

BANQUE DE DONNEES SANITAIRES

*Les chiffres de la périnatalité,
en Guyane, 2004-2009*

Volet "Contraception, IVG et Périnatalité"

Banque de données sanitaires

Observatoire
Régional de la
Santé de
Guyane

Téléphone
05 94 29 78 00
Télécopie
05 94 29 78 01
Courriel
orsg@wanadoo.fr
Site
www.ors-guyane.org

LES PRODUCTEURS DE DONNÉES



SPG
Société Pharmaceutique Guyanaise



Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Sous la Présidence du Docteur Roger-Michel LOUPEC

Espace Bertène JUMINER

771, rte de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex

Site : www.ors-guyane.org - E-mail : 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 :

Céline GOBER, Chargée d'études

Avec la collaboration de :

Marie-Thérèse DANIEL, Responsable de la Cellule Documentation

Romain ALLEN, Aide documentaliste

Sylvaine LAUBE, Assistante de documentation

Promoteurs :

Agence Régionale de Santé de la Guyane (ARS)

16, rue Schoelcher
BP 696 - 97300 Cayenne
Téléphone : 05 94 25 49 89
Télécopie :
site internet : www.ars.guyane.sante.fr

Conseil Régional de la Guyane

Cité Administrative régionale (CAR)

Carrefour Suzini - Route de Montabo
BP 7025 - 97 307 Cayenne
Téléphone : 05 94 31 95 22
Télécopie : 05 94 29 20 00
Site internet : www.cr-guyane.fr

Responsable de l'étude :

Melle Céline GOBER

Responsable Cellule Documentation

Observatoire Régional de la Santé de Guyane
Téléphone : 05 94 29 78 15
Courriel : celinegober.orsg@yahoo.fr

Méthodologistes :

Dr Alain FONTAINE

Ministère de la Santé

Groupe d'Experts Périnatalité (2008/2009)

Dr CARLES	Chef du Service de Maternité du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG)
Dr CLAYETTE	Chef du Service Maternité au Centre Médico Chirurgical de Kourou (CMCK)
Dr GRENIER	Département des Centres de Santé
Mme JEAN BAPTISTE	Présidente du SNIIL
Dr Roger-Michel LOUPEC	Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)
Mme NAMER	Représentante des infirmiers libéraux
Dr NTABE	Médecin Coordinateur et Mme GAUDAIRE, Sage-femme Coordinatrice du Réseau PERINAT
Dr Ghislain PATIENT	Président du Réseau PERINAT
Mme RAVIN	Sage-femme Chef Service Maternité du Centre Hospitalier André Rosemon (CHAR)
Mme Evelyne ROBIN	Sage-femme Libérale
Dr Christophe SAEZ	Responsable de la Cellule Études et Recherches en Santé Publique (DSP)

Membres du Conseil scientifique de la BDD

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

Conseil Scientifique de l'ORSG

Dr Serge PLENET	Président du Conseil Scientifique de l'ORSG, Biologiste Médical
Mme Léonne AGELAS	Pôle des Centres de Santé du Centre Hospitalier Andre Rosemon de Cayenne (CHAR)
Mme Yvane BERTRAND	Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS)
Dr. Alain BOUIX	Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)
M. Jean-Claude COURBAIN	Directeur Régional de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)
M. Philippe DAMIE	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)
M. Claude FLAMAND	Cellule Inter Régional d'Epidémiologie (CIRE)
M. Hugue HORATIUS-CLOVIS	Responsable démographie de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)
Mme Hélène MATHURIN	Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
Dr Mathieu NACHER	Personne es qualité
Dr Etienne PASCOLINI	Médecin Conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) Guyane
Mme Ghislaine PREVOT	Maître de conférence Biochimie-microbiologie, Responsable Filière Science-vie, Présidente du Conseil des Etudes de l'Institut d'Etude Supérieur de la Guyane (IESG) Campus Pôle Universitaire Guyanais
Dr. André SPIEGEL	Directeur de l'Institut Pasteur de Guyane
Dr. Marie-Josée VEZOLLES	Représentant le Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)
M. Claude FLAMAND	Représentant de la Cire Antilles-Guyane

Conseil d'Administration de l'ORSG

Dr. Roger-Michel LOUPEC	Président du Conseil d'Administration de l'ORSG Conseiller Régional
Mme Aline ABAUL-BALUSTRE	Présidente Ordre National des Pharmaciens Délégation de Guyane
M. Alex ALEXANDRE	Conseiller Général
Dr. Pilippe BONNET	Pédiatre, Représentant la CME du CHAR
Mme Lydie CARISTAN	Conseillère Régionale
Mme Sandrine CHANTILLY	Représentant le Directeur de la Direction de la Santé et de la Prévention (DSP)
M. Philippe DAMIE ou Hélène DUPLAN	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Responsable Observation statistique
M. René DORVILLE	Directeur de l'IES
M. Mécène FORTUNE	Conseiller Régional
Mme Ghislaine PREVOT	Représentant le Directeur de l'Institut d'Etudes Supérieures de la Guyane (IESG)
Dr. Yves HO TCHOU LIONG ou Dominique LOUVEL	Président de l'Ordre des Médecins, Domus Médica
M. Michel MONTLOUIS-DEVA	Conseiller Régional
M. Renaud MORTEMARD DE BOISSE	Président de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane (CGSS)
Mme Isabelle PATIENT	Conseillère Régionale
M. Jean-Louis ROME	Payeur Régional, Paierie Régionale
Mme Aude SEVERIN	Directrice de la DSP
Dr. André SPIEGEL	Directeur de l'Institut Pasteur
M. Alain TIEN-LIONG ou M. Fabien CANAVY	Président du Conseil Général Vice Président du Conseil Général
M. Jean-Pierre T. ROUMILLAC ou Joséphine CHARLES	Association des Maires ou son représentant Directrice de l'association des Maires

L'Equipe de l'ORSG

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

Comité de lecture de l'ORSG

Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON	Directeur de l'ORSG
Marie-Thérèse DANIEL	Responsable de la Cellule de Documentation
Jean-Rémy GOUGAUD	Responsable par intérim de la Cellule Etudes
Priscillia BOMPARD	Chargée d'études, Cellule Etudes
Roselyne MAKALU	Chargée d'études, Cellule Documentation

Ce rapport a été réalisé par l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG) en collaboration avec le Dr Alain FONTAINE de la MASPRAS et avec le soutien du GRSP et du Conseil Régional de la Guyane.

Nous adressons nos remerciements aux producteurs de données et sources d'informations qui ont bien voulu collaborer en transmettant les chiffres qu'ils possèdent.

Ainsi qu'à tous ceux qui ont permis de faire avancer ce projet grâce à leur soutien constant, leur appui méthodologique, notamment tous les membres du Conseil scientifique de la Banque de données, les membres du Conseil scientifique de l'ORSG, les membres du Groupe d'experts " PERINAT " et les membres du Comité de pilotage de la Banque de données.

Ce recueil d'indicateurs a été préparé, sous la coordination de l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG), par un ensemble de partenaires, acteurs, sources et producteurs de données dans le champ de la santé : Institut national de la statistique et des études économiques de la Guyane (INSEE), Caisse générale de sécurité sociale de la Guyane (CGSS), Agence régionale de la santé de Guyane (ARS), Conseil général de la Guyane, les grossistes pharmaceutiques.

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

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

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

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

Bonne lecture.

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

INTRODUCTION	17
1. DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION	19
1.1 Qu'est-ce que la périnatalité	21
1.2 Les périodes périnatales	22
2. Contraception et IVG	27
2.1 Contexte	29
2.2 Choix des indicateurs	32
2.2.1 Contraception	32
2.2.2 Les interruptions volontaires de grossesse (IVG)	33
2.3 Faits marquants : contraception et IVG en Guyane de 2004 à 2009 ..	35
Indicateur : Nombre de contraceptifs vendus par les grossistes	38
Indicateur : Fréquence des prescriptions de contraception d'urgence dans	40
les structures de prévention	40
Indicateur : Incidence annuelle des IVG et proportion d'IVG parmi les	44
conceptions	44
3. GROSSESSE ET SUIVI DE LA GROSSESSE	47
3.1 Contexte	49
3.2 Choix des indicateurs : grossesse et suivi de la grossesse	51
3.2.1 Indicateurs globaux	52
3.2.2 Prise en charge des grossesses pathologiques	52
3.2.3 Suivi et prise en charge	53
3.2.4 Offre de soins	53
3.3 Faits marquants : suivi de la grossesse en Guyane de 2004 à 2009 ..	54
Indicateur : Caractéristiques socio démographiques des femmes ayant	58
accouché	58
Indicateur : Proportion de grossesses pathologiques	62
Indicateur : Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures	64
Indicateur : Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant	66
accouché	66
Indicateur : Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de	68
grossesse	68
Indicateur : Qualité du suivi des femmes enceintes : nombre de visites	70
prénatales	70
Indicateur : Qualité du suivi des femmes enceintes : terme de la première	72
consultation prénatale	72
Indicateur : Qualité du suivi des femmes enceintes : Nombre d'échographies	74
pendant leur grossesse	74
Indicateur : Densité de sages femmes	76
Indicateur : Densité de gynéco-obstétriciens	78
Indicateur : Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de	80
l'année n	80
4. NAISSANCE ET ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT	83
4.1 Contexte	85
4.2 Choix des indicateurs : naissance et issue de l'accouchement	85
4.2.1 Indicateurs globaux	86
4.2.2 Les taux de mortalité	87
4.2.3 Santé du nouveau-né	88

4.2.4 Naissance	89
4.2.5 Offre de soin	89
4.3 Faits marquants : suivi de la grossesse en Guyane de 2004 à 2009	89
Indicateur : Proportion d'Interruptions médicales de Grossesse (IMG) pratiquées en Guyane	92
Indicateur : Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n	94
Indicateur : Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)	96
Indicateur : Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	98
Indicateur : Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances totales)	100
Indicateur : Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	102
Indicateur : Répartition de la mortalité infantile par causes de décès	104
Indicateur : Taux de prématurité	106
Indicateur : Taux de naissances de faibles poids	108
Indicateur : Répartition des naissances par type de lieux d'accouchement	110
Indicateur : Ratio du nombre de naissances par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n	112
5. PRÉSENTATION DES PRODUCTEURS DE DONNÉES	115
5.1 L'Agence régionale de santé (ARS)	117
5.2 Les centres délocalisés de prévention et de soins (CHAR)	118
5.3 Les Départements de l'information médicale (DIM) des centres hospitaliers	119
5.4 La Direction de la solidarité et de la prévention (DSP)	120
5.5 L'institut national de la statistique et des études économiques	121
5.6 L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	123
5.7 La caisse générale de sécurité sociale (CGSS)	123
5.8 Le Rectorat de la Guyane	124
5.9 Les grossistes pharmaceutiques	124
6. ANNEXES	125
6.1 Propositions d'études	127
6.2 Index des travaux	133
6.3 Références bibliographiques	135

ALD	Affection longue durée
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de la santé
CDPS	Centres délocalisés de prévention et de soins
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm
CHAR	Centre hospitalier Andrée Rosemon (centre hospitalier de Cayenne)
CHOG	Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (Franck Joly)
CMCK	Centre médico-chirurgical de Kourou
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
DRSM	Direction régionale du Service médical
DSDS	Direction de la santé et du développement social
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
GRSP	Groupement régional de santé publique
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IMG	Interruption médicale de grossesse
PMI	Protection maternelle et infantile
RIG	Registre d'issues de grossesses
SIS	Système d'information sanitaire
ND	Non disponible

Ce recueil d'indicateurs a été commandé par l'Agence régionale de la santé (anciennement GRSP) de la Guyane et rentre dans le cadre de l'élaboration du prochain Plan régional de santé publique (PRSP) prévu en 2010.

Il fait suite d'une part au travail en étroite collaboration avec le Dr Alain FONTAINE, Epidémiologiste à la Mission de l'analyse stratégique, de la prospective, de la recherche et de l'appui scientifique (MASPRAS) de la Direction Générale de la santé (DGS) et d'autre part aux réunions de travail d'un groupe d'experts et d'un Conseil scientifique qui, sous l'égide de l'ORSG et du GRSP, ont été réunis pour proposer et définir les indicateurs prioritaires à suivre pour le volet suivant: Contraception, IVG et Périnatalité.

Le choix définitif des indicateurs de suivi pour la thématique "Périnatalité" a été établi selon le processus suivant :

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

Deuxièmement, en fonction de la remontée d'informations des acteurs de terrain enquêtés entre février et avril 2008. A cette occasion, les professionnels de terrain avaient pu s'exprimer et mentionner quels seraient leurs besoins en information pour la problématique périnatale. La population enquêtée était composée des centres délocalisés de prévention et de soins, des centres de PMI (tout le territoire), des services de maternité et de gynécologie-obstétrique des centres hospitaliers et du Centre de santé guyanais (ancienne Clinique Véronique), du Réseau PERINAT Guyane, de l'Union régionale des médecins libéraux de Guyane (URMLG).

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

Tout au long de ce rapport, quelques informations sociodémographiques ont été recueillies. Notamment la commune de résidence de la mère afin de permettre, à terme, d'effectuer des regroupements géographiques, les tranches d'âge (moins de 15 ans, 15-18 ans, 19-35 ans et plus de 35 ans) et l'origine ethnique de la mère.

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

Le Volet "Contraception, IVG et Périnatalité" sera actualisé chaque année sous la forme de fiches d'indicateurs et cette première partie vient mettre à jour les chiffres, jusqu'à lors

disponible au centre de documentation.

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

1. DELIMITATION DU CHAMP D'INVESTIGATION

1.1 Qu'est-ce que la périnatalité

La périnatalité englobe une succession d'étapes. 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 à la **naissance** humaine : la période préconceptionnelle, la grossesse, l'accouchement, la période post-natale, les sujets connexes sur la petite enfance.

La périnatalité concerne, dans un premier temps, la naissance : la grossesse, l'accouchement, le suivi de la mère et du nouveau-né pendant et après la naissance.

Puis dans un second temps, elle concerne également la **contraception** chez la femme et les **interruptions volontaires de grossesse** (IVG).

Cette période de la vie d'une femme est très délicate. En effet, la mère et l'enfant sont à prendre en charge tant psychologiquement, socialement que médicalement. Nous savons, aujourd'hui, qu'une grossesse non suivie ou mal suivie peut engendrer de nombreux problèmes.

En effet, une mère qui n'a pas d'appui familial, social ou qui ne bénéficie pas de conseils appropriés peut très mal vivre sa grossesse. Les conséquences peuvent être diverses : une IVG non réellement désirée, une dépression, un rejet de l'enfant à la naissance ("baby blues")...

De même, lors de premières grossesses et pour les grossesses chez les mineures, le manque d'expérience des futures mamans peut être un facteur de risque pour la santé de la mère et de l'enfant.

Les structures médicales doivent être opérationnelles afin de pouvoir prendre en charge efficacement les mères.

Les professionnels et les établissements de santé ont pour principale mission de réduire les risques liés à la grossesse : mortalité maternelle, mortalité périnatale, mortalité néonatale et post natale, mortalité infantile.

L'importance d'un suivi psychologique et sociale a été démontrée. Mais le plus important reste le suivi médical.

Un suivi, par un médecin ou par une structure sanitaire (PMI¹, centre de santé), est primordial pour apporter aux mères un certain nombre d'informations complémentaires afin

¹ Protection Maternelle et Infantile

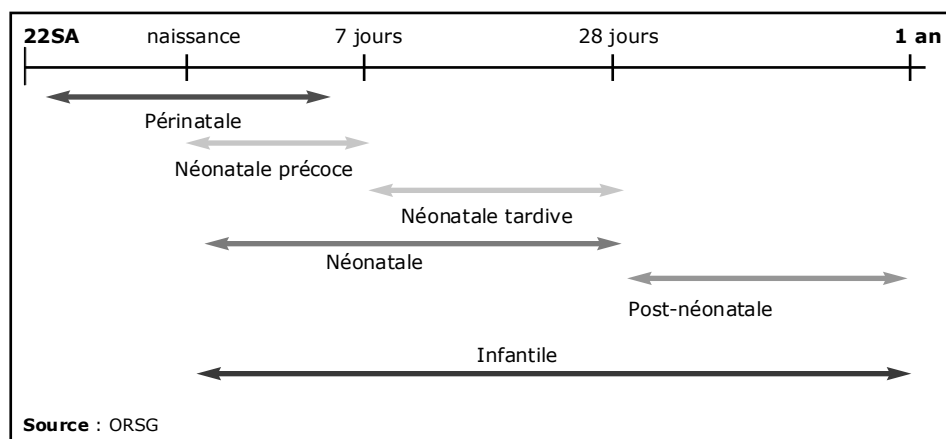
qu'elles vivent au mieux leur grossesse et qu'elles accueillent leur enfant dans de bonnes conditions.

Pour cela, le volet périnatal du SROS² 2^{ème} génération fixait les objectifs suivants :

- La coopération entre établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale ;
- L'organisation de l'orientation de la femme enceinte, en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant ;
- Les transferts des enfants entre les unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Aujourd'hui, la périnatalité est une priorité de santé publique. Un volet lui est réservé dans l'élaboration des Plans Régionaux de la Santé Publique (PRSP).

1.2 Les périodes périnatales



Période périnatale : période allant de la phase préconceptionnelle (22SA) au 7^{ème} jour après la naissance.

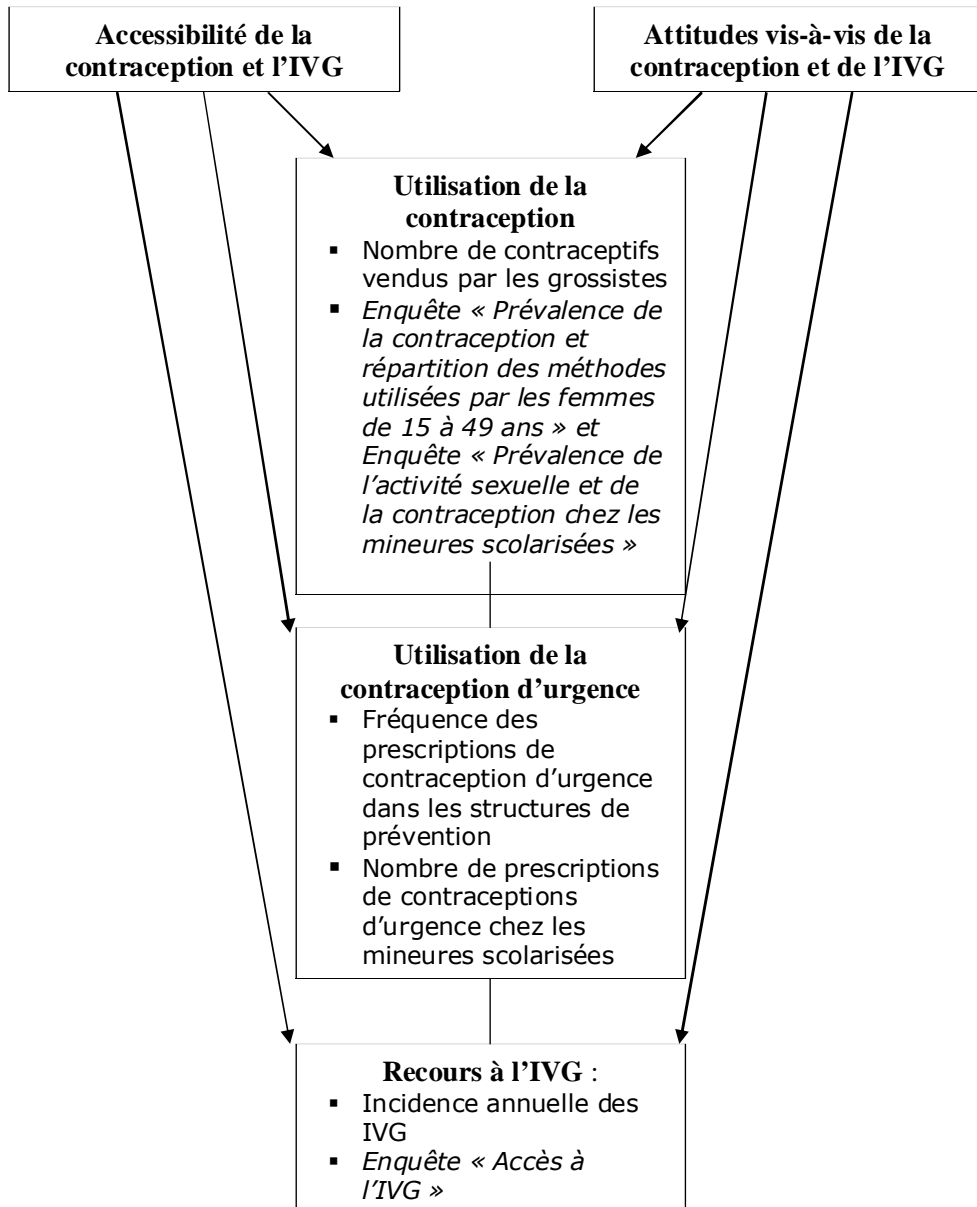
Période néonatale précoce : période allant du 1^{er} jour de naissance au 7^{ème} jour après la naissance.

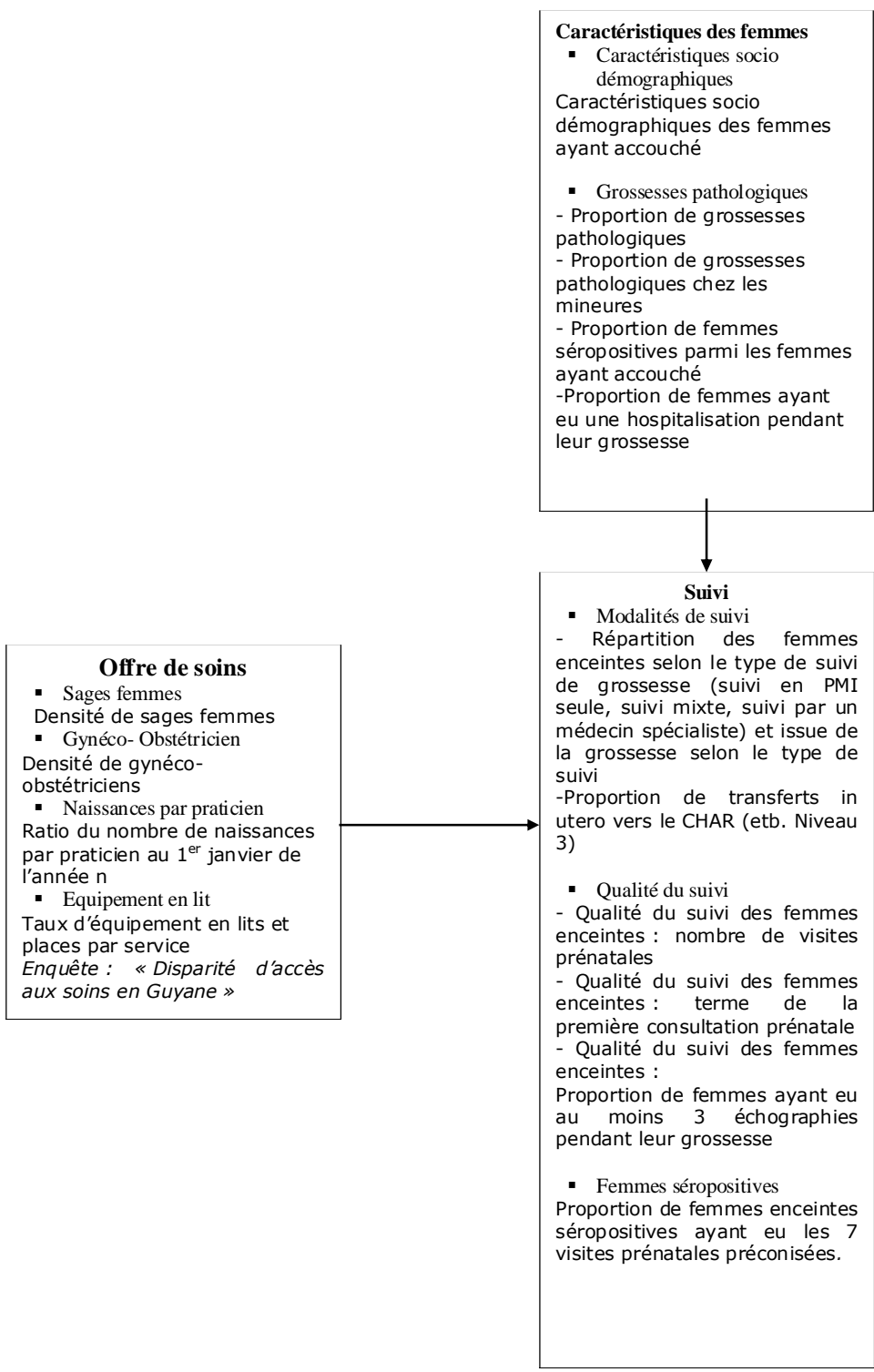
Période néonatale tardive : période allant du 7^{ème} jour après la naissance au 28^{ème} jour suivant la naissance.

Période néonatale : période allant de la naissance au 28^{ème} jour suivant la naissance (période néonatale précoce et tardive incluses)

Période post-néonatale : période allant du 28^{ème} jour après la naissance à 1 année de vie.

Période infantile : période allant de la naissance à une 1 année de vie





Offre de soins

- Nombre de naissances par praticiens
- Ratio du nombre de naissances et nombre d'accouchements par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers au 1^{er} janvier de l'année n
- Equipements en lits
- Taux d'équipement en lits relatifs au pôle mère -enfant
- Puéricultrices
- Nombre de puéricultrices « équivalent plein temps »

Utilisation du Système

- Répartition des naissances par type de lieux d'accouchements
- *Enquête « les diagnostics principaux des transferts et évacuations sanitaires des femmes enceintes et nouveau-nés vers la Métropole ou les Antilles*

Issues et suites de la grossesse

- Fausses couches tardives
- Proportion de fausses couches tardives
- Interruptions médicales de grossesse
- Taux d'Interruptions médicales de Grossesses (IMG) pratiquées en Guyane
- Naissances vivantes et mort-nés
- Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n
- Mortalité des enfants
- Taux de mortalité
 - Taux de mortalité néonatale
 - Taux de mortalité périnatale
 - Taux de mortalité infantile
 - Répartition de la mortalité infantile par causes de décès
 - Mortalité maternelle
- Taux de mortalité maternelle
- Morbidité
- Taux de prématurité
 - Taux de naissances de faible poids
 - Proportion de nouveau-nés ayant un score d'APGAR à 5 minutes inférieur à 7

2. CONTRACEPTION ET IVG

2.1 Contexte

Malgré le nombre important de femmes et de couples utilisant un moyen de contraception, le nombre de grossesses non désirées reste élevé comme le montrent les résultats de différentes enquêtes épidémiologiques.

En 1993, l'état des lieux de la contraception en France étaient la suivante. Plus de deux femmes sur trois entre 20 et 49 ans (69 %) utilisaient une méthode contraceptive. Les autres, qui n'en utilisaient pas, n'étaient pas pour autant exposées au risque d'une grossesse non désirée : 7% étaient stériles (ou leur partenaire) naturellement ou avaient subi une opération stérilisante, 11 % n'avaient pas de partenaire sexuel, enfin 8% étaient enceintes ou cherchaient à le devenir. Il ne restait donc que 3% de femmes n'entrant dans aucune des catégories ci-dessus, et disant ne plus vouloir d'enfants et n'utiliser aucune méthode contraceptive.

La pilule était de loin la première méthode contraceptive, avec 36 % d'utilisatrices parmi les femmes d'âge fécond (20-49 ans). Le stérilet occupait la seconde place, avec 16 %. Les autres méthodes n'occupaient plus qu'une place restreinte, le préservatif (5 %) devançant légèrement l'abstinence périodique (4 %) ; le retrait, méthode traditionnelle des couples français jusque dans les années soixante, n'était plus déclaré que par 2% d'entre eux. Pour 100 femmes de 20-49 ans pratiquant une contraception, 56 prenaient la pilule, 25 le stérilet et 19 une autre méthode.

Le préservatif était souvent utilisé en association avec une autre méthode contraceptive : au total 7% des femmes et 12 % des hommes de 20 à 49 ans avaient déclaré l'utiliser dans le mois de l'enquête.

Selon L'enquête COCON menée en 2000-2004 par une équipe conjointe INSERM (U 569)-INED, "l'usage des méthodes contraceptives s'est largement répandu en France durant les vingt cinq dernières années". Les données les plus récentes montrent que deux des méthodes contraceptives réversibles sont utilisées par 83% des femmes : la pilule par 60% des femmes et le stérilet par 23%.

Les autres méthodes sont utilisées par 16% des utilisatrices avec une place prépondérante pour le préservatif masculin puisqu'il représente à lui seul les 2/3 de ces méthodes. Les stérilisations ont concerné, pour cette même année, 5% des femmes. L'utilisation de la pilule et du stérilet semble corrélée à l'âge de la femme et au nombre d'enfants qu'elle a : la pilule est très utilisée par les jeunes femmes (86% des femmes âgées de 20 à 24 ans) alors que le stérilet est plus utilisé par des femmes plus âgées (40% des femmes âgées de 40 à 44 ans) et par celles qui ont des enfants (40% des femmes qui ont 2 enfants).

³ Guibert-Lantoine Catherine de, Leridon Henri, "La contraception en France : un bilan après 30 ans de libéralisation", *Population*, 53 (4), 1998, p. 785-812

D'après le Baromètre santé 2005⁴, 71 % des personnes âgées de 15 à 54 ans, ayant eu une activité sexuelle dans les 12 derniers mois, déclarent faire quelque chose pour éviter une grossesse. Les méthodes contraceptives médicales sont les plus répandues et parmi elles la pilule. La pilule de loin le contraceptif le plus utilisé et ce quel que soit l'âge (sauf chez les 45-54 ans qui sont plus nombreuses à porter un stérilet). On constate une nette augmentation de son emploi au fil des ans, même si son usage tend depuis 5 ans à se stabiliser. Parmi les femmes qui déclarent " faire quelque chose pour éviter une grossesse " en 2005, près de 60 % utilisent la pilule (57,4 %).

Les méthodes contraceptives médicales sont les plus répandues et parmi elles la pilule. La pilule de loin le contraceptif le plus utilisé et ce quel que soit l'âge (sauf chez les 45-54 ans qui sont plus nombreuses à porter un stérilet). On constate une nette augmentation de son emploi au fil des ans, même si son usage tend depuis 5 ans à se stabiliser. Parmi les femmes qui déclarent " faire quelque chose pour éviter une grossesse " en 2005, près de 60 % utilisent la pilule (57,4 %).

C'est chez les jeunes que l'usage de la pilule est le plus important, puisqu'en 2005 près de 80,8 % des femmes de 20-24 ans l'utilisaient. En revanche, son utilisation diminue à partir de 35 ans au profit du stérilet.

L'emploi du stérilet a aussi évolué : c'est le second moyen de contraception le plus utilisé en France puisqu'il concerne en 2005, 24,2 % des Françaises.

Le recours au stérilet reste le fait des femmes plus âgées et ayant déjà eu des enfants : son utilisation est marginale (4,3 %) chez les moins de 30 ans et ne concerne que 2,4 % des femmes sans enfant.

L'enquête révèle entre autre qu'il y a une utilisation de plus en plus fréquente d'un contraceptif lors du premier rapport sexuel. En effet, seules 8,9 % des femmes qui ont eu leur premier rapport au cours des 5 dernières années n'ont pas utilisé de moyen de contraception lors de ce premier rapport (tandis qu'elles étaient presque 30 % parmi celles qui ont eu leur premier rapport avant 2000.)

Plus spécifiquement, le recours au préservatif lors du premier rapport a régulièrement et fortement augmenté depuis 20 ans. Ainsi, environ 85 % des jeunes ayant eu leur premier rapport entre 2000 et 2005 ont alors utilisé un préservatif.

Malgré la diversité des méthodes de contraception disponibles, les campagnes d'information préventives et un taux de recours et de diffusion de la contraception les plus élevés d'Europe, la France voit le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) se stabiliser à un niveau élevé (un peu plus de 200 000 IVG par an) et tendre même à augmenter dans certaines tranches d'âge.

⁴ Extrait du rapport CONTRACEPTION : QUE SAVENT LES FRANÇAIS ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux 2007

Le recours à la contraception et à l'IVG sont fortement liés. Tous deux servent à prévenir les grossesses non désirées. L'usage de la contraception d'urgence intervient lorsque la contraception préventive a été inefficace ou inexistante. L'accès à l'IVG n'intervient que lorsque la contraception préventive et la contraception d'urgence se sont révélées être inefficaces.

Le recours à l'IVG dans les DOM

Le recours à l'IVG est toujours plus fréquent dans les DOM, dans le sud et en Île-de-France en métropole. Avec un taux moyen de 28 IVG pour 1000 femmes, la fréquence de recours à l'IVG dans les DOM est deux fois plus importante qu'en métropole. On observe une légère tendance à la baisse du recours à l'IVG dans les DOM depuis une dizaine d'années. Cette diminution ne concerne toutefois pas les mineures, pour qui le recours à l'IVG augmente comme en métropole.

En Guyane, les taux de recours sont particulièrement élevés, supérieurs à 36 IVG pour 1000 femmes. Le recours à l'IVG reste particulièrement important chez les mineures en Guyane où il concerne environ 3 mineures sur 100, alors qu'en métropole les taux de recours départementaux chez les mineures ne dépassent pas 1,8 pour 100. On dénombre en 2006 près de 1914 IVG pratiquées en Guyane soit un taux de 36,7 pour 1000 femmes.

Le Plan régional de santé publique (PRSP) de la Guyane préconise un accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

Les raisons d'un fort taux de grossesses non désirées en Guyane et de l'inaccessibilité à l'IVG pour certaines femmes, doivent être clarifiées. Est-ce un problème de manque d'information des femmes sur les différents modes de contraceptif et les modalités d'accès à l'IVG ? Est-ce plutôt un problème culturel propre à différentes communautés vivant en Guyane ? Le nombre de grossesses non désirées peut-il seulement s'expliquer par les problèmes d'accessibilité à des structures préventives que rencontrent certaines femmes ?

Pour comprendre ces phénomènes nous devons disposer d'indicateurs qui nous permettent à la fois de décrire, comprendre, évaluer la situation actuelle. Nous avons également besoin d'indicateurs qui permettent d'évaluer l'efficacité et l'impact des campagnes de prévention mises en place.

Afin de répondre à toutes ces interrogations, le Conseil scientifique et le groupe d'experts ont décidé de suivre les indicateurs suivants :

- Nombre de contraceptifs vendus
- Fréquence des prescriptions de contraception d'urgence dans les structures de prévention.
- Nombre de prescriptions de contraceptions d'urgence chez les mineures scolarisées.
- Incidence annuelle des IVG et proportion d'IVG parmi les conceptions

A ajouter à ces indicateurs de suivi, Les membres préconisent trois enquêtes complémentaires sur :

- La prévalence de la contraception et répartition des méthodes utilisées par les femmes de 15 à 49 ans (ayant des relations sexuelles et ne souhaitant pas de grossesse)
- La prévalence de l'activité sexuelle et de la contraception chez les mineures scolarisées
- L'accès à l'IVG en Guyane.

2.2 Choix des indicateurs

2.2.1 Contraception

L'indicateur "**Nombre de contraceptifs vendus**" par les grossistes a été retenu car il nous informe sur la fréquence et la diversité de l'utilisation des méthodes contraceptives. Les grossistes des pharmacies de Guyane fourniront les données pour cet indicateur.

L'indicateur "**Fréquence des prescriptions de contraception d'urgence dans les structures de prévention**" est un indicateur qui nous permettra d'évaluer l'absence ou les échecs de la contraception préventive (et l'accès à la contraception d'urgence). Il est à croiser avec le nombre de femmes en âge de procréer desservies par les structures de prévention concernées.

L'indicateur "**Nombre de prescriptions de contraceptions d'urgence chez les mineures scolarisées**" reflète l'absence ou l'échec de la contraception préventive et l'accès à la contraception d'urgence par le biais des services préventifs scolaires.

Le Conseil scientifique et le groupe d'experts préconisent les enquêtes suivantes : l'enquête Prévalence de la contraception et répartition des méthodes utilisées par les femmes de 15 à 49 ans (ayant des relations sexuelles et ne souhaitant pas de grossesse) qui dans un premier temps sera avant tout descriptive et comparative. Cette dernière permettra de connaître la prévalence globale et la diversité des méthodes contraceptives en Guyane.

La seconde enquête, **Prévalence de l'activité sexuelle et de la contraception chez les mineures scolarisées** permettrait d'obtenir des informations sur l'activité sexuelle des mineures scolarisées et la prévalence globale et la diversité des méthodes contraceptives chez les mineures scolarisées. Cette étude viendrait compléter les études réalisées par l'ORSG concernant l'état de santé des jeunes en Guyane (Volet sexualité).

Les centres de PMI, les centres et postes de santé, les pharmacies, les services scolaires et les grossistes des pharmacies sont les principales sources d'information qui fournissent les chiffres pour la contraception. Néanmoins les grossistes des pharmacies ont été retenus pour être les sources officielles dans le cadre de recueil d'information. Les grossistes pharmaceutiques ne fournissent pas les chiffres exacts de contraceptifs "utilisés", ils permettent d'avoir les chiffres des contraceptifs commandés par les pharmacies.

A ce jour, il existe deux grossistes en Guyane : La société pharmaceutique guyanaise (SPG), la Coopération pharmaceutique de Guyane (Cophaguy).

2.2.2 Les Interruptions volontaires de grossesse (IVG)

L'indicateur **“Incidence annuelle des IVG et proportion d'IVG parmi les conceptions”** nous informe sur l'amélioration de l'accès pour l'IVG et l'inefficacité de la contraception préventive. La part des IVG médicamenteuses pourrait témoigner de la précocité de l'accès à l'IVG.

Une enquête sur l'accès à l'IVG serait nécessaire pour faire le point sur les connaissances des femmes en ce qui concerne le recours à l'IVG et connaître leurs attitudes, comportements sur cette pratique.

Il existe 3 principales sources d'information concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées chaque année : les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données issues du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).

Pour l'estimation globale du nombre d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental et, pour certains départements, établissement par établissement, ont montré que les chiffres issus de la SAE étaient les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les bulletins d'IVG ne sont quant à eux pas exhaustifs. On estime ainsi qu'entre 1995 et 1998 4,4 % des IVG du secteur public et 33,2 % des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. Ils permettent toutefois de fournir des informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité, etc.

Les données du PMSI ne sont, elles aussi, pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG (elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical sans les distinguer). En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour.

Jusqu'en 1998, la DREES estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE. Depuis 2001, la SAE sert d'unique référence pour la série du nombre d'IVG couvrant les années 1995 et suivantes. C'est pourquoi nous l'avons également retenue comme source de données principale pour les IVG.

Le dispositif permettant un accès plus rapide des mineures à la contraception d'urgence a été mis en œuvre par la loi du 13 décembre 2000 et désormais les infirmières scolaires sont autorisées à administrer ce type de contraception dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée selon un protocole national (décret du 27 mars 2001). Les pharmaciens délivrent de manière anonyme et gratuite une contraception d'urgence aux mineures (décret du 9 janvier 2002).

Les indicateurs de suivi de la contraception et des IVG en Guyane permettront de vérifier le suivi de ces lois et nous permettront de bénéficier de chiffres dans ces thématiques où nous disposons de peu de données notamment en ce qui concerne les données sur les mineures.

2.3 Faits marquants : Contraception et IVG en Guyane de 2004 à 2009

La contraception d'urgence comme mode de contraception à part entière

Que se soit en France hexagonale ou en Guyane, les pilules oestroprogestatives sont le premier mode de contraception utilisé par les femmes. Selon l'étude COCON, "en France, 71 % des femmes en âge de procréer déclarent utiliser une contraception. Les pilules oestroprogestatives représentent le premier mode de contraception³".

Pour la Société pharmaceutique guyanaise (SPG), la pilule contraceptive (oestroprogestative) représente 62% des ventes de contraceptifs aux pharmacies en 2006, pour 61,6% pour la COPHAGUY (deuxième grossistes).

Le second contraceptif vendu aux pharmacies de Guyane est le NORLEVO, pilule du lendemain ou pilule de dernier recours (8,7% en 2005 pour la SPG et 18% en 2009 pour la COPHAGUY).

Le recours à la pilule du lendemain en hausse entre 2006 et 2007. Sur l'année 2007, 3720 boîtes de NORVELO ont été facturées aux officines de pharmacies de Guyane conventionnées avec les grossistes COPHAGUY et SPG, soit une augmentation de 12% entre 2006 et 2007.

Sur la même période (2006), la population féminine de 15 à 49 ans a progressé de 3,84%. 61,4 boîtes ont été facturées aux pharmaciens pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans la région, en moyenne sur l'année 2006.

De plus, il faut rappeler que les chiffres provenant des grossistes ne sont qu'un reflet de la consommation supposée des contraceptifs en Guyane. Les chiffres sont à nuancer car un des grossistes n'a pu être en mesure de fournir ses données (CERP) et seules les différentes pharmacies, les établissements scolaires et les structures de prévention peuvent, ensemble, donner une réelle indication sur la consommation effective de contraception en Guyane.

Des chiffres en hausse dans les centres délocalisés de prévention et de soin (CDPS)

Les conseils et informations sur la contraception prodigués par les CDPS sont en augmentation. L'augmentation de cette activité entre 2004 et 2008 peut s'expliquer de deux façons : accroissent de la demande d'information ou augmentation de la population concernée (femmes âgées de 15 à 49 ans) dans les communes disposants de postes ou centres de santé.

³ Médecine Clinique endocrinologie & diabète - Article sur la contraception en France n° 44, Janvier-Février 2010

Les interruptions volontaires de grossesse en Guyane

Le recours à l'IVG est toujours plus fréquent, dans les DOM.

En 2008, avec un taux de 33,8 IVG pour 1000 femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), la fréquence de recours à l'IVG en Guyane est toujours deux fois plus importante qu'en métropole. On compte 311 IVG pour 1000 conceptions en 2008.

Le rapport sur les IVG en Guyane diffusé en 2010 par les services de l'ARS, d'après les données issues de l'exploitation des Bulletins IVG pour le département, il semblerait que la technique d'interruption de grossesse la plus utilisée en Guyane soit la voie médicamenteuse. En effet, la technique médicamenteuse serait trois fois plus utilisée que la technique chirurgicale.

Concernant les chiffres transmis par les grossistes pharmaceutiques, il faut rappeler que leurs données ne sont qu'un reflet de la consommation supposée des contraceptifs en Guyane. En effet, seules les différentes pharmacies, les établissements scolaires et les structures de prévention peuvent, ensemble, peuvent donner une réelle indication sur la consommation effective de contraceptifs en Guyane.

Liste des indicateurs du volet "Contraception et IVG"

Indicateurs	Source, type d'enquête	Disponible	Page
"CONTRACEPTION"			
Nombre de contraceptifs vendus par les grossistes	Grossistes des pharmacies	Disponible	P 38
Fréquence des prescriptions de contraception d'urgence dans les structures de prévention	CDPS et PMI	Disponible	P 40
Nombre de prescriptions de contraceptions d'urgence chez les mineures scolarisées	Rectorat	Non disponible	
"IVG"			
Incidence annuelle des IVG	Département des centres de santé et DSDS Etude spécifique	Disponible	P 44

Intitulés	Source, type d'enquête	Disponible	Page
Prévalence de la contraception et répartition des méthodes utilisées par les femmes de 15 à 49 ans	Proposition d'enquête	-	P 127
Prévalence de l'activité sexuelle et de la contraception chez les mineures scolarisées	Etude spécifique	-	P 128
Accès à l'IVG		-	P 129

CONTRACEPTION EN GUYANE

Indicateur : Nombre de contraceptifs vendus par les grossistes	
Objectif	Assurer l'accès à une contraception
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de boîtes (unité vendue) de contraceptifs distribués par les grossistes
Dénominateur (D)	
Sous-groupes (strates)	Communauté de communes
Décompositions (N)	Par type de méthode contraceptive (pilule contraceptive, stérilet, implant, patch contraceptif, contraception d'urgence, anneau vaginal, spermicide)
Niveau d'agrégation	Pharmacie
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Non
Dernier résultat connu	Aucun
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s)	Grossistes
Mode de collecte	Enquête auprès des grossistes
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	ORSG
Service responsable de la synthèse des données	ORSG
Fiabilité	Statistiques annuelles de chaque grossiste. Les commandes et la gestion des stocks étant effectuées informatiquement.
Mode de calcul	Somme des commandes de tous les grossistes
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Les commandes passées aux grossistes ne sont équivalentes aux ventes que si les stocks des pharmacies sont stables et en l'absence de péremption. Certaines pharmacies font directement appel aux fabricants (notamment pour les préservatifs). Les grossistes ne sont alors là que pour leur fournir quelques produits dans l'attente de la livraison de leurs fournisseurs.
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence et la diversité de l'utilisation des méthodes contraceptives
COMMENTAIRE	
<p>Il faudra comparer ce chiffre avec l'évolution de la démographie des femmes en âge de procréer. Une enquête ponctuelle auprès des pharmacies permettra d'estimer le volume directement acheté auprès des fabricants (Pour estimer l'importance du biais)</p>	

RESULTATS

Tableau 1 Nombre de contraceptifs vendus aux pharmacies par la COPHAGUY

	2006	2007	2008	2009
Pilule contraceptive (oestroprogestatif)	10144	11147	10908	11285
Progestatif injectable	310	465	539	646
Patch contraceptif	291	357	415	450
Dispositifs intra utérins (stérilet au cuivre)	7	393	584	645
Implant	228	284	433	453
Micro pilules progestatives	2266	2715	2438	2960
Stérilet hormonal	148	201	147	123
Contraception d'urgence NORLEVO	2717	3449	3142	3720
Anneau vaginal	47	57	72	156
Spermicides	285	265	261	209
Total	16443	19360	18939	20647

Source: COPHAGUY

Tableau 2 Nombre de contraceptifs vendus aux pharmacies par la SPG

	2004	2005	2006
Pilule contraceptive (oestroprogestatif)	4027	4426	4344
Progestatif injectable	164	246	276
Patch contraceptif	133	154	193
Dispositifs intra utérins (stérilet au cuivre)	1		2
Implant	132	235	261
Micro pilules progestatives	653	895	947
Stérilet hormonal	77	103	103
Contraception d'urgence NORLEVO	616	613	
Anneau vaginal	44	103	103
Spermicides	108	162	154
Total	5339	6940	6996

Source: SPG

Tableau 3 Nombre de boîte de Norlévo vendues par les grossistes pharmaceutiques (COPHAGUY, SPG) - Contraception d'urgence

Nb de boîtes pour 1000 f. de 15/49 ans (Insee 06)	61.40
Nb de boîtes délivrées en 2007	3720
Nb de boîtes délivrées en 2006	3300
Evolution du nb de boîtes délivrées (07/06)	12%
Femmes en âge de procréer (15-49 ans) en 2007*	55814
Femmes en âge de procréer (15-49 ans) en 2006	53752
Evolution du nb de femmes de 15/49 ans (2006/2007)	3.8%

Source: INSEE Guyane

* **Données actualisées au 19 janvier 2010**

La population des régions est présentée ici par sexe et par tranche d'âge quinquennal : 0-4 ans, 5-9ans, etc. L'âge s'entend comme l'âge atteint au 1er janvier de l'année considérée.

Indicateur : Fréquence des prescriptions de contraception d'urgence dans les structures de prévention

Objectif Assurer l'accès à la contraception d'urgence sur tout le territoire.
Assurer l'accès à une contraception et l'IVG sur tout le territoire

DESCRIPTION

Numérateur (N) Nombre de prescriptions de contraception d'urgence au cours d'une année

Dénominateur (D)

Sous-groupes (stratification) Par tranche d'âge (moins de 18 ans/plus de 18 ans)
Par communauté de communes

Décompositions (N)

Niveau d'agrégation Structures de prévention

Périodicité de la mesure Annuelle

Indicateurs nationaux/ internationaux Non

ELABORATION ET QUALITES

Origine(s) Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), PMI

Mode de collecte Systèmes d'information des PMI et CDPS)

Organisme(s) responsable(s) de la collecte DSP, Département des centres et postes de santé

Service responsable de la synthèse des données DSP, CDPS

INTERPRETATION

Modalités d'interprétation Cet indicateur reflète l'absence ou les échecs de la contraception préventive (et l'accès à la contraception d'urgence).
A rapprocher du nombre de femmes en âge de procréer desservies par les structures de prévention concernées

COMMENTAIRE

Les CDPS ne peuvent pas fournir de chiffres pour le moment mais une adaptation du système est possible.

RESULTATS

Tableau 4 Nombre de pilules du lendemain délivrées dans les PMI de Guyane en 2009

Localisation	Lieu de dispensation	Total
Maripasoula	PMI	10
Papaïchton	PMI	9
Grand Santi	PMI	20
Apatou	PMI	0
St Laurent	PMI	10
Mana	PMI	20
Javouhey-Awala yalimapo	PMI	0
Iracoubo	PMI	3
Sinnamary	PMI	5
St-Elie	PMI	0
Saül	PMI	0
Kourou	PMI	15
Macouria	PMI	0
Montsinnery	PMI	0
Tonnegrande	PMI	0
Cayenne	Planning F.	40
Cayenne	PMI Barrat	39
Cayenne	PMI Ronjon	0
Rémire	PMI	19
Matoury	PMI	10
Cacao	PMI	0
Régina	PMI	2
Ouanary	PMI	0
St-Georges	PMI	10
Camopi	PMI	2
Trois sauts	PMI	0
Total		214

Source : PMI

Données transmises par ARS

Tableau 5 Conseils et avis généraux concernant la contraception dans les CDPS

Conseils et avis généraux concernant la contraception (planification familiale SAI, première prescription de moyens contraceptifs...)*	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Année/Tranche d'âge						
< 15 ans	58	85	90	96	68	
15-18 ans	57	85	81	93	103	
19-35 ans	367	428	458	506	425	ND
> 35 ans	105	73	99	121	131	
Total/an	587	671	728	816	727	

Source: SIS des CDPS

* Requetes réalisées à partir de la base de données des centres de santé "activité de consultation" (données activité des personnes)

Tableau 6 Nombre de boîtes de contraception d'urgence (pilule du lendemain) délivrées à des jeunes femmes non mineures et remboursées aux officines de 2005 à 2010

	Norlevo 1 boîte de 1 comprimé	Biogaran 1 boîte de 1 comprimé	
	3 641 372	3 730 756	Total général
2005 (octobre à décembre)	29		29
2006	150		150
2007	166		166
2008	121	1	122
2009	118	10	128
2010 (janvier à fin septembre)	93	14	107

Source: CGSS Guyane

Données transmises par ARS

Tableau 7 Nombre de boîtes de contraception d'urgence (pilule du lendemain) délivrées à des mineures et remboursées aux officines de 2005 à 2010

	Norlevo 1 boîte de 2 comprimés	Norlevo 1 boîte de 1 comprimé	Biogaran 1 boîte de 1 comprimé	
	3 495 752	3 641 372	3 730 756	Total général
2005 (octobre à décembre)	14	102		116
2006	962			962
2007	1 329	1		1 330
2008	1 345	28		1 373
2009	1 827	126		1 953
2010 (janvier à fin septembre)	1 268	123		1 391

Source: CGSS Guyane

Données transmises par ARS

Indicateur : Incidence annuelle des IVG et proportion d'IVG parmi les conceptions	
Objectif	Cf. le PRSP 973 volet Périnatalité : Assurer l'accès à une contraception et à l'IVG sur tout le territoire
Définition	Définition : Nombre d'avortements provoqués non thérapeutiques, destinés à supprimer l'embryon ou le fœtus sain porté par une femme saine.
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre d'IVG pratiquées (quelque soit la méthode utilisée) au cours de l'année
Dénominateur (D)	1) Nombre de femmes en âge de procréer la même année 2) Nombre de conceptions (naissances vivantes, mort-nés, IVG, ITG ?) au cours de la même année.
Sous-groupes (stratification)	*Par tranche d'âge : moins de 15 ans ; 15-18 ans, 19-35 ans, Plus de 36 ans
Décompositions (N)	Par type d'IVG (instrumentale / médicamenteuse) Par type de structure (centres et postes de santé, établissements de santé)
Niveau d'agrégation	Etablissement de santé
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Score santé : Le taux d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est le nombre d'IVG domiciliées (comptabilisées au domicile de la femme) rapporté au nombre de conceptions (naissances vivantes, mort-nés et IVG) pour 100 conceptions. Les valeurs sont des moyennes annuelles sur trois ans (sauf pour les années extrêmes qui sont calculées sur l'année).
Dernier résultat connu	Année : 2003 Valeur : 1783
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s)	Établissements hospitaliers privés et publics Centres et postes de santé (planning familial à partir de 2010)
Mode de collecte	SAE (enquête auprès des établissements de santé) SIS pour les CDPS
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	DREES CDPS
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	SIS SAE ORSG pour compiler les chiffres de la SAE et de la DREES
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Amélioration de l'accès pour l'IVG, inefficacité de la contraception préventive. La part des IVG médicamenteuses pourrait témoigner de la précocité de l'accès à l'IVG.

RESULTATS

Tableau 8 Incidence annuelle des IVG en Guyane

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nbre IVG/1000 conceptions	310	266	263	262	311	
IVG/1000 f. de 15 à 49 ans	32,7	31,1	31,0	30,4	33,8	
Nombre d'IVG pratiquées	1639	1612	1668	1700	1969	ND
1) Nombre de femmes en âge de procréer la même année	50098	51812	53752	55814	58187	
2) Nombre de conceptions	5372	6061	6342	6469	6314	

Sources: ARS (exploitation des bulletins IVG), INSEE

Tableau 9 Part d'IVG médicamenteuse

	IVG	IVG pour 1000 femmes en âge de procréer	% IVG médicamenteuses
2004	1639	32,7	55,6
2005	1612	31,1	57,3
2006	1668	31,0	62,6
2007	1700	30,4	64***
2008	1969	33,8	

Sources: INSEE, SAE, CDPS SIS, ***Score santé

Tableau 10 Les interruptions volontaires de grossesses de 2004 à 2007 en Guyane selon la Base Score-santé de la FNORS

	IVG	IVG pour 1000 femmes en âge de procréer	% IVG médicamenteuses	% IVG en secteur public
2004	1646	33	56	75
2005	1684	34	59	76
2006	1914	37	62	77
2007	2132	38	64	69

Source: Score santé FNORS, SAE, DREES, INSEE

Tableau 11 Nombre de femmes ayant fréquentées les CDPS pour un motif d'avortement de 2004 à 2009

	2004			2005			2006			2007			2008			2009		
	O03	O04	O06	O03	O04	O06	O03	O04	O06	O03	O04	O06	O03	O04	O06	O03	O04	O06
< 15 ans	0					2	2	3	1	1	3	0	1	6	0			
15-18 ans	6	1		3	5	2	7	3		4	9	4	10	8	5			ND
19-35 ans	7	10	4	31	18	19	66	30	9	45	55	29	58	51	13			
> 35 ans	10	1	2	13	1	3	21	4	5	15	6	3	27	7	5			
Total	2312	6	47	24	26	96	40	15	65	73	36	96	72	23	327			

Source: CDPS

* Révision, chiffres 2007

Signification des codes diagnostics CIM10 (Classification Internationale des Maladies, dixième révision)

O03 - Avortement spontané (fausse couche)

O04 - Avortement médical (réalisé dans les CDPS jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée)

O06 - Avortement, sans précision

3. GROSSESSE ET SUIVI DE GROSSESSE

3.1 Contexte

La création de systèmes de surveillance de la santé périnatale à l'échelle mondiale, à l'échelle européenne (projet Peristat), à l'échelle nationale (INVS) atteste de l'importance de la surveillance périnatale.

Sur le plan mondial, de nombreux pays intensifient aujourd'hui leurs efforts pour faire reculer la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, presque toujours en élaborant et en menant des plans d'actions nationaux pour une maternité sans risque. L'évaluation des besoins relatifs à la maternité sans risque a d'ailleurs été mise au point par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Selon plusieurs études menées par l'OMS, chaque minute, au moins une femme meurt dans le monde des complications de sa grossesse ou de son accouchement. Cela fait un total de 529 000 décès par an. On dénombre cinq principales complications directes responsables de plus de 70 % des décès maternels : hémorragies (25 %), infections (15 %), avortements à risque (13 %), éclampsies⁵ (12 %) et dystocies⁶.

Même s'il est vrai que les pays sous développés et les pays en voie de développement souffrent davantage d'un fort taux de mortalité lié aux naissances, les pays industrialisés présentent eux aussi des taux assez inquiétants.

Le 7 avril 2005, lors de la Journée mondiale de la Santé, l'OMS accordait une priorité à la santé maternelle et infantile.

Sur le plan national, globalement, au cours des quarante dernières années, une nette amélioration des indicateurs périnataux s'est observée en France. De nombreux progrès ont été réalisés dans le domaine de la naissance. Effectivement, depuis le plan périnatalité de 2004, la France a réussi à atteindre tous les objectifs qu'elle s'était fixée et qui visaient à diminuer la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %. Cette dernière est passée de 35 % à 6,5 % de décès pour 1 000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances.

Au vu de ces résultats plutôt encourageants, le plan "périnatalité" 2005-2007 fixe 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.

L'individu est désormais au centre du dispositif de changement : la mère et l'enfant mais aussi les professionnels de la naissance qui voient leur travail valorisé.

Pour les Départements d'outremer, le constat est le même. Les chiffres sont généralement plus élevés qu'en métropole, et d'autres indicateurs inquiétants sont à prendre en compte, notamment les taux de prématurité, et le pourcentage de très faibles poids, les indicateurs de mortalité infantile et périnatale.

⁵ Eclampsie : forte tension susceptible d'entraîner des convulsions.

⁶ L'origine de la dystocie est variable : elle est soit maternelle, soit liée au fœtus, soit les deux à la fois. Les dystocies importantes nécessitent une césarienne.

1) Les dystocies d'origine maternelle sont dues à une anomalie présente chez la mère. On distingue (liste non exhaustive) : les dystocies dynamiques dues à une anomalie de la contraction de l'utérus. Soit les contractions sont trop peu marquées, ce qui entraîne un espacement trop important des contractions provoquant une inertie ou une atonie musculaire de l'utérus (perte de "puissance" de contraction), soit il existe un manque d'amplitude de ces contractions. 2) Les dystocies liées au fœtus : Présentation du siège (par le postérieur) chez la femme qui accouche pour la première fois ; Présentation de la face, du front, de l'épaule, épaules trop larges Fœtus volumineux, présence d'une hydrocéphalie (augmentation du volume du crâne liée à la présence trop importante de liquide) Présence d'une tumeur au niveau du cou ou du bassin.

Pour expliquer ces différences, ces chiffres préoccupants, la situation sociale difficile d'une grande partie des habitants de ces départements est souvent mise en avant.

L'activité périnatale en Guyane est caractérisée par une forte croissance démographique. On dénombre 6 276 naissances en 2006 contre 4 453 en 1997 soit une hausse de natalité de près de 40 % en moins de 10 ans. La mortalité périnatale est très élevée avec 17 décès pour 1 000 naissances contre 7,5 décès pour 1 000 naissances dans l'Hexagone. La mortalité infantile est trois fois plus importante qu'en France métropolitaine avec 12 décès pour 1 000 naissances contre 4 décès pour 1 000. Il en est de même pour la mortalité maternelle.

Les taux de mortalité liés à la grossesse sont importants. On note également que, près de 60 % des femmes qui accouchent sont d'origine étrangère ou en situation de précarité sociale.

Cette précarité et la proportion importante des grossesses chez les mineures se traduisent principalement par une surveillance prénatale insuffisante, un taux élevé de grossesses pathologiques et un recours important aux IVG.

Face à ces indices de gravité, les acteurs impliqués se sont penchés sur ces problématiques et apportent un début de solutions en menant une réflexion poussée sur la thématique périnatale.

Cette grande mobilisation s'est traduite par la mise en place d'une structure dédiée, telle que le réseau PERINAT Guyane qui a été mis en place en 2002 qui est chargé d'améliorer la prise en charge, le suivi de la femme enceinte et du nouveau né.

La problématique périnatale en Guyane a fait l'objet d'études spécifiques ces dernières années.

En 2008, l'Association Malinguy et l'observatoire régional de la santé de Guyane réalisent l'enquête "Fréquence, déterminants et conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane française" dont l'objectif principal était d'estimer la prévalence des grossesses mal suivies en Guyane française et les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs de risque et d'étudier les conséquences sur l'issue de la grossesse.

Cette étude descriptive a permis d'estimer la prévalence du mauvais suivi de grossesse à 38,36% chez les femmes ayant accouchées en 2008. Les déterminants du mauvais suivi étaient le fait d'être mineure, ne pas parler français, créole guyanais ou haïtien, être célibataire ou séparée, avoir arrêté ses études au lycée ou avant, ne pas avoir été informée du déroulement de la grossesse lors de la première consultation, ne pas avoir reçu de documents à l'issue des consultations, ne pas utiliser un transport personnel pour se rendre aux visites, ne pas avoir été hospitalisée pour une pathologie liée à la grossesse, que la grossesse soit non désirée et ne pas avoir accès à un contraceptif. 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.

En 2009, puis 2010, deux autres études ont menées par l'ORSG, les rapports "Politique de santé périnatale : atouts et obstacles selon les professionnels de Guyane" et "Analyse et propositions pour la construction d'une politique de santé périnatale en Guyane".

Il ressort, de ce bref état des lieux, que désormais tous les pays se sentent concernés par la santé périnatale. On assiste à des alliances entre pays, à des regroupements de réseaux, à des partenariats de professionnels ayant à chaque fois comme mission d'améliorer l'offre de santé autour de la naissance.

3.2 Choix des indicateurs : Grossesse et suivi de la grossesse

La grossesse et son issue sont des événements de santé particulièrement sensibles. En effet, leur surveillance est un élément important de l'observation de la santé de la population. La santé périnatale est une priorité de plus en plus grandissante. Partie intégrante du Plan Régional de Santé Publique (PRSP), elle bénéficie d'une attention toute particulière, tant au niveau mondial, national que régional.

Une grossesse qu'elle soit précoce, non suivie ou mal suivie a souvent pour conséquence d'aboutir à une grossesse pathologique qui elle, nécessite une prise en charge particulière et accroît les risques de complications à l'accouchement tout en augmentant les cas de décès chez la mère ou le nouveau-né. Les taux de mortalité foeto infantile en Guyane sont parmi les plus élevés des départements français.

3 éléments ont un impact sur le suivi de la grossesse : l'offre de soin, l'accès à cette offre et les caractéristiques de la mère. La finalité étant d'explicitier le constat que nous faisons du suivi des grossesses.

Les membres du conseil scientifique et du groupe experts ont retenu un certain nombre d'indicateurs précis qui permettront à long terme de surveiller ces chiffres et qui pourront par la même occasion nous permettre de mieux appréhender et améliorer la prise en charge de femmes enceintes dans notre département.

Les indicateurs du suivi et de la prise en charge retenus sont :

- Caractéristiques socio démographiques des femmes ayant accouché
- Proportion de grossesses pathologiques
- Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures
- Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché
- Proportion de femmes ayant eu une hospitalisation pendant leur grossesse
- Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse et issue de la grossesse selon le type de suivi
- Qualité du suivi des femmes enceintes : nombre de visites prénatales
- Qualité du suivi des femmes enceintes : terme de la première consultation prénatale
- Qualité du suivi des femmes enceintes : proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies pendant leur grossesse.
- Proportion de femmes enceintes séropositives ayant eu les 7 visites prénatales préconisées.

- Proportion de transferts in utero vers le CHAR (etb. Niveau 3)
- Densité de sages femmes
- Densité de gynéco- obstétriciens
- Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de l'année n
- Taux d'équipement en lits et places par service.

Ces indicateurs sont complétés par la proposition d'enquête sur les Disparités d'accès aux soins en Guyane.

Le découpage des indicateurs a été fait comme suit :

3.2.1 Indicateur

L'indicateur “**Caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant accouchées**” permet de fournir des informations sur les femmes. Il reflète l'activité génésique⁶ de la population en Guyane. Le recoupement prévu par tranche d'âge fournira des chiffres sur les grossesses chez les mineures. Cette dernière information mettra notamment en évidence l'efficacité de l'éducation et de la contraception chez les mineures.

Deux sources de données permettent de recueillir cet indicateur. L'INSEE et la Direction de la Solidarité et de la Prévention (DSP) (Conseil Général) détentrice du Registre d'issues de grossesses. L'INSEE permet d'avoir la nationalité de la mère, l'âge lors de l'accouchement et la commune de résidence de celle-ci en se basant sur les données de l'Etat civil. Le RIG fournit l'origine de la mère, son âge à l'accouchement et également sa commune de résidence en se basant sur les relevés dans les maternités.

Cet outil a été retenu car il s'agit d'une source locale exhaustive. De plus, la base de données devant reposer sur la mise à jour pérenne et à long terme des indicateurs, le nombre de sources a été limité afin de faciliter les échanges de données.

3.2.2 Prise en charge des grossesses pathologiques

Quatre indicateurs ont été retenus pour observer la prise en charge et le suivi des grossesses pathologiques dites à risque.

- Proportion de grossesses pathologiques
- Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures
- Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché
- Proportion de femmes ayant eu une hospitalisation pendant leur grossesse

Ces indicateurs reflètent la fréquence des situations qui nécessitent une prise en charge spécifique. Les principales pathologies retenues sont l'hypertension artérielle (HTA gravidique), la drépanocytose, le diabète, le HIV, et l'anémie.

L'indicateur “**Proportion de femmes ayant eu une hospitalisation pendant leur grossesse**” reflète la fréquence des pathologies de la grossesse mais aussi le difficile accès à l'hospitalisation.

⁶ Génésique :

3.2.3 Suivi et prise en charge

Cinq indicateurs ont été retenus pour mesurer le suivi et la prise en charge des femmes enceintes.

- Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse
- Qualité du suivi des femmes enceintes : nombre de visites prénatales
- Qualité du suivi des femmes enceintes : terme de la première consultation prénatale
- Qualité du suivi des femmes enceintes : proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies pendant leur grossesse
- Proportion de femmes enceintes séropositives ayant eu les 7 visites prénatales préconisées
- Proportion de transferts in utero vers le CHAR (établissement de Niveau 3)

L'indicateur "**Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse**" reflète l'accès aux différents modes de suivi.

Les indicateurs "**Qualité du suivi des femmes enceintes (nombre de visites prénatales)**", "**Qualité du suivi des femmes enceintes (terme de la première consultation prénatale)**" et "**Qualité du suivi des femmes enceintes (proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies pendant leur grossesse)**" reflètent la qualité du suivi par rapport aux normes en vigueur.

Quant à l'indicateur "**Proportion de transferts in utero vers le CHAR**", il mesure la fréquence de grossesses à haut risque.

3.2.4 Offre de soins

L'offre de soin regroupe 4 indicateurs :

- Densité de sages femmes
- Densité de gynéco- obstétriciens
- Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de l'année
- Taux d'équipement en lits et places par service

Les indicateurs de l'offre de soin nous permettent essentiellement de nous situer par rapport à d'autres régions.

L'indicateur "**Ratio du nombre de naissances par praticien**" reflète l'estimation de la charge de travail par professionnel.

L'indicateur "**Taux d'équipement en lits et places par service**" indique le niveau d'équipement en infrastructures;

Les calculs de densité et de ratio du nombre de naissances par praticien sont le croisement d'informations fournies par deux sources. D'un côté les chiffres de l'INSEE pour le nombre de naissances et le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) et de l'autre côté les chiffres des organismes qui recensent les professionnels de santé (fichier ADELI, données FINESS) et le recensement des professionnels fournit par les centres hospitaliers).

Pour finir, nous préconisons **une enquête sur la "Disparité d'accès aux soins en Guyane"**. Cette enquête auprès de la population nous permettra de connaître l'offre à laquelle cette population a accès et l'utilisation qu'elle en fait. Des enquêtes sur la disparité d'accès aux soins ont déjà été réalisées dans certaines régions françaises mais jamais en Guyane. Un bon suivi et une meilleure prise en charge des patientes découlent tout d'abord de la facilité d'accès ou non de ces dernières aux soins dont elles ont besoin. Le territoire guyanais a une population de plus de 205 000 habitants dispersés sur près de près de 90 000 km². La question de l'égalité d'accès aux soins s'impose d'autant plus dans notre région.

La principale source retenue pour le suivi de grossesse est le RIG. La DSP (Conseil général) répond aux critères d'exigence en ce qui concerne le choix de nos sources car elle est productrice de données sanitaires, notamment par le biais du Registre des grossesses. La DSP dispose d'informations de type sociodémographique et économique. Sur la période de 1986 à 2005 ses données sont informatisées et de nature quantitative et qualitative. A noter toutefois que les informations récoltées entre 2001 et 2003 n'ont pas été exploitées. Ces dernières ont été recueillies mais n'ont pas fait l'objet d'études. Les analyses ont recommencées en 2005.

3.3 Faits marquants : Suivi de la Grossesse de 2004 à 2009

Grossesse chez les mineures

Entre 2000 et 2009, les issues de grossesses chez les mineures ont augmenté en nombre mais ont diminué légèrement en pourcentage. (413 en 2009 soit, 6,5 %). Le taux reste cependant extrêmement élevé en Guyane par rapport à la métropole (> 1 %). Les grossesses très précoces semblent en lente régression. Le taux a été divisé par 2 en 10 ans. Ces grossesses surviennent avant la majorité sexuelle légale en France. " (Commentaires de Pascal BRUNCHER, Médecin-Chef du service de la Protection maternelle et infantile PMI).

En 2009, les deux principales pathologies rencontrées au cours de la grossesse sont la rupture prématurée des membranes (3,96%) et l'hypertension artérielle (3,45%). 6,54%

des grossesses chez les mineures étaient pathologiques.

43,2% des grossesses ne sont pas suivies ou ont bénéficié d'un suivi insuffisant. Seuls 36,3% des femmes enceintes en 2009 ont eu les 7 visites préconisées (83,20% en métropole en 2003).

61,01% des femmes qui ont accouché en 2009 ont bénéficié des 3 échographies réglementaires (bon suivi) pour 1,6% de femmes n'ayant eu aucune échographie au cours de leur grossesse.

Liste des indicateurs périnataux "Grossesse et le suivi de la grossesse"

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation/Stratification	Périodicité nécessaire	Niveau géographique pertinent / disponible	Page
"INDICATEURS GLOBAUX"					
I.3 Caractéristiques socio démographiques des femmes ayant accouché	Conseil général (DSP)		Disponible		P 58
"GROSSESSES " A RISQUE"					
I.4.1 Proportion de grossesses pathologiques	Conseil général (DSP)		Disponible		P 62
I.4.2 Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures	Conseil général (DSP)		Disponible		P 64
I.4.3 Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché	Conseil général (DSP)		Disponible		P 66
I.4.4 Proportion de femmes ayant eu une hospitalisation pendant leur grossesse	Conseil général (DSP)		ND		
"SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES"					
I.5.1 Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse (suivi en PMI seule, suivi mixte, suivi par un médecin spécialiste) et issue de la grossesse selon le type de suivi	Conseil général (DSP)		Disponible		P 68
I.5.2 Qualité du suivi des femmes enceintes : nombre de visites prénatales	Conseil général (DSP)		Disponible		P 70
I.5.3 Qualité du suivi des femmes enceintes : terme de la première consultation prénatale	Conseil général (DSP)		Disponible		P 72
I.5.4 Qualité du suivi des femmes enceintes : proportion de femmes ayant eu au moins 3 échographies pendant leur grossesse	Conseil général (DSP)		Disponible		P 74
I.5.5 Proportion de femmes enceintes séropositives ayant eu les 7 visites prénatales préconisées.	Conseil général (DSP)		ND		

Liste des indicateurs périnataux "Grossesse et le suivi de la grossesse" (suite)

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation/ Stratification	Périodicité nécessaire	Niveau géographique pertinent / disponible	Page
I.5.6 Proportion de transferts in utero vers le CHAR (etb. Niveau 3)	Conseil général (DSP)		ND		
	" OFFRE DE SOIN "				
I.6.1 Densité de sages femmes	INSEE		Disponible		P 76
I.6.2 Densité de gynéco-obstétriciens	INSEE CNAMTS		Disponible		P 78
I.6.3 Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de l'année n	INSEE CNAMTS		Disponible		P 80
I.6.4 Taux d'équipement en lits et places par service	INSEE Etablissements de santé		ND		
	"PROPOSITION D'ENQUETE"				
E. 7 Disparité d'accès aux soins en Guyane	Etude spécifique		-		P 130

GROSSESSE - INDICATEURS GLOBAUX

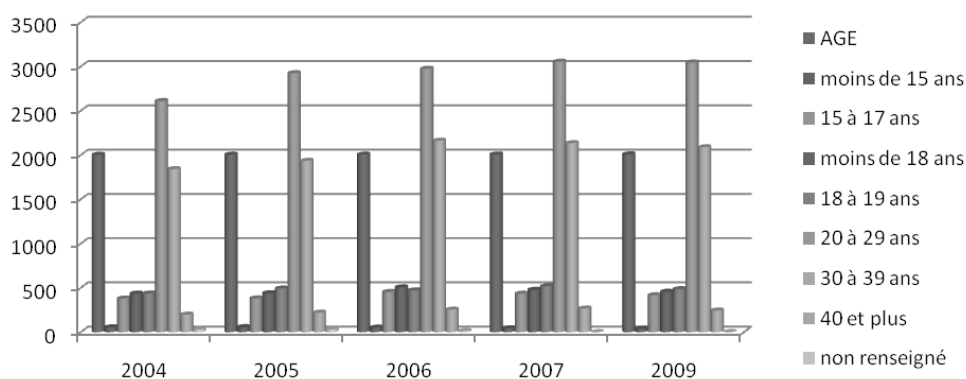
Indicateur : Caractéristiques socio démographiques des femmes ayant accouché	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes ayant accouché
Dénominateur (D)	
Sous-groupes (stratification)	
Décompositions (N)	Par tranche d'âge (moins de 15 ans, 15-18 ans, 19-35 ans, plus de 36 ans) Par origine ethnique de la mère Par commune de résidence de la mère / Communauté de communes
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Maternités Centres de santé
Mode de collecte	Le Registre des issues de grossesses (RIG) / Fichiers statistiques d'Etat-civil : Naissances
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (DSP)/ INSEE
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (DSP)/ INSEE
Fiabilité	Fiabilité du RIG (tient compte des femmes enceintes non-domiciliées en Guyane)
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète l'activité génésique de la population en Guyane. La part des grossesses chez des mineures reflète l'inefficacité de l'éducation et de la contraception.
PROPOSITION D'INDICATEUR	
COMMENTAIRE	
Les résultats produits à partir des données du RIG peuvent être comparés avec les indicateurs produits par l'INSEE. Les données de l'INSEE permettent également d'obtenir le nombre d'accouchements par tranche d'âge et nationalité de la mère.	

RESULTATS

Tableau 12 Caractéristiques socio démographiques des femmes ayant accouché - Répartition par tranche d'âge

AGE	2004	2005	2006	2007	2008	2009
moins de 15 ans	56	58	52	44	40	0,63%
15 à 17 ans	380	382	455	435	417	6,59%
moins de 18 ans	436	440	507	479	457	7,23%
18 à 19 ans	437	493	472	518	486	7,68%
20 à 29 ans	2611	2925	2975	3056	3046	48,16%
30 à 39 ans	1842	1936	2163	2135	2089	33,03%
40 et plus	199	221	255	267	245	3,87%
non renseigné	31	33	14	1	2	0,03%
Total	5556	6048	6386	6456	6325	

Source : RIG, Conseil général



Nombre de femmes ayant accouché par tranche d'âge
Graphique 1 Source: RIG Conseil général

Tableau 13 nombre de femmes ayant accouché par origine

ORIGINE	2005	2006	2007	2009
NOIR MARRON SURINAMAIS	1138	1166	1181	1187
CREOLE	962	996	1141	1034
HAITIENNE	870	939	904	697
BRESILIENNE	672	720	766	713
NOIR MARRON FRANCAIS	619	692	790	1005
SURINAMAISE	371	383	427	273
METROPOLITAINE	271	352	345	365
GUYANIENNE	261	260	166	216
AUTRE	242	243	208	245
AMERINDIENNE FRANCAISE	214	224	248	233
INCONNU	210	169	20	125
CHINOISE	76	86	102	89
AMERINDIENNE SURINAM	57	62	75	45
HMONG	42	42	44	62
AMERINDIENNE BRESILIENNE	26	27	28	11
NOIR MARRON SANS PRECISION	12	18	8	7
AMERINDIENNE SANS PRECISION	5	7	5	1
TOTAL	6048	6386	6458	6308

Source : RIG

Tableau 14 Nombre de naissances domiciliées et enregistrées en Guyane (2004, 2005, 2006, 2007)

	Naissances enregistrées		Naissances domiciliées	
	Naissances vivantes	Ensemble des naissances	Naissances vivantes	Ensemble des naissances
2004	5275	5335	5312	5372
2005	5996	6059	5998	6061
2006	6277	6340	6276	6342
2007	6386	6465	6386	6469
2008	-	-	6247	6314
2009	-	-	6171	6277

NB : L'ensemble des naissances (naissances vivantes + Enfants sans vie)

Source : INSEE - Fichiers statistiques de l'état civil - Naissances

Tableau 15 Répartition des naissances par communes de résidence de la mère

	2004		2005		2006		2007		2009	
ST_LAURENT	1157	20,8%	1291	21,3%	1417	22,2%	1498	23,2%	1711	27,1%
CAYENNE	1511	27,2%	1645	27,2%	1724	27,0%	1688	26,1%	1478	10,1%
KOUROU	718	12,9%	690	11,4%	750	11,7%	732	11,3%	695	1,3%
MATOURY	558	10,0%	595	9,8%	642	10,1%	620	9,6%	639	3,1%
REMIRE-MONTJOLY	263	4,7%	308	5,1%	331	5,2%	345	5,3%	305	4,8%
MANA	178	3,2%	208	3,4%	186	2,9%	192	3,0%	207	3,3%
MARIPASOULA	184	3,3%	181	3,0%	204	3,2%	191	3,0%	203	3,2%
GRAND-SANTI	181	3,3%	213	3,5%	189	3,0%	209	3,2%	201	3,2%
MACOURIA	155	2,8%	162	2,7%	172	2,7%	202	3,1%	199	1,7%
APATOU	156	2,8%	182	3,0%	152	2,4%	178	2,8%	123	0,5%
ST-GEORGES	90	1,6%	117	1,9%	116	1,8%	97	1,5%	108	0,6%
SURINAM	38	0,7%	48	0,8%	68	1,1%	57	0,9%	84	0,4%
SINNAMARY	78	1,4%	86	1,4%	92	1,4%	84	1,3%	62	0,3%
CAMOPI	54	1,0%	46	0,8%	51	0,8%	55	0,9%	57	0,2%
PAPAICHTON	67	1,2%	76	1,3%	80	1,3%	79	1,2%	52	0,5%
IRACOUBO	28	0,5%	53	0,9%	53	0,8%	60	0,9%	38	0,9%
JAVOUHEY	24	0,4%	22	0,4%	21	0,3%	24	0,4%	34	0,0%
ROURA	32	0,6%	30	0,5%	47	0,7%	39	0,6%	33	0,0%
MONTSI-TONNE	27	0,5%	22	0,4%	25	0,4%	31	0,5%	30	0,5%
AWALA	17	0,3%	21	0,3%	22	0,3%	37	0,6%	25	0,0%
CACAO	12	0,2%	9	0,1%	15	0,2%	9	0,1%	19	0,0%
REGINA	8	0,1%	22	0,4%	13	0,2%	15	0,2%	12	0,0%
INCONNU	12	0,2%	12	0,2%	3	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
BRESIL	1	0,0%	3	0,0%	2	0,0%	4	0,1%	3	0,1%
AUTRE	0	0,0%	1	0,0%	3	0,0%	0	0,0%	1	0,8%
KAW	0	0,0%	0	0,0%	4	0,1%	0	0,0%	1	1,0%
SAUL	1	0,0%	1	0,0%	3	0,0%	5	0,1%	1	11,0%
OUANARY	1	0,0%	2	0,0%	0	0,0%	2	0,0%	0	1,9%
ST-ELIE	5	0,1%	2	0,0%	1	0,0%	4	0,1%	0	23,4%
Total Issues de grossesse	5556		6048		6386		6458		6325	
Naissances Vivantes RIG			5966	98.1%	6301	97.8%	6315	97.8%	6184	97.8%
Naissances INSEE	5312		5998		6276		6386		6171	

Source : RIG, Conseil général

Tableau 16 Evolution des grossesses chez les mineures de 2004 à 2009 en Guyane

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
10 ans	0	0	0	0		0
11 ans	0	1	0	1		0
12 ans	1	6	1	3		4
13 ans	11	21	11	9		9
14 ans	44	30	40	31	ND	26
15 ans	79	69	110	91		80
16 ans	301	128	153	150		121
17 ans		185	192	194		212
Total moins de 15	56	58	52	44		39
Total moins de 18	380	382	455	435		413
18 à 19 ans	437	493	472	518		485
20 à 29 ans	2611	2925	2975	3056		3034
30 à 39 ans	1842	1936	2163	2135	ND	2081
40 et plus	199	221	255	267		244
non renseigné	31	33	14	1		12
Total	5556	6048	6386	6456	ND	6308
% moins de 18 ans	6,8%	6,3%	7,1%	6,7%	ND	6,5%
% moins de 15 ans	1,0%	1,0%	0,8%	0,7%		0,6%
Naissances Insee	5 312	5 998	6 276	6386	ND	6171

Source: RIG Conseil général

GROSSESSE - GROSSESSES PATHOLOGIQUES

Indicateur : Proportion de grossesses pathologiques	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes ayant accouché au cours de l'année et atteintes d'une pathologie (HTA gravidique, drépanocytose, diabète, HIV, anémie) pendant la grossesse
Dénominateur (D)	Nombre total de femmes ayant accouché au cours de l'année
Sous-groupes (stratification)	*Par tranche d'âge Par commune de résidence de la mère/Communautés de communes
Décompositions (N)	HTA gravidique, anémie, drépanocytose, infection materno-infantile, diabète, malformations, Menace d'accouchement prématuré (MAP).
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Cf. enquête périnatale tous les 5 ans
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesse (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
Fiabilité	Travail de contrôle et de validation du RIG
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence des situations qui nécessitent une prise en charge spécifique
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 17 Proportion de grossesses pathologiques selon les pathologies

	2005	2006	2007	2008	2009
Proportion de grossesses pathologiques	24,33%	25,65%	24,47%	ND	21,01%
HTA	191 3,15%	191 2,99%	206 3,18%	ND	215 3,45%
TOXEMIE	11 0,18%	11 0,17%	12 0,18%		4 0,06%
ECLAMPSIE	138 2,28%	192 3%	158 2,44%		171 2,74%
HRP	47 0,77%	43 0,67%	54 0,83%		44 0,70%
HEMORRAGIE	220 3,63%	294 4,60%	243 3,76%		158 2,53%
MAP	61 1%	60 0,93%	77 1,19%		101 1,62%
RPM	435 7,19%	477 7,46%	486 7,52%		247 3,96%
RCIU	106 1,75%	96 1,50%	75 1,16%		84 1,34%
DIABETE	23 0,38%	55 0,86%	73 1,13%		78 1,25%
TOXOPLASMOSE	12 0,19%	12 0,18%	14 0,21%		7 0,11%
PALUDISME	40 0,66%	44 0,68%	17 0,26%		11 0,17%
SYPHILIS	13 0,21%	10 0,15%	7 0,10%		3 0,04%
HIV	52 0,85%	55 0,86%	63 0,97%		67 1,07%
HBS	71 1,17%	63 0,98%	57 0,88%		62 0,99%
HTLV1	56 0,92%	40 0,62%	43 0,66%		62 0,49%
Nombre total d'issues de grossesses	6048	6386	6458		6230*

Source : RIG

* nombre de mères sans les ITG et les FC

Indicateur : Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de mineures ayant accouché au cours de l'année et atteintes d'une pathologie (HTA gravidique, drépanocytose, diabète, HIV, anémie) pendant la grossesse
Dénominateur (D)	Nombre total de mineures ayant accouché au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	Par tranche d'âge (>15 ans / 15-18 ans) Par origine ethnique de la mère Par commune de résidence de la mère / Communautés de communes
Décompositions (N)	HTA gravidique (hypertension artérielle), anémie, drépanocytose, infection materno-infantile, diabète, malformations, Menace d'accouchement prématuré (MAP), HIV
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Cf. Enquête périnatale tous les 5 ans
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesses (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (RIG)
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (RIG) Travail de contrôle et validation des données du RIG
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence des situations qui nécessitent une prise en charge spécifique au sein des grossesses précoces
PROPOSITION D'INDICATEUR	
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 18 Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures

	2005		2006		2007		2008	2009	
	Moins de 15 ans	de 15 à 18 ans	Moins de 15 ans	de 15 à 18 ans	Moins de 15 ans	de 15 à 18 ans	ND	Moins de 15 ans	de 15 à 18 ans
n	58	385	53	408	44	435	ND	39	413
%	0,95%	6,36%	0,82%	6,38%	0,68%	6,73%		0,61%	6,54%
Nombre de naissance	6048		6386		6458			6325	

Source: RIG Conseil général de la Guyane

Indicateur : Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes séropositives ayant accouché au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre total de femmes ayant accouché au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	*Par origine ethnique de la mère Par communauté de communes
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesses (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
Fiabilité	Travail de contrôle et de validité des données du RIG.
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence des situations qui nécessitent une prise en charge spécifique
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 19 Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché

	2005	2006	2007	2008	2009
Proportion de femmes séropositives	0,85 %	0,86 %	0,97 %	1,06 %	ND
Nombre Nbre de femmes ayant accouché	52 6048	55 6386	63 6458	67 6325	

Source : RIG

GROSSESSE - SUIVI ET PRISE EN CHARGE

Indicateur : Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	<p>1) Nombre de femmes dont la grossesse a abouti à un enfant mort-né, à une naissance vivante ou à une interruption de grossesse au cours d'une année suivies selon une modalité donnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivi en PMI seule, - Suivi mixte (PMI + centre hospitalier) - suivi par un médecin spécialiste <p>2) Issue de la grossesse (enfant mort-né, naissance vivante ou interruption de grossesse)</p>
Dénominateur (D)	<p>Nombre total de femmes dont la grossesse a abouti à un enfant mort-né, à une naissance vivante ou à une interruption de grossesse au cours d'une année. au cours de la même année.</p> <p>Nombre de femmes dont la grossesse a abouti à un enfant mort-né, à une naissance vivante ou à une interruption de grossesse au cours d'une année suivies selon une modalité donnée (PMI seule / suivi mixte / Suivi par médecin spécialiste)</p>
Sous-groupes (stratification)	<p>*Par tranche d'âge Par origine ethnique de la mère Par commune de résidence de la mère /Communauté de communes</p>
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Cf. Enquête périnatale
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesses (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	<p>Reflète l'accès aux différents modes de suivi pour le suivi des grossesses 2) Les résultats obtenus selon le mode de suivi peuvent correspondre à des différences des caractéristiques (facteurs de risque) des femmes recourant à chaque mode de suivi.</p>
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 20 Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse

	2006		2007		2008	2009	
AUCUN SUIVI	176	2.8%	151	2.3%		84	1.3%
NON RENSEIGNE	110	1.7%	80	1.2%	ND	258	4,1%
PMI	1941	30.4%	1942	30.1%		1601	25,5%
PMI / HOPITAL	355	5.6%	305	4.7%		266	4,3%
PMI / GENERALISTE	23	0.4%	12	0.2%		7	0,1%
PMI / GYNECOLOGUE	25	0.4%	82	1.3%		22	0,3%
PMI / SAGE FEMME	39	0.6%	22	0.3%		42	0,7%
GENERALISTE	642	10.1%	622	9.6%		495	7,9%
GYNECOLOGUE	1251	19.6%	1380	21.4%		1517	24,3%
SAGE FEMME	402	6.3%	727	11.3%		710	11,4%
HOPITAL	565	8.8%	525	8.1%		678	10,9%
HOPITAL / GENERALISTE	497	7.8%	289	4.5%		280	4,5%
HOPITAL / GYNECOLOGUE	251	3.9%	216	3.3%		151	2,4%
HOPITAL / SAGE FEMME	33	0.5%	44	0.7%		17	0,3%
GENERALISTE / GYNECO	18	0.3%	21	0.3%		18	0,3%
GENERALISTE / SAGE FEMME	37	0.6%	20	0.3%		44	0,7%
SUIVI MULTIPLE	21	0.3%	20	0.3%		40	0,2%
TOTAL	6386		6458		ND	6230	

Source : RIG

Indicateur : Qualité du suivi des femmes enceintes : nombre de visites prénatales	
Objectif	Améliorer le suivi des grossesses pour réduire les naissances prématurées et la mortalité périnatale et maternelle par l'amélioration des structures actuelles.
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes ayant accouché dans l'année et effectué un nombre donné de visites prénatales (aucune visite, moins de 3 visites, 3 à 6 visites, 7 visites ou plus)
Dénominateur (D)	Sur le nombre total de femmes ayant accouché au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	<ul style="list-style-type: none"> - *Par tranche d'âge - Par origine ethnique de la mère - Par type de grossesse (normale/pathologique) - Par communauté de communes
Décompositions (N)	<u>Nombre de visites :</u> - Aucune visite (pas de suivi) - Moins de 3 visites (mauvais suivi) - 3 à 6 visites (suivi insuffisant) - 7 visites ou plus (bon suivi)
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesses (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Taux de remplissage du RIG. Les chiffres recueillis sont-ils corrects pour cette information ?
Modalités d'interprétation	Reflète la qualité du suivi par rapport aux normes en vigueur
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 21 Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre de visites prénatales effectuées

	2005		2006		2007		2008	2009	
0 = Aucun suivi	174	2.9%	176	2,8%	151	2.3%	ND	841,3%	
1 à 2 = Mauvais suivi	305	5.0%	284	4,4%	246	3.8%		346	5,6%
3 à 6 = Suivi insuffisant	2340	38.7%	2461	38,5%	2423	37.5%		2260	36,3%
7 et + = bon suivi	2450	40.5%	2633	41,2%	2591	40.1%		2259	36,3%
Non Renseigné	779	12.9%	832	13,0%	1047	16.2%		1281	20,6%
Total	6048		6386		6458			6230	

Source : RIG PMI

Le remplissage de cet item tend à être moins rigoureux.

Indicateur : Qualité du suivi des femmes enceintes : terme de la première consultation prénatale	
Objectif	Améliorer le suivi des grossesses pour réduire les naissances prématurées et la mortalité périnatale et maternelle par l'amélioration des structures actuelles.
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes enceintes ayant accouché au cours de l'année n selon le terme de la première consultation prénatale (au 1er trimestre, au 2ème trimestre, au 3ème trimestre)
Dénominateur (D)	Nombre total de femmes ayant accouché au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	- * Par tranche d'âge - Par type de grossesse (normale/pathologique) - Par communauté de communes
Décompositions (N)	Pas de visite, avant 15 SA, entre 16 et 20 SA, entre 20 et 26 SA, après 26 SA
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Cf. Enquête périnatale nationale
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesses (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Le Conseil général (DSP)
Service responsable de la synthèse des données	Le Conseil général (DSP)
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Les informations recueillies sont-elles justes ?
Modalités d'interprétation	Reflète la qualité du suivi par rapport aux normes en vigueur
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 22 Age de la grossesse lors de la première consultation prénatale

	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Aucun suivi	ND	ND	175	2,7%	ND	ND	84	1,3%
Avant 15 Sa			2657	41,6%			3000	48,2%
16 à 20 SA			1097	17,2%			965	15,5%
20 à 26 SA			651	10,2%			590	9,5
Après 26 SA			339	5,3%			321	5,2
NR			1467	23,0%			1270	20,4
Total			6386				6230	

Source : RIG Conseil général

Tableau 23 Age de la grossesse lors de la première consultation prénatale sans les " non réponses "

	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Aucun suivi	ND	ND	175	3,6%	ND	ND	84	1,7%
Avant 15 Sa			2657	54,0%			3000	60,5%
16 à 20 SA			1097	22,3%			965	19,5%
20 à 26 SA			651	13,2%			590	11,9%
Après 26 SA			339	6,9%			321	6,5%
Total			4919				4960	

Source : RIG Conseil général

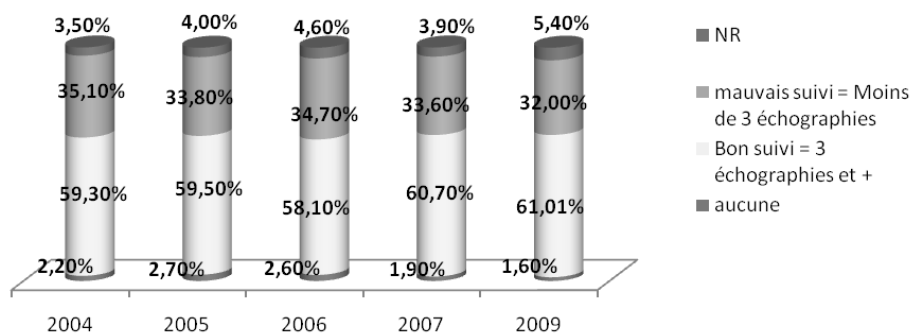
Indicateur : Qualité du suivi des femmes enceintes : Nombre d'échographies pendant leur grossesse	
Objectif	Améliorer le suivi des grossesses pour réduire les naissances prématurées et la mortalité périnatale et maternelle par l'amélioration des structures actuelles.
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes qui ont accouché au cours de l'année n selon le nombre d'échographies au cours de leur grossesse (ou au cours de chaque trimestre de grossesse)
Dénominateur (D)	Sur le nombre total de femmes qui ont accouché au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	<ul style="list-style-type: none"> - *Par tranche d'âge - par origine ethnique de la mère - par commune de résidence de la mère / communauté de communes - Par type de grossesse (normale/pathologique)
Décompositions (N)	Nombre d'échographies réalisées au cours de chaque trimestre de grossesse
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Etablissements de santé
Mode de collecte	Registre d'issue de grossesses (RIG)
Organisme responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service responsable de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Reflète la qualité du suivi par rapport aux normes en vigueur
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 24 Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre d'échographies effectuées au cours de la grossesse

NBREECHO	2005			2006			2007			2008			2009			
	%	avec NR	Sans NR	%	avec NR	Sans NR	%	avec N	Sans NR	ND	%	avec NR	Sans NR	%	avec NR	Sans NR
0	163	2,7%	2,7%	164	2,6%	2,57%	125	1,9%	1,9%		97	1,6%	1,6%			
1	607	10,0%	12,7%	715	11,2%	13,76%	647	10,0%	12,0%		655	10,5%	12,1%			
2	1437	23,8%	36,5%	1504	23,6%	37,32%	1520	23,5%	35,5%		1340	21,5%	33,6%			
3	2631	43,5%	80,0%	2692	42,2%	79,47%	2681	41,5%	77,0%		2725	43,7%	77,3%			
4	716	11,8%	91,8%	779	12,2%	91,67%	936	14,5%	91,5%		777	12,5%	89,8%			
5	178	2,9%	94,8%	173	2,7%	94,38%	212	3,3%	94,8%		200	3,2%	93,0			
6	76	1,3%	96,0%	50	0,8%	95,16%	60	0,9%	95,7%		72	1,2%	94,2%			
7		0,0%	96,0%	13	0,2%	95,36%	18	0,3%	96,0%		20	0,3%	94,5%			
8		0,0%	96,0%	3	0,0%	95,41%	8	0,1%	96,1%		4	0,1%	94,5%			
9		0,0%	96,0%	1	0,0%	95,43%	2	0,0%	96,1%		2	0,0%	94,6%			
13		0,0%	96,0%	0	0,0%	95,43%	0	0,0%	96,1%		1	0,0%	94,6%			
NR	240	4,0%		292	4,6%		249	3,9%			337	5,4%				
Total	6048			6386			6458				6230					

Source : RIG Conseil général



Suivi de grossesse - Nombre d'échographies
Graphique 2 Source: RIG Conseil général

GROSSESSE - OFFRE DE SOINS

Indicateur : Densité de sages femmes	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Effectif de sages femmes salariées et libérales au 1er janvier de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au 1er janvier de la même année
Niveau d'agrégation	Par communauté de communes
Périodicité de la mesure	Annuelle
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	INSEE (estimation de population)
Organisme responsable de la collecte	Fichier Adeli - Finess
Service responsable de la synthèse des données	SESAG - STATISS
Mode de calcul	Nombre de sages-femmes au 1er janvier année n divisé par la population des femmes de 15-49 ans au 1er janvier année n et multiplié par 100 000.
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Problèmes d'enregistrement
Modalités d'interprétation	Permet d'arriver à se situer par rapport à d'autres régions
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 25 Densité de sages femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Densité (/100 000 femmes de 15 à 49 ans)	90	98	109	125	139	
Effectif de sages- femmes	45	51	59	70	81	86
Nbre de femmes en âge de procréer (15-49 ans)	50098	51812	53752	55814	58187	-

Source: INSEE, SESAG, DREES, Adeli Finess

Indicateur : Densité de gynéco-obstétriciens	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Effectif de gynéco- obstétriciens au 1er janvier au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) au 1er janvier de la même année
Niveau d'agrégation	Par communauté de communes
Périodicité de la mesure	Annuelle
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	INSEE (estimation de population)
Organisme responsable de la collecte	Fichier Adeli - Finess
Service responsable de la synthèse des données	SESAG - STATISS
Mode de calcul	Nombre de gynéco- obstétriciens au 1er janvier année n divisé par la population des femmes de 15-49 ans au 1er janvier année n et multiplié par 100 000.
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Permet de se situer par rapport à d'autres régions
COMMENTAIRE	
(temps plein ou partiel, libéraux ou salariés)	

RESULTATS

Tableau 26 Densité de Médecin Gynécologue-obstétricien libéraux pour 100 000 femmes en âge de procréer

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Densité (/100 000 femmes de 15 à 49 ans)	16	15	17	20	19	-
Effectif de Gynéco-obstétriciens libéraux	8	8	9	11	11	-
	8	7 (8)	7 (9)	7 (11)	9 (11)	(11)
Nbre de femmes en âge de procréer (15-49 ans)	50098	51812	53752	55814	58187	-

Source: INSEE, SESAG, Fichiers Adeli, Score-santé

Indicateur : Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de l'année n	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de naissances (naissances vivantes et les mort-nés) au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre de praticiens (gynéco-obstétriciens, sages femmes, échographistes) au 1er janvier de la même année
Décompositions (N)	Par établissement de santé Par service : maternité, gynéco obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, soins intensifs (Kangourou)
Périodicité de la mesure	Annuelle
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	INSEE
Organisme responsable de la collecte	Fichier Adeli - Finess
Service responsable de la synthèse des données	SESAG - STATISS
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Reflète l'estimation de la charge de travail par professionnel
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Chiffres en cours de vérification

Tableau 27 Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de l'année n

	2004	2005	2006	2007	2008	France métropolitaine 2003
Nbre de naissances totales par gynéco-obstétricien libéraux	316	356	373	323	-	151
Nbre de naissances totales par Sages-femmes	119	119	107	92	-	51
Nbre de Gynéco-obstétriciens libéraux	8	7 (8)	7 (9)	7 (11)	9 (11)	
Nbre de Sages-femmes	45	51	59	70	81	

Source: INSEE, SESAG

Source: ORS Limousin, Soins et prévention

4. NAISSANCE ET ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT

4.1 Contexte

Cette période périnatale est le reflet de l'efficacité du système de santé en lui-même car à ce stade les femmes sont hospitalisées.

Les taux de mortalité foeto -infantile sont élevés en Guyane. Par ailleurs, on observe que le taux de mortalité maternelle supérieurs à ce qui est observés dans d'autres régions. Au moment d'une naissance comme aux autres âges de la vie, l'indicateur le plus souvent utilisé pour mesurer l'état de santé d'une population est la mortalité.

4.2 Choix des indicateurs : Naissance et issue de l'accouchement

Le groupe d'experts du volet Périnatalité et le Conseil scientifique de la Banque de données ont décidés de suivre les indicateurs de mortalité ainsi que ceux qui décrivent la situation périnatale en Guyane et mettent en évidence la fréquence et les conséquences des pathologies sévères de la grossesse au cours des premières semaines de vie, et l'efficacité de la prise en charge médicale.

Nous avons retenu pour cette dernière partie les indicateurs suivants :

- Proportion de fausses couches tardives
- Taux d'Interruptions médicales de Grossesses (IMG) pratiquées en Guyane
- Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n
- Taux de mortinatalité
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de mortalité périnatale
- Taux de mortalité infantile
- Répartition de la mortalité infantile par causes de décès
- Taux de mortalité maternelle
- Taux de prématurité
- Taux de naissances de faible poids
- Proportion de nouveau-nés ayant un score d'APGAR à 5 minutes inférieur à 7
- Répartition des naissances par type de lieux d'accouchements
- Ratio du nombre de naissances et nombre d'accouchements par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n
- Taux d'équipement en lits relatifs au pôle mère -enfant
- Nombre de puéricultrices " équivalent plein temps "

En complément de ces indicateurs nous proposons la mise en place de l'Enquête sur les diagnostics principaux des transferts et évacuations sanitaires des femmes enceintes et nouveau-nés vers la Métropole ou les Antilles".

Le découpage des indicateurs a été fait comme suit :

4.2.1 Les indicateurs globaux

Les fausses couches tardives et les interruptions médicales de grossesses ont été placées dans la phase d'issue de la grossesse plutôt que dans la première partie du rapport sur les Interruptions de grossesse car elles sont considérées comme étant des grossesses qui auraient dû être menées à terme et qui pour des raisons médicales ou physiologiques n'ont pu aboutir à un accouchement.

L'indicateur "**Taux de fausses couches tardives (14 et 21 SA)**" reflète les pathologies de la grossesse non traitées. Le RIG est la source retenue pour cet indicateur. Toutefois, cet indicateur est sous estimé car dans le cadre des fausses couches les hospitalisations ne sont pas obligatoires. Il se pourrait que la différence probable de recours aux établissements de santé après une fausse couche tardive selon éloignement de la femme enceinte entraîne en effet une sous-estimation pour les communes et zones les plus isolées. Si cette information n'est pas recueillie dans le RIG, il faudra interroger les établissements de santé.

L'indicateur "**Taux d'Interruptions médicales de Grossesse (IMG) pratiquées en Guyane**" met en évidence le reflet de la fréquence des grossesses très pathologiques, l'accès aux diagnostics anténataux et l'accès à l'IMG.

L'indicateur "**Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n**" (naissances enregistrées) reflète l'activité des maternités.

Le nombre de naissances domiciliées permet lui, de dissocier les deux populations (résidents en Guyane et non-résidents). Le RIG a été retenu pour être la source d'information de référence pour cet indicateur.

L'INSEE nous permet aussi d'obtenir cette information (via les données du certificat de naissance de l'état civil).

A noter, toutefois, que si l'on veut suivre l'évolution de la fécondité, il faut recueillir d'autres indicateurs tels que le taux de natalité, le taux de fécondité (rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population féminine d'âge fécond) moyenne de l'année ou au mieux l'indicateur conjoncturel de fécondité (nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait durant toute sa vie féconde les conditions de fécondité observées cette année là, calculé en additionnant les taux de fécondité par âge observés une année donnée).

4.2.2 Les taux de mortalité

6 indicateurs ont été retenus pour les taux de mortalité :

- Taux de mortinatalité
- Taux de mortalité néonatale
- Taux de mortalité périnatale
- Taux de mortalité infantile
- Répartition de la mortalité infantile par causes de décès
- Taux de mortalité maternelle

L'indicateur "**Taux de mortinatalité**" reflète la fréquence des pathologies sévères et les limites de leur prise en charge pendant la grossesse.

Jusqu'à la circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n°2001- 576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissances, l'expulsion d'un embryon de moins de 1000g ou de moins 28 semaines d'aménorrhée est une fausse couche, au delà c'est un accouchements. La circulaire de novembre 2001 se met au diapason avec l'OMS, passant les seuils de 1000g à 500g et de 28 à 22 semaines.

Les changements de définition apportés par la circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n°2001- 576 du 30 novembre 2001 entraîne une augmentation du nombre d'enfants mort-nés par rapport à la norme antérieure. Les chiffres avant et après 2001 ne pourront donc pas être comparés.

L'indicateur "**Taux de mortalité néonatale**" témoigne de la fréquence des pathologies et de la qualité des soins obstétriques et pédiatriques au cours du premier mois de vie.

L'indicateur "**Taux de mortalité périnatale**" reflète la fréquence des pathologies sévères de la grossesse et des premières semaines de vie et les limites de leur prise en charge médicale.

L'indicateur "**Taux de mortalité infantile**" reflète la qualité des soins obstétriques et pédiatriques accessibles mais est aussi très sensible à l'influence des déterminants sociaux et des conditions de vie des mères et des enfants. La mortalité infantile est un indicateur établi de longue date, et qui mesure non seulement la santé infantile, mais aussi le bien-être d'une société. Elle reflète l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant.

Les taux de mortalité foeto infantile reposent sur le certificat de décès et le certificat de décès néonatal. L'INSERM est l'organisme qui traite les causes de décès. L'INSEE, une de nos principales sources met également ces chiffres à disposition. C'est pourquoi, la source retenue pour les taux de mortalité foeto-infantile est l'INSEE.

L'indicateur “**Répartition de la mortalité infantile par causes de décès**” permet l'identification des principales causes de mortalité infantile par zone géographique.

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) est une structure de l'Inserm qui produit la base de données sur les causes de décès, accessible en ligne, et interrogeable par groupes de maladies. Les données de l'INSERM nous étant directement transmises par la FNORS, la source retenue est la FNORS.

L'indicateur “**Taux de mortalité maternelle**” reflète la qualité de la prise en charge obstétricale, spécifiquement pour les causes évitables.

Au-delà du nombre de cas de mortalité maternelle, c'est l'analyse approfondie de ces cas qui permet d'identifier les causes évitables. Cette analyse est réalisée par le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle qui doit inclure dans ses travaux les cas survenus dans les DOM.

Le programme Peristat recommande par ailleurs le développement d'un indicateur sur " la prévalence de la morbidité grave de la mère " défini comme le nombre de femmes qui présentent au moins une des conditions suivantes, rapporté au nombre total de femmes ayant accouché (naissances vivantes et morts-nés) :

- Eclampsie
- Intervention chirurgicale (hors ligature des trompes ou césarienne)
- Transfusion de sang
- Séjour en soins intensifs > 24 heures.

Ce nouvel indicateur pourrait, dans les prochaines années être intégré à la banque de données.

4.2.3 Santé du nouveau-né

3 indicateurs de la santé du nouveau-né ont été retenus :

- Taux de prématurité
- Taux de naissances de faible poids
- Proportion de nouveau-nés ayant un score d'APGAR à 5 minutes inférieur à 7

Les indicateurs “**Taux de prématurité et Taux de faibles poids**” reflètent l'évolution des facteurs responsables de la prématurité et du faibles poids des nouveau-nés, mais aussi l'effet des actions entreprises pour réduire l'influence de ces facteurs. La source retenue est le RIG. A noter toutefois que l'on peut retrouver cette donnée à partir du certificat du 8ème jour exploité par l'INSEE.

L'indicateur “**Proportion de nouveau-nés ayant un score d'APGAR à 5 minutes inférieur à 7**” est retenu comme étant un indicateur approchant les situations de souffrance périnatale. Il reflète la fréquence des pathologies responsables mais aussi l'efficacité de la réanimation néonatale au cours des 5 premières minutes de vie du nouveau-né.

4.2.4 Naissance

Concernant la partie “naissance et issue de l'accouchement”, le groupe d'experts et le Conseil scientifique ont retenu l'indicateur suivant : “**répartition des naissances par type de lieux d'accouchement**”. Nous préconisons également une étude sur les “**principales causes des transferts et évacuations sanitaires de femmes enceintes et de nouveau-nés vers la Métropole et les Antilles**”. L'intérêt notamment de cette étude serait d'identifier les ressources en soin non disponibles en Guyane (mais accessibles par EVA-SAN).

L'indicateur “**Répartition des naissances par type de lieux d'accouchement**” quant à lui nous permettrait de connaître l'utilisation des structures disponibles, ainsi que la part des femmes n'ayant pas eu recours à une structure médicalisée.

4.2.5 Offre de soin

Les trois indicateurs pour l'offre de soin sont :

- Ratio du nombre de naissances et nombre d'accouchements par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n
- Taux d'équipement en lits relatifs au pôle mère - enfant
- Nombre de puéricultrices équivalent temps plein

L'indicateur “**Ratio du nombre de naissances et nombre d'accouchements par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers**” nous donne un reflet de l'importance des ressources humaines (personnels) disponibles pour la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés.

L'indicateur “**Taux d'équipement en lits relatifs au pôle mère - enfant**” met en évidence le niveau de ressources disponibles des établissements tandis que l'indicateur “**Nombre de puéricultrices équivalent temps**” plein est révélateur du niveau de ressources disponibles dans les structures de soin.

Les sources retenues sont l'INSEE pour le nombre de naissances et le nombre de femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les chiffres des organismes qui recensent les professionnels de santé (fichier ADELI, données FINESS) et le recensement des professionnels fournis par les centres hospitaliers).

4.3 Faits marquants : Naissance et issue de la naissance de 2004 à 2009

Le taux de prématurité était de 14,27% en 2009 et le pourcentage de nouveau-nés dont le poids de naissance était inférieur à 2500 grammes était de 13,19%.

Les taux de mortalité foeto-infantile reste élevés malgré quelques chiffres légèrement en baisse. En effet, en 2008, le taux de mortalité néonatale en Guyane est passé de 9,8 à 7,6 en 2009 (baisse de 21%) et le taux de mortalité de 13,6 en 2008 à 10,4 en 2009 (baisse de 23,5%).

Ces chiffres sont cependant à nuancer car le taux de mortalité en Guyane est passé de 10,6 en 2008 à 16,9 en 2009 (augmentation de 59%) et le taux de mortalité périnatale en Guyane est passé de 18,8 en 2008 à 22,5 en 2009 (augmentation de 19,6%).

Liste des indicateurs périnataux "Naissance et issue de l'accouchement"

Indicateurs	Source, type d'enquête	Désagrégation/ Stratification	Périodicité nécessaire	Niveau géographique pertinent / disponible	Pages
"INDICATEURS GLOBAUX"					
I.8.1 Proportion de fausses couches tardives	Conseil général (DSP)		Non disponible		
I.8.2 Taux d'Interruptions médicales de Grossesses (IMG) pratiquées en Guyane	Conseil général (DSP)		Disponible		P 92
I.9.1 Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n	Conseil général (DSP)		Disponible		P 95
"TAUX DE MORTALITE"					
I.10.1 Taux de mortinatalité	INSEE		Disponible		P 97
I.10.2 Taux de mortalité néonatale	INSEE		Disponible		P 99
I.10.3 Taux de mortalité périnatale	INSEE		Disponible		P 101
I.10.4 Taux de mortalité infantile	INSEE		Disponible		P 103
I.10.5 Répartition de la mortalité infantile par causes de décès	INSERM CépiDC		Disponible		P 105
I.10.6 Taux de mortalité maternelle	INSERM CépiDC		Non disponible		
"SANTE DU NOUVEAU NE"					
I.11.1 Taux de prématurité	Conseil général (DSP)		Disponible		P 107
I.11.2 Taux de naissances de faible poids	Conseil général (DSP)		Disponible		P 109
I.11.3 Proportion de nouveau-nés ayant un score d'APGAR à 5 minutes inférieur à 7	Conseil général (DSP)		Non disponible		
"NAISSANCE"					
I.12.1 répartition des naissances par type de lieux d'accouchements	Conseil général (DSP)		Disponible		P 111
E.12 Enquête sur les diagnostics principaux des transferts et évacuations sanitaires des femmes enceintes et nouveau-nés vers la Métropole ou les Antilles	Enquête spécifique				P 131
"OFFRE DE SOINS"					
I.13.1 Ratio du nombre de naissances et nombre d'accouchements par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n	Conseil général (DSP) Etablissements santé		Disponible		P 113
I.13.3 Nombre de puéricultrices "équivalent plein temps"	INSEE Fichier ADELI		Non disponible		P 130

NAISSANCE- ISSUE ACCOUCHEMENT / INDICATEURS GLOBAUX

Indicateur : Proportion d'Interruptions médicales de Grossesse (IMG) pratiquées en Guyane

Définition	L'interruption médicale de grossesse (IMG), autrefois appelée avortement thérapeutique, désigne une interruption de grossesse pratiquée volontairement lorsque la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la femme ou lorsque le fœtus est atteint d'une malformation grave et non curable. La décision de recourir à l'IMG appartient aux médecins et au couple concerné.
------------	---

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre d'IMG pratiquées au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Sur nombre de grossesses (IMG+naissances vivantes et mort-nés) au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	Par communauté de communes
Décompositions (N)	*Par établissement de santé Pour cause de pathologie maternelle Pour cause de pathologie fœtale
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle

ELABORATION ET QUALITES

Origine	Etablissements de santé
Mode de collecte	Le Registre d'issue de grossesse (RIG) pour le dénominateur / Bulletin de déclaration des IVG (BIVG) pour les IMG (?)
Organisme responsable de la collecte	SAE, INSERM (causes de décès), INSEE
Fiabilité	En fonction du travail de contrôle de saisie du RIG En fonction des méthodes de traitement, de la qualité de remplissage du BIVG (se renseigner auprès de la DREES)
Mode de calcul	Rapport entre le numérateur et le dénominateur

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Existe t-il une sous déclaration des IMG ?
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence des grossesses très pathologiques. Reflète l'accès aux diagnostics anténataux Reflète l'accès à l'IMG

COMMENTAIRE

RESULTATS

Tableau 28 Proportion d'interruption médicales de grossesse (IMG) pratiquées en Guyane

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Proportion IMG/naissances totales +	2,3%	2,6%	0,2%	0,98%	0,06%	0,45%
Nbre d'IMG	127 5499	160 6221	14* 6356	64 6533	4 6318	29 6306
Nbre naissances totales + IMG	(5372 + 127)	(6061+ 160)	(6342+14)	(6469+64)	(6314 + 4)	(6277 + 29)

Source: données SAE, INSEE

Tableau 29 Nombre d'avortements médicaux (code CIM10, O04) recensées parmi les motifs de consultation des centres délocalisés de prévention et de soins (de 2004 à 2008)

	2004	2006	2007	2008	2009
Total	12 24	40	73	72	ND

Source : CDPS

O04 - Avortement médical (réalisé dans les CDPS jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée)

Indicateur : Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n**DESCRIPTION**

Numérateur (N)	Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre d'enfants nés vivants / Nombre d'enfants mort-nés
Sous-groupes (stratification)	
Décompositions (N)	Naissances domiciliées / enregistrées non domiciliées
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ internationaux	Nombre de naissances totales (INSEE)

ELABORATION ET QUALITES

Origine	Etablissements de santé
Mode de collecte	Le Registre d'issue de grossesse (RIG) + INSEE
Organisme(s) responsable de la collecte	Conseil général (RIG) / INSEE
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	Conseil général (RIG) / INSEE
Fiabilité	En fonction du travail de contrôle de la saisie du RIG

INTERPRETATION

Limites et biais connus	Qualité de l'enregistrement du domicile de la mère à déterminer
Modalités d'interprétation	Le nombre de naissances enregistrées reflète l'activité des maternités. / A vérifier : le nombre de naissances domiciliées permet de dissocier les 2 populations (résidents en Guyane et non-résidents). La nationalité ne permet pas de distinguer la part des étrangères résidentes en Guyane.

COMMENTAIRE

L'INSEE nous permet aussi d'obtenir cette information (via les données du certificat de naissance de l'état civil) Si on veut suivre l'évolution de la fécondité, il faut prendre d'autres indicateurs comme le taux de natalité, le taux de fécondité (rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population féminine d'âge fécond) moyenne de l'année ou au mieux l'indicateur conjoncturel de fécondité (nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme si elle connaissait durant toute sa vie féconde les conditions de fécondité observées cette année là, calculé en additionnant les taux de fécondité par âge observés une année donnée).

RESULTATS

Tableau 30 Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n

	Naissances domiciliées					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Enfants nés sans vie	60	63	66	83	67	106
Naissances Vivantes	5312	5998	6276	6386	6247	6171
Ensemble des Naissances	5372	6061	6342	6469	6314	6277

Source: INSEE

NB : L'ensemble des naissances (naissances vivantes + Enfants sans vie)

NAISSANCE - ISSUE ACCOUCHEMENT / MORTALITÉ

Indicateur : Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)																
Définition	La mortinatalité est l'expulsion d'un fœtus mort après 22 SA ou ayant un poids d'au moins 500g.															
DESCRIPTION																
Numérateur (N)	Nombre annuel d'enfants nés sans vie au cours de l'année n après 22 SA ou ayant un poids d'au moins 500g															
Dénominateur (D)	Nombre de naissances totales (vivantes et mort-nés) au cours de la même année															
Sous-groupes (stratification)	Par type de lieu d'accouchement Par communauté de communes (domicile de la mère)															
Décompositions (N)	Par communauté de communes															
Niveau d'agrégation	Données individuelles															
Périodicité de la mesure	Annuelle (données disponibles pour l'année n-2)															
Indicateurs nationaux/ Internationaux	Taux de mortinatalité															
Dernier résultat connu	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Taux de mortinatalité (nombre d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>n</th> <th>Pour mille</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2004</td> <td>60</td> <td>11,2</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>63</td> <td>10,4</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td>66</td> <td>10,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source : INSEE</p>	Taux de mortinatalité (nombre d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales)				n	Pour mille	2004	60	11,2	2005	63	10,4	2006	66	10,4
Taux de mortinatalité (nombre d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales)																
	n	Pour mille														
2004	60	11,2														
2005	63	10,4														
2006	66	10,4														
ELABORATION ET QUALITES																
Origine	Etat civil et établissements de santé															
Mode de collecte	Certificat de décès / Certificat de décès néonatal															
Organisme(s) responsable de la collecte	Bureaux d'Etat civil des mairies / Etablissement de santé															
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	INSEE															
Fiabilité	Repose sur les données de l'état-civil															
Mode de calcul	Rapport entre le numérateur et le dénominateur															
INTERPRETATION																
Limites et biais connus	Les changements de définition apportés par la circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n°2001- 576 du 30 novembre 2001 entraîne une augmentation du nombre de mort-nés par rapport à la norme antérieure. Ne permet pas de comparer les taux avant et après 2001 (Jusqu'à la circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n°2001- 576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissances, l'expulsion d'un embryon de moins de 1000g ou de moins 28 semaines d'aménorrhée est une fausse couche, au delà c'est un accouchements. La circulaire de novembre 2001 se met au diapason avec l'OMS, passant les seuils de 1000g à 500g et de 28 à 22 semaines.)															
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence des pathologies sévères et les limites de leur prise en charge pendant la grossesse.															
COMMENTAIRE																

RESULTATS

Tableau 31 Taux de mortalité (pour 1000 naissances totales)

	Taux de mortalité (pour 1000)	Evolution de 2008-2009
2004	11,2	
2005	10,4	
2006	10,4	
2007	12,8	↑ + 23 %
2008	10,6	↓ - 17,2 %
2009	16,9	↑ + 59 %

Source : INSEE

Indicateur : Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)																
DESCRIPTION																
Numérateur (N)	Nombre annuel d'enfants nés vivants et décédés avant 28 jours au cours de l'année n															
Dénominateur (D)	Nombre total de naissances vivantes au cours de la même année															
Sous-groupes (stratification)	Par type de lieu d'accouchement Par communauté de communes (domicile de la mère)															
Niveau d'agrégation	Individuel															
Périodicité de la mesure	Annuelle (données disponibles pour l'année n-2)															
Indicateurs nationaux/ Internationaux	Taux de mortalité néonatale Peristat recommande de décomposer cet indicateur en mortalité néonatale précoce (0-6 jours) et mortalité néonatale tardive (7-27 jours)															
Dernier résultat connu	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1000 naissances vivantes)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>n</th> <th>Pour mille</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2004</td> <td>35</td> <td>6,6</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>34</td> <td>6,3</td> </tr> <tr> <td>2006</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Source : INSEE</p>	Taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1000 naissances vivantes)				n	Pour mille	2004	35	6,6	2005	34	6,3	2006		
Taux de mortalité néonatale (décès d'enfants de moins de 28 jours pour 1000 naissances vivantes)																
	n	Pour mille														
2004	35	6,6														
2005	34	6,3														
2006																
ELABORATION ET QUALITES																
Origine	Etat civil															
Mode de collecte	Certificats de naissance et de décès															
Organisme(s) responsable de la collecte	Bureaux de l'Etat civil des mairies															
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	INSEE															
Fiabilité	Repose sur les données de l'état-civil															
INTERPRETATION																
Modalités d'interprétation	Témoigne de la fréquence des pathologies et de la qualité des soins obstétricaux et pédiatriques au cours du premier mois de vie															
COMMENTAIRE																

RESULTATS

Tableau 32 Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)

	Taux de mortalité néonatale (pour 1000)	Evolution de 2008-2009
2004	6,6	
2005	6,3	
2006	6,9	
2007	7,8	
2008	9,6	
2009	7,6	↓ - 21 %

Source : INSEE

Indicateur : Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances totales)													
Objectif	Le PRSP recommande de réduire de 15% la mortalité périnatale tout comme l'objectif contenu dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004												
DESCRIPTION													
Numérateur (N)	Nombre d'enfant nés sans vie (après 22 SA ou ayant un poids d'au moins 5000g) ou décédés avant 7 jours de vie au cours de l'année n												
Dénominateur (D)	Nombre total de naissances (vivantes et mort-nés) au cours de la même année												
Sous-groupes (stratification)	Par communauté de communes (résidence de la mère)												
Décomposition (N)													
Niveau d'agrégation	Données individuelles												
Périodicité de la mesure	Annuelle (données disponibles pour l'année n-2)												
Indicateurs nationaux/ Internationaux	Taux de mortalité périnatale												
Dernier résultat connu	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Taux de mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>n</th> <th>Pour mille</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2004</td> <td>24+60</td> <td>15,6</td> </tr> <tr> <td>2005</td> <td>28+63</td> <td>15,0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Source : INSEE</p>	Taux de mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales)				n	Pour mille	2004	24+60	15,6	2005	28+63	15,0
Taux de mortalité périnatale (décès d'enfants de moins de 7 jours et d'enfants sans vie pour 1000 naissances totales)													
	n	Pour mille											
2004	24+60	15,6											
2005	28+63	15,0											
ELABORATION ET QUALITES													
Origine	Etat civil Etablissements de santé												
Mode de collecte	Certificats de naissance et de décès												
Organisme(s) responsable de la collecte	Bureaux d'Etat civil des mairies												
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	INSEE												
Fiabilité	Repose sur les données de l'état-civil												
Mode de calcul	Rapport entre le numérateur et le dénominateur												
INTERPRETATION													
Limites et biais connus	Les changements de définition apportés par la circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n°2001- 576 du 30 novembre 2001 entraîne une augmentation du nombre de morts-nés par rapport à la norme antérieure. Ne permet de comparer les taux avant et après 2001. (Jusqu'à la circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n°2001- 576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissances, l'expulsion d'un embryon de moins de 1000g ou de moins 28 semaines d'aménorrhée est une fausse couche, au delà c'est un accouchement. La circulaire de novembre 2001 se met au diapason avec l'OMS, passant les seuils de 1000g à 500g et de 28 à 22 semaines.)												
Modalités d'interprétation	Reflète la fréquence des pathologies sévères de la grossesse et des premières semaines de vie, et les limites de leur prise en charge médicale.												
COMMENTAIRE													

RESULTATS

Tableau 33 Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances totales)

	Taux de mortalité néonatale (pour 1000)	Evolution de 2008-2009
2004	15,6	
2005	15	
2006	14,5	
2007	17,9	
2008	18,8	
2009	22,5	↑ + 19,6 %

Source : INSEE

Indicateur : Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	
Définition	Rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an aux naissances vivantes. La mortalité infantile est composée de 3 périodes : néonatale précoce : moins de 7 jours; néonatale tardive : 7 à 27 jours; post-néonatale : 28 jours et plus.
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre d'enfants décédés avant l'âge d'1 an au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre total de naissances vivantes au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	Par origine ethnique Par communauté de communes
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle (données disponibles pour l'année n-2)
Indicateurs nationaux/ Internationaux	Taux de mortalité infantile
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	Etat civil
Mode de collecte	Certificats de naissance et de décès
Organisme(s) responsable de la collecte	Bureaux de l'Etat civil des mairies
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	INSEE
Fiabilité	Repose sur les données de l'état-civil
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Reflète la qualité des soins obstétriques et pédiatriques accessibles, mais est aussi très sensible à l'influence des déterminants sociaux et des conditions de vie des mères et des enfants. La mortalité infantile est un indicateur établi de longue date, et qui mesure non seulement la santé infantile, mais aussi le bien-être d'une société. Elle reflète l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant.
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 34 Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)

	Taux de mortalité infantile (pour 1000)	Evolution de 2008-2009
2004	Néant	
2005	10,7 %	
2006	12,6 %	
2007	12,1 %	
2008	13,6	
2009	10,4	↓ - 23,5 %

Source : INSEE

Indicateur : Répartition de la mortalité infantile par causes de décès	
Définition	<p>La cause disponible dans les statistiques est la cause initiale du décès. Cette cause est la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel. Les principales causes de mortalité infantile retenues sont en général :</p> <p><u>anomalies congénitales</u> : CIM-10 = Q00-Q99; <u>courte gestation et faible poids</u> : CIM-10 = P07; <u>détresse respiratoire</u> ; CIM-10 = P22; <u>autres affections périnatales</u> : CIM-10 = P00-P06, P08-P19, P23-P96; <u>mort soudaine du nourrisson</u> : CIM-10 = R95. <u>Maladies infectieuses</u></p>
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour chacune des grandes causes répertoriées dans la CIM10 sur l'ensemble de la période au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre total de décès d'enfants de moins d'1 an au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	Par communauté de communes
Décompositions (N)	Par grandes causes répertoriées dans la CIM10
Niveau d'agrégation	données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	Médecins déclarants
Mode de collecte	Certificat de décès
Organisme(s) responsable de la collecte	Inserm CépiDC
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	Inserm CépiDC Transmission des données à l'ORSG par la FNORS
Fiabilité	Selon qualité des certificats et corrections apportées par le CépiDC
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Identification des principales causes de mortalité infantile par zone géographique.
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 35 Répartition de la mortalité par causes de décès chez le nouveau-né

Code CIM10	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anomalies congénitales : Q00-Q99	16	10	ND	ND	ND	15	ND
Courte gestation et faible poids : P07	5	2				3	
Détresse respiratoire : P22	2	3				9	
Autres affections périnatales : P00-P06, P08-P19, P23-P96	15	20				40	
Mort soudaine du nourrisson : R95	1	0				5	
Autres causes	40	41				10	
Total	79	76				85	

Source : Inserm CépiDC, INSEE

NAISSANCE - ISSUE ACCOUCHEMENT / SANTÉ DU NOUVEAU-NÉ

Indicateur : Taux de prématurité	
Objectif	Selon l'objectif retenu dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 qui vise à réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme. En effet, la prématurité (surtout la très grande prématurité) et ses complications (respiratoires, cérébrales, autres) font partie des situations périnatales responsable de handicaps à long terme.
Définitions	Prématurité : naissance avant 37SA de gestation révolue, soit 36SA et 6 jours Grande prématurité : naissance avant 32SA Très grande prématurité : naissance avant 28SA
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre total de nouveau-nés prématurés (âge gestationnel < 37SA) au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Sur le nombre total de naissances (vivantes et mort-nés) enregistrées au cours de la même année.
Sous-groupes (stratification)	Par type de naissances : naissances uniques et naissances multiples
Décompositions (N)	Selon le terme : <22SA, < 37SA, < 32 SA, < 28 SA
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/Internationaux	Taux de prématurité
Dernier résultat connu	En 2003, le RIG indiquait un taux de prématurité globale (enfants nés à moins de 37SA) égal à 12% pour la Guyane. La même année, l'enquête nationale Périnatale indiquait le même taux pour les Départements d'outre-mer contre un taux de 7,2% en France Métropolitaine.
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	Etablissements de santé
Mode de collecte	Le Registre d'issue de grossesse (RIG)
Organisme (s) responsable(s) de la collecte	Conseil général (DSP)
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
Fiabilité	En fonction du travail de contrôle de saisie du RIG
Mode de calcul	Rapport entre le numérateur et le dénominateur
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Reflète l'évolution des facteurs responsables de prématurité, mais aussi l'effet des actions entreprises pour réduire l'influence de ces facteurs.
COMMENTAIRE	
On peut retrouver cette donnée à partir du certificat du 8ème jour exploité par l'INSEE	

RESULTATS

Tableau 36 Taux de prématurité en Guyane (<32SA)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
tx de prématurité	12,70%	ND	11,66%	12,97%	12,59%	ND	14,27%
tx de grande prématurité (6,8% métropole en 2003)			3,31%	3,65%	3,12%		3,78

Source : RIG Conseil général

Tableau 37 Répartition des naissances selon le terme de 2005 à 2009

	2005			2006			2007			2008	2009		
	n	tx	tx cumulé	n	tx	tx cumulé	n	tx	tx cumulé		n	tx	tx cumulé
Très grande prématurité (< 28 SA)	73	1,21%	1,21%	74	1,16%	1,16%	97	1,51%	1,51%	ND	88	1,40%	1,40%
Grande prématurité (de 28 à 32 SA)	127	2,10%	3,31%	159	2,49%	3,65%	121	1,88%	3,39%		149	2,37%	3,78%
Prématurité (de 33 à 36 SA)	505	8,35%	11,66%	595	9,32%	12,97%	607	9,44%	12,84%		659	10,50%	14,27%
>=37	5312	87,83%	99,49%	5558	87,03%	100,00%	5598	87,10%	99,94%		5367	85,49%	99,76%
NR	31	0,51%	100,00%	0	0,00%	100,00%	4	0,06%	100,00%		15	0,24%	100,00%
Total	6048			6386			6427				6278		

Source : RIG Conseil général

Indicateur : Taux de naissances de faibles poids

Définitions	<p>Faible poids= Proportion de naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est compris entre 2000g et 2499g.</p> <p>Très faible poids= Proportion de naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est compris entre 1000g et 1999g.</p> <p>Faible poids " extrême "= Proportion de naissances vivantes pour lesquelles le poids du nouveau-né à la naissance est inférieur à 1000 grammes.</p>
-------------	---

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre total de nouveau-nés dont le poids de naissance est inférieur à 2500 grammes au cours de l'année
Dénominateur (D)	Sur le nombre total de naissances (vivantes) enregistrées au cours de la même année (sauf ITG et fausses couches)
Sous-groupes (stratification)	Par type de naissances : naissances uniques et naissances multiples Par zone géographique
Décomposition (N)	Selon le poids : < 1000g, entre 1000g et 1999g, entre 2000g et 2499g.
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
Indicateurs nationaux/ Internationaux	Taux de faible poids (pourcentage de nouveau-nés avec un poids de naissance < 2500.)

Dernier résultat connu

	2001	2002	2003
Taux d'enfants de faible poids (%) pour 100 naissances vivantes	12,3	12,6	11,3
Dt taux d'enfants de très faible poids (%) pour 100 naissances vivantes	2,4	2,6	2,4

Source RIG

ELABORATION ET QUALITES

Origine	Etablissements de santé
Mode de collecte	Le Registre d'issue de grossesse
Organisme(s) responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
Fiabilité	Fiabilité d'enregistrement dans le RIG

INTERPRETATION

Modalités d'interprétation	Reflète l'impact des facteurs responsables, mais aussi l'effet des actions entreprises pour réduire l'influence de ces facteurs.
----------------------------	--

COMMENTAIRE

On peut retrouver cette donnée à partir du certificat du 8ème jour exploité par l'INSEE

RESULTATS

Tableau 38 Taux de naissances de faibles poids

	2009		
<500	12	0,19%	0,49%
500-1499	161	2,56%	3,06%
1500-1999	156	2,48%	5,54%
2000-2499	499	7,95%	13,49%
2500-3499	4031	64,21%	77,70%
3500-3999	1135	18,08%	95,78%
>4000	238	3,79%	99,57%
NR	46	0,73%	100,30%
Total	6278	100,00%	

IG > 500 g ou > 22 SA
Source: RIG Conseil général

Tableau 39 Taux d'hypotrophie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tx d'hypotrophie (< 2500 g)	12,60%	ND	11,60%	12,98%	12,09%	ND	13,19%
Tx d'hypotrophie sévère (< 1000g)	1,40%		1,20%	1,87%	1,42%		
6,6% (métropole en 2003)							

Source : RIG Conseil général

NAISSANCE- ISSUE ACCOUCHEMENT / NAISSANCE

Indicateur : Répartition des naissances par type de lieux d'accouchement	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes ayant accouché selon le type de lieux d'accouchement (clinique, hôpital public, domicile, CPS, autre) au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Sur le nombre total de femmes ayant accouché au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	Par commune de résidence de la mère / communauté de communes Par origine ethnique Par type de grossesse (pathologique/normale)
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Annuelle
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	Etablissements de santé
Mode de collecte	Le Registre d'issue de grossesse
Organisme(s) responsable de la collecte	Conseil général (DSP)
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	Conseil général (DSP)
INTERPRETATION	
Modalités d'interprétation	Reflète l'utilisation des structures disponibles, ainsi que la part des femmes n'ayant pas eu recours à une structure médicalisée.
COMMENTAIRE	

RESULTATS

Tableau 40 Répartition des naissances par lieux d'accouchement

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Par centres hospitaliers						
CH CAYENNE	2428	2600	2710	2636	ND	2570
CH ST LAURENT	1706	1876	1965	2106		2336
CMCK	874	919	1044	1038		925
CLINIQUE VERONIQUE	433	502	537	579		405
Total	5441	5897	6256	6359		6236
Hors centres hospitaliers						
MARIPASOULA	38	46	35	23		31
ST GEORGES	26	28	24	18		28
MATOURY	0	1	4	3		10
MACOURIA	2	4	3	3		6
MANA	5	5	10	7		3
PAPAICHTON	8	8	12	5		2
SINNAMARY	6	5	1	9		1
SAUL	0	0	0	1		1
ROURA	0	0	2	2		1
REGINA	0	5	0	0		1
MONTSI_ TONNE	0	0	1	0		1
GRAND SANTI	17	22	7	2		1
IRACOUBO	0	1	3	5		1
AWALA	0	1	0	1		1
JAVOUHEY	1	0	2	0		1
APATOU	1	13	13	10		0
ST ELIE	2	0	0	0		0
CAMOPI	9	12	13	10		0
Total	115	151	130	99		89
TOTAL	5556	6048	6386	6458		6325

Source : RIG Conseil général

Tableau 41 Répartition des naissances hors services de maternité

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
DOMICILE	65	79	103	66	ND	61
AMBULANCE	15	19	6	8		10
PIROGUE	8	6	7	5		4
VOITURE	7	1	6	4		8
VOIE PUBLIQUE	3	3	0	0		2
DEBARCADERE	1	0	0	0		0
HELICOPTERE	0	2	0	0		0
TOTAL	99	110	122	83		85

Source : RIG Conseil général

NAISSANCE - ISSUE ACCOUCHEMENT / OFFRE DE SOINS

Indicateur : Ratio du nombre de naissances par pédiatre, sage femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n

DESCRIPTION

Numérateur (N)	Nombre 1) de naissances enregistrées 2) d'accouchements enregistrés (naissances vivantes et mort-nés) au cours de l'année n
Dénominateur (D)	Nombre d'équivalents temps plein de praticiens (1) pédiatres hospitaliers ; 2) Obstétriciens, Sages-femmes) recensé dans les établissements de soins privé ou publics au cours de la même année
Sous-groupes (stratification)	Par établissement de santé (secteur public et privé)
Périodicité de la mesure	Annuelle

ELABORATION ET QUALITES

Origine	Etablissement de santé
Organisme(s) responsable de la collecte	STATISS, INSEE
Fiabilité	Possibilité d'obtenir une estimation fiable du nombre d'équivalents temps plein actifs sur une année dans chaque établissement ?

INTERPRETATION

Modalités d'interprétation	Donne un reflet de l'importance des ressources humaines (personnel) disponibles pour la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés
----------------------------	--

COMMENTAIRE

RESULTATS

Tableau 42 Ratio du nombre de naissances par pédiatres, sages femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ratio du Nbre de naissance/par Pédiatre hospitalier	596,8	551	792,7	1078,1	ND	ND
Ratio du Nbre de naissance/par Obstétricien	596,8	606,1	634,2	497,6		
Ratio du Nbre de naissance/par Sages femmes						
Nombre de naissances totales	5372	6061	6342	6469		
Pédiatre hospitalier équivalent temps plein	9	11	8	6		
Obstétricien équivalent temps plein	9	10	10	13		

Source : Inserm CépiDC, INSEE

5. PRESENTATION DES SOURCES ET PRODUCTEURS DE DONNEES

Présentation des producteurs de données

Les données sanitaires sont hétérogènes et reposent sur une multiplicité d'acteurs.

Les principales sources de données pouvant servir à la surveillance des indicateurs régionaux de la santé périnatale en Guyane sont les suivantes :

- L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARS).
- Les Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) du Centre Hospitalier de Cayenne.
- Les Départements de l'Information Médicale (DIM) des établissements de santé.
- La Direction de la Solidarité et de la Prévention (DSP).
- L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economique - Service régional de la Guyane (INSEE).
- L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).
- La Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS).
- Le Rectorat.
- Les grossistes pharmaceutiques.

5.1 L'Agence régionale de santé (ARS)

L'Agence régionale de santé a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Son organisation s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

Ouverte début avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi " Hôpital Patients Santé Territoires " du 21 juillet 2009 (article 118). Elle est dirigée par un directeur général nommé en Conseil des Ministres.

L'ARS regroupe désormais les services de l'Agence régionale de l'hospitalisation, les services de la Direction de la solidarité et du développement sociale (DSDS).

Source : <http://ars.guyane.sante.fr>

5.2 Les centres délocalisés de prévention et de soins (CHAR)

(Présentation actualisée transmise par les Centres délocalisés de prévention et de soins)

Les Centres délocalisés de prévention et des soins CDPS, au nombre 19 structures (telles que définies dans le SROS " territoires isolés "), sont regroupés en structures fonctionnelles comme suit :

- Structure Fonctionnelle N°1: MARIPASOULA, TWENKE, ANTECUME PATA, SAINT-ELIE
- Structure Fonctionnelle N°2: PAPAÏCHTON
- Structure Fonctionnelle N°3: GRAND-SANTI
- Structure Fonctionnelle N°4: APATOU
- Structure Fonctionnelle N°5: JAVOUHEY (3b), AWALA-YALIMAPO
- Structure Fonctionnelle N°6: IRACOUBO, ORGANABO
- Structure Fonctionnelle N°7: CACAO, REGINA, KAW, SAÛL
- Structure Fonctionnelle N°8: SAINT-GEORGES, OUANARY
- Structure Fonctionnelle N°9: CAMOPI, TROIS SAUTS

Ces structures sont pilotées par une coordination médico-administrative propre située au sein du Centre hospitalier de Cayenne. Le fonctionnement des Centres De Santé (CDS) s'appuie par ailleurs sur l'ensemble des services administratifs, logistiques et techniques du Centre Hospitalier de Cayenne.

On dénombre donc à ce jour, 9 postes de santé (tenus par un personnel paramédical) et 10 centres de santé.

Ces structures sont implantées dans les communes isolées de Guyane. Elles ont un rôle de proximité avec les populations. (Elles assurent une prise en charge médicale des populations).

L'activité de soin des CDS est quantifiée par le codage dans le Système d'Information Sanitaire (SIS) mis en place en 2000, outil propre au service des CDS. L'informatisation des CDS date de 2007.

L'activité est renseignée dans les CDS de façon quotidienne à l'aide des applications de recueil (consultation, mise en observation) développées sous Lotus Notes® ; logiciel utilisé dans le cadre du réseau de télé médecine.

5.3 Les Départements de l'information médicale (DIM) des centres hospitaliers

Les établissements de santé publics et privés sont des interlocuteurs privilégiés en matière de collecte d'indicateurs.

Après avoir contacté les centres hospitaliers et la Clinique Véronique, qui sont les quatre établissements de santé disposant d'un équipement et d'une logistique adaptés à la prise en charge des femmes enceintes, nous avons été orientés vers les Départements de l'Information Médicale de ces centres.

Le Département de l'Information Médicale (DIM) gère l'information de santé des patients, y compris les données personnelles dans un centre hospitalier. A ce titre, il assure le respect des règles de confidentialité, sous l'autorité du Directeur du Centre et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), et le codage de l'information médicale (l'organisation du codage, le traitement, la conservation des données et l'interprétation des résultats).

L'activité du Département d'Information Médicale se décline selon plusieurs axes :

- Il organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales sous l'autorité d'un médecin notamment dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) participant ainsi à la valorisation de l'activité de soins, base de la tarification à l'activité de l'hôpital.
- Il participe ensuite au suivi épidémiologique des patients. Les données médicales recueillies sont protégées par le secret professionnel et le DIM participe à la qualité et à l'intégrité du dossier du patient.
- Il joue un rôle actif dans la mise en place du Système d'Information de Santé centré sur le patient.
- Il traite et analyse les données au moyen d'outils statistiques et produit le rapport d'activité du Centre hospitalier.

Les centres hospitaliers disposent de services de Gynécologie- Obstétrique, de Pédiatrie, de Néonatalogie et de maternité. Ces différents services accueillent en consultation ou en hospitalisation les femmes enceintes pour un suivi prénatal et postnatal.

En ce qui concerne les indicateurs globaux, les DIM sont à même de fournir les chiffres sur les le nombre d'interruption de grossesse, le nombre de faible poids et les taux de prématurité.

5.4 La Direction de la solidarité et de la prévention (DSP)

Depuis les lois de 1982 de décentralisation, le Conseil Général est responsable de la politique de l'aide d'action sociale, dans les domaines suivants :

- Aide sociale générale ;
- Aide sociale à l'enfance ;
- Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- Prévention sanitaire (vaccination, dépistage) ;
- Aide aux personnes âgées ;
- Aide aux personnes handicapées ;
- Aide médicale.

Ces services sont regroupés au sein de la Direction de la Solidarité et de la Prévention (DSP) de la manière suivante :

- Aide Sociale Générale (ASG) ;
- Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ;
- Protection Maternelle et Infantile (PMI) ;
- Actions Sanitaires (AS) ;
- Service Social Départemental (SSD).

La DSP est organisée territorialement en circonscriptions ou secteurs de prévention et d'action sociale au sein desquels ses services sont représentés. Il n'existe actuellement qu'une seule circonscription en Guyane.

La DSP répond aux critères d'exigence en ce qui concerne le choix de nos sources.

- Elle est productrice de données sanitaires, notamment par le biais du Registre des grossesses. La DSP dispose d'informations de type :
 - Sociodémographique,
 - Economique.

Ses données sont informatisées et de nature quantitative et qualitative.

- La DSP dispose de données sur la période de 1986 à 2005 (période à confirmer). A noter toutefois que les informations récoltées entre 2001 et 2003 n'ont pas été exploitées. Ces dernières ont été recueillies mais n'ont pas fait l'objet d'études, de traitement depuis le départ du Dr. Thierry CARDOSO. Les analyses ont recommencé en 2005.

- Globalement la DSP, serait partante pour un partenariat conventionné avec l'ORSG sur le long terme. Elle est pleinement impliquée dans le réseau de Périnatalité de la Guyane et est consciente de l'intérêt du projet mené par l'ORS Guyane.

- Les agents de la DSP sont amenés à consulter régulièrement les bases de données de l'INSEE, de la DREES, de l'OMS, de l'UNICEF, du PNUD dans le cadre de leur travail. Ils seraient intéressés par une centralisation des données en un lieu unique.

Pour les grossesses désirées :

- Suivi médical (nombre de visites post-natales)
- Dépistage de pathologies (trisomie, drépanocytose, etc....)

Pour les grossesses non désirées :

- Prescription de la pilule contraceptive et autres moyens de contraception (stérilet, implanon, etc....) ;
- Campagne de communication dans les établissements de santé, PMI, dispensaire) ;
- Prescription de la pilule du lendemain (marque). Nombre de prescription dans les PMI mensuellement/annuellement, etc.

La DSP est la source de données principale en matière de périnatalité. Elle fournit des informations concernant la mère et l'enfant grâce à l'exploitation du Registre issu des grossesses (RIG) et du certificat de santé du 8ème jour (CS8).

5.5 L'institut national de la statistique et des études économiques

Service régional de la Guyane (INSEE)

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) est une direction générale du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi.

Il s'agit donc d'une administration publique, dont les salariés sont des agents de l'État, qu'ils aient ou non le statut de fonctionnaire. L'INSEE est soumis aux règles de la comptabilité publique. Les crédits dont il dispose figurent au budget général de l'État.

L'INSEE collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société française.

Ces informations intéressent les administrations, les entreprises, les chercheurs, les médias, les enseignants et les particuliers. Elles leur permettent d'enrichir leurs connaissances, d'effectuer des études, de faire des prévisions et de prendre des décisions. Pour satisfaire ses utilisateurs, l'INSEE est à l'écoute de leurs besoins et oriente ses travaux en conséquence.

L'INSEE assure la coordination du système statistique public français. Il veille au respect du secret statistique. Il représente la France dans les instances communautaires et internationales chargées de l'harmonisation statistique.

L'INSEE Guyane a les mêmes missions que l'organisme national, mais elle recueille les données, statistiques concernant le département de la Guyane.

L'INSEE Guyane participe à des campagnes de prévention en mettant à disposition les informations, statistiques dont il dispose. Il participe régulièrement à l'élaboration des SROS et est en partenariat avec l'ORSG lors de la production de certaines études et autres bulletins de santé.

L'INSEE ne dispose pas de données à caractère médical. Ainsi, il ne pourra nous fournir de chiffres sur l'offre de soins en Guyane.

Les indicateurs globaux tels que le taux de mortalité foeto-infantile, ainsi que les informations sur les caractéristiques des mères sont des données facilement exploitables qu'il peut mettre à la disposition de l'ORSG.

5.6 L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche.

Ses chercheurs ont pour vocation l'étude de toutes les maladies des plus fréquentes aux plus rares, à travers leurs travaux de recherches biologiques, médicales et en santé des populations.

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) est une structure de l'Inserm qui produit la base de données sur les causes de décès, accessible en ligne, et interrogeable par groupes de maladies.

5.7 La Caisse générale de sécurité sociale (CGSS)

La CGSS de la Guyane est un organisme privé chargé d'une mission de service public.

- DOMAINE : Protection sociale

SERVICES en direction des usagers :

- Assurances Sociales (Branche Maladie)
- Vieillesse (Branche retraite)
- Recouvrement (Branche URSSAF)

- ROLE ET PUBLIC VISE

Rôle :

- Accueil et identification des assurés sociaux et des exploitants agricoles.
- Gestion de l'Aide Médicale Etat et de la CMU.
- Versement des prestations liées aux risques maladie, maternité, décès, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, retraite et veuvage.
- Recouvrement des cotisations.

Public :

Assurés sociaux, retraités, cotisants, professionnels de santé et autres partenaires dans le domaine social et sanitaire.

La CGSS et l'ERSM n'agissent pas en amont dans le cadre de la périnatalité, mais uniquement en aval lors de certaines prises en charge bien spécifiques.

La CGSS intervient dans l'obtention des dossiers d'Affection de Longue Durée. Pour certaines grossesses à risque, un dossier d'ALD peut être attribué à une mère soit parce que sa grossesse est à risque, soit parce qu'elle est atteinte d'une affection lui donnant droit à un dossier d'ALD.

5.8 Le Rectorat de la Guyane

Quand il s'agit de prévention et de prise en charge notamment des grossesses chez les mineures, il nous a paru important de faire le point sur les moyens mis en œuvre par l'Education Nationale dans les établissements scolaires (collèges et lycées) pour lutter contre ce phénomène.

Ce problème est important en Guyane. C'est pourquoi des dispositifs ont été mis en place au niveau local pour essayer de réguler ce phénomène.

Le rectorat de la Guyane dispose d'un Service social qui s'occupe entre autres activités, d'effectuer des campagnes de sensibilisation auprès des jeunes scolarisés.

Les actions en amont : des actions de prévention collective et d'éducation sanitaire avec les PMI auprès des adolescents scolarisés dans les collèges et lycées dans le cadre de l'action Espace Écoute Ado (groupes de parole sur des thèmes en lien avec la sexualité, la contraception, la nutrition, les grossesses précoces, l'infection à VIH...

Partenariat avec l'Association Espace Enfant Montjoly, le CODES (COmité Départemental d'Education à la Santé), le mouvement français pour le planning familial.

Le rectorat soutient également la campagne de publicité " Choisir sa contraception " afin de sensibiliser les jeunes filles, les inciter à prendre en charge leur sexualité et à adopter un mode de contraception en vue d'enrayer le nombre important de grossesses chez les mineures.

Une assistante sociale suit les adolescents.

L'infirmière scolaire organise avec l'aide d'associations, des ateliers " d'éducation à la sexualité ".

Les actions en aval : un suivi des adolescentes enceintes par l'infirmière scolaire et l'assistante sociale. Ces dernières orientent les adolescentes vers les centres de PMI ou de planning familial.

Pilotage de l'enquête " Grossesse chez les mineures ". Il s'agit d'une étude effectuée auprès des adolescentes enceintes afin d'en savoir plus sur leur situation et celle du père de leur enfant.

5.9 Les grossistes pharmaceutiques

Les grossistes des pharmacies locales ont été contactés afin de nous fournir des chiffres sur la consommation mensuelle et annuelle de moyens de contraception (pilule) et de pilule abortive.

Il existe en Guyane trois grossistes pharmaceutiques : La coopération Pharmaceutique de Guyane (**COPHAGUY**), la Société Pharmaceutique Guyanaise (**SPG**) et la Société Confraternelle d'Exploitation et de Répartition Pharmaceutique (**C.E.R.P Guyane**) .

Seuls la COPHAGUY et la SPG ont passé un conventionnement avec l'ORSG dans le cadre de la Banque de données.

6. ANNEXES

6.1 Propositions d'études

Enquête E.1.1	Prévalence de la contraception et répartition des méthodes utilisées par les femmes de 15 à 49 ans (ayant des relations sexuelles et ne souhaitant pas de grossesse)
Objectifs	Assurer l'accès à une contraception et à l'IVG sur tout le territoire. Développer des programmes d'information sur la contraception, les IST, l'IVG et le suivi des grossesses.
Définition	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive.
Dénominateur (D)	Nombre de femmes de 15 à 49 ans interrogées
Sous-groupes (strates)	Par tranche d'âge Par catégorie sociale Par communauté de communes
Décompositions (N)	Types de méthodes contraceptives utilisées (préservatif masculin et féminin, diaphragme, pilule contraceptive, stérilet hormonal, implants, patch contraceptif, contraception d'urgence, anneau vaginal, spermicides)
Niveau d'agrégation	Données individuelles
Périodicité de la mesure	Tous les 3 ans (pour suivre le PRSP)
Indicateurs nationaux/ internationaux	Voir Baromètre santé 2005 de l'INPES
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	Femmes âgées de 15 à 49 ans
Mode de collecte	Enquête spécifique
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	Possibilité d'extension régionale de l'enquête nationale de l'INPES ?
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	Reflète la prévalence globale et la diversité des méthodes contraceptives. Dans un 1er temps, elle sera avant tout descriptive et comparative.
PROPOSITION D'INDICATEURS	
Enquête	
COMMENTAIRE	
Cf. Baromètre Santé / INPES qui a déjà géré une enquête similaire au niveau national (consultation du questionnaire, méthodologie, conclusions, etc....)	

Enquête E.1.2	Prévalence de l'activité sexuelle et de la contraception chez les mineures scolarisées
Objectif	Renforcer la formation à l'éducation à la sexualité notamment auprès des jeunes (prévention, IST, VIH, contraception)
Définition	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	Nombre de mineures scolarisées ayant eu des rapports au cours des 12 derniers mois et utilisant une méthode contraceptive.
Dénominateur (D)	Nombre de mineures scolarisées interrogées ayant eu des rapports au cours des 12 derniers mois.
Sous-groupes (strates)	
Décompositions (N)	Types de méthodes contraceptives utilisées (préservatif masculin et féminin, diaphragme, pilule / stérilet / préservatif / implants / patch / autres méthodes/ contraception d'urgence)
Niveau d'agrégation	Par zone géographique
Périodicité de la mesure	Tous les 3 ans (pour suivre le PRSP)
Indicateurs nationaux/ internationaux	Mineures scolarisées : plan de sondage à déterminer
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	Mineurs scolarisés : plan de sondage à déterminer
Mode de collecte	Enquête spécifique : modalités d'enquête à déterminer : entretiens face à face, téléphone ?
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	ORSG
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	ORSG
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Enquête déclarative sur un sujet qui peut être " sensible "
Modalités d'interprétation	Reflète l'activité sexuelle et la prévalence globale et la diversité des méthodes contraceptives chez les mineures scolarisées. Dans un 1er temps elle sera avant tout descriptive et comparative
PROPOSITION D'INDICATEURS	
Enquête	
COMMENTAIRE	
D'autres sujets peuvent être inclus dans une enquête de ce type : prévention des IST, comportements alimentaires, alcool, tabac, drogues illicites, ... Voir notamment ORS Pays de la Loire sur extension régionale du BS jeunes en 2005 Enquêtes déjà réalisées par l'ORSG sur cette population : adolescents scolarisés dans le second degré, jeunes en insertion sociale et professionnelle, étudiants.	

Enquête E.2	Accès à l'IVG
Objectif	Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.
Définition	
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	
Dénominateur (D)	
Sous-groupes (stratification)	
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	Etablissements (cliniques et 3 centres hospitaliers)
Périodicité de la mesure	Tous les 3 ans
Indicateurs nationaux/Internationaux	Voir DREES et U822 Inserm (Nathalie Bajos)
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine(s)	
Mode de collecte	
Organisme(s) responsable(s) de la collecte	
Service(s) responsable(s) de la synthèse des données	
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	Une enquête auprès des femmes réalisant une IVG permettra d'identifier les difficultés qu'elles ont rencontrées, mais ne permettra pas d'identifier les obstacles qui ont pu faire renoncer d'autres femmes à recourir à l'IVG.
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRE	
Objectifs : identifier les difficultés rencontrées aux différentes étapes d'accès à l'IVG (difficultés rencontrées, démarche, accueil dans les établissements, connaissance des délais d'accès à l'IVG, distance d'accès aux IVG pour les femmes des communes " isolées " etc....)	
Population : établissements, femmes ?	
Quel échantillon ?	
Méthodes de recueil à définir	
Référence :	
Enquête COCON menée en 2000 par l'INED et l'INSERM sur l'usage des méthodes contraceptives, la contraception d'urgence et le recours à l'IVG en France.	
Enquête réalisée par la DREES en 2007 sur les IVG, analyse des difficultés rencontrées en cours par l'Inserm Dossier-guide " Interruption Volontaire de Grossesse " du Ministère de la santé (Novembre 2007).	
Cf. La loi 2001 - 588 du 4 juillet 2001	

Enquête E.7	"Disparité d'accès aux soins en Guyane"
Objectif	Décrire l'utilisation des services de santé par la population et déterminer l'influence de différents facteurs notamment sociaux Décrire la distribution de l'offre de soins, son accessibilité et/ou son utilisation par différents groupes de population.
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	
Dénominateur (D)	
Sous-groupes (stratification)	
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	
Périodicité de la mesure	Tous les 3 ans
Indicateurs nationaux/ Internationaux	Regarder le protocole utilisé pour les enquêtes nationales
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine (données de base)	Enquête auprès de la population pour connaître l'offre à laquelle cette population a accès et l'utilisation qu'elle en fait.
PROPOSITION D'INDICATEUR	
COMMENTAIRE	
Définir pour chaque enquête :	
Objectifs	
Méthodologie	
Population d'étude	
Plan de sondage	
Instruments et méthode de recueil	
Plan d'analyse	

Enquête E.12	Principales causes des transferts et évacuations sanitaires de femmes enceintes et de nouveau-nés vers la Métropole et les Antilles
Objectif	
Définition	EVASAN : Evacuation sanitaire
DESCRIPTION	
Numérateur (N)	
Dénominateur (D)	Nombre de nouveau-nés et de mère evasanés hors du département
Sous-groupes (stratification)	
Décompositions (N)	
Niveau d'agrégation	
Périodicité de la mesure	
Indicateurs nationaux/Internationaux	
Dernier résultat connu	
ELABORATION ET QUALITES	
Origine	
Mode de collecte	
Organisme (s) responsable(s) de la collecte	
Service(s) responsable (s) de la synthèse des données	
Fiabilité	
Mode de calcul	
INTERPRETATION	
Limites et biais connus	
Modalités d'interprétation	
COMMENTAIRE	
Intérêt serait d'identifier les ressources en soin non disponibles en Guyane (mais accessibles par EVASAN)	

6.2 Index des tableaux

Tableau 1	Nombre de contraceptifs vendus aux pharmacies par la COPHAGUY	39
Tableau 2	Nombre de contraceptifs vendus aux pharmacies par la SPG	39
Tableau 3	Nombre de boîte de Norlévo vendues par les grossistes pharmaceutiques (COPHAGUY, SPG) - Contraception d'urgence	39
Tableau 4	Nombre de pilule du lendemain délivrées dans les PMI de Guyane en 2009 . .	41
Tableau 5	Conseils et avis généraux concernant la contraception dans les CDPS	41
Tableau 6	Nombre de boites de contraception d'urgence (pilule du lendemain) délivrées à des jeunes femmes non mineures et remboursées aux officines de 2005 à 2010 .	42
Tableau 7	Nombre de boites de contraception d'urgence (pilule du lendemain) délivrées à des mineures et remboursées aux officines de 2005 à 2010	42
Tableau 8	Incidence annuelle des IVG en Guyane	45
Tableau 9	Part d'IVG médicamenteuse en 2004, 2005, 2006, 2007 et 2008	45
Tableau 10	Les interruptions volontaires de grossesses de 2004 à 2007 en Guyane selon la Base Score-santé de la FNORS	45
Tableau 11	Nombre de femmes ayant fréquentées les CDPS pour un motif d'avortement de 2004 à 2008	45
Tableau 12	Caractéristiques socio démographiques des femmes ayant accouché - Répartition par tranche d'âge	59
Tableau 13	Nombre de femmes ayant accouché par origine ethnique	59
Tableau 14	Nombre de naissances domiciliées et enregistrées en Guyane (2004, 2005, 2006, 2007)	60
Tableau 15	Répartition par communes de résidence de la mère	60
Tableau 16	Evolution des grossesses chez les mineures de 2000 à 2009 en Guyane . . .	61
Tableau 17	Proportion de grossesses pathologiques selon les pathologies	63
Tableau 18	Proportion de grossesses pathologiques chez les mineures	65
Tableau 19	Proportion de femmes séropositives parmi les femmes ayant accouché	67
Tableau 20	Répartition des femmes enceintes selon le type de suivi de grossesse	69
Tableau 21	Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre de visites prénatales effectuées	71
Tableau 22	Age de la grossesse lors de la première consultation prénatale	73
Tableau 23	Age de la grossesse lors de la première consultation prénatale sans les " non réponses "	73
Tableau 24	Nombre de femmes ayant accouché selon le nombre d'échographies effectuées au cours de la grossesse	75
Tableau 25	Densité de sages femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer	77
Tableau 26	Densité de Médecin Gynécologue-obstétricien libéraux pour 100 000 femmes en âge de procréer	79
Tableau 27	Ratio du nombre de naissances par praticien au 1er janvier de l'année n . . .	81
Tableau 28	Proportion d'interruption médicales de grossesse (IMG) pratiquées en Guyane	93
Tableau 29	Nombre d'avortements médicaux (code CIM10, O04) recensées parmi les motifs	

	de consultation des centres délocalisés de prévention et de soins (de 2004 à . . . 2008)	93
Tableau 30	Nombre de naissances totales (naissances vivantes et mort-nés) sur l'année n95	
Tableau 31	Taux de mortinatalité (pour 1000 naissances totales)	97
Tableau 32	Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	99
Tableau 33	Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances totales)	101
Tableau 34	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	103
Tableau 35	Répartition de la mortalité par causes de décès chez le nouveau-né	105
Tableau 36	Taux de prématurité en Guyane (<32SA)	107
Tableau 37	Répartition des naissances selon le terme de 2005 à 2009	107
Tableau 38	Taux de naissances de faibles poids	109
Tableau 39	Taux d'hypotrophie	109
Tableau 40	Répartition des naissances par lieux d'accouchement	111
Tableau 41	Répartition des naissances hors services de maternité	111
Tableau 42	Ratio du nombre de naissances par pédiatres, sages femmes et médecins hospitaliers au 1er janvier de l'année n	113

6.3 Références bibliographiques

Articles

INSEE, Croissance ralentie aux Antilles, très vive en Guyane, Antiane Revue économique et sociale des Antilles Guyane n°67, Février 2007 p8

INSEE, Famille nombreuses, Antiane Revue économique et sociale des Antilles Guyane n°51, Janvier 2002 p19

Bulletins de santé

Info Santé Antilles- Guyane, Périnatalité aux Antilles- Guyane N°8 juillet 2001

Bulletin Info Santé L'IVG demeure une pratique fréquente, n°7 Novembre 2000

Bulletin Info Santé Mortalité aux Antilles Guyane n°12 Octobre 2003

Comptes rendus/Rapports

Projet de création d'une unité de néonatalogie- évolution de l'activité néonatale de 1994 à 1999. Centre hospitalier André Bouron de St- Laurent du Maroni, Service Pédiatrie Dr. Marc BERTSCH, Rapport du 2/04/1999.

Mise en conformité du service de Gynécologie- Obstétrique du centre Hospitalier de St- Laurent selon les décrets n° 98-899 et 98-900 du 09 octobre 1998, relatifs à la Périnatalité. Centre hospitalier André Bouron de St- Laurent du Maroni, Service Pédiatrie Dr. CARLES, Rapport du 2/04/1999.

Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, INVS, Décembre 2006

Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité, INVS, Décembre 2004

Extrait du Rapport européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe, Inserm. Décembre 2008 (rapport complet disponible à l'adresse suivante : www.europeristat.com)

Périnatalité dans les pays de la Loire - Tableau de bord d'indicateurs, ORS des Pays de la Loire. Aout 2008.

L'Etat de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi de santé publique, DREES. Rapport 2007.

Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône-Alpes - Plan régional de santé publique, ORS Rhône-Alpes - GRSP Rhône-Alpes. Décembre 2008.

Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France, ORS Ile-de-France et GRSP Ile-de-France, Décembre 2009.

Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, DGS - DREES. Juillet 2005.

L'hospitalisation et l'organisation des soins en France

Plan périnatalité Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007

Plan régional de santé publique de la Guyane 2006-2009, DSDS de la Guyane
Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010 - Volet Périnatalité Guyane, ARH Guyane.

Ouvrages

BOUYER (J.) : Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité. (2004)

CARDOSO (T.) : Périnatalité en Guyane française : Evolution de 1992 à 1999. (2003)

PATEY (A.) : Enquête régionale d'observation des décès autour de la naissance : périnatalité en Bretagne. Exploitation des données Côtes d'Armor : années 2002 et 2003 et d'Ille-et-Vilaine : année 2002. (2005)

Observatoire Régional de la Santé du Centre. (O.R.S.C.). Orléans. FRA : La périnatalité en région Centre en 2002. (2004)

Gérard Bréart, Marcel Clodion, Joëlle Sankalé- Suzanon, Laurista Corrêa Filho : Politiques périnatales Guyane- Antilles- Brésil, INSERM/ORSG 1986

Sites web

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Guyane (ARH)
<http://www.parhtage.sante.fr/re7/guy/site.nsf>

Collectif Inter associatif Autour de la NaissanceE (France)
<http://www.ciane.info/>

Fort aujourd'hui de 137 associations (plus de 150 000 adhérents), le CIANE contribue activement sur des bases scientifiques à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques en obstétrique et en pédiatrie, en collaborant avec les instances de tutelle et professionnelles.



Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) -Guyane

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/guyane/home/home_page.asp



Institut de Veille Sanitaire

www.invs.sante.fr

Surveillance continue de l'état de santé de la population et de son évolution. Bulletins épidémiologiques hebdomadaires, rapports et publications, programmes...



Organisation Mondiale de la Santé -OMS

<http://www.who.int/fr/>

Le site fournit des renseignements utiles sur l'état des épidémies actuelles, les causes de décès dans le monde, des rapports et études...



PSYNEM

<http://www.psynem.necker.fr/Perinatalite/index.htm>

Psynem se veut un outil de référence, à l'usage des étudiants, des chercheurs, des professionnels de santé en psychiatrie infantile. A vocation interdisciplinaire, il se veut ouvert aux approches actuelles, psychanalytiques, périnatales, développementales, neurologiques, sans exclusion de l'une par l'autre, mais dans la certitude que la complémentarité et la transdisciplinarité seront les voies de recherches futures.



Portail des agences sanitaires

www.sante.fr

Ce portail, piloté par la Direction Générale de la Santé, fédère les agences sanitaires sous tutelle du Ministère de la Santé et des Solidarités. Ce portail a pour but de valoriser les informations de santé publique des sites de ces agences.



Le Réseau PERINAT Guyane

<http://cmc-kourou.croix-rouge.fr/IMG/html/perinat.html>



Suivi de la grossesse dans la francophonie

<http://www.perinat.com/>

Vous y trouverez les pratiques franco-québécoises de surveillance prénatale ainsi qu'une description des moyens techniques mis à disposition des sages-femmes et des infirmières spécialisées pour optimiser la prise en charge de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement et du suivi de couches.



AUDIPOG



Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)

"Espace Bertène JUMINER" BP 659 97335 CAYENNE CEDEX

Tél. : 05 94 29 78 00

Télécopie : 05 94 29 78 01

Courriel : orsg@wanadoo.fr

Site Internet : www.ors-guyane.org