grossesse à 38,36% des femmes ayant accouché en Guyane en 2008. Les facteurs de risque du mauvais suivi étaient le fait d'être **mineure**, de ne **pas parler français**, créole (guyanais ou haïtien), d'être **célibataire** (ou séparée), d'avoir un **faible niveau d'étude** (maximum lycée), de ne **pas avoir été informée** du

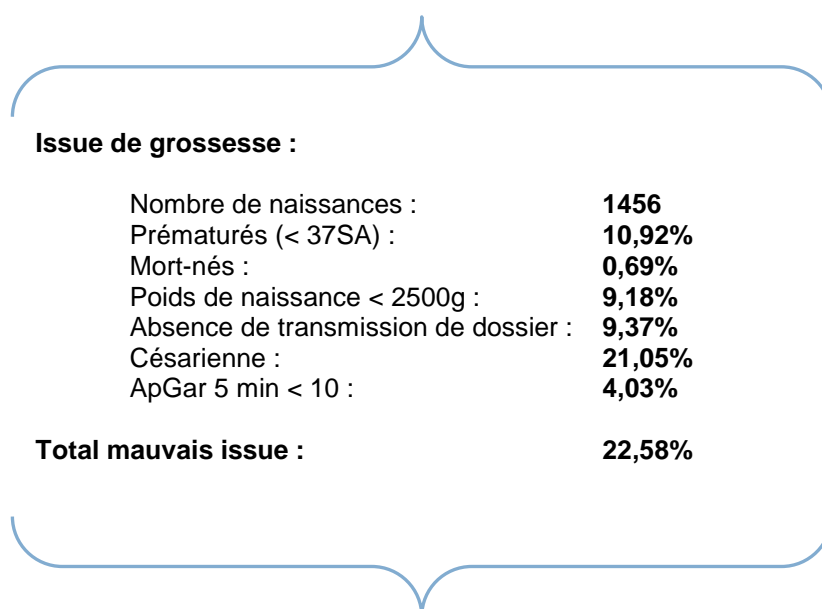
déroulement de la grossesse lors de la première consultation, de ne **pas avoir reçu de documents** à l'issue des consultations, de ne **pas** utiliser un **transport personnel** pour se rendre aux visites, de ne **pas avoir été hospitalisée** pour une pathologie liée à la grossesse, de ne **pas avoir désirée la grossesse** et enfin de **ne pas avoir accès à un contraceptif**.

**La deuxième, une étude prospective permettant de déterminer les conséquences d'une mauvaise suivie de grossesse en étudiant les facteurs de risque d'un mauvais issu de grossesse**

Définition retenue pour une mauvaise issue de grossesse :

- Né avant 37 SA
- Né avec un poids < à 2500g
- ApGar 5 min < 10

L'analyse descriptive nous a permis d'obtenir les résultats suivants :



<b>Issue de grossesse :</b>	
Nombre de naissances :	<b>1456</b>
Prématurés (< 37SA) :	<b>10,92%</b>
Mort-nés :	<b>0,69%</b>
Poids de naissance < 2500g :	<b>9,18%</b>
Absence de transmission de dossier :	<b>9,37%</b>
Césarienne :	<b>21,05%</b>
ApGar 5 min < 10 :	<b>4,03%</b>
<b>Total mauvais issue :</b>	<b>22,58%</b>

Après l'analyse univariée, les variables retenues pour le model final l'ont été en fonction de leur pertinence si leur  $p < 0.20$  et suite à de nombreuses consultations du groupe de travail sur chacune d'entre elles.

Ces variables sont les suivantes :

- Le mauvais suivi de grossesse
- Le rapprochement d'un plateau technique
- Les addictions
- Le recours à la médecine traditionnelle
- La demande d'IVG
- Les antécédents médicaux non liés à la grossesse
- Les problèmes médicaux en cours de grossesse
- Les antécédents d'HTA
- Les antécédents de MAP

- La drépanocytose
- Le VIH
- La MAP
- L'HTA
- Les recommandations pour l'accouchements

Une analyse multivariée pas à pas descendante a été réalisée. Les variables dont le  $p > 0.05$  ont été enlevées du model petit à petit. Le model final est composé des variables suivantes :

- Le mauvais suivi de grossesse
- Les antécédents d'HTA en cours de grossesse
- La MAP en cours de grossesse
- Les non-recommandations pour l'accouchement

Le mauvais suivi avait un impact sur l'issue de la grossesse puisqu'il avait été identifié comme l'un de ces facteurs de risque au même titre que l'hypertension artérielle, une menace d'accouchement prématuré au cours de la grossesse et le fait de ne pas avoir reçu de recommandations pour l'accouchement.

## **CONCLUSION**

Cette étude a permis de mettre en évidence l'intérêt des renseignements donnés à la première consultation. En effet, les femmes qui n'avaient pas eu ces renseignements ou qui ne les avaient pas retenus, avaient un risque de mauvais suivi supérieur.

Les femmes qui avaient reçu des documents à la sortie de leur consultation (86,50%) avaient un risque inférieur de mauvais suivi. Ceci permettait peut être d'impliquer les futures mères dans leur grossesse. Cependant, nous n'avons pas étudié le lien existant entre la remise de documents et le lieu du suivi qui pourrait être un facteur de confusion.

Les femmes hospitalisées pour une pathologie liée à leur grossesse et celles qui avaient eu une maladie infectieuse en cours de grossesse avaient un risque inférieur de mauvais suivi. En considérant le risque pour le fœtus, ces femmes pouvaient avoir un suivi plus régulier (consultations tous les 15 jours).

On notait aussi **l'importance de la contraception puisque 37,11% des femmes n'avaient pas accès à un contraceptif et les grossesses étaient non désirées pour 29,24% des femmes**. Concernant la contraception, la question ne permettait cependant pas de mesurer l'accès puisque beaucoup de femmes et enquêteurs avaient compris qu'il s'agissait d'avoir un contraceptif lorsque la femme était tombée enceinte.

Cette étude montrait une augmentation du nombre de femmes ayant eu 7 visites prénatales ou plus (48,95%) par rapport aux données du RIG de 2005 (46,40%). Ces données restaient cependant inférieures à celles observées en métropole (90,6% dans l'enquête périnatale de 2003).

Dans le domaine de la santé publique, cette étude pourra servir de base à des programmes de prévention afin d'identifier les personnes à risque. En effet, le mauvais suivi de grossesse avait été identifié comme facteur de risque de la mauvaise issue de grossesse. L'accent pourrait être

mis sur les jeunes femmes mineures de 18 ans, à faible ou moyen niveau scolaire, ne parlant ni français ni créole guyanais ou haïtien et célibataire.

De plus, une étude auprès des personnels de santé pour appréhender les difficultés qu'ils rencontrent dans le domaine de la santé périnatale pourrait être menée.

## 4.5 Enquête « Politique de santé périnatale : atouts et obstacles selon les professionnels de Guyane »

### **OBJECTIFS**

#### **Objectif principal**

*Connaître les obstacles et les atouts de la politique de santé publique périnatale selon les professionnels.*

#### **Objectifs spécifiques**

- Établir un bilan réel de la situation périnatale en Guyane de nos jours afin d'en déterminer les besoins (ressources, moyens humains, formation...)
- Recueillir les connaissances des acteurs de la santé périnatale sur les différents plans politiques
- Recueillir l'opinion des acteurs sur les problèmes de la périnatalité en Guyane

### **METHODOLOGIE**

Il s'agit d'une enquête socio-épidémiologique transversale de 6 semaines auprès des acteurs de terrain du domaine de la périnatalité. Pour cette étude descriptive, a été consulté l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux, privés comme publics, pratiquant en santé périnatale. Il s'agit d'identifier et d'étudier les différents obstacles et atouts des précédentes politiques de santé périnatale, ainsi que les besoins des professionnels de santé dans ce domaine.

L'approche choisie pour cette enquête consistait à la diffusion d'un questionnaire anonyme auto-administré auprès des professionnels de santé de terrain. Des réunions d'information ont été tenues avec ces professionnels, durant toute la période de diffusion, afin de mieux sensibiliser la population enquêtée et d'obtenir un maximum de retour.

Ce questionnaire a permis une analyse descriptive de cette population ainsi qu'une évaluation qualitative de leurs opinions sur le sujet. Il est composé de **4 parties**, ayant pour but :

- De déterminer le profil et la répartition géographique du personnel de santé spécialisé en périnatalité.
- De mettre en évidence leurs conditions de travail et les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.
- D'évaluer leur intérêt pour les problèmes de périnatalité en Guyane, ainsi que leur connaissance et participation en politique de santé.

- De recueillir leurs opinions sur l'origine, les causes des problèmes de périnatalité en Guyane.

Un comité de pilotage, composé de professionnels de santé experts en périnatalité, mis en place à cet effet, a permis d'élaborer la méthode, le questionnaire et de valider les résultats.

Nous avons fait le choix de mener une enquête à visée exhaustive sur les acteurs du domaine de la santé périnatale, en exercice en 2009, en Guyane.

Ce questionnaire a permis une analyse descriptive de cette population ainsi qu'une évaluation qualitative de leurs opinions sur le sujet. Il est composé de **4 parties** ayant pour but :

- De déterminer le profil et la répartition géographique du personnel de santé spécialisé en périnatalité.
- De mettre en évidence leurs conditions de travail et les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.
- D'évaluer leur intérêt pour les problèmes de périnatalité en Guyane, ainsi que leur connaissance et participation en politique de santé.
- De recueillir leurs opinions sur l'origine, les causes des problèmes de périnatalité en Guyane.

Un comité de pilotage, composé de professionnels de santé experts en périnatalité, mis en place à cet effet, a permis d'élaborer la méthode, le questionnaire et de valider les résultats.

Nous avons fait le choix de mener une enquête à visée exhaustive sur les acteurs du domaine de la santé périnatale, en exercice en 2009, en Guyane.

Notre base était constituée par :

Les professionnels médicaux :

- Médecins généralistes libéraux
- Gynécologues libéraux
- Gynécologues-obstétriciens libéraux
- Pédiatres libéraux
- Echographes libéraux
- Sages femmes libérales
- Médecins généralistes et/ou spécialistes présents dans les services de maternité, néonatalogie, pédiatrie, gynécologie des établissements de santé participants (y compris les chefs de services)
- Sages femmes présentes dans les services de maternité, néonatalogie, pédiatrie, gynécologie des établissements de santé participants

Les professionnels paramédicaux et non médicaux (présents dans les services de maternité, néonatalogie, pédiatrie, gynécologie des établissements de santé participants) :

- Infirmières puéricultrices
- Infirmiers (es)
- Auxiliaires de puériculture
- Aides soignants

- Aides médicales
- Psychologues
- Assistantes sociales
- Conseillers conjugaux
- Secrétaires médicales.

## **RESULTATS**

Dans un souci d'exhaustivité, 645 questionnaires ont été déposés au travers la Guyane (nombre exact de postes concernés par l'étude). Parmi ceux-ci, 116 n'ont pas été distribués (soit 18%). Au final, 529 questionnaires ont été distribués au sein de tout le personnel présent au moment de l'enquête. Nous avons reçu 173 réponses, ce qui correspond à un taux de 32,70% de retour. Analyses descriptives

### ***Analyses descriptives***

Trois variables de référence ont été choisies afin d'approfondir les analyses. Ces variables sont :

- **La profession**
- **La zone géographique**
- **Le type de structure**

Elles ont été choisies pour l'intérêt scientifique et politique qu'elles peuvent susciter dans cette étude. Chacune de ces 3 variables de référence sera analysée par rapport aux autres variables de l'étude.

Tableau 3 : Variables de références regroupées

		<b><i>N</i></b>	<b><i>%</i></b>
<b>Profession</b> ( <i>n=173</i> )	<b>Sages femmes</b>	47	27,20
	<b>Médecins</b> (généralistes, spécialistes)	34	19,70
	<b>Paramédicaux/ sociaux</b> (IDE, IDE puéricultrices, ASH, auxiliaires, psychologues, conseillères conjugales, assistantes sociales, secrétaires)	92	53,20
<b>Zone géographique</b> ( <i>N=173</i> )	<b>Zone 1 : CCCL / Kourou</b>	106	61,30
	<b>Zone 2 : St-Laurent-du-Maroni</b>	42	24,30
	<b>Zone 3 : Littoral / Fleuves</b>	25	14,40
	<b>Centres hospitaliers</b> (CHAR, CHOG, CMCK, C.Véronique)	106	61,30
<b>Type de structure</b> ( <i>N=173</i> )	<b>PMI</b>	35	20,20
	<b>Centres et postes de santé / Cabinets privés</b>	32	18,50

### ***Caractéristiques de la population interrogée :***

- Sexe féminin : **82,10%**
- Âge moyen : **39 ans**
- Originaire de France métropolitaine : **55,50%**
- Originaire de Guyane : **31,20%**



- Professions concernées : **Tous les secteurs professionnels du domaine de la périnatalité**
- Structures concernées : **Toutes les structures de soins en périnatalité**
- Salariés hospitaliers : **71,10%**
- Salariés PMI : **19,10%**
- Libéraux : **9,20%**
- Zones concernées : **Toutes les zones du territoire sanitaire guyanais**
- Durée médian d'exercice en périnatalité : **5 ans**
- Durée médian d'exercice en Guyane : **4 ans ½**
- Durée médian d'exercice dans la structure : **3 ans**
- Participation à une formation continue : **57,70%**
- Problèmes de communication avec les patients : **94,80%**
- Souhait d'un médiateur culturel : **79,70%**

***Problèmes liés à la périnatalité en Guyane selon les professionnels ayant répondu :***

- Sources principales : **La politique locale de santé  
L'immigration non contrôlée  
La culture locale très diversifiée**
- Eléments responsables : **Précarité, situation irrégulière  
Eloignement, isolement, transport  
Ampleur des distances (géographie)  
Mauvais suivi de grossesse  
Manque d'information, de prévention  
Diversité des cultures et des langues  
Manque de moyens et de finances  
Offre de soins inadaptée ou de mauvaise qualité  
Manque de formations sur le territoire  
Turn-over du personnel**

**CONCLUSION**

***Obstacles :***

- **Faible visibilité de la politique de santé périnatale menée**
- Faible prise en compte des besoins et des avis des professionnels
- Déficits dans les équipements même de base
- Faible adaptation aux réalités de terrain
- **Problématique de la formation continue ou initiale** sur le territoire
- Faible apport financier
- Faible implication des patients
- **Problèmes de communication avec la population**
- Faible pourcentage des professionnels originaires de Guyane
- **Important turn-over** limitant la pérennité des actions et la confiance des populations
- **Surcroît de travail lié aux tâches annexes** (administratives par exemple)

- **Faible coordination des acteurs** entre eux

**Atouts :**

- **Forte motivation** et implication du personnel
- **Opinion identique** des professionnels concernant les problèmes de santé périnatale, quelque soit leur profession, leur statut, leur structure ou leur zone géographique d'exercice
- Les 3/4 pensent que la santé périnatale doit être considérée comme la **1<sup>ère</sup> priorité de santé publique en Guyane**
- Le souhait par tous de mettre en place des **actions communes**, avec un même dialogue sur tout le territoire, ainsi qu'un **support unique de saisie**
- **Rôle grandissant et visible du Réseau périnat**
- Les 3/4 pensent que les obstacles rencontrés sont **surmontables**
- Existence des outils d'observation et de suivi épidémiologie
- Une forte mobilisation et une réelle volonté politique pourrait, très certainement, permettre une vraie amélioration de la santé périnatale en Guyane.

**5 - SYNTHÈSE  
ET PROPOSITIONS DE MESURES  
POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE  
DE SANTÉ PÉRINATALE  
EN GUYANE**



# **5 – Synthèse et propositions de mesures pour une nouvelle politique de santé périnatale en Guyane**

## **5.1 Synthèse des résultats**

## **5.2 Actions prioritaires**

## **5.3 Stratégie d'actions**



## 5.1 Synthèse des résultats

**La communication** apparaît comme le plus important obstacle à surmonter dans la construction de la politique de santé périnatale. Il regroupe plusieurs autres problèmes tout aussi importants. En effet, le mauvais **suivi de grossesse**, la **prévention**, l'**information**, l'**accessibilité à l'offre de soins** et à la **contraception**, dépendent tous de la communication.

Pouvoir mieux informer, prévenir, expliquer ou encore transmettre des documents adaptés permettraient d'éviter les grossesses non désirées (soit environ 30% en 2008), les IVG souhaités mais non réalisés (soit 5%), indiquer comment accéder à la contraception (63% n'y ont pas eu accès d'après l'enquête sur le suivi de grossesse) et son rôle, améliorer le suivi de grossesse (38% de mauvais suivi) ou encore d'établir un **climat de confiance** entre les patients et les professionnels.

Cette amélioration de la communication doit cibler essentiellement les jeunes, en particulier **les mineures** (7,5%) décrits comme un des facteurs de risque d'un mauvais suivi de grossesse. **Les étrangères** sont aussi très représentées (55% des femmes accouchées en 2008). C'est pourquoi, chaque explication pourrait être traduite dans **la langue de la patiente**.

La présence de **traducteurs ou de médiateurs culturels** est une demande très souvent formulée par les professionnels (ne pas parler créole ou français est un facteur de risque de mauvais suivi). Il est vrai que les difficultés de communication ne sont pas uniquement liées au grand nombre d'étrangers. La **forte diversité des cultures et des langues** présente en Guyane en est aussi la cause. Les professionnels soulèvent, par ailleurs, le **manque de formation continue en langues et cultures** régionales, à laquelle ils souhaiteraient vivement participer.

**L'accès aux soins** est le second obstacle retrouvé au travers ce projet. Lui aussi regroupe plusieurs difficultés rencontrées pour une amélioration de la santé périnatale, notamment le problème du **transport**. En effet, la **distance** entre certaines communes et les structures de soins spécialisées sont trop importante. Ne pas posséder un **moyen de transport personnel** est retrouvé comme facteur de risque d'un mauvais suivi.

Etre tributaire des horaires imposées, parcourir de longues distances dans de mauvaises conditions (qualité des moyens de transport, des routes...), voyager sur des durées trop importantes (parfois obligation de prendre la pirogue ou l'avion pour arriver à une structure de soins adaptée) peuvent augmenter les risques. Cela évoque le **manque de transports**, de **structures de proximité** mais aussi l'important problème de **l'argent pour se déplacer (forte précarité, nécessités sociales)**. Les difficultés ou **l'impossibilité de payer** les frais sont retrouvés aussi au niveau des soins, des analyses biologiques et surtout des échographies. Ces personnes sont, pour une grande partie, en **situation irrégulière** (dysfonctionnement avec les **services sociaux** parfois trop long) et cumulent généralement la peur d'être arrêté s'ils se font soigner.

Le **manque d'implication des patients** est indirectement lié à une **attente trop longue** dans les structures, chez les professionnels ou encore aux urgences, à attente trop grande pour obtenir un rendez-vous (en particulier chez les libéraux), à une **administration lourde** (trop de

papiers nécessaires, autant pour la partie sociale que médicale), ou encore à une forte **incompréhension entre les professionnels et les patients**. Tout ceci met en avant un **manque important de personnel** (spécialisés, administratifs, sociaux ainsi que de médiateurs culturels), **de locaux** et de lits.

**La contraception** apparaît comme le 3<sup>ème</sup> obstacle à surmonter. L'étude sur le suivi des grossesses montre que près de 30 % des femmes disent ne **pas avoir désirée la grossesse** et 63 % de **ne pas avoir accès à un contraceptif**. Cet aspect de la problématique est probablement à relier aux obstacles précédents la contraception nécessitant une information sur les différents dispositifs ainsi que la présence sur le territoire de points de vente et la possibilité de payer ou de se faire rembourser.

**Le turnover** qui peut être considéré comme un obstacle dans le cas de la réalisation et la pérennité de la politique de santé mais qui peut aussi être considéré comme un atout grâce auquel l'offre de soins peut être maintenu.

**La nécessité de pérenniser le RIG, ou un outil de recueil similaire unique**, apparaît très clairement ici. En effet, celui-ci est la principale source de données **alimentant la BDD** en périnatalité. Il n'existe rien d'autre d'aussi précis concernant le **suivi épidémiologique**. Le **certificat du 8<sup>ème</sup> jour**, outil qui pourrait se rapprocher le plus du RIG, manque d'informations nécessaires au suivi des indicateurs et est assez souvent mal rempli.

Ce RIG doit être **actualisé, modifié** (avec l'ajout ou la suppression de données), **informatisé et simplifié** afin de le rendre accessible et compréhensible pour tous. La mise en place d'un **serveur commun** regroupant toutes ces données permettrait aux professionnels de pouvoir le consulter dès qu'ils en auront besoin et surtout d'où ils le souhaitent. Une version papier pourrait être conservée pour les structures pas encore informatisée. L'impression des données pourrait être faite, soit pour les stocker (sauvegarde), soit pour les **transmettre à l'état civil** en remplacement du certificat du 8<sup>ème</sup> jour. Plusieurs personnes ou **organismes** y seraient **dédiés** pour **plus de réactivité**, de production de **résultats trimestriels** et par conséquent des prises de **décisions politiques** plus rapide.

Ce projet nous a aussi permis de mettre en avant l'atout principal de cette santé périnatale en Guyane. **Il s'agit de la forte motivation et implication des professionnels de la périnatalité**. L'augmentation constante du nombre d'adhésions au Réseau Périnat est aussi une preuve de cet intérêt que portent les professionnels aux problèmes liés à la santé périnatale. On ne retrouve pas de différence au niveau des difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, quelque soit leur origine, leur fonction ou leur lieu de travail. Les  $\frac{3}{4}$  d'entre eux pensent que la santé périnatale doit être considérée comme la première priorité de santé publique en Guyane et que tous les obstacles mises à jour sont tout à fait surmontables avec un peu de volonté et une réelle motivation politique.



## 5.2 Actions prioritaires

1. Au vu de ces résultats, des compétences présentes et disponibles en Guyane, de l'importance de la problématique, de la présence des structures de recherche, de la richesse des sujets possibles, de la diversité de la population et des débouchés en terme d'emploi, la **création d'un pôle de compétitivité** dans le domaine de périnatalité pourrait être envisagé à moyen terme.

Cependant, pour pouvoir construire ce pôle, nous devons commencer par assoir la politique de santé publique en périnatalité qui répondent réellement aux besoins mais aussi aux attentes des patientes et des professionnels de santé, tout en contenant, non seulement des actions à long terme mais aussi des actions prioritaires devant être mises en place à très court terme.

2. Parmi ces actions, la priorité principale serait la **création d'un comité de suivi ou de référence**. Ce comité serait composé de professionnels de santé périnatale et sociaux, d'élus, d'institutions ainsi que de financeurs. Il aurait pour rôle d'évaluer l'évolution des mesures préconisées dans cette nouvelle politique mais aussi de discuter et solutionner les éventuels problèmes rencontrés au fur et à mesure. Il se réunirait trimestriellement (voir plus souvent ; à déterminer) et ponctuellement en cas d'alerte (signaler par une dégradation soudaine des indicateurs sans raison apparente). Ce comité pourrait avoir tous pouvoirs sur la prise de décision (notamment grâce à la présence des élus et des financeurs) et la mise en place d'actions immédiates en cas de nécessité.

3. Concernant les mesures, le maintien de ce qui est déjà mis en place et sa pérennisation est nécessaire, notamment en terme de suivi épidémiologique (indispensable pour la prise décision).

Nous devons **valoriser les outils déjà présents et acceptés par les professionnels** (tel que le RIG, la BDDP, le certificat du 8<sup>ème</sup> jour...), les faire évoluer dans le but d'une meilleure réactivité et efficacité.

4. Deux **ateliers de réflexion** devraient être rapidement mis en place.

- sur le thème de la **contraception**. Ce sujet ressort comme un des problèmes prioritaires. Malgré les actions mises en œuvre depuis de nombreuses années, les résultats sont peu encourageants. Le but serait donc de ne pas répéter les erreurs du passé et de réfléchir à des mesures différentes, mieux adaptées aux réalités du terrain.
- Sur la **communication** entre professionnels mais aussi et surtout entre professionnels et patientes afin d'améliorer l'information et le suivi des femmes enceintes.

5. Le **déficit en professionnels de santé demande une réflexion à court moyen et long terme** pour permettre la résolution dans l'immédiat mais aussi à long terme, la santé étant un domaine économique où les débouchés sont énormes.

## 5.3 Stratégies d'actions

Afin de compléter les actions prioritaires proposées ci-dessus, l'ORSG suggère de mettre en place six mesures principales. Chacune d'entre elles sont présentées sous forme de fiches où sont mentionnées des actions concrètes à mettre en œuvre. Ces mesures sont les suivantes :

- Pérenniser le **Suivi Epidémiologique**
- Accentuer la **Prévention**
- Améliorer le **Transport**
- Faciliter l'**Accès aux Soins**
- Accentuer la **Formation**
- Améliorer l'**Offre de Soins**

### **Pérenniser le SUIVI EPIDEMIOLOGIQUE**

Quoi :

- **Les indicateurs de la santé périnatale**
- Le Registre d'Issue de Grossesse (RIG)
- La Banque De Données Périnatale (BDDP)

Pour qui/où :

- Les **décideurs politiques**
- Les **professionnels de santé**
- Les étudiants
- Les **usagers**
- Sur tout le territoire guyanais
- Au niveau régional et départemental
- Au niveau national
- Au niveau international

Comment :

- Créer un **Comité de Suivi**
- Faire évoluer et adapter le **RIG**
- Faire évoluer et adapter la **BDDP**
- Créer un **dossier unique (informatisé) de recueil de données épidémiologiques** pour toutes les structures
- **Informatiser** les structures
- Limiter le **nombre de rapports à remplir** par patiente
- Définir **des indicateurs « d'urgence »**
- Nommer un **organisme dédié à récolter et analyser** les données rapidement
- Inciter les structures à **fournir les indicateurs « d'urgence » régulièrement**, permettant de mettre en évidence une alerte (nécessité de réactivité)
- En cas d'alerte, prévenir immédiatement **les autorités compétentes** : le « **Comité de Suivi** » afin de mettre en place rapidement des plans d'actions.

## Accentuer la PREVENTION

Quoi :

- **Contraception, protection et risques sexuels, IVG**
- Grossesses précoces/ multiples
- Suivi de grossesse/ allaitement
- Nutrition et maladies tropicales pendant la grossesse

Pour qui/où :

- Auprès de la **population générale**
- Auprès des **mineurs**
- Auprès des **populations des communes isolées**
- Auprès des **populations exclues** du système
- Auprès des **femmes « hospitalisées » en attente d'accoucher**
- Dans les **écoles** (à partir des classes de CM2), les collèges et les lycées
- Dans les **maisons des jeunes**, de quartiers pour toucher les non scolarisés
- Dans les **zones « illégales »** (où sont réunis les clandestins, les exclus du système)

Comment :

- **Adapter** aux différentes communautés, cultures (plusieurs langues, traducteurs, médiateurs culturels...) et générations (ex : sous forme de livré simple, imagé...)
- Diffuser dans la **presse** (radio, tv, journaux locaux...)
- Créer une équipe mobile allant au plus près des communes isolées (bus ou pirogue de la prévention)
- Nommer des **personnes relais** dans les « villages illégaux », les communes très isolées
- Mettre en place une politique de développement du planning familial sur tout le territoire guyanais. Ouvrir des centres de **planification familiale** à St-Laurent-du-Maroni, St-Georges de l'Oyapock, Kourou et un second à Cayenne ; ouverture d'annexes dans les communes plus isolées (avec permanences régulières)
- Faciliter l'**accès à la contraception** (tarif réduit ou gratuité à certains moyens de contraception comme le préservatif, avec distribution régulière dans les zones scolaires, dans les maisons de quartiers, dans les PMI et centres de planification familiale...), accès à la pilule du lendemain, toutes autres formes de contraception (accentuer le rôle des pharmaciens)
- Inciter les pharmaciens à participer à cette prévention
- **Former de façon identique** (avec le même discours) **tous les professionnels** de santé, pérenniser dans le temps, sur les risques sexuels, les grossesses (précoces, multiples, le suivi, l'allaitement...), la contraception, l'IVG, la nutrition et les maladies tropicales...

## Améliorer le TRANSPORT

Quoi :

- **Le transport en commun**
- Le transport médical

Pour qui/ où :

- Essentiellement pour les **populations les plus démunies** (ou n'ayant pas de moyens de transport personnel)
- Entre les **différentes communes**
- Vers les **structures de soins**
- Vers le **centre de néonatalogie** de Cayenne

Comment :

- Ouvrir de **nouvelles lignes régulières de bus** entre les communes (même) et les villes possédant un hôpital
- Augmenter la **fréquence de passages** des bus et les arrêts proches des structures de soins (Hôpitaux, PMI, Centres de santé...)
- Créer un **bon de transport** ou un « pass » gratuit (ou tarif réduit) pour les femmes enceintes les plus démunies (financement par le Conseil Général, le Conseil Régional, la CAF ou encore les mairies)
- Créer un **forfait IVG** comprenant les frais de transport
- Améliorer les **conditions des transferts médicaux** (préférer l'hélicoptère à plusieurs jours de pirogue pour les urgences ; financement spécial (ex : de l'Etat) pour certaines communes très isolées comme Trois-Sauts ou Camopi)
- Améliorer l'acheminement des **prélèvements de laboratoire** et de la réception des **résultats** (proposition de mettre en place un ramassage, grâce à un ULM (ultra léger motorisé) hydravion par exemple, 2 à 3 fois par jour).

## **Faciliter L'ACCES AUX SOINS**

Quoi :

- L'accès physique aux structures de soins
- **L'accès financier aux soins**

Pour qui/où :

- Population les **plus démunies** et/ ou **hors du système**
- Population des **communes isolées**

Comment :

- Régler le problème du **transport** (voir ci-dessus)
- Ouvrir des **structures de soins plus proches des communes**
- Mettre en place une **équipe mobile pluridisciplinaire** (médecins, sages femmes, assistantes sociales, médiateurs culturels...) pour un suivi régulier dans les sites isolés ou auprès des populations hors système
- Développer **l'HAD dans l'Ouest guyanais** ainsi que l'accouchement à domicile
- Faciliter la prise en charge par **l'ouverture des droits sociaux immédiate** dès la détection de la grossesse

- Créer un **service PASS** dédié à la périnatalité (jusqu'à un an de l'enfant)
- Créer un « **passport Périnat** » permettant une prise en charge immédiate de la grossesse et de l'enfant jusqu'à 1 an de vie, pour toutes les femmes, **incluant une forfait échographie et transport A/R au domicile.**
- Mettre en place un **système de bon** pour la prise en charge, déjà en place par le Conseil Général pour les analyses biologiques, faire de même pour **les échographies obligatoires et le transport** (avec divers financeurs)
- Diminuer les charges administratives (un dossier unique)
- Créer un accès ou **bureau d'entrée** différent **spécifique** pour les **étrangers** et/ou en situation irrégulière
- Améliorer la **coopération entre le social et le médical**, notamment concernant les personnes en situation irrégulière
- Créer un **cahier de suivi de grossesse** envoyé ou distribué systématiquement aux femmes enceintes, réellement **spécifique à la Guyane** (langage, illustrations, nourriture, maladies...)

## Accentuer la FORMATION

Quoi :

- La formation initiale
- La formation continue
- **La formation linguistique et culturelle**

Pour qui/où :

- Les **jeunes guyanais** motivés
- Les **professionnels de santé**
- Les professionnels de santé **non originaires de Guyane**

Comment :

- Faire des campagnes d'information et de motivation pour **inciter les jeunes de Guyane** à s'orienter vers les métiers de la périnatalité
- Mettre en place des **aides financières** et autres (installation, logement, transport aérien) pour les jeunes motivés pour se former dans les métiers médicaux ou paramédicaux en pénurie en Guyane (pédiatre, gynécologue...), sous conditions de réussite et de retour pour exercer sur le territoire pour un nombre d'années déterminées au préalable
- Créer une **école de sages femmes**
- Valoriser et rendre obligatoire la **formation continue**
- Créer des **congés formation**, prévoir des **budgets formation** avec remboursement des frais
- Mettre en place des **formations au sein même de la Guyane**
- Faire venir des **formateurs sur le territoire**, directement dans les communes isolées
- Former des **référénts médicaux** dans chaque village ou commune très isolée
- Former les **médiateurs culturels** à la périnatalité
- Créer une banque de documentation sur les pathologies rencontrées en Guyane

- Mettre en place des **formations sur les cultures, langues, la forêt et les fleuves**, les rendre obligatoires à tout (professionnel) nouveau arrivant en Guyane, n'ayant jamais vécu sur le territoire
- Cibler les formations **par thème et par zone géographique**.

## Améliorer L'OFFRE DE SOINS

Quoi :

- Les structures/locaux
- **Le personnel**
- Harmonisation et pérennisation dans le temps

Pour qui/où :

- Les personnes les **plus démunies**
- Les personnes **étrangères ou en situation irrégulière**
- Les mères **célibataires sans domicile**, les mères **victimes de violence** conjugale, les mères **mineures en rupture familiale**
- Les personnes des **communes éloignées, isolées**
- La **population** générale
- Dans les communes isolées
- A la frontière St-Laurent /Albina (Surinam)

Comment :

- **Agrandir les locaux** des hôpitaux, augmenter leur capacité d'accueil
- Mettre aux **normes** tous les locaux (PMI, centres de santé et hôpitaux)
- Ouvrir une **maternité niveau 1** à St-Georges et à Maripasoula, si les règles de sécurité le permettent)
- Ouvrir un service de **néonatalogie** de **niveau 3 au CHOG** et de **niveau 2 au CMCK**
- Créer des **foyers d'accueils médicalisés** pour les patientes avec des grossesses pathologiques résidant loin de Cayenne
- Ouvrir des **foyers**, proches des structures hospitalières, pour les mamans des communes isolées, en attente d'accouchement ou dont l'enfant est hospitalisé (financements multiples)
- Créer des structures **d'assistantat social**
- Ouvrir des **foyers mère/enfant** pour les mères célibataires sans domicile, les mères victimes de violence conjugale, les mères mineures en rupture familiale ou toutes autres situations similaires et/ou difficiles.
- Ouvrir un **secteur hospitalier international** sur St-Laurent et à St-Georges
- Reconstruire l'**hôpital d'Albina** (frontière surinamienne) ou ouvrir une **structure de soins**
- Asseoir une **coopération hospitalière transfrontalière** avec les **pays voisins**
- Aider au suivi des **patientes transfrontalières** et à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins (uniquement au niveau des frontières)
- Créer des postes de **sages femmes** sur tout le territoire guyanais dans les centres de santé prioritaires
-

- Pourvoir les **postes vacants** (médicaux ou paramédicaux)
- Employer plus de **personnel qualifié et spécialisé** (pédiatre, échographe, anesthésistes, gynécologue, sage femme, psychologue)
- Pourvoir obligatoirement **un médecin par centre de santé**
- Employer des **médiateurs culturels**, des **traducteurs**, surtout dans les grosses structures de soins
- Augmenter le nombre de **postes de personnel social**, de conseillère conjugale et familiale ou de psychologue (surtout dans les PMI et CDPS)
- Améliorer **l'équipement des centres de santé et des PMI** et reconstruire certains centres
- Augmenter **les budgets** dédiés à la périnatalité (1<sup>ère</sup> priorité de santé publique)
- Réaménager et reconsidérer le personnel encadrant, besoin de **personnel très motivé**, revoir la politique de recrutement
- Inciter au **respect du règlement**, au **respect entre professionnels**
- **Harmoniser** les pratiques en créant des **protocoles et procédures identiques** pour tous
- Favoriser le **travail en réseau** (hôpitaux, PMI, libéraux), améliorer la **coordination et la communication entre les différents professionnels**, valoriser le Réseau Périnat
- **Mutualiser les CDPS et les PMI** (essentiellement en communes isolées, exerçants dans les mêmes locaux) pour une activité commune et complémentaire
- Créer un **pool de remplacement**, composé d'acteurs de diverses formations et dédiés uniquement à cet effet
- Inciter le personnel accueillant à être plus ouvert et respectueux, **améliorant l'accueil** et la prise en charge des patientes (recrutement de personnel motivé, parlant plusieurs langues)
- Stopper ou limiter **les CDD de moins de 6 mois** (augmenter à une durée min de 1 an), préférer le personnel avec expérience (min 2 ans dans le domaine) aux jeunes novices
- Revoir la politique d'aide à l'installation (favoriser les **installations en communes isolées**)
- Mettre en place des **programmes attractifs de fidélisation** et de motivation du personnel soignant

**Cette future politique de santé périnatale ne dépend pas uniquement des mesures à mettre en œuvre. En effet, elle est aussi fortement liée à plusieurs autres politiques telle que :**

- La **politique d'éducation** : **scolariser** tous les enfants et mettre en place des contrôles de la scolarisation)
- La **politique socio-économique** : améliorer le **développement socio-économique**, **assainir** les quartiers difficiles (squats, bidonvilles...)
- La **politique d'immigration**
- La **politique d'aides sociales** : **responsabiliser** les patients, **conditionner** les aides sociales (afin d'éviter les incitations aux grossesses multiples et précoces) ...





# CONCLUSION



# BIBLIOGRAPHIE



- La prévention de la morbidité et de la naissance périnatale. Rapport sur le séminaire 1969 – OMS, **1971**
- Plan périnatalité national - **1970**
- La mortalité périnatale et néonatale en Guyane : Mesures et actions – ORSG, **1986**
- Surveillance et issue de grossesses en Guyane : Résultats 1984-85 – ORSG, **1986**
- Politique périnatale : Guyane, Antilles, Brésil – G. Bréart, ORSG/Inserm, **1986**
- Périnatalité : 1990-94 – Conseil Général de Guyane, DASS-PMI, **1989**
- Santé des mères et des enfants de Guyane – DASS-PMI, **1993**
- Périnatalité en Guyane – DASS-PMI, **1995**
- Vingt ans d'épidémiologie périnatale. Le point de vue du clinicien – E. Papiernik ; Revue Epidémiologique et Santé Publique V44 :597-602, **1996**
- La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995 – B. Blondel, G. Bréart & coll. ; J Gynecol Obstet biol Reprod V26 :770-780, **1997**
- La périnatalité en Guyane – T. Cardoso, DASS-PMI, **1997**
- Enquête Nationale périnatale – **1998**
- SROS II (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) 1999-2004 – **1999**
- Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998 – B. Blondel, C. Norton & coll. ; J Gynecol Obstet biol Reprod V30 :552-564, **2001**
- Périnatalité en Guyane Française : Evolution de 1992 à 1999 – T. Cardoso, JGOBR ; V32 : 345-55, **2003**
- Thèse de Doctorat : Périnatalité en Guyane, Exploitation d'un Registre d'Issue de Grossesse (RIG) – T. Cardoso, **2004**
- SROS III 2006-2010, **2004**
- Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité – J. Bouyer, G. Bréart & coll. Inserm/InVs, **2004**
- Comment mieux informer les femmes enceintes ? – Recommandations pour les professionnels de santé, HAS, **2005**
- Plan périnatal national 2005-2007, **2005**
- L'offre de soins en Guyane. Bulletin Santé N°2 – OR SG, **2005**
- PRSP (Plan Régional de Santé Publique) 2006-2009, **2006**
- Les professions de santé en Guyane, état des lieux et analyse des besoins – ORSG, **2006**
- Atlas des populations immigrées en Guyane – INSEE, **2006**
- Statistiques et indicateurs de la santé et du social. STATISS Antilles-Guyane- DSDS, **2007**
- Tableaux comparatifs régionaux : Chômage – INSEE, **2008**
- Guyane-Suriname : Une meilleure connaissance mutuelle pour une coopération renforcée – INSEE/AFD/IEDOM, **2008**
- Recensement de la population 2006. La Guyane – INSEE, **2009**
- Migration et soins en Guyane – AFD/Inserm, **2009**
- L'offre de santé dans collectivités ultramarines – Rapport du Conseil Économique, Social et Environnementale, **2009**
- Fréquence, déterminants et conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane française – ORSG/MallnGuy, **2009**
- Banque de données sanitaires. Les chiffres de la périnatalité en Guyane 2004-2008 – ORSG, **2009**
- Politique de santé périnatale : atouts et obstacles selon les professionnels de Guyane – ORSG, **2010**



# ANNEXES





**Annexe 1 - Réglementation dans le domaine de la périnatalité**

**Annexe 2 - Définition des indicateurs périnataux**

**Annexe 3 - Table des figures**

**Annexe 4 - Table des tableaux**



**19 juin 2009**

**Circulaire interministérielle DGCL/ DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182** relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. Date d'application : immédiate.

**20 août 2008**

**Décret n°2008-800** relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil, créé par **Loi n°93-22 du 8 janvier 1993 - art. 6**, relatif à l'état civil d'un enfant sans vie.

**6 mars 2007**

**Loi n°2007-293** réformant la protection de l'enfance. Indiquant le placement des services départementaux de protection maternelle et infantile sous la responsabilité et l'autorité du président du Conseil Général et extension de leurs compétences (institution d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, de dispositifs de prévention périnatale et d'un dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage).

**6 mai 2006**

**Décret n°2005-434** relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire.

**24 janvier 2006**

**Décret n°2006-72** relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique.

**4 juillet 2005**

**Circulaire** relative à la promotion de la collaboration médico - psychologique en périnatalité incitant au décloisonnement, au développement de réseaux, dans le principe de cohérence et de continuité des prises en charges des familles, et positionne le rôle des psychologues en périnatalité.

.

**8 juin 2005**

**Arrêté, circulaire DHOS/O/2005/254 du 27 mai 2005 et décret n°2005-76 du 31 janvier 2005** relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique et modifiant ce code : le décret évoque notamment l'obligation de déterminer dans le cadre du SROS III les objectifs d'implantation (identification des sites et nombre d'implantations par site) en conciliant les principes de sécurité et de proximité. Il faut identifier les différents niveaux de prise en charge pour aboutir à la création de véritables filières de soins.

**7 février 2005**

**Circulaire DHOS/O1 n°2005-67** relative à l'organisation des transports de nouveau-nés nourrissons et enfants. Indique les missions spécifiques, le cahier des charges, et précise les contraintes d'organisation de la régulation pour les SAMU néonatal et pédiatrique.

**10 novembre 2004**

**Plan périnatalité 2005-2007** visant principalement à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent, atteindre en 2008 les objectifs fixés par la **loi de santé publique du 9 août 2004**, mettre en place l'entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois, prendre en compte l'environnement psychologique de la naissance.

**24 septembre 2004**

**Circulaire DGS/SD1/2004/454** relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.

**9 août 2004**

**Loi de santé publique** visant à réduire la mortalité périnatale à 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à 5 pour 100 000.

**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 périnatalité ».

**29 mars 2004**

**Circulaire** relative au centre national de référence en hématologie périnatale décrit une coordination nationale de la prévention et des soins dans l'immunisation foëto-maternelle ainsi que dans les ictères néonataux, en lien avec les réseaux régionaux de périnatalité.

**5 mars 2004**

**Circulaire DHOS/O/2004/101** relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> 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 ».

**4 février 2004**

**Circulaire** relative à l'Hospitalisation à Domicile (HAD) qui complète le dispositif existant et préciser les modalités de développement afin d'arriver au chiffre annoncé de 8000 places en 2005. La Circulaire s'articule autour de quatre parties. La première est dédiée au rappel de principes généraux, pour ensuite dans les trois autres parties développer les particularités de prise en charge pour la Périnatalité, la Pédiatrie et la Psychiatrie.

**16 octobre 2003**

**Décret n°2003-992** relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie, la réanimation néonatale ou la réanimation.

**20 mai 2003**

**Circulaire DHOS/SDO/N°238** relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.

**4 septembre 2003**

**Ordonnance n° 2003-850** portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

**25 avril 2000**

**Arrêté** relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale. Réactualisation des dispositifs médicaux à mettre en œuvre.

**8 juillet 1999**

**Circulaire DH/EO 3 n°99-402** relative à l'**arrêté du 1<sup>er</sup> avril 1999** fixant les indices des besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

**1<sup>er</sup> avril 1999**

**Texte** fixant les besoins nationaux pour la néonatalogie et la réanimation néonatale.

**8 janvier 1999**

**Instructions** relatives à la réactualisation du rôle des Commissions Régionales de la Naissance (CRN).

**9 octobre 1998** Décrets « périnatalité »

**Décret n°98-899** modifiant le titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Ces décrets détaillent les conditions techniques de fonctionnement, déterminant les normes minimales en professionnels médicaux et non médicaux, en locaux, équipements, organisation et environnement médico-technique. Ils posent les conditions d'organisation permettant d'assurer la continuité des soins.

**Décret n°98-900** relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

**Plan périnatalité 1994**

Les principaux objectifs à atteindre : améliorer le fonctionnement des maternités, développer le travail en réseau, réduire le taux de mortalité périnatale.

---

## Quelques textes spécifiques aux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

### 26 novembre 2004

**Circulaire DGS/DHOS/DSS/DREES/04/569** relative à l'amélioration des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse : pratique des IVG en ville et en établissements de santé.

### 9 août 2004

**Loi n°2004-806** relative à la politique de santé publique : elle fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années.

### 1<sup>er</sup> juillet 2004

**Décret n°2004-636** relatif aux conditions de réalisation des IVG hors établissements de santé, modifiant le précédent **décret n°2002-796 du 3 mai 2002**.

### 16 juillet 2003

**Circulaire DGS/DHOS n° 2003-356** relative à la mise en œuvre des recommandations du groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.

### 3 mai 2002

**Décret n°2002-799** relatif à la prise en charge anonyme et gratuite des interruptions volontaires de grossesse pratiquées sur des mineures sans consentement parental.

**Décret n°2002-797** relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé.

**Décret n°2002-796** fixant les conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissement de santé, modifié par le **décret n°2004-636 du 1er juillet 2004** relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé.

**Décret n°2002-778** relatif à l'interruption de grossesse pour motif médical.

### 4 juillet 2001

**Loi n° 2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception** : elle allonge le délai de recours à l'IVG, prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine ambulatoire, les conditions de recours aux consultations psycho-sociales sont modifiées.

### Mars 2001

**Recommandations ANAES de mars 2001** sur la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines.

### Naissance

Toutes **naissances** survenues sur le territoire français font l'objet d'une déclaration à l'état civil. Cette déclaration doit être faite dans les trois jours suivant l'accouchement, le jour de l'accouchement n'étant pas compté dans ce délai. En outre, si le dernier jour du délai est férié, celui-ci est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable qui suit le jour férié.

Depuis mars 1993, l'officier de l'état civil enregistre un acte de naissance si l'enfant a respiré. Dans le cas contraire, il enregistre un acte d'enfant sans vie. Les renseignements sont demandés au déclarant, et chaque fois qu'il est possible, contrôlés d'après le livret de famille.

### Taux de natalité

Le **taux de natalité** est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

### Taux de fécondité

Le **taux de fécondité** à un âge donné (ou pour une tranche d'âges) est le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

Par extension, le taux de fécondité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à l'ensemble de la population féminine en âge de procréer (nombre moyen des femmes de 15 à 50 ans sur l'année). A la différence de l'indicateur conjoncturel de fécondité, son évolution dépend en partie de l'évolution de la structure par âge des femmes âgées de 15 à 50 ans.

### Indicateur conjoncturel de fécondité

L'**indicateur conjoncturel de fécondité**, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

Remarque : Il ne faut pas perdre de vue que les taux utilisés dans le calcul sont ceux observés au cours d'une année donnée dans l'ensemble de la population féminine (composée de plusieurs générations) et ne représentent donc pas les taux d'une génération réelle de femmes. Il est probable qu'aucune génération réelle n'aura à chaque âge les taux observés. L'indicateur conjoncturel de fécondité sert donc uniquement à caractériser d'une façon synthétique la situation démographique au cours d'une année donnée, sans qu'on puisse en tirer des conclusions certaines sur l'avenir de la population.

### Enfant sans vie

En règle générale, un enfant doit être déclaré à l'état civil dès lors que la gestation a duré au moins 180 jours. Depuis mars 1993, un acte "**d'enfant sans vie**" est dressé uniquement s'il n'est pas établi que l'enfant est né vivant et viable. Il en est ainsi:

- lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né vivant, mais non viable. L'officier de l'état civil dresse l'acte sur production d'un certificat médical quelle que soit la durée de gestation ;

- lorsque l'enfant est décédé avant la déclaration de naissance à la mairie, sans certificat médical précisant qu'il est né vivant et viable ;

- lorsque l'enfant est mort-né. Depuis la circulaire du 30 novembre 2001, un bulletin d'enfant sans vie peut être établi dès 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant a atteint un poids de 500 grammes (critère de viabilité de l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS).

Jusqu'en février 1993, si l'enfant était vivant au moment de la déclaration, l'officier d'état civil enregistrait un acte de naissance. Dans le cas contraire il enregistrait un acte "d'enfant sans vie", que l'enfant ait vécu ou non. Cet acte pouvait encore être dressé lorsque la déclaration était faite plus de trois jours après l'accouchement.

En 2008, un nouveau changement législatif a eu lieu. En effet, le décret n°2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Les critères de durée de gestation, 22 semaines d'aménorrhée, ou de poids, 500 grammes, ne sont plus pris en compte.

L'enregistrement s'effectue dans la commune de naissance ou dans la commune où l'enfant se trouvait au moment où l'on a constaté qu'il était sans vie.

### **Taux de mortalité**

Le **taux de mortalité** est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

### **Taux de mortalité maternelle**

Le **taux de mortalité maternelle** est le rapport du nombre de décès maternels observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé en taux annuel pour 100 000 naissances vivantes.

D'après la classification internationale des maladies (CIM 9) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, la mort maternelle est "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite".

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un des facteurs ci-dessus » ;
- « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse ».

La mortalité maternelle est liée à l'état de santé maternel et à la qualité des soins obstétricaux pendant la période périnatale. Au sein de l'Union européenne, les enquêtes confidentielles des



comités d'experts sur la mortalité maternelle rapportent que 40 à 60 % des causes de décès maternels sont associées à des soins non optimaux compte tenu du niveau de développement et d'accès de notre système de santé. C'est particulièrement le cas de certaines causes de décès maternels comme les hémorragies du post-partum, où environ 75 % des cas sont associés à des facteurs potentiellement évitables.

L'amélioration du certificat de décès permet de savoir si le décès maternel est survenu pendant une grossesse ou moins d'un an après.

L'évolution du taux de mortalité maternelle sera suivie dans le temps. De plus, il est informatif de suivre le taux de mortalité maternelle selon les causes de décès (voir infra), selon l'âge et selon l'accessibilité du système de santé aux mères.

### **Morbidité périnatale**

Ensemble de la pathologie liée aux facteurs périnataux (prématurité, infection materno-fœtale, hypotrophie, malformations congénitales, etc.).

### **La mortalité foeto-infantile**

La **mortalité foeto-infantile** regroupe la **mortinatalité** et la **mortalité infantile**.

Elle sert habituellement d'indicateur de l'état de santé d'une population et de la performance du système de santé d'un pays. C'est le reflet de la qualité des soins dispensés pendant la grossesse et la période périnatale.

### **Taux de mortinatalité**

Le **taux de mortinatalité** est le nombre de fœtus ou d'enfants mort-nés d'un poids supérieur ou égal à 500g ou d'un terme supérieur à 22 semaines d'aménorrhées, pour 1 000 naissances totales (vivantes et mort-nés) dans un lieu donné et à un moment donné. Lorsque ce taux est analysé selon l'âge gestationnel et le poids de naissance, il fournit des informations sur la mortalité évitable et la qualité du système de soins périnataux.

### **Taux de mortalité périnatale**

La **mortalité périnatale** regroupe la **mortinatalité** et la **mortalité néonatale précoce** (entre 0 et 6 jours). C'est le nombre de mort-nés et de décès néonataux précoces pour 1000 naissances totales (nés vivants et mort-nés).

### **Taux de mortalité néonatale**

Le **taux de mortalité néonatale** est le rapport du nombre d'enfants décédés avant 28 jours pour 1000 naissances vivantes dans un lieu donné et à un moment donné. Ce taux est subdivisé en : **taux de mortalité néonatale précoce** (0 à 6 jours) et **taux de mortalité néonatale tardif** (7 à 27 jours), toujours pour 1 000 naissances vivantes dans un lieu donné et à un moment donné.

### **Taux de mortalité post-néonatale**

Le **taux de mortalité post-néonatale** est le rapport du nombre d'enfants décédés entre 28 jours et 1 an, pour 1000 naissances vivantes dans un lieu donné et à un moment donné.

### **Taux de mortalité infantile**

Le **taux de mortalité infantile** est le nombre d'enfants décédés à moins d'un an rapporté à 1 000 naissances vivantes de la même année, dans un lieu donné. Cela correspond aux décès de la première année de vie. Elle se décompose en : **mortalité néonatale précoce** (entre 0 et 6 jours), **mortalité néonatale tardive** (entre 7 et 27 jours) et **mortalité post-néonatale** (entre 28 jours et un an).

### **Taux de prématurité**

Le **taux de prématurité** est le nombre de naissances vivantes et de décès à chaque semaine de gestation (en débutant à 22 semaines) par rapport au nombre total de naissances (vivantes et mort-nés) dans un lieu donné et à un moment donné.

La distribution est présentée comme suit :

- 22 à 36 semaines de gestation (naissance prématurée),
- 37 à 41 semaines de gestation (naissance à terme),
- 41 semaines de gestation et plus (naissance "post-terme").

Les naissances prématurées peuvent être subdivisées en :

- 22 à 27 semaines de gestation : très grand prématuré, comprenant de 22 à 25 semaines de gestation, l'extrême prématurité,
- 28 à 31 semaines de gestation : grand prématuré,
- 32 à 36 semaines de gestation : prématuré.

On considère la prématurité comme un des plus importants déterminants de la mortalité périnatale et infantile, et sa prévention comme un enjeu de santé publique important. La prématurité est une complication majeure de la grossesse et le principal facteur associé à la morbidité et la mortalité de la période périnatale. La morbidité néonatale et/ou infantile associée aux naissances d'enfants prématurés comprend des troubles neurologiques du développement, des troubles respiratoires chroniques, des pathologies infectieuses... Chez les prématurés qui grandissent, les taux de déficience, d'incapacité et de handicap sont sensiblement plus élevés que chez les enfants nés à terme. Le taux de prématurité est entre 7 à 10 fois plus élevé pour les naissances multiples que pour les naissances simples. De plus, le coût des soins de santé associés à la prématurité est élevé. La post-maturité est également associée à des problèmes de santé au cours de la période périnatale.

### **Taux de naissances de faible poids**

Le **taux d'hypotrophie fœtale** est le nombre de naissances d'enfants (vivants et mort-nés) dont le poids à la naissance se situe au-dessous du seuil donné, par rapport au nombre total de naissances d'enfants (vivants et mort-nés) dans un lieu donné et à un moment donné.

A la naissance, un enfant est considéré comme hypotrophique si son poids de naissance est inférieur à un seuil fixé en fonction de la durée de la gestation : en général, ce seuil est le 10e percentile de la distribution du poids de naissance pour la durée de la gestation dans une population de référence.

<i>Figure 1: Carte de la Guyane</i> .....	31
<i>Figure 2 : Pyramide des âges (Insee - 2004)</i> .....	33
<i>Figure 3 : Composantes de la mortalité foeto-infantile (source ORSG)</i> .....	41
<i>Figure 4 : Evolution de la mortalité périnatale en Guyane et en France de 1970 à 2007</i> .....	46



<b>Tableau 1</b> : Somme des contraceptifs vendus aux pharmacies par les 2 grossistes pharmaceutiques COPHAGUY et SPG.....	61
<b>Tableau 2</b> : Incidence annuelle des IVG en Guyane .....	61
<b>Tableau 3</b> : Répartition des naissances par lieux d'accouchement.....	62
<b>Tableau 4</b> : Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes en 2007 .....	63
<b>Tableau 5</b> : Age de la grossesse lors de la première consultation prénatale .....	62
<b>Tableau 6</b> : Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre de visites prénatales effectuées .....	62
<b>Tableau 7</b> : Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre d'échographies effectuées en cours de grossesse .....	63
<b>Tableau 8</b> : Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché .....	63
<b>Tableau 9</b> : Taux de prématurité.....	63
<b>Tableau 10</b> : Taux de naissance de faibles poids.....	63
<b>Tableau 11</b> : Principaux indicateurs de mortalité en périnatalité .....	62



**OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE 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)

Tél. : **(0594) 29.78.00** - Fax : **(0594) 29.78.01**