



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin-Inspecteur de Santé Publique**

*Date du Jury : avril 2001*

---

**LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES  
ENCEINTES DES COMMUNES ISOLEES  
DE GUYANE**

**Philippe BURLAT**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 - ETAT DES LIEUX.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Contexte national.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Historique .....	3
1.1.2 La situation actuelle .....	8
<b>1.2 Contexte local .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Une géographie très spécifique, une démographie particulière.....	10
1.2.2 Une situation sanitaire et sociale dégradée .....	11
1.2.3 Des infrastructures sanitaires insuffisantes.....	13
1.2.4 Des centres de santé particulièrement fragilisés.....	14
1.2.5 Approche démographique géographique et sanitaire des communes de Guyane..	17
1.2.5.1 Typologie .....	17
1.2.5.2 Les communes isolées.....	18
1.2.6 Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS).....	19
1.2.7 Un réseau de périnatalité balbutiant .....	22
1.2.8 Rôle du médecin inspecteur .....	22
<b>2 - L'ÉTUDE .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Méthodologie .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 La démarche .....	23
2.1.2 Modalités d'investigation.....	24
2.1.2.1 Recherche documentaire .....	24
2.1.2.2 Visites et observations sur site.....	25
2.1.2.3 Les données quantitatives.....	25
2.1.2.4 Enquête sur entretiens .....	26
<b>2.2 Les résultats .....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Données quantitatives .....	27
2.2.1.1 La périnatalité en Guyane .....	27
2.2.1.2 La situation des communes isolées.....	33
2.2.2 Les entretiens et l'observation sur le terrain.....	41
2.2.2.1 Une offre de soins hétérogène .....	41
2.2.2.2 Le suivi de grossesse.....	44
2.2.2.3 Favoriser l'accouchement en structure hospitalière.....	49
2.2.2.4 Le cadre organisationnel .....	56
<b>2.3 Analyse et discussion .....</b>	<b>59</b>
2.3.1 Le suivi de grossesse .....	59

2.3.2 L'accouchement en structure hospitalière : un pari impossible ? .....	62
2.3.3 Un cadre organisationnel en transformation .....	66
<b>2.4 Les hypothèses.....</b>	<b>69</b>
<b>3 - LES PROPOSITIONS.....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 Le suivi de grossesse.....</b>	<b>70</b>
3.1.1 Améliorer le suivi de grossesse .....	70
3.1.2 L'évaluation .....	72
<b>3.2 L'accouchement et la naissance .....</b>	<b>73</b>
3.2.1 Favoriser l'accouchement en maternité .....	73
3.2.2 Limiter mais prendre en charge l'accouchement en centre de santé.....	75
3.2.3 L'évaluation .....	75
<b>3.3 L'organisation .....</b>	<b>75</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>79</b>

## INTRODUCTION

Les décrets périnatalité d'octobre 1998 ont défini de nouvelles conditions de fonctionnement pour les maternités avec différents niveaux de prise en charge des femmes enceintes. Le seuil minimal d'activité de trois cents accouchements par an a été retenu, en deçà de celui-ci, la structure n'est plus considérée comme offrant une sécurité et une qualité de soins suffisante.

La Guyane, département français d'Amérique du Sud, présente les caractéristiques d'être une terre des extrêmes, à mi chemin entre une société de type occidental et une société du tiers monde. La population est une mosaïque d'ethnies et de nationalités. 40% de la population est d'origine immigrée. Le département est le siège de l'activité spatiale française et européenne depuis quatre décennies. Le tissu économique est cependant très fragile et dépendant de la France métropolitaine.

Avec une étendue équivalente au cinquième du territoire métropolitain, les infrastructures routières sont limitées et la pirogue, l'avion ou l'hélicoptère sont les seuls moyens de transport pour les populations des communes isolées.

Le département a une population numériquement faible par rapport à l'étendue du territoire avec une densité de deux habitants au km<sup>2</sup> mais néanmoins en pleine expansion.

Les facteurs d'exclusion sociale sont sur-accentués par rapport à la situation métropolitaine et se juxtaposent à l'isolement géographique pour les communes de l'intérieur.

Les problèmes de santé publique y sont d'une acuité toute particulière : périnatalité, maladies infectieuses et parasitaires, maladies cardio-vasculaires.

Les hôpitaux et la médecine libérale sont implantés dans les centres urbains du littoral, des structures communément appelées centres de santé ou centres de médecine collective (CMC) assurent les soins dispensés aux populations isolées. Ces structures ont été gérées jusqu'à fin 1999 par le conseil général. Depuis le 1 janvier 2000, l'unité des soins préventifs et curatifs qui prévalait depuis cinquante ans vient de voler en éclats, la gestion des centres de santé étant maintenant assurée par le service public hospitalier pour le curatif, et le conseil général pour le préventif sans qu'une nécessaire répartition des tâches et des compétences n'ait été préalablement définie.

En Guyane le taux de natalité est double de celui de la métropole, le taux de mortalité périnatale le triple. C'est dans ce contexte difficile qu'il nous a paru intéressant d'étudier la prise en charge des femmes enceintes des communes isolées qui cumulent les facteurs de

risque déjà retrouvés dans l'ensemble de la population guyanaise, avec l'isolement géographique et l'éloignement des structures hospitalières. Le contexte de nécessaire réorganisation des soins au niveau des centres de santé est en dépit des difficultés actuelles, une occasion à saisir pour améliorer cette prise en charge.

Suite aux décrets périnatalité d'octobre 1998, le SROS de Guyane arrêté en 1999, prenant acte des chiffres élevés persistants de mortalité périnatale et infantile a défini comme objectif une baisse notable de ces chiffres, soit 30 pour cent en cinq ans par rapport aux chiffres de 1997. Un des objectifs opérationnels est d'améliorer le suivi de la grossesse et de favoriser l'accouchement en structure hospitalière.

La pré-enquête réalisée en mai et juin 2000 a mis en évidence outre les problèmes affectant le fonctionnement des centres de santé, l'absence d'une politique cohérente et réellement orientée vers les objectifs définis par le SROS en matière de périnatalité. Les raisons en sont multiples : habitudes d'accoucher dans sa commune d'origine, probablement certains facteurs culturels, la désorganisation actuelle des centres de santé et la difficulté pour le service public hospitalier, en l'occurrence le centre hospitalier de Cayenne, d'en assumer à présent la charge principale. Le conseil général a également tardé à définir pour les communes isolées, sa politique en matière de périnatalité et d'une manière générale pour tout ce qui relève de son domaine de compétences, principalement la prévention. La disparition de l'unité de soins préventifs et curatifs des centres telle qu'elle existait depuis cinquante ans n'a fait que pointer un peu plus le problème de la périnatalité.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les conditions d'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes des communes isolées. Notre problématique peut donc se définir ainsi : comment améliorer cette prise en charge en tenant compte des orientations définies par les décrets périnatalité de 1998, du SROS, dans un contexte de réorganisation des centres de santé nécessitant la prise en compte de la séparation du préventif et du curatif ? Il est nécessaire de définir les conditions d'applicabilité de l'accouchement en structures hospitalières pour les communes isolées où l'accouchement en centre de santé ou à domicile est encore pratiqué du fait, entre autres raisons, de problème d'accessibilité aux hôpitaux.

Les objectifs spécifiques du mémoire se situent à trois niveaux :

- décrire la prise en charge actuelle des femmes enceintes des communes isolées
- déterminer les conditions d'amélioration du suivi avec un repérage des dysfonctionnements principaux et les conditions d'applicabilité de l'accouchement en structure hospitalière

- faire des propositions concernant le cadre organisationnel du suivi de grossesse en particulier au niveau des centres de santé en apportant un éclairage sur la répartition des compétences entre le service public hospitalier et le conseil général.

Il serait anachronique que le système de santé français avec des moyens financiers conséquents, volontiers exportateur d'un savoir-faire au travers de la coopération internationale ou des organisations non gouvernementales (ONG), avec au niveau national, une volonté politique de parfaire l'accès aux soins, ne puisse générer une solution originale permettant d'améliorer l'accès aux soins pour les populations guyanaises isolées.

Les centres de santé guyanais sont à l'évidence très liés au contexte local, géographique et démographique. Néanmoins, leurs problèmes actuels mettent en évidence les difficultés d'articulation entre le curatif et le préventif, vieux débat dans le système sanitaire français. Par ailleurs, si l'exclusion géographique telle qu'elle existe en Guyane est très marquée, le reflux prévisible de la médecine libérale des zones rurales en France métropolitaine du fait de la baisse de la démographie médicale et de la pénibilité de l'exercice peut à court et moyen terme poser un problème d'accès aux soins.

La présentation de ce travail s'effectuera en plusieurs étapes.

Dans une première partie, il nous a paru d'abord nécessaire de bien définir le contexte national au travers d'un historique de la périnatalité et de l'enquête nationale périnatale 1998. Puis sera évoqué le contexte local de la Guyane, géographique, humain, sanitaire et social, le SROS dans son volet périnatalité et la situation des centres de santé, seules structures sanitaires pour les populations isolées.

La deuxième partie sera consacrée à l'étude de terrain.

Les propositions seront exposées dans la troisième et dernière partie.

## **1 - ETAT DES LIEUX**

### **1.1 CONTEXTE NATIONAL**

#### **1.1.1 Historique**

- Période de l'après-guerre

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, la situation sanitaire de la population et plus particulièrement de la petite enfance est préoccupante avec un nombre de décès d'enfants

de moins de un an de 110‰ contre 63‰ en 1939, conséquence d'une situation conjoncturelle défavorable mais aussi d'un retard structurel datant d'avant le conflit [10]. Après l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la sécurité sociale, l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la Protection Maternelle et Infantile (PMI) crée une protection sanitaire obligatoire pour les femmes enceintes et en suites de couches et pour les enfants de 0 à 5 ans. Un service départemental de PMI, rattaché à la Direction Départementale de la Santé est créé.

#### ➤ Les années 1970

De 50‰ dans les années cinquante la mortalité infantile passe à 18‰ en 1970, la mortalité périnatale de 35‰ en 1950 à 23,4‰ en 1970, taux cependant supérieur à celui de beaucoup de pays de développement équivalent. L'accouchement prématuré, la souffrance cérébrale à la naissance, l'hypotrophie fœtale sont des facteurs de décès précoces et de handicaps secondaires.

Les objectifs nationaux évoluent de la lutte contre la mortalité infantile à la lutte contre la mortalité périnatale. En 1970, le gouvernement a donc fixé comme objectif prioritaire de lutter contre la mortalité périnatale et les causes précoces de handicaps. Les mesures prises ont surtout concerné la fermeture des petites maternités, l'amélioration du plateau technique, l'augmentation du nombre de gynécologues obstétriciens.

Les missions de la PMI ont également évolué avec la mise en place des trois certificats de santé établis lors des examens obligatoires à la naissance, au 9<sup>ème</sup> mois et au 24<sup>ème</sup> mois, destinés au dépistage précoce des handicaps. Le service de PMI est également chargé d'effectuer des statistiques afin d'évaluer la politique périnatale. Pour lutter contre la prématurité, des postes de sage-femme de PMI sont créés.

#### ➤ Les lois de décentralisation de 1982 et 1983

L'Etat a transféré une partie des compétences de service public aux collectivités territoriales. Le cadre général des services départementaux de PMI est déterminé par la loi du 18 décembre 1989 et le décret du 6 août 1992. Les conseils généraux ont une large autonomie dans l'organisation du service et dans la détermination des priorités sanitaires.

En pratique « le service de PMI doit organiser des consultations prénuptiales, prénatales, et postnatales et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes »<sup>1</sup>.

Il doit aussi « organiser des actions médico-sociales à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande

---

<sup>1</sup> Article L. 2112-2 du nouveau Code de la santé publique

ou avec l'accord des intéressés en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ».

Le service de PMI doit assurer la diffusion du carnet de surveillance de la maternité .

Le décret du 6 août 1992 redéfinit les objectifs nationaux dans les domaines de la santé familiale et de la politique périnatale. L'article 2 du décret mentionne que « les actions médico-sociales (...) ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance fœtale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et fœtale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées »

L'article 1 précise que « la répartition géographique des consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés »

Pour déterminer en ces domaines les besoins sanitaires et sociaux de la population, le service de PMI a une fonction de vigilance épidémiologique par le recueil de données sanitaires et sociales, par des enquêtes épidémiologiques, le suivi d'indicateurs de santé.

➤ Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique de 1994

La situation sanitaire en France dans le domaine de la sécurité de la naissance s'est considérablement améliorée depuis 30 ans. Cette amélioration est largement imputable au plan périnatalité mis en œuvre au début des années soixante dix sans que toutefois une relation formelle de cause à effet ait été établie. La France a ainsi pu rejoindre dans un premier temps le groupe des pays favorisés pour se retrouver en 1994 avant le lancement du nouveau plan périnatalité au treizième rang des pays de l'OCDE avec une amélioration en général moins rapide des indicateurs liés à la naissance [7].

Une des principales raisons de ce recul était un problème d'organisation dans la prise en charge des mères et des enfants, avec la dissémination des maternités d'envergure technique parfois insuffisante pour faire face aux grandes urgences obstétricales et une séparation entre les services d'hospitalisation des nouveaux nés et les lieux d'accouchement [7]. Une étude réalisée en 1996 en Seine Saint Denis a montré un risque multiplié par 11 pour un prématuré de moins de 33 semaines naissant dans une maternité de type 1 (pas d'hospitalisation de nouveau né) par rapport à une naissance de même type dans une maternité de type 3 (disposant d'un service de réanimation néonatale), le risque étant multiplié par 8 entre une maternité de type 2 (avec hospitalisation de nouveau né) et celle de type 3. L'enquête GAIN menée par la Caisse nationale d'assurance maladie en 1991 a montré que 16 % seulement des accouchements de grands prématurés s'effectuaient en France dans des maternités de type 3 [7].

C'est dans ce contexte qu'a été commandé au Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) par le ministre de la Santé et de l'Action humanitaire Bernard Kouchner, un rapport sur le « suivi de grossesse, de l'accouchement et de la naissance » intégrant « les dispositifs hospitaliers et extrahospitaliers publics ou privés notamment les services des collectivités territoriales, les problèmes d'accessibilité, les contraintes économiques et politiques » et « la dimension sécurité mais aussi les dimensions psychoaffective, économique et culturelle », cette réflexion devant déboucher sur des scénarios à cinq ans incluant « une hiérarchisation des maternités et leur organisation en réseau »

➤ Le plan périnatalité 1995-2000

Le plan périnatalité 1995-2000 du gouvernement publié en 1994 découle du rapport du HCSP. Il fixe des objectifs de santé publique à atteindre dans les cinq ans : diminuer la mortalité maternelle de 30 %, abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20 %, réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 %, réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse. Un plan d'action en cinq priorités est défini :

A - Accroître la sécurité lors de l'accouchement

- ✓ par la définition de normes sanitaires
- ✓ par la création de réseaux de soins gradués et coordonnés

B - Améliorer le suivi de la grossesse

- ✓ par une meilleure information et responsabilisation des femmes enceintes
- ✓ par l'amélioration du suivi des femmes en difficulté
- ✓ par une sensibilisation des professionnels

C - Améliorer les soins aux nouveaux nés

- ✓ en disposant d'un encadrement médical approprié pour les nouveaux nés
- ✓ en évitant les transferts inutiles en pédiatrie

D - Humaniser les conditions de l'accouchement

- ✓ en luttant contre la douleur au cours de l'accouchement
- ✓ en rapprochant la mère de son enfant

E - Evaluer la politique suivie

- ✓ en associant les professionnels concernés à l'élaboration et au suivi de la politique conduite
- ✓ en mettant en place un système d'information périnatal

Ces priorités sont déclinées en seize mesures que nous ne distinguerons pas dans le détail pour aborder plus précisément les décrets sur la périnatalité de 1998 qui découlent du plan périnatologie du gouvernement et du rapport du HCSP.

- Les décrets périnatalité de 1998 :

Il s'agit des décrets du 9 octobre 1998, n° 98-899 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale et n° 98-900 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé, pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Ces deux décrets visent à améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement et à assurer des soins de qualité aux nouveaux nés. Quelles en sont les principales orientations ?

*La sécurité* : elle nécessite « une identification en cours de grossesse, des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement, vers une structure adaptée ». Une consultation devra être réalisée par un gynécologue-obstétricien ou une sage femme de l'unité qui effectuera l'accouchement au début du troisième trimestre de la grossesse ainsi qu'une consultation pré-anesthésique par un anesthésiste réanimateur de l'établissement. Les unités d'obstétrique devront prendre en charge les actes d'obstétrique liés à la grossesse ou à l'accouchement. Les établissements traitant des grossesses à risques maternels identifiés doivent disposer d'une réanimation néonatale qui devra être associée à une unité de soins intensifs si nécessaire par convention entre établissements pour ceux ne disposant pas des deux unités.

*La proximité* : elle concerne les structures obstétricales, néonatalogiques et réanimations néonatales pour éviter au maximum la séparation mère-enfant. L'activité d'obstétrique ne devrait plus être pour de petites structures effectuant moins de 300 accouchements par an en dehors de conditions géographiques très spécifiques. En cas de nécessité des structures définies comme des « centres périnataux de proximité » pourront exercer des activités pré et postnatales en étant reliées à un centre de référence autorisé. Il est cependant rappelé dans une circulaire<sup>2</sup> que le seuil de 300 accouchements est relatif et ne doit pas « être considéré comme un couperet » et qu'il est nécessaire de « conjuguer accessibilité et sécurité »

*La complémentarité* : c'est le renforcement de la coopération de la complémentarité obstétrico-pédiatrique et du travail en réseaux de soin. Les établissements se lient par des conventions avec un ou plusieurs établissements possédant les unités dont ils ne disposent pas.

---

<sup>2</sup> Circulaire DH/EO3 n°98-681 du 18 novembre 1998 relative à l'application des décrets du 9 octobre 1998 sur la sécurité périnatale

En pratique il est créé trois niveaux de maternité suivant les soins à apporter aux nouveaux nés :

- ✓ les maternités de niveau 1 prendront en charge les grossesses sans risque particulier identifié et les nouveaux nés ne présentant pas de risque particulier. Les soins pédiatriques sont donc limités aux affections sans gravité, ne nécessitant pas d'hospitalisation.
- ✓ les maternités de niveau 2 auront une unité de néonatalogie permettant d'hospitaliser les nouveaux nés à risque et ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance .
- ✓ les maternités de niveau 3 disposent d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale permettant les soins spécialisés à des nouveaux nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Des normes techniques de fonctionnement et des normes pour les personnels sont définies.

Il a été fait obligation pour les SROS d'un volet spécifique périnatalité qui précise « l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte, préalablement à son accouchement, en cas de risque pour elle-même et son enfant, et en matière de transfert des enfants entre les unités de néonatalogie ou de réanimation néonatale ». Les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale sont soumises à autorisation délivrée par les agences régionales de l'hospitalisation.

Enfin l'accent est mis sur une plus grande concertation régionale. A partir de l'expérience des commissions techniques consultatives de la naissance créées en 1988, il est créé de manière obligatoire, dans chaque région une commission régionale de la naissance dont la composition et les missions sont précisées par l'arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance. Ses missions sont de favoriser le développement des réseaux associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le champ de la périnatalité, de proposer les adaptations au niveau régional de la politique définie au niveau national, d'impulser des actions de formation des professionnels, d'organiser une réunion annuelle destinée à informer les professionnels travaillant dans le champ de la périnatalité et d'apporter son concours à l'évaluation des actions menées en périnatalité au niveau régional.

### **1.1.2 La situation actuelle**

D'après l'Enquête Nationale Périnatale réalisée en 1998 [8-18], la prise en charge de la grossesse s'est améliorée par rapport à 1995. Les séances de préparation à l'accouchement sont suivies par plus de femmes, 51% en 1981, 65% en 1995 , 70% en 1998 pour les primipares.

Le nombre moyen de visites prénatales reste stable par rapport à 1995, neuf femmes sur dix bénéficiant de sept visites<sup>3</sup> ou plus, une femme sur cent bénéficiant de moins de quatre visites. Les femmes réalisent plus souvent les visites prénatales auprès de l'équipe qui les prendra en charge pour l'accouchement.

Le nombre moyen d'échographies augmente légèrement de 4 à 4,3. Le dépistage plasmatique des facteurs de risque de la trisomie 21 semble se généraliser depuis sa prise en charge par l'assurance maladie en 1997. 37% des amniocentèses ont pour motif le dépistage plasmatique, 37% l'âge maternel, 12% des motifs échographiques.

Les hospitalisations pendant la grossesse sont plus fréquentes, 15.5% en 1981, 20% en 1995, 21,5% en 1998, mais plus courtes. La prise en charge de la douleur s'améliore avec 58% d'accouchement sous péridurale en 1998, 49% en 1995.

La part des accouchements déclenchés reste stable (20%) mais le nombre de césariennes continue à augmenter, en particulier chez les femmes primipares. Cette augmentation est aussi en relation avec le plus grand nombre de femmes à risques du fait d'une césarienne antérieure.

Le taux de prématurité augmente également, passant de 5.9% à 6.8%, en relation avec l'augmentation du nombre de naissances multiples. Il semble également qu'il soit influencé par les décisions de provoquer l'accouchement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Le score d'APGAR reste dans l'ensemble stable avec une légère diminution pour les scores les plus faibles (1,2% ont un APGAR inférieur à 8 à 5 mn en 1998 contre 1,5 en 1995).

La mortalité périnatale après une stagnation à 7,4‰ en 1994 et 1995, se situe à 7‰ en 1997. Elle se situait à 12,9‰ en 1980.

L'âge des mères augmente ainsi que leur niveau d'étude. Les situations de précarité telles que le chômage, la faiblesse de revenus, la situation de bénéficiaire du revenu minimum d'insertion ou d'allocataire parents isolés constituent des facteurs de risque. Dans ces situations les mères bénéficient en moyenne de moins de visites prénatales : 15.5% de ces femmes bénéficient de moins de 7 visites par grossesse contre 8% pour les autres femmes. Elles sont plus souvent hospitalisées (24% au lieu de 21%). Leurs enfants sont plus souvent prématurés (7.5% contre 5,7%), de petits poids (8,1% contre 6,4%) et plus souvent hospitalisés ou transférés (9.8% au lieu de 7.4%).

---

<sup>3</sup> Le nombre de visites obligatoires a été fixé à sept par le décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré- et postnatal

## 1.2 CONTEXTE LOCAL

### 1.2.1 Une géographie très spécifique, une démographie particulière

Située en Amérique du Sud, entre 2° et 5° de latitude nord, la Guyane est un département français depuis la loi du 19 mars 1946 créant les départements d'outre mer. Elle a une superficie de 91 000 km<sup>2</sup>, soit environ le cinquième de la France métropolitaine et bénéficie d'un climat chaud et humide. 90% du territoire sont recouverts par une forêt de type équatorial. Elle présente des frontières communes avec le Brésil au sud est et le Surinam au nord ouest.

Les infrastructures routières sont limitées à la bande côtière. Les principales voies de pénétration vers l'intérieur du département sont les fleuves. Les communes de l'intérieur ne sont donc desservies que par voie fluviale ou aérienne : avion, parfois seulement hélicoptère en l'absence de piste d'atterrissage.

D'une manière générale en Guyane, il existe un retard important en matière d'aménagement du territoire, les communes de l'intérieur étant encore plus défavorisées que le littoral : problèmes d'assainissement des eaux usées, de potabilité de l'eau, distribution électrique aléatoire.

La population longtemps limitée à une trentaine de milliers d'habitants jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale est en forte croissance. Elle a augmenté de 3.6% par an entre 1990 et 1999 [13].

#### Recensements de la population

1982	1990	1999
73012	114678	157277

Source INSEE

Elle a doublé entre 1982 et 1999. Il est probable que les chiffres réels en tenant compte de la sous déclaration en relation avec la clandestinité soient plus proches de 200 000 [21].

La natalité est forte : 29.8 ‰ en 1997 contre 12.6 ‰ en métropole. C'est l'un des taux les plus élevés d'Amérique du Sud et des Caraïbes.

La moitié de la population a moins de 25 ans. Le solde migratoire est important : la population étrangère représente 30% de l'ensemble de la population d'après le recensement de mars 1999 et probablement plus du fait de la sous déclaration en relation avec une situation irrégulière. L'immigration est favorisée par les difficultés économiques des pays limitrophes comme le Brésil ou plus éloignés comme Haïti ainsi que par l'instabilité politique chronique qui prévaut au Surinam et au Guyana. Il existe ainsi une forte pression migratoire en Guyane que ce soit sur le littoral ou dans les communes frontalières isolées. 134 nationalités se croisent en Guyane. 38% des étrangers sont surinamais, 30% haïtiens, 15% brésiliens [13].

Le peuplement est également caractérisé par une mosaïque ethnique :

- ✓ créoles qui représentent la moitié de la population, vivant essentiellement sur le littoral
- ✓ noirs marrons ou bushi nengue descendants des esclaves noirs évadés des plantations du Surinam au 18<sup>ème</sup> siècle, vivant principalement sur le Maroni
- ✓ amérindiens divisés en six ethnies
- ✓ européens
- ✓ asiatiques

La densité globale est faible, 2 habitants par km<sup>2</sup>, mais la répartition est inégale. 80% de la population est concentrée dans les centres urbains sur le littoral, le reste vit dans les communes de l'intérieur du territoire sans communication routière. 8% de la population vit dans des constructions provisoires ou des logements de fortune. En 1999, 8,4% des logements sont sans électricité ni point d'eau [13].

Enfin il existe une grande fréquence de familles recomposées, 80% des enfants naissent hors mariage.[12]

### **1.2.2 Une situation sanitaire et sociale dégradée**

Le taux de chômage s'établit à 26,5% en 1998 dont 42% de moins de 30 ans et une majorité de femmes. Le secteur tertiaire est prépondérant avec de nombreux fonctionnaires. Toutefois les collectivités locales emploient une majorité de personnel non titulaire, environ 60%, donc en situation d'emploi précaire [12].

L'industrie et l'agriculture sont d'une manière générale peu développées. Les activités principales sont représentées par l'industrie spatiale à Kourou, la pêche, l'activité aurifère souvent artisanale et clandestine, probablement génératrice de pollution par le mercure.

D'une manière générale, on assiste à une montée de la précarité. 11,3% de la population vit directement ou indirectement du RMI.

Néanmoins le niveau de vie moyen en Guyane reste attirant pour les pays limitrophes, favorisant un flux migratoire important au travers de longues frontières fluviales ou maritimes

difficilement contrôlables, d'une main d'œuvre peu qualifiée pesant en retour sur une situation sociale difficile.

La situation sanitaire est mal évaluée du fait d'une insuffisance de moyens d'informations, que ce soit en matière hospitalière, de médecine de ville ou de centres de santé. La perméabilité des frontières, des populations frontalières mouvantes, la présence d'une importante population en situation irrégulière difficile à apprécier car méfiante par crainte de contrôles policiers, majorent les difficultés d'obtention de données sanitaires fiables.

Néanmoins il est possible d'insister sur certains points.

L'espérance de vie, bien qu'en progression est inférieure de 4 ans à celle de la France métropolitaine.

#### Espérance de vie à la naissance, 1995

	GUYANE	METROPOLE
HOMMES	70.9	73.9
FEMMES	77.9	81.9

Source INSEE

Il est possible de définir des causes de surmortalité : les affections cardio-vasculaires, les traumatismes (violence, suicide, accident de la circulation), les maladies infectieuses et parasitaires. En ce qui concerne les pathologies spécifiques tropicales, la population reste très exposée au paludisme. On a décompté 3209 cas en 1997<sup>4</sup>, surtout sur les fleuves Maroni et Oyapock. Les arboviroses sont retrouvées sur l'ensemble du territoire. Nous manquons d'information en ce qui concerne le diabète et l'hypertension mais ces pathologies ont à l'évidence une prévalence forte et sont retenues par le SROS comme étant des priorités.

L'antigène HBS est retrouvé positif pour 6,1% des femmes enceintes en Guyane contre 3.4% en métropole [18].

La Guyane est la région française la plus touchée par le SIDA. Le nombre de cas de SIDA cumulés déclarés au 31 décembre 1999 s'élève à 650 cas depuis le début de l'épidémie. Le taux cumulé de 28.8 pour 100 000 en Guyane reste le plus élevé de France<sup>5</sup>. On assiste à

---

<sup>4</sup> bilan d'activité 1999 du service de désinfection, conseil général

<sup>5</sup> rapport d'activité CISIH Guyane année 1999

une augmentation de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au niveau des populations du Maroni.

La toxicomanie s'est particulièrement développée ces dernières années surtout sous forme de consommation de « crack ».

La qualité de l'eau de consommation en particulier dans les communes de l'intérieur est toujours un problème d'actualité. Un cinquième de la population ne bénéficierait pas d'une eau de bonne qualité. Une étude de l'Institut de Veille Sanitaire en juin 1999 a montré une exposition excessive au mercure des populations amérindiennes Wayana qui se nourrissent essentiellement de poissons[9]. Elles présentent des taux de mercure capillaire (cheveux) supérieurs au taux toléré par l'Organisation Mondiale de la Santé avec une probable relation avec les importantes activités d'orpillage, souvent artisanales et clandestines.

### 1.2.3 Des infrastructures sanitaires insuffisantes

La couverture sanitaire du département est difficile à réaliser du fait de son étendue, des difficultés de communication, en particulier routière, de l'inégalité de la répartition de la population sur le territoire, d'une population peu nombreuse. Tous ces facteurs n'ont pas favorisé jusqu'à présent l'installation d'un plateau technique très diversifié.

L'afflux constant de populations étrangères déséquilibre le fonctionnement de structures sanitaires comme les centres de santé ou les hôpitaux publics.

Le système sanitaire s'organise autour de quatre pôles : le secteur hospitalier, les centres de santé, la médecine de ville, les centres de prévention et de vaccination situés sur le littoral.

D'une manière générale et comparativement à la situation de la France métropolitaine ou des autres départements français d'Amérique, l'offre de soins est nettement inférieure.

Le secteur hospitalier comprend trois hôpitaux publics ou participant au service public hospitalier, tous situés sur le littoral, trois cliniques privées toutes situées dans la région de Cayenne.

Taux d'équipement en lits hospitaliers en 1997 pour 1 000 habitants

Discipline	Guyane	Antilles	Métropole
Médecine	1,7	2,45	2,11
Chirurgie	1,19	1,60	1,89
Gynécologie-obstétr.	0,81	0,61	0,45

Source ministère de la Santé

Le taux d'équipement en médecine et chirurgie est nettement inférieur. L'apparent excédent en gynécologie obstétrique masque un déficit en lits compte tenu du taux de natalité trois fois supérieur à celui de métropole.

La médecine de ville est faiblement représentée en Guyane et ne couvre que les centres urbains du littoral. La densité de généralistes est de 42 pour 100 000 habitants en Guyane contre 114 en France, la densité de spécialistes est de 22 contre 87 en France.

Les centres de prévention et de vaccination situés sur le littoral sont d'anciens centres de médecine collective ayant arrêté leurs activités curatives en 1985-1986. Il existe également des centres de prévention spécialisés (MST, lèpre, tuberculose), un service de désinfection couvrant la lutte contre les maladies transmises par les moustiques, arboviroses et paludisme essentiellement, toutes ces structures étant gérées par le conseil général.

Les centres de santé ou centres de médecine collective autrefois appelés dispensaires ont pour objectif de répondre aux besoins de la population dans les régions isolées de Guyane où la prise en charge médicale habituelle ne peut s'exercer du fait de l'absence de structures hospitalières et de la médecine de ville. Les centres de santé représentent donc le seul accès aux soins pour des populations numériquement non négligeables. Elles représentent 20% du total de la population guyanaise, soit environ 30 000 personnes. Elles sont exposées au moins aux mêmes risques sanitaires et d'exclusion que le reste de la population de Guyane avec de surcroît un facteur d'exclusion supplémentaire du fait de l'isolement géographique.

L'historique des centres de santé est complexe et leur situation actuelle difficile. Nous allons les développer dans le chapitre suivant.

#### **1.2.4 Des centres de santé particulièrement fragilisés**

##### une histoire administrative complexe.

La fin des années quarante a vu la création de services médicaux et sociaux et de secteurs sanitaires, hiérarchisés avec des « formations sanitaires au centre du secteur, pouvant assurer la continuité des soins et l'hospitalisation (...), des formations sanitaires secondaires pour les consultations et l'hospitalisation d'urgence <sup>6</sup> »

La loi du 13 août 1954 étendant le régime des assurances sociales aux départements d'outre mer établit qu'« en cas de besoin constaté pour une région déterminée et plus spécialement lorsqu'un personnel médical ne pourra assurer les soins de manière satisfaisante à la population, des centres de médecine collective pourront être créés soit par

---

<sup>6</sup> Arrêté du 22 mars 1944

une collectivité publique ou privée, soit par la caisse générale de sécurité sociale après avis du syndicat des médecins jusqu'à ce que les conditions d'exercice de la médecine soit réalisées ». On retrouve comme lors de la création de secteurs sanitaires en 1944 le désir de regrouper sur le même site les activités curatives et les activités de prévention. Ces centres de médecine collective (CMC) couvraient alors l'ensemble du département du fait de la quasi-absence de la médecine libérale. Suivant les besoins ils pouvaient comporter un dispensaire de soins pourvu éventuellement de quelques lits d'hospitalisation, un poste de maternité réservé aux accouchements normaux, en annexe un centre de protection maternelle et infantile. Lorsque la médecine libérale s'est progressivement développée dans les centres urbains du littoral, les activités curatives y ont progressivement été arrêtées, les CMC concernés devenant pour la plupart des centres de prévention et de vaccination gérés par le département.

Les lois de décentralisation auraient pu créer une partition entre curatif et préventif, le département ayant une compétence générale de prévention sanitaire mais le conseil général a choisi de reprendre l'ensemble des activités des centres, une convention en 1985 concrétisant les conditions du transfert des CMC.

Malgré cette volonté forte de s'investir dans le champ sanitaire, la lourdeur de la tâche et du fardeau financier poussera le conseil général à se désengager. La gestion financière a probablement été approximative ; l'analyse financière réalisée par une mission de l'IGAS en avril 1998 s'est avérée difficile à réaliser du fait du « caractère superficiel et peu fiable des tableaux présentés par le conseil général ». La collectivité territoriale assure majoritairement la prise en charge financière avec une participation intermittente de la caisse générale de sécurité sociale. Le pourcentage d'étrangers est important mais il n'est pas demandé aux patients d'information sur leurs droits ou leur situation administrative ; la part de l'aide médicale d'état n'est donc pas identifiée. L'activité est croissante comme les dépenses. Sur les deux fleuves frontières, l'afflux d'étrangers est massif. Ils viennent se faire soigner du fait de l'insuffisance de structures sanitaires dans leur pays et les femmes accouchent en Guyane pour faire naître un enfant sur le territoire français. La collectivité territoriale a dû faire face entre autres choses, aux conséquences d'un mauvais contrôle des frontières.

Le rapport de l'IGAS en 1998 avait recommandé de confier la gestion des centres de santé au service public hospitalier avec un dispositif transitoire de gestion par un groupement d'intérêt public ou un syndicat inter hospitalier ; il était en effet considéré que la situation financière des établissements hospitaliers était trop fragile. Si la gestion par le service public hospitalier a effectivement été retenue, celle du dispositif transitoire a été exclue. Afin de déterminer les conditions juridiques du transfert, des locaux et des personnels, le ministère désigne une mission conjointe ARH/conseil général. Cette mission rend un rapport d'orientation en août 1999 et détermine le ratio préventif/curatif à 20/80. Le protocole et la

convention Etat/ARH/Conseil Général sont signés le 29 décembre 1999 pour une reprise des activités des centres par le centre hospitalier de Cayenne à compter du premier janvier 2000. Au décours de l'évolution du statut des centres de santé il apparaît une ambiguïté d'appellation et une ambiguïté juridique : centres de médecine collective défini par la loi de 1954 ou centres de santé ?

Un lien complexe fut établi entre les CMC et les centres de santé. Les activités des CMC étaient soumises à autorisation expresse accordée au vu du respect des conditions techniques établies par le décret 56-284 du 09 mars 1956, modifié par le décret du 91-654 du 15 juillet 1991 fixant les conditions d'agrément des centres de santé. Bien que contesté ce lien fut retenu avec l'application des décrets. Les visites de conformité de 1992 et 1993 mirent en évidence les difficultés d'agrément des centres installés dans des conditions parfois rudimentaires avec des problèmes d'alimentation en eau potable ou en électricité. Les réserves énoncées pour un agrément au cours de ces visites semblent avoir été un obstacle à la conclusion de convention entre la caisse générale de sécurité sociale et les centres, et ont donc induit une participation financière en pointillé de l'assurance maladie.

Cette ambiguïté n'est actuellement pas levée car les appellations de centre de médecine collective et centre de santé sont employés par le public, les professionnels et les institutionnels. Ces structures peuvent être assimilées à des centres de santé pour leur activité préventive et certaines activités curatives mais ne peuvent pas l'être pour le reste : lits d'hospitalisation que certains appellent lits d'observation car non prévus par la carte sanitaire, postes de maternité.

Il est utile également de relever l'article L 765-1 de la loi de financement de sécurité sociale 2000 : « les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement ... Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif ... à l'exception des établissements de santé.... », ce qui est en contradiction avec la reprise de la gestion des centres de médecine collective par le centre hospitalier de Cayenne.

Enfin, depuis le 01 janvier 2000, le statut juridique des centres semble se compliquer un peu plus : sont-ils toujours des structures sanitaires définies par la loi de 1954 ou sont-ils devenus une extension ou un service à part entière du centre hospitalier ?

Ce flou juridique a probablement été un handicap pour les centres de santé guyanais. En revanche, il peut à présent présenter l'avantage de laisser une marge de manœuvre conséquente pour véritablement adapter les structures existantes aux besoins de la population.

Il existe actuellement 21 centres et postes de santé couvrant les zones rurales et les communes isolées sans desserte routière d'où la médecine libérale est absente. Outre les centres de prévention et de vaccination existant sur le littoral, le conseil général de la

Guyane avait conservé en Janvier 2000 des équipes avec un médecin dans 3 communes : une sur le littoral (Organabo) et deux en communes isolées (Saint Georges et Grand Santi).

### Problématique actuelle des centres de santé

Elle est en relation avec :

- ✓ le contexte géographique et humain : les populations sont isolées et dispersées sur des territoires difficiles d'accès avec une tendance au regroupement communautaire par village, par bourg bien que sur certains sites il soit possible de retrouver une juxtaposition d'ethnies et de langues
- ✓ un contexte épidémiologique particulier : il existe une juxtaposition de pathologies de pays en voie de développement, de pathologies de pays développés, et d'une pathologie spécifique au milieu équatorial
- ✓ des difficultés de fonctionnement : il existe depuis plusieurs années des problèmes de logistique, de financement, d'instabilité et de difficulté de recrutement du personnel soignant
- ✓ des contraintes réglementaires et institutionnelles : les centres de santé se trouvent souvent hors normes réglementaires que ce soit pour la qualification de centre de santé ou pour les actes effectués par des agents n'en ayant pas la compétence.

## **1.2.5 Approche démographique géographique et sanitaire des communes de Guyane**

### 1.2.5.1 Typologie

Il nous a paru utile de définir une typologie des communes de Guyane.

Nous distinguerons les agglomérations urbaines du littoral, les zones rurales disposant d'une desserte routière, les communes isolées sans desserte routière situées pour la plupart sur les deux fleuves frontières l'Oyapock et le Maroni.

- Les agglomérations urbaines du littoral, Cayenne Kourou et Saint Laurent, disposent de structures sanitaires développées. Il existe des hôpitaux dans chacune des trois communes et la médecine libérale y est bien implantée. Les centres de prévention et de vaccination gérés par le conseil général y ont une forte activité de PMI. Les villes de Remire-Montjoly, Matoury et Tonate-Macouria peuvent être considérées comme faisant partie de l'agglomération de Cayenne. L'accès géographique aux soins est aisé. Les populations en situation de précarité y sont cependant nombreuses et il existe de véritables bidonvilles.
- les zones rurales disposant d'une desserte routière sont situées sur le littoral ou dans l'arrière-pays proche. Le réseau routier peut être de qualité variable se dégradant au

cours de la saison des pluies. Les distances par rapport à une structure hospitalière varient de 30 à 100 km. La médecine libérale n'y est que très peu implantée justifiant le maintien de centres et postes de santé.

- Les communes ou villages isolées ne disposent d'aucune desserte routière. L'isolement est plus ou moins important selon l'éloignement de la bande côtière et les moyens de transport disponibles : pirogue, avions, existence de lignes aériennes régulières. Le tableau ci-dessous résume la situation des communes isolées. Il n'existe de lignes aériennes régulières que pour Saint Georges de l'Oyapock , Maripasoula et Saul.

#### 1.2.5.2 Les communes isolées

##### Population, transport et structures sanitaires

Commune ou village	population : ethnie et recensement INSEE	Moyens et temps de transport	Structure sanitaire
REGION DU MARONI			
Maripasoula	Noirs marrons, Amérindiens 3700 habitants y compris les villages de Antecume Pata et de Twencke	Lignes aériennes régulières, 1 à 2 fois par jour, environ 1 heure de Cayenne ou 2 à 3 jours de pirogue de Saint Laurent	Centre de santé
Papaichton	Noirs marrons 1645 habitants	pirogue, 1 heure de Maripasoula	centre de santé
Grand Santi	Noirs marrons 2853 habitants	8 à 12 heures de pirogue de St Laurent du Maroni ou Maripasoula	centre de santé
Apatou	Noirs marrons 3630 habitants	3 heures de pirogue pour Saint Laurent du Maroni	centre de santé
Twencke (dépend administrativement de Maripasoula)	Amérindiens, environ 300 habitants	De 3 à 6 heures de pirogue de Maripasoula	poste de santé
Antecume Pata (dépend administrativement de Maripasoula)	Amérindiens, environ 300 habitants	Idem	poste de santé

Commune	Population	Moyens et temps de transport	Structure sanitaire
REGION DE L'OYAPOCK			
Saint Georges Oyapock	Créoles, amérindiens, brésiliens 2088 habitants	ligne aérienne régulière, à 45mn de Cayenne, 1 à 2 fois par jour	centre de santé
Ouanary	Créoles 92 habitants	2 heures de pirogue de Saint Georges	poste de santé
Camopi	Amérindiens 1032 habitants (y compris Trois Sauts)	8 heures de pirogue de Saint Georges, 2 jours en saison sèche Ligne aérienne non régulière	centre de santé
Trois Sauts (dépend administrativement de Camopi)	Amérindiens 394 habitants	Plusieurs jours de pirogue de Saint Georges	poste de santé
CENTRE DE LA GUYANE			
Saul	Créoles, H'mongs, métropolitains 155 habitants	Ligne aérienne régulière, 1 fois/jour 45mn de Cayenne	poste de santé
Saint Elie	Créoles, brésiliens 239 habitants	Plusieurs heures du littoral en pirogue + piste 30 km	poste de santé

Notre étude portera principalement sur la situation des communes de l'Oyapock et du Maroni car les autres communes isolées de l'intérieur du département représentent peu en terme de population et de naissances.

### 1.2.6 Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS)

En l'absence de SROS première génération pour la région Guyane, le SROS a été arrêté pour les urgences, la chirurgie, la périnatalité le 29 octobre 1999. Il a nécessité un bilan de la situation sanitaire en Guyane sur la base des travaux et études disponibles, d'enquêtes

auprès des professionnels et la contribution de groupes de travail composés de personnels paramédicaux, d'associations, du corps médical hospitalier et libéral. La critique d'experts nationaux est venue enrichir les propositions des différents groupes de travail. Le document final a reçu l'avis favorable de la conférence sanitaire de secteur, du comité régional de l'organisation sanitaire, de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Trois orientations stratégiques ont été retenues pour l'ensemble des thèmes retenus par le SROS : promouvoir la qualité et la sécurité des soins au niveau de l'ensemble du système hospitalier ; garantir l'égalité d'accès aux soins sur les plans géographique et social, favoriser la coopération entre les différents acteurs du système de santé.

Le comité d'orientation a défini les orientations « en tenant compte des observations des différents partenaires sur le bilan, des réponses aux questionnaires envoyés aux professionnels de santé et des recommandations des Conférences Régionales de Santé. ».

Nous n'évoqueront par la suite dans notre propos que le domaine de la périnatalité.

La périnatalité a été identifiée comme un objectif prioritaire par les conférences régionales de santé de 1997 et 1998. Le SROS constate la situation alarmante de la Guyane en matière de périnatalité par rapport à la métropole et justifie le choix de cet objectif par :

- une mortalité périnatale (NN>1000gr) à 14,3‰, une mortalité infantile ( NN>1000gr ) à 13‰
- un taux de fécondité et de natalité double de celui de la métropole et une progression des naissances de 119 % les quinze dernières années
- des facteurs de risque élevés : fréquence élevée des mères de moins de 18 ans, taux de précarité important, 1 cas de SIDA sur 10 lié à une transmission materno-foetale[2].

Il a été considéré que le décret du 9 octobre 1998 sur la périnatalité doit amener les professionnels à une modification des pratiques.

Le travail de l'atelier "Périnatalité" a mis en évidence « la mauvaise qualité de la prise en charge de la grossesse, et des nouveaux nés ».

Des facteurs à l'origine de cette situation ont été identifiés : une immigration mal contrôlée, un suivi de grossesse déficient, une prise en charge peu satisfaisante des prématurés et des nouveaux nés, l'insuffisance et l'inadéquation de l'offre de soins.

L'objectif prioritaire est « d'obtenir une baisse notable de la mortalité périnatale et infantile. Dans les cinq années à venir, les taux de mortalité infantile et périnatale devraient diminuer de 30% par rapport aux données de 1997 »

Les objectifs opérationnels se déclinent en trois points : améliorer le suivi de la grossesse et favoriser l'accouchement en structure hospitalière ; améliorer la prise en charge des prématurés et hypotrophes ; optimiser et adapter l'offre de soins par un fonctionnement en réseau.

En ce qui concerne l'amélioration du suivi et l'accouchement en structure hospitalière deux situations très différentes se présentent. En zone urbaine ou zone d'accès aisée aux soins où la médecine libérale et la PMI sont bien représentées, des solutions de facilitation de la prise en charge et de sa continuité devront être trouvées, plus particulièrement dans le cadre de réseaux. Dans les communes isolées d'où la médecine libérale est absente, « l'hôpital devra aller au devant des femmes enceintes, il prendra en charge et partagera avec la PMI la surveillance de la grossesse ». On peut ainsi concevoir pour les communes isolées l'enjeu actuel de la reprise de la gestion des centres de santé par le service public hospitalier et la définition et répartition des compétences entre celui-ci et la PMI. Par ailleurs le SROS précise que « l'accès aux lieux de consultations et de soins devra être facilité, en particulier par la création d'un hébergement adapté, dédié aux patientes qui résident à distance ».

L'amélioration de la prise en charge des prématurés et hypotrophes implique un meilleur suivi de la grossesse, de prévoir la prématurité et renforcer sa prise en charge avec un transport in utero devenant la règle. Ceci s'accompagnera pour certaines patientes, de la part de l'hôpital d'une action pédagogique qui « demandera une approche culturelle spécifique ». La prise en charge hospitalière devra être adaptée à l'état des nouveaux nés et la présence de la mère auprès du nouveau né devra être favorisée, en particulier pour les femmes des communes isolées. Cet état de fait concourra à une meilleure acceptation de l'hospitalisation par les femmes et donc à une meilleure sécurité de l'accouchement.

L'optimisation et l'adaptation de l'offre de soins concernent les établissements pour lesquels il appartient de se positionner par rapport aux décrets du 9 octobre 1998 avec des projets en cohérence les uns avec les autres avec fonctionnement en réseau.

Le SROS prévoit une maternité de niveau 3 et une ou deux maternités de niveau 1 à Cayenne, une maternité de niveau 2 à Kourou et Saint Laurent. Les centres de santé, érigés en centres de soins périnataux, ne devraient plus pratiquer les accouchements sauf cas inopinés et seront équipés en conséquence. Leur mission dans le cadre de la périnatalité est d'assurer la surveillance de la grossesse.

« L'activité de surveillance de la grossesse sera effectuée par des sages-femmes qui assureront des vacations régulières dans tous les centres et postes de santé. Leur tâche essentielle sera orientée vers la détection des grossesses à risque et il leur faudra convaincre les femmes de quitter temporairement leur foyer pour rejoindre un lieu d'accouchement adéquat. Elles seront en relation avec les obstétriciens qui effectueront des consultations périodiques dans les centres les plus importants.»

Enfin il s'agira de construire un réseau avec l'ensemble des partenaires concernés par la périnatalité. Ses missions essentielles seront de :

- ✓ proposer l'offre de soins la plus efficace possible dans le cadre des décrets du 9 octobre 1998
- ✓ assurer un maillage suffisamment serré du territoire
- ✓ assurer la permanence de la prise en charge
- ✓ élaborer un système d'information simple
- ✓ faire toute proposition visant à améliorer la prise en charge

La Commission Régionale de la Naissance devra être informée.

Le SROS 1999-2004 deuxième volet indique que « les spécialistes rattachés administrativement à un établissement auront pour mission de :

- ✓ conseiller les praticiens de leur établissement de rattachement mais aussi les praticiens des autres établissements par l'intermédiaire de structures de soins en réseau.
- ✓ d'organiser la prise en charge dans la région des malades relevant de leur discipline

### **1.2.7 Un réseau de périnatalité balbutiant**

C'est la commission régionale de la naissance qui en a jeté les bases en novembre 2000. L'objectif général est de faire diminuer la mortalité périnatale de 30% en cinq ans. Les objectifs spécifiques se rapporteront :

- ✓ au suivi de grossesse : lieu adapté
- ✓ à l'accouchement : lieu adapté
- ✓ au suivi néonatal : suivi adapté

La formalisation du réseau aura lieu début 2001. Un calendrier d'élaboration d'outils est prévu :

- ✓ ateliers de consensus : bonnes pratiques (suivi grossesse, suivi enfant), procédures de transfert, formation
- ✓ dossier commun(2002)
- ✓ coordination du réseau (2001-2002)

### **1.2.8 Rôle du médecin inspecteur**

Nous situons le rôle du médecin inspecteur à plusieurs niveaux.

De manière générale il a un rôle de conception, d'animation et d'évaluation de la politique de santé, et fédère les différents partenaires. Il agit dans le cadre de l'agence régionale de

l'hospitalisation dans le domaine de la politique hospitalière qui englobe en Guyane les centres de santé depuis le 01 janvier 2000. Il réalise des missions d'inspection et de contrôle. Il représente le directeur régional des affaires sanitaires et sociales au sein de la commission régionale de la naissance.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a confié une mission d'accompagnement du service coordonnateur des centres de santé de Guyane (CSG2 ) du centre hospitalier de Cayenne au médecin inspecteur de la DDASS de Guyane en charge du secteur hospitalier. Celui-ci a participé à l'atelier "périnatalité" dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il est membre de la commission exécutive de l'ARH.

## **2 - L'ETUDE**

### **2.1 METHODOLOGIE**

#### **2.1.1 La démarche**

Durant la période de juin à juillet 2000, nous nous sommes intéressés de manière générale aux difficultés sanitaires des communes isolées de Guyane. Des entretiens ont été réalisés avec les professionnels, institutionnels et usagers. Il est apparu que les problèmes d'accès aux soins étaient nombreux, se juxtaposant au problème institutionnel existant depuis le 01 01 2000 de répartition des compétences entre le service public hospitalier et le conseil général au niveau des centres de santé, seules structures sanitaires à la disposition des populations isolées.

Nous avons choisi d'explorer le domaine de la périnatalité :

- thème récurrent identifié au cours des entretiens
- priorité de la conférence régionale de santé et du SROS du fait d'une forte natalité et d'un taux de mortalité périnatale élevé
- problème d'accès aux soins en commune isolée
- priorité nationale : plan périnatalogie de 1994, décrets périnatalité de 1998 et problèmes éventuels d'application des textes réglementaires sur le terrain
- peu d'études ont été réalisées dans le domaine de la périnatalité en Guyane.
- problème institutionnel de répartition des compétences dans un domaine majeur de la santé publique

Du mois de septembre au mois de novembre, nous avons défini nos objectifs et procédé à une recherche bibliographique.

Le fait d'avoir choisi comme thème d'étude la prise en charge des femmes enceintes des communes isolées ne doit pas occulter la situation générale de la périnatalité en Guyane qui apparaît comme globalement mauvaise par rapport aux références nationales. En effet, il est possible paradoxalement que les femmes enceintes de certains sites isolés soient mieux prises en charge que les femmes vivant dans des bidonvilles à la périphérie de Cayenne en situation parfois clandestine. Néanmoins la situation des communes isolées est globalement mauvaise et nécessite une approche et une étude spécifique qui n'a jamais été faite.

Les objectifs spécifiques du mémoire se situent à trois niveaux :

- décrire la prise en charge actuelle des femmes enceintes des communes isolées.
- déterminer les conditions d'amélioration du suivi avec un repérage des dysfonctionnements principaux et les conditions d'applicabilité de l'accouchement en structure hospitalière.
- faire des propositions concernant le cadre organisationnel du suivi de grossesse en particulier au niveau des centres de santé en apportant un éclairage sur la répartition des compétences entre le service public hospitalier et le conseil général.

Cette démarche sera effectuée avec le souci de renforcer la coordination entre les différents acteurs. En Guyane comme en France métropolitaine il y a nécessité d'articuler et de décloisonner pour améliorer le service rendu à l'utilisateur.

Le mémoire repose sur les quatre hypothèses suivantes :

- l'objectif du SROS en matière de périnatalité de favoriser l'accouchement en structure hospitalière est applicable aux communes isolées
- les sages femmes sont un élément fondamental de cette prise en charge
- le taux d'accouchement en maternité est en relation avec la qualité du suivi
- la répartition des compétences entre le service public hospitalier et le conseil général améliorera le fonctionnement des centres de santé et le suivi des femmes enceintes.

## **2.1.2 Modalités d'investigation**

### **2.1.2.1 Recherche documentaire**

Elle a été effectuée au cours du stage professionnel et a concerné des documents divers : rapports de l'IGAS, SROS, document de cadrage du SROS, données épidémiologiques

locales, rapports de tournées médicales en communes isolées, rapports d'activités de centres de santé, conférences régionales de santé. Elle nous a permis de reconstituer l'historique des centres de santé et de situer le contexte local. Les travaux de l'atelier "périnatalité" constitué pour l'élaboration du SROS et rapportés dans un document ont apporté un éclairage supplémentaire sur les opinions des professionnels et techniciens impliqués dans ces travaux.

#### 2.1.2.2 Visites et observations sur site

Nous connaissions déjà les centres hospitaliers de Cayenne et de Saint Laurent du Maroni, ce dernier a fait l'objet d'une inspection en Juin 2000 à laquelle nous avons participé.

Nous avons pu nous rendre dans le secteur du haut Maroni à l'occasion d'une mission de la DDASS de la Guyane. Le but de cette mission est de prendre contact avec des personnes considérées comme des relais au sein des populations amérindiennes dans le cadre d'un séminaire prévu en février 2001 destiné à faire le point des mesures à prendre pour limiter l'intoxication mercurielle de ces populations. Cette mission comprenait un médecin inspecteur, un ingénieur du pôle santé environnement et moi-même. Nous nous sommes rendus à Maripasoula par avion puis nous avons continué en pirogue. Nous avons été accompagnés par un médecin et la sage femme du centre de santé de Maripasoula qui ont effectué une tournée. Nous avons visité tous les centres et postes de santé du Haut Maroni.

#### 2.1.2.3 Les données quantitatives

Le recueil de données comme les entretiens ont été réalisés de décembre à janvier au cours de la deuxième partie du stage.

Parallèlement aux sources classiques d'information comme l'INSEE, nous disposons de chiffres provenant principalement d'un registre d'issue de grossesse et de l'enquête nationale périnatale réalisée en Guyane en 1998. Il faut souligner à ce stade de l'étude l'aide précieuse du service de PMI, en particulier du médecin chef adjoint, avec l'accord du directeur de la direction de la solidarité et de la prévention<sup>7</sup> (DSP).

Un système d'information permanent a été constitué en 1984 en Guyane à l'occasion d'une enquête cas témoin conduite par l'INSERM, l'Observatoire Régional de la Santé, le service départemental de PMI, et par le Pr Papiernik et le Dr Bréart. Il consiste en un registre d'issue de grossesse et de fiches d'analyse des causes de décès. Les critères d'inclusion sont les

---

<sup>7</sup> la direction de la solidarité et de la prévention regroupe l'ensemble des services sanitaires et sociaux du conseil général.

enfants vivants ou morts nés d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids au moins égal à 500 grammes. Les informations sont collectées par le service départemental de PMI. En 1999, les données ont portées sur 4547 grossesses. Les registres sont en place dans toutes les maternités, publiques et privées ainsi que dans les centres de santé. Les naissances sont enregistrées par le médecin ou la sage femme. En 1999 et 2000 une clinique n'a pas accepté de participer au recueil. Elle a fourni néanmoins le nombre d'accouchements réalisés, soit 249 en 1999 et 247 en 2000. Le registre a été modifié avec des données supplémentaires à partir de mars 1999 : terme à la première visite, nombre d'échographies, nombre de visites prénatales. Il est probable que les données non renseignées de 1999 concernant ces indicateurs soient en grande partie liée à la montée en charge progressive du nouveau modèle de registre<sup>8</sup>.

L'enquête nationale périnatale 1998 qui a été réalisée sur une semaine au niveau national a duré cinq semaines en Guyane pour disposer de chiffres suffisamment importants. Elle a été coordonnée par la PMI. Les critères d'inclusion sont les mêmes que pour le registre d'issue de grossesse. L'étude en Guyane a porté sur 473 femmes, 480 accouchements, 466 naissances uniques et 14 multiples.

Le calcul des moyennes et des médianes, ainsi que les tests statistiques ont été réalisés avec les logiciels Excel et EpiInfo.

#### 2.1.2.4 Enquête sur entretiens

Nous avons procédé à un recueil de données qualitatives par interview de professionnels, d'institutionnels, de techniciens et d'usagers. Les guides d'entretien comportaient trois axes : le suivi, l'orientation des femmes vers les structures hospitalières en vue de l'accouchement, le cadre organisationnel plus particulièrement au niveau des centres de santé.

Les entretiens avec les institutionnels et les techniciens ont été réalisés à Cayenne où se situent toutes les administrations.

Les interviews de professionnels et d'usagers ont été plus difficiles à réaliser du fait de l'étendue du département, les difficultés de communication, le temps limité imparti à la réalisation de l'étude ainsi que des restrictions d'accès à certaines zones du territoire. En effet, une autorisation préfectorale est nécessaire pour accéder à la commune de Camopi sur le haut Oyapock et aux villages du haut Maroni : Twencke, Antecum Pata, Elahé et Cayode. Ce sont des zones de peuplement amérindien.

Les professionnels, médecin, sage femme, aide soignant et agent de santé exerçant en communes isolées ont été rencontrés soit lors d'un de leur déplacement à Cayenne, soit par téléphone, soit à l'occasion de la mission "Mercure" sur le haut Maroni. Les entretiens

---

<sup>8</sup> cette hypothèse est confirmée par la secrétaire de PMI chargée de la saisie des données

réalisés par téléphone ont été gênés parfois par la mauvaise qualité des communications avec certains zones isolées. Dans un cas (Camopi), il n'a pas été possible de joindre le centre de santé. Pour compléter les entretiens d'usagers, le guide d'entretien pour les professionnels comportait un volet concernant le vécu des femmes, leur acceptabilité du suivi et de l'accouchement en structure hospitalière. Cet aspect des choses n'a été abordé qu'avec les médecins et sages-femmes ayant séjourné suffisamment longtemps en communes isolées pour avoir une bonne connaissance des populations, voire de la langue. Les usagers, femmes enceintes ou ayant accouché, ont été rencontrés lors de leur hospitalisation à l'hôpital de Cayenne pour l'accouchement dans le cadre d'une grossesse d'évolution normale, soit pour une hospitalisation pour grossesse pathologique. D'autres femmes ont été rencontrées à l'occasion du déplacement sur le haut Maroni. Les entretiens avec les usagers ne seront pas en général retranscrits tels quels car les femmes s'expriment souvent en langues créole, bushi nengue ou amérindienne. Tous les entretiens avec les usagers sont restitués et il n'y a eu aucun tri préalable des interviewés.

## **2.2 LES RESULTATS**

### **2.2.1 Données quantitatives**

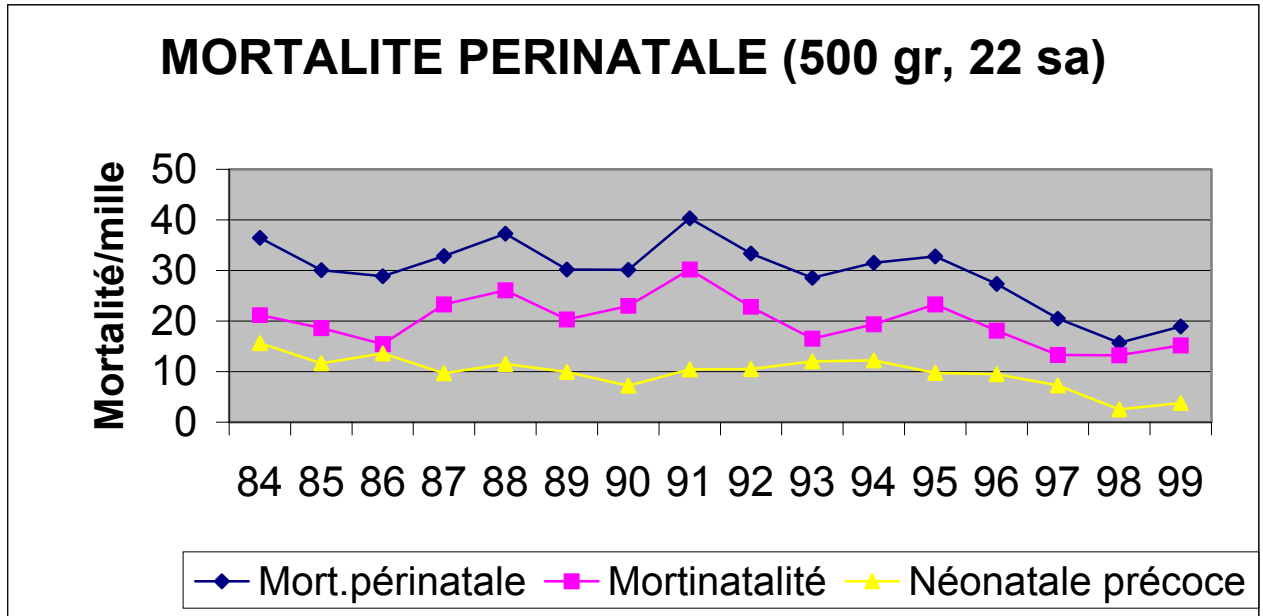
#### **2.2.1.1 La périnatalité en Guyane**

Le taux de natalité est élevé, 26,5‰ en 1996, soit un taux supérieur de 120% à la moyenne nationale française. La situation de la périnatalité est caractérisée par un taux élevé de mortalité périnatale. Les chiffres sont nettement défavorables par rapport à la situation nationale mais également par rapport aux autres départements d'outre mer. En effet le taux de mortalité périnatale de 20,5‰ en Guyane pour 1997 est à comparer au taux de 17,8‰ à la Réunion en 1990, 14‰ en Guadeloupe en 1993, 11‰ en Martinique en 1988[5].

### 2.2.1.1.1 Des indicateurs de périnatalité défavorables

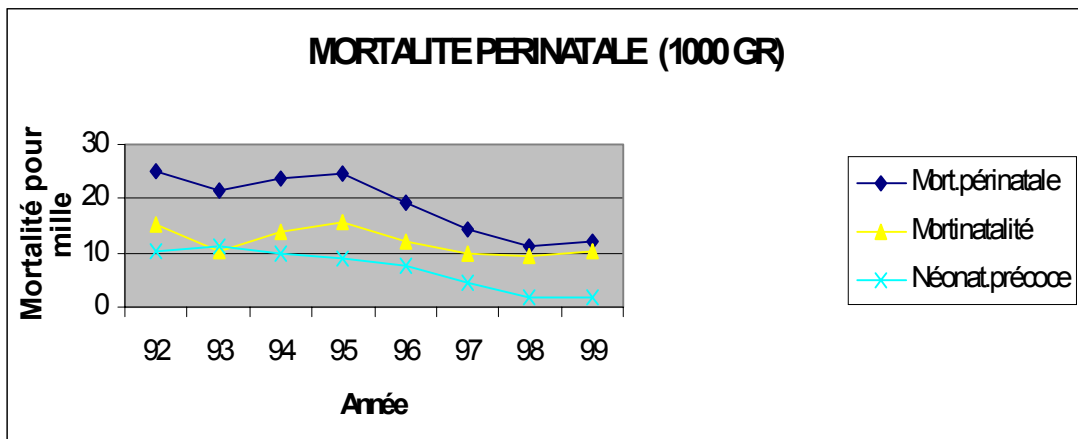
#### La mortalité périnatale

Evolution de la mortalité périnatale (500gr, 22 SA) de 1992 à 1999



Source DSP/PMI

Evolution de la mortalité périnatale (1000 gr) de 1992 à 1999



Source DSP/PMI

La mortalité périnatale a diminué en 1996 et 1997. Elle semble se stabiliser depuis. Cette amélioration semble essentiellement due à la diminution de la mortalité néonatale précoce

qui passe de 10‰ en 1992 à 1,8‰ en 1999 pour les naissances à 1000gr, témoin de l'amélioration de la prise en charge en réanimation néonatale[5].

### Prématurité et hypotrophie

Tableau comparatif métropole/Guyane pour la prématurité et l'hypotrophie

	métropole 1998	Guyane 1998
Prématurité < 37SA	6.8 %	14 %
Prématurité < 33 SA	2.1%	2.7 %
Hypotrophie < 2500 gr	8.4 %	13.7 %
Hypotrophie < 1500 gr	1.2 %	2.7 %

Source DSP/PMI/Enquête Périnatalité 1998

Les taux de prématurité et d'hypotrophie sont largement supérieurs aux chiffres métropolitains, le double pour la prématurité avant 37 semaines d'aménorrhée et l'hypotrophie. Ces taux sont confirmés par les chiffres de 1999 issus des registres d'issue de grossesse : 13.4 % des enfants naissent prématurés, 13.9% hypotrophes, 6% hypotrophes à terme.

### La mortalité maternelle

Bien que ne concernant qu'un nombre limité de cas, cet indicateur est particulièrement défavorable et probablement fortement sous estimé. Pour la période 1987-1990, le taux pour la Guyane est de 64.6 décès pour 100 000 naissances contre 9.5 en métropole. Pour la période 1993-1997, Il est de 79.3 décès pour 100 000 naissances [17]. En 1999, il y a eu 4 décès maternels pour 4800 naissances.

### 2.2.1.1.2 Caractéristiques de la mère

#### Caractéristiques sociales

Tableau comparatif métropole/Guyane pour les caractéristiques sociales

	métropole	Guyane
Célibataires	40 %	73.1 %
Vivant seule	7 %	27.9 %
Sans ressources*	0.8 %	14.4 %
Sans couverture sociale	1.1 %	33.3 %

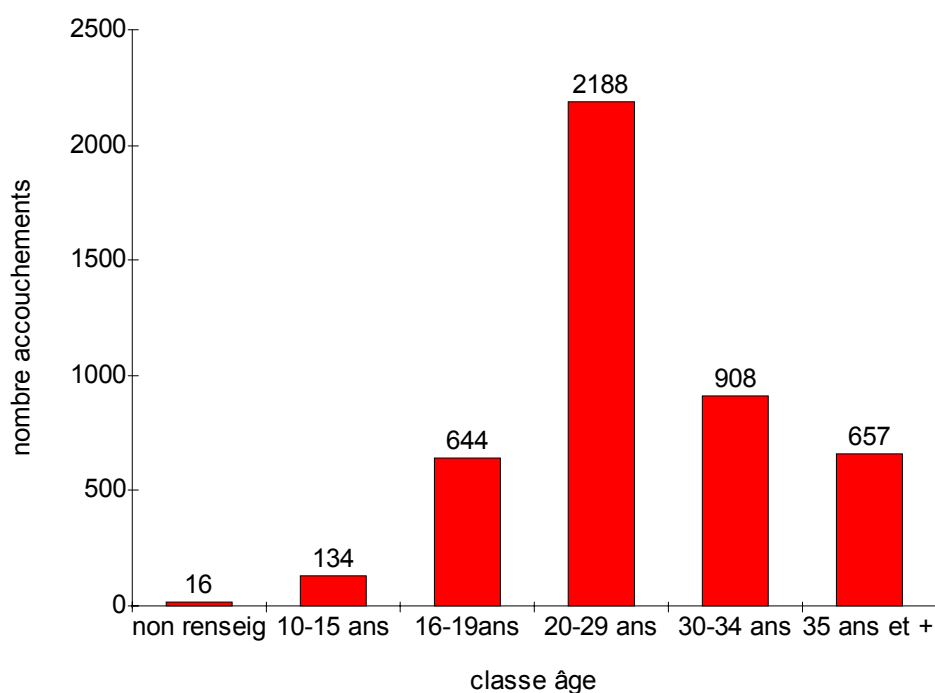
\* ne déclarent aucune ressource que ce soient des salaires ou des prestations sociales

Source DSP/PMI/Enquête périnatale 1998

Les risques sociaux sont clairement identifiés : plus jeune âge des mères, parent isolé ; beaucoup de femmes sont sans ressources et sans couverture sociale. L'immigration importante, assez souvent clandestine, y joue probablement un rôle important.

#### Age des mères

Age des mères en Guyane par classed'âge  
**Année 1999**



Source RIG 1999

Les chiffres issues du RIG 1999 montrent que 17% des femmes qui accouchent en Guyane ont moins de 20 ans contre 2.6% en métropole en 1998, et 3% ont moins de 16 ans.

### 2.2.1.1.3 Des indicateurs de suivi globalement défavorables

#### Surveillance de la grossesse

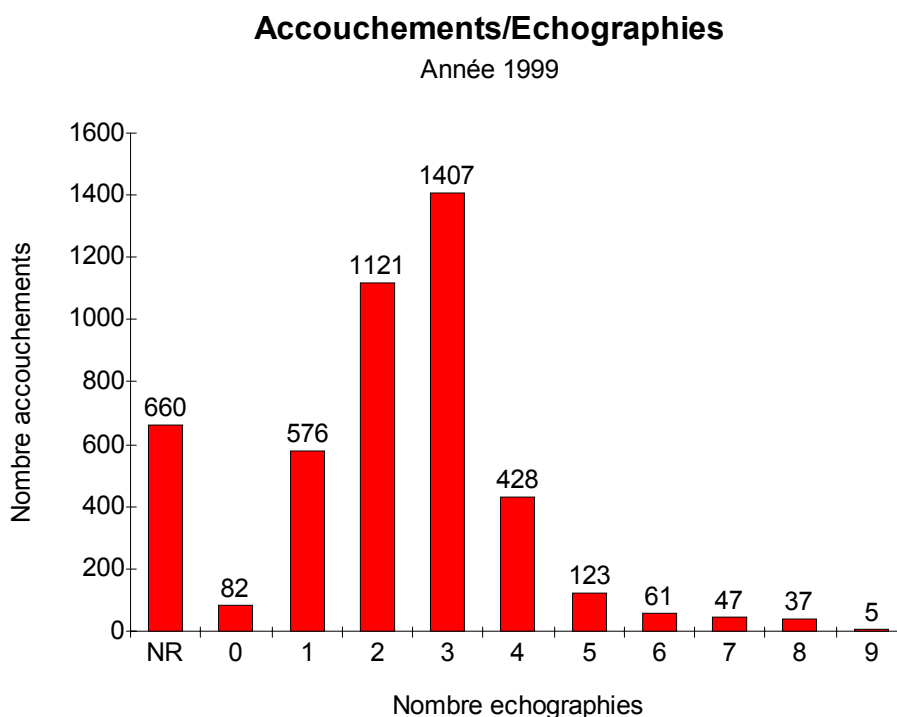
Tableau comparatif métropole/Guyane pour le suivi de grossesse

	Métropole	Guyane
7 visites prénatales et plus	90 %	41.9 %
Nombre échographie < 3	3.7 %	34.8 %
Dépistage risque trisomie 21	63.7 %	10.4 %
Dépistage VIH	88.5 %	63.3 %
aucune visite à l'ERA*	6.5 %	15.8 %

\* équipe responsable de l'accouchement

Source DSP/PMI/Enquête périnatale 1998

Nombre d'accouchements par rapport au nombre d'échographies



NR : données non renseignées

Source RIG 1999

Le RIG 1999 comporte 88.3% de données renseignées pour le nombre de visites prénatales. La médiane sur les données renseignées, soit 50% des femmes est de 6 visites avec une moyenne à 6,2. 25% des femmes ont moins de 4 visites au cours de leur grossesse. En ce qui concerne le nombre d'échographies, le RIG comporte 85.5% de données renseignées. 46% des femmes bénéficient de moins de 3 échographies. La moyenne des échographies réalisées par femmes est de 2.68 pour une moyenne de 4.3 en métropole en 1998.

Ces indicateurs mettent en évidence que globalement le suivi est insuffisant en Guyane. Presque le moitié des femmes ne bénéficient pas des sept visites prévues par la législation, 40% des femmes bénéficient de moins de trois échographies pendant leur grossesse. 15% des primipares bénéficient d'une préparation à l'accouchement en Guyane contre 68% en métropole. 16% ne bénéficient pas d'une consultation auprès de l'équipe responsable de l'accouchement contre 6,5% en métropole.

Le dépistage du VIH est réalisé moins systématiquement en Guyane, pourtant région de forte prévalence. Néanmoins cet indicateur est à interpréter avec prudence car les patientes peuvent refuser sa réalisation. Le taux faible du dépistage des facteurs de risque de la trisomie 21 peut également être en relation avec une montée en charge plus lente du dispositif dans le département.

### Déclaration de grossesse

Tableau comparatif métropole/Guyane déclaration de grossesse

	métropole	Guyane
pas de déclaration	0.5 %	27.3%
1 <sup>er</sup> trimestre ( grossesses déclarées)	94.5 %	54.9 %
2 <sup>ème</sup> trimestre ( grossesses déclarées)	3.6 %	26.2 %

Source DSP/PMI/Enquête périnatale 1998

La déclaration de grossesse est nettement plus tardive qu'en métropole, fait pouvant expliquer en partie un suivi insuffisant car débuté tardivement par rapport au terme de la grossesse. Ces chiffres sont confirmés par le calcul du terme moyen à la première visite à partir des données renseignées du RIG de 1999 : la médiane se situe à environ 13.5 semaines, 25 % des femmes consultent après la 19<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. 27.3% des grossesses ne sont pas déclarées. La déclaration étant souvent motivée par les prestations d'allocations familiales, ce chiffre important de non déclaration peut être en relation avec l'immigration clandestine.

## 2.2.1.2 La situation des communes isolées

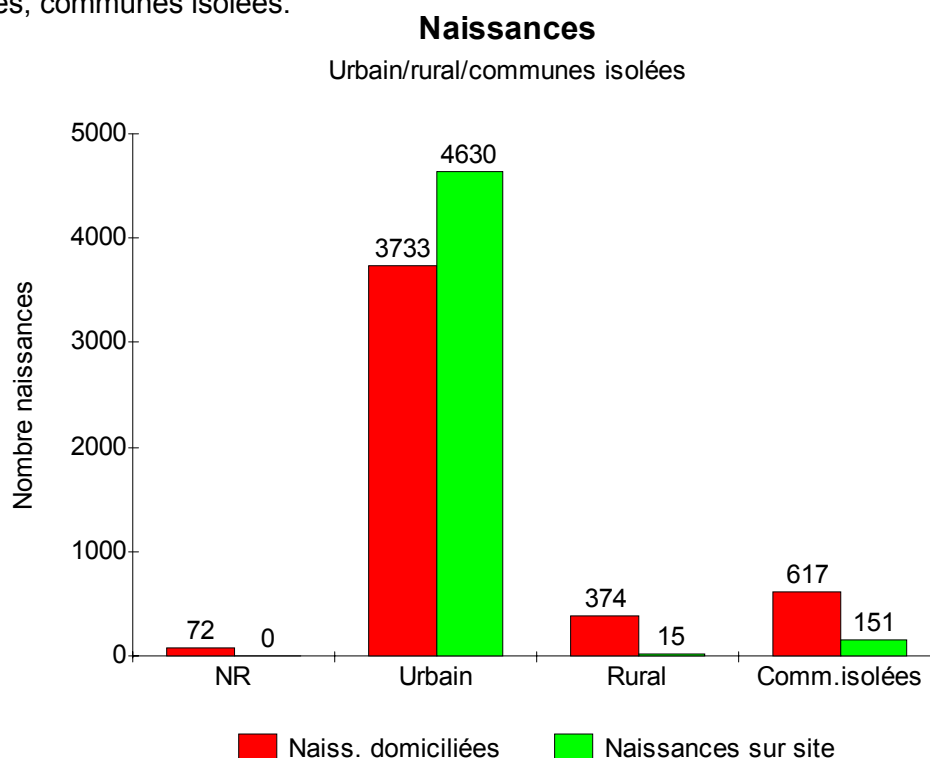
### 2.2.1.2.1 Naissances domiciliées et naissances sur site

L'étude des conditions d'accouchement des femmes de communes isolées nécessite d'individualiser :

- les naissances domiciliées qui sont les naissances rapportées au domicile de la mère. L'enfant né à la maternité de Cayenne d'une mère domiciliée à Maripasoula sera donc comptabilisé à Maripasoula.
- les naissances sur site représentent les naissances sur une commune. Elles regroupent les naissances à domicile et les naissances en structures médicalisées situées sur la commune. Les structures médicalisées correspondent aux hôpitaux en zones urbaines et aux centres de santé en communes isolées. Toutes les naissances en zones urbaines ont lieu en milieu hospitalier sauf cas exceptionnel.

#### 2.2.1.2.1.1 Les communes isolées dans le contexte guyanais

Le graphique suivant différencie le nombre de naissances domiciliées et le nombre de naissances sur site selon la typologie que nous avons définie page 21 : zones urbaines, zones rurales, communes isolées.



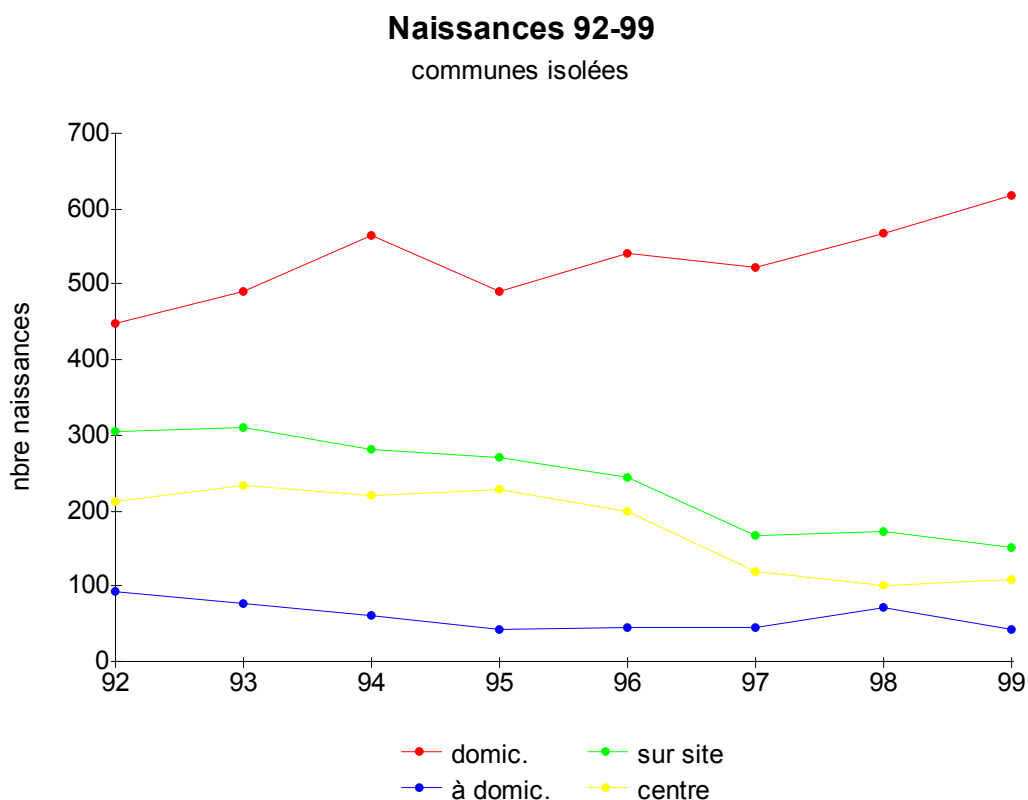
NR : données non renseignées

Source RIG 1999

Les zones urbaines représentent 81% de la population selon les chiffres INSEE, 77% des naissances domiciliées et pour 98% des naissances le site de naissance. Les communes isolées représentent 10% de la population, 13% des naissances domiciliées et pour 3% des naissances le site de naissance.

#### 2.2.1.2.1.2 Lieu d'accouchement et évolution des naissances en communes isolées

Le graphique suivant individualise pour l'ensemble des communes isolées les naissances domiciliées, sur site, en centre et à domicile.



domic. :naissances domiciliées

à domic. :naissances à domicile

centre : naissances en centre de santé

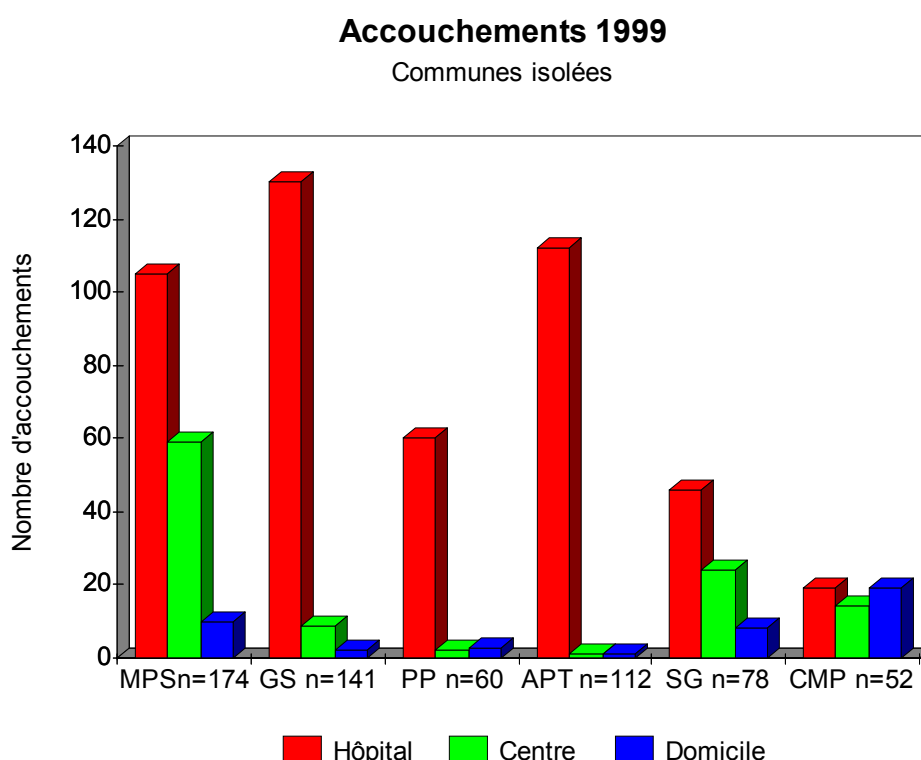
sur site : naissances à domicile + naissances en centre de santé

La différence entre les naissances domiciliées et les naissances sur site représente les naissances en maternités car il n'y a pas de "fuite" de population vers le Surinam ou le Brésil. D'une manière générale, les accouchements sur site ont tendance à diminuer sur la période 1992-1999, cette diminution portant de la même manière sur les accouchements en centre de santé et à domicile. En 1992, les naissances sur site pour les communes isolées représentaient 68% des naissances totales dont 22% à domicile et 47% en centre. En 1999, les pourcentages sont respectivement de 24,5%, 7% et 17,5%. Cette diminution est

perceptible dès 1994 et devient plus nette en 1996. Le transfert des grossesses pathologiques vers les structures hospitalières est probablement à l'origine de cette diminution. La consigne d'essayer de transférer un maximum de grossesses même non à risque semble avoir joué à partir de l'année 1996. On note une stagnation depuis 1997.

Les accouchements de femmes domiciliées en communes isolées sont réalisés essentiellement dans les hôpitaux de Cayenne et de Saint Laurent. En effet Saint Georges et Maripasoula sont reliées par voie aérienne à Cayenne et les communes du bas Maroni, Grand Santi et Apatou, sont plutôt tournées vers Saint Laurent grâce aux transports fluviaux.

### Lieu d'accouchement par commune



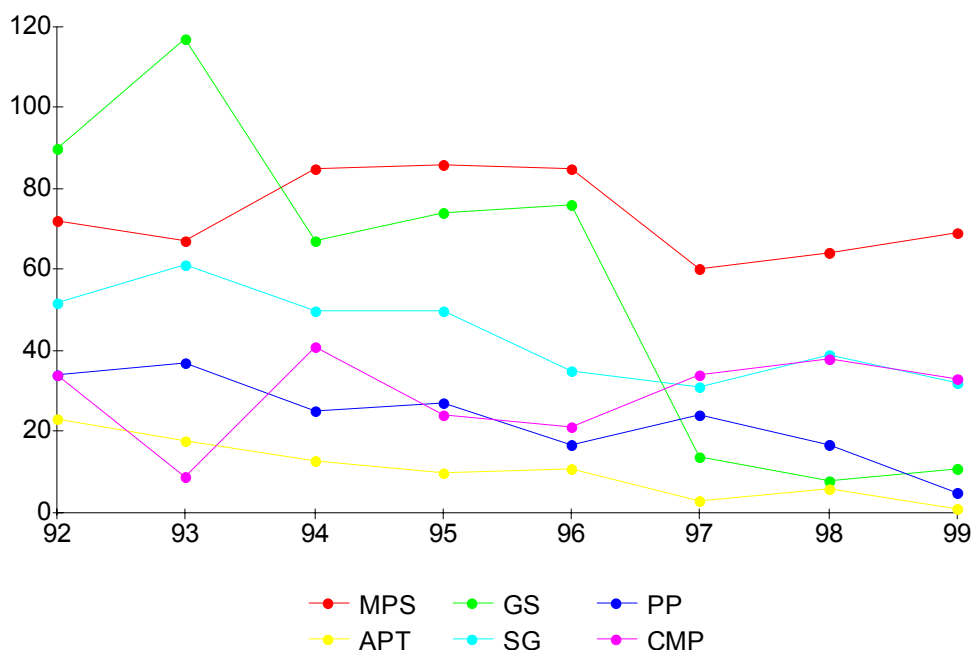
Source RIG 1999

MPS : Maripasoula, GS : Grand Santi, PP : Papaïchton, APT : Apatou, SG : Saint Georges, CMP : Camopi

Les naissances sur site présentent de fortes disparités suivant les communes. Grand Santi, Papaïchton et Apatou présentent un faible pourcentage d'accouchements dans la commune alors que l'isolement est important : il faut au mieux 8 heures de pirogue pour rallier Grand Santi à Saint Laurent, au moins 3 heures pour Apatou. Maripasoula et Saint Georges ont de moins bons résultats en étant situées à 45 mn de Cayenne par voie aérienne (2 vols par jour).

## Nombre d'accouchements sur site

de 1992 à 1999



Source RIG 1999

MPS : Maripasoula, GS : Grand Santi, PP : Papaïchton, APT : Apatou, SG : Saint Georges de l'Oyapock, CMP : Camopi

L'évolution du nombre d'accouchements sur site de 1992 à 1999 met en évidence :

- un effondrement du nombre d'accouchements sur la commune de Grand Santi à partir de 1996. La population de Grand Santi pourtant très isolée a totalement modifié son comportement vis à vis de l'accouchement. Les onze accouchements de 1999 ne sont pas en relation avec des passages de frontière de dernière minute mais à la prématurité, au mauvais suivi, à un départ trop tardif vers l'hôpital de Saint Laurent.
- une diminution lente mais régulière pour Saint Georges, Apatou et Papaïchton avec un nombre de naissances domiciliées en légère augmentation<sup>9</sup>. Pour cette dernière l'accélération de la décroissance du nombre d'accouchements sur site en 1998 et 1999 a pu être artificiellement favorisée par la vacance du poste de médecin. Il en est de même pour Maripasoula qui présente une apparente stabilité pour le nombre de naissances sur site mais avec un quasi-doublement des naissances domiciliées, ce qui minore la part des accouchements sur site de 80% à 40% pour la période considérée. Ceci peut être

<sup>9</sup> se reporter à annexe 5

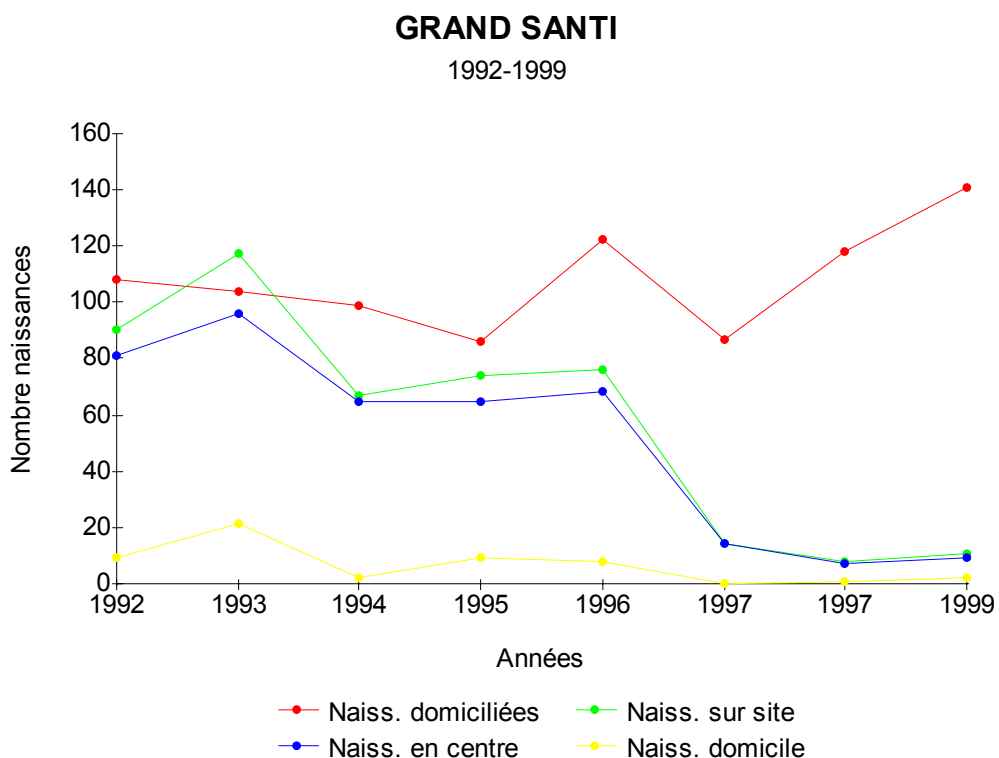
considérée comme un résultat correct compte tenu du comportement de la population amérindienne a priori réfractaire à l'accouchement en structure hospitalière et du probable report de certains accouchements de Papaïchton sur le centre de santé. Saint Georges, Maripasoula, Papaïchton ont une situation qui s'améliore indubitablement. Le dépistage des grossesses à risque est meilleur et certaines femmes se laissent persuader d'accoucher à l'hôpital même en l'absence de pathologie. Il ne nous pas été possible d'identifier ces femmes comme étant plus des primipares que des multipares.

- une stabilité pour Camopi. la situation est inchangée à Camopi depuis 10 ans. Cette commune associe un isolement important, l'absence de sage femme parmi l'équipe soignante et probablement des facteurs culturels propres à la population amérindienne.

### 2.2.1.2.1.3 Une situation particulière : Grand Santi

Il nous a paru intéressant d'analyser dans le graphique suivant la situation particulière de Grand Santi qui présente le taux le plus élevé d'accouchement en maternité.

Evolution des naissances sur la commune de Grand Santi



Source RIG 1999

L'évolution du mode d'accouchement est particulièrement significative en ce qui concerne la commune de Grand Santi. Grand Santi est très isolée : pas de desserte aérienne, 8 à 13 heures de pirogue pour se rendre à la structure hospitalière la plus proche, le centre hospitalier de Saint Laurent du Maroni. A partir de 1996, la diminution des accouchements

sur site est spectaculaire, touchant à la fois les naissances en centre de santé mais également les naissances à domicile qui deviennent exceptionnelles. Le chiffre de naissances sur site supérieur à celui des naissances domiciliées en 1993 peut s'expliquer par l'afflux de femmes surinamiennes venant accoucher souvent au dernier moment en territoire français, cet afflux ayant été favorisé par l'instabilité politique au Surinam. Il existe toujours la tentation pour les femmes étrangères de franchir la frontière au dernier moment pour venir accoucher en territoire français. Les entretiens ont permis de mettre en évidence que les équipes ont essayé avec un certain succès d'éviter ce phénomène de passage de frontières au dernier moment pour faire naître un enfant en Guyane française, que ce soit dans la région du Maroni ou de l'Oyapock.

#### *2.2.1.2.1.4 Poids des séjours hospitaliers des patientes originaires des communes isolées*

Une analyse des séjours hospitaliers<sup>10</sup> de patients originaires de communes isolées a été réalisée pour le centre hospitalier de Cayenne. Pour les séjours pour grossesse, accouchements et post partum (CMD 14) la durée moyenne de séjour (DMS) est de 5.96 jours. Les séjours correspondant aux communes de l'intérieur ont une DMS de 12.88 jours. Si l'on admet que la différence entre les deux DMS est en relation avec les difficultés de transport<sup>11</sup>, 2.44 lits sont occupés en permanence pour des raisons non médicales.

#### *2.2.1.2.2 Indicateurs de suivi de grossesse*

Nous avons essayé de réaliser une approche du suivi de grossesse. L'existence de petits chiffres en particulier ceux de Camopi et de Saint Georges ainsi que l'existence de données non renseignées doit rendre prudente l'interprétation. Nous avons choisi comme indicateurs le nombre moyen de visites prénatales et le nombre moyen d'échographies, indicateurs également utilisés dans l'enquête périnatale 1998. Ces indicateurs pouvant subir un effet majorant en relation avec les grossesses pathologiques, nous avons complété notre approche du suivi de grossesse par le pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de 3 échographies et de moins de 7 visites prénatales. Enfin, il nous a paru intéressant de déterminer le pourcentage de femmes avec un terme à la première visite prénatale supérieur à 14 semaines d'aménorrhée. Cet indicateur est un reflet de la prise en charge tardive de la grossesse.

---

<sup>10</sup> se rapporter à l'annexe 4

<sup>11</sup> les entretiens confirmeront la durée inutilement longue des séjours

Nombre moyen de visites prénatales et d'échographies  
Pourcentage de données renseignées

	Nbre femmes ayant accouché en 1999	Pourcentage données renseignées visites	Nbre moyen visites prénatales	pourcentage données renseignées échographies	Nbre moyen échographies
Maripasoula	174	94%	6.48	91%	1.7
Grand Santi	141	90%	7.33	89%	2.43
Apatou	112	98.2%	5.1	93%	2.53
Saint Georges	78	79%	5.91	88%	1.97
Camopi	52	87%	3.68	63%	0.66

Source RIG 1999

% de femmes ayant bénéficié de moins de 7 visites et de moins de 3 échographies

	% de femmes ayant bénéficié de moins de 3 échographies	% de femmes ayant bénéficié de moins de 7 visites
Maripasoula	83	51.2
Grand Santi	40.5	40.6
Apatou	47	82
Saint Georges	60.7	61
Camopi	86.7	94

Source RIG 1999

Pourcentage de femmes ayant consulté après la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée

Pourcentage de données renseignées

	% données renseignées pour le terme à la 1 <sup>ère</sup> visite	% femmes avec terme à la 1 <sup>ère</sup> visite prénatale supérieur à 14 SA
Maripasoula	85	43
Grand Santi	84	34
Apatou	91	79
Saint Georges	87	50
Camopi	63	52

Source RIG 1999

L'exhaustivité du recueil de données est correcte bien qu'il n'ait été renseigné officiellement pour les échographies le nombre de visites et le terme à la première visite prénatale qu'en mars 1999 avec l'utilisation de nouveaux RIG. Il est en moyenne de 90% pour les échographies, visites et terme à la première visite sauf pour Camopi où il existe un problème de recueil d'information pour les échographies et le terme. Les chiffres concernant cette commune sont donc à prendre avec une certaine réserve.

Les femmes de Grand Santi présentent le nombre moyen d'échographies et de visites le plus élevé, le pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de 3 échographies et de moins de 7 visites le plus bas, le pourcentage de première visite prénatale après la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée le plus faible.

Nous avons pratiqué un test du  $\chi^2$  pour comparer les pourcentages entre Grand Santi que nous avons choisi comme référence du fait de meilleurs chiffres d'indicateurs et les autres communes. En ce qui concerne le pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de sept visites, la différence entre Grand Santi d'une part et Saint Georges ( $p=0.0086$ ), Apatou ( $p<0.0001$ ) et Camopi ( $p<0.0001$ ) d'autre part est significative, non significative avec Maripasoula ( $p=0.072$ )

Pour le pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de 3 échographies, la différence de Grand Santi est significative avec Maripasoula ( $p<0.0001$ ), Saint Georges ( $p=0.009$ ), non significative avec Apatou ( $p=0.31$ ).

Les plus mauvais chiffres d'indicateurs de suivi sont relevés à Camopi. Ils peuvent en partie être expliqués par un isolement important, encore plus marqué pour le village de Trois Sauts qui dépend de cette commune.

Les meilleurs chiffres d'indicateurs de suivi sont relevés à Grand Santi. Les chiffres de Grand Santi sont également significativement meilleurs que ceux de Saint Georges et Maripasoula.

En terme d'éloignement, Saint Georges et Maripasoula apparaissent comme les moins isolées par l'existence de lignes aériennes régulières, Grand Santi (8 à 13 heures de pirogue de Saint Laurent) et Camopi (au moins 8 heures de pirogue de Saint Georges puis l'avion) les plus isolées.

Les femmes de Grand Santi associent donc un meilleur suivi et un taux bas d'accouchement sur site, Camopi présente un taux d'accouchement sur site important et de mauvais chiffres d'indicateurs de suivi. Il nous est donc apparu intéressant de rechercher les facteurs explicatifs d'une telle différence en corrélant ces données quantitatives aux informations qualitatives issues des entretiens. Il est intéressant de noter que nous ne disposons pas des données chiffrées et de leur analyse lors de la réalisation des entretiens.

## **2.2.2 Les entretiens et l'observation sur le terrain**

### **2.2.2.1 Une offre de soins hétérogène**

La médecine libérale ne s'est jamais implantée en communes isolées pour des raisons de difficulté d'exercice. Il n'existe aucune structure hospitalière même si certains centres de santé comme ceux de Saint Georges et Maripasoula disposent de lits d'hospitalisation non reconnus par la carte sanitaire. Ces centres ne disposent pas de moyens diagnostiques propres, biologiques ou radiographiques. Les examens biologiques sont envoyés au laboratoire du centre hospitalier de Cayenne et au laboratoire départemental s'il s'agit de prélèvements réalisés par les services de PMI encore en place dans les communes isolées.

Il existe six centres de santé avec un médecin permanent et 4 postes de santé avec un infirmier un aide soignant ou un agent de santé choisi en général parmi la population. Cette appellation d'agent de santé ne correspond à aucune définition légale. Il y a également en poste deux sages femmes, une à Grand Santi employée par le conseil général, une à Maripasoula employée par le centre hospitalier de Cayenne.

En effet, le transfert des activités curatives des centres de santé du conseil général au centre hospitalier de Cayenne le 1 janvier 2000 s'est traduit par une situation hétérogène sur le terrain quantitativement et qualitativement. Il a été estimé qu'il existait 80% d'activités curatives pour 20% d'activités préventives et le découpage a été effectué dans l'urgence plus en fonction des souhaits exprimés par le personnel en place que des besoins au demeurant mal connus en matière de périnatalité. Les effets immédiats sont un soupoudrage des 20% théoriques de personnel attribués au conseil général fin 1999 : sage femme et médecin depuis peu à Grand Santi, 1 médecin à Apatou et à Saint Georges, 1 médecin depuis peu et pour une période de 6 mois à Maripasoula dont on ne sait s'il va assurer les consultations prénatales, aide soignant et agent de santé dans des postes de santé dont on

ne connaît pas la mission exacte si ce n'est une collaboration officieuse avec le médecin curatif.

La reconstitution du personnel en 1999 et 2000 permet d'une part de constater les effets de la séparation du préventif et du curatif, d'autre part d'analyser de manière plus précise des données qualitatives issues d'entretiens réalisées en 2000 et début 2001 et des données quantitatives portant sur le RIG 1999.

Tableau récapitulatif des effectifs des centre de santé (médecins et sages femmes)

	1999		2000			
	Médecin	Sage femme	Médecin		Sage femme	
			Curatif	Préventif	Curatif	Préventif
MPS	1,5 en moyenne sur l'année	1 pendant 1 mois ½	3	1 (depuis déc 2000)	1	0
PP	1 5mois/12 puis 1IDE	0	1	0	0	0
GS	2	1	2	1 (depuis oct 2000)	0	1
APT	2	0	2	1	0	0
SG	2	0	2	1	0	0
CMP	1	0	1	0	0	0

« curatif » : terme communément employé en Guyane pour désigner le personnel dépendant du centre hospitalier de Cayenne

« préventif » : personnel dépendant du conseil général et supposé ne faire que des actes de prévention.

Les équipes travaillent sous le même toit mais dans des locaux à présent distincts. En pratique, la partition génère des problèmes de locaux, les équipes sont souvent entassées dans des bâtiments déjà trop exigus avant la partition. Il apparaît cependant pour les professionnels ainsi que pour les usagers qu'une certaine unité de lieu est souhaitable, c'est à dire des locaux individualisés mais dans le même bâtiment .

Les personnels médicaux, médecins et sages femmes sont le plus souvent d'origine métropolitaine, parfois africaine, les conditions d'hébergement sont le plus souvent médiocres, les conditions d'exercice difficiles, l'isolement est parfois mal supporté, renforcé par des problèmes de langue. En revanche ayant choisi ces postes en toute connaissance de cause, ils font preuve en général d'un réel enthousiasme. Le personnel infirmier est d'origine diverse, assez souvent créole, les agents de santé sont recrutés parmi les populations locales buschi nengue ou amérindienne.

Les médecins et la sage femme employés par le conseil général n'effectuent à la demande de leur hiérarchie que des actes de nature préventive. Ils prennent en charge les consultations prénatales mais renvoient tous les actes curatifs y compris les accouchements sur l'équipe curative. La situation de Grand Santi est ainsi paradoxale : les accouchements sont assurés par le médecin curatif, généraliste de formation, sans que la sage femme ne puisse en théorie intervenir sauf cas d'urgence dans le cadre déontologique. Le médecin préventif du centre de santé de Maripasoula en place depuis novembre 2000 n'assure pas les consultations prénatales prises en charge depuis septembre 2000 par la sage femme curative. L'absence d'une politique claire et concertée au niveau institutionnel s'exprime clairement sur le terrain.

L'état bâtementaire des centres de santé n'est en général pas bon. Ils sont souvent vétustes et mal entretenus. Le centre de santé de Maripasoula de construction récente n'a jamais été achevé faute de financement. Un tiers seulement de sa surface peut donc être utilisée par le personnel et les patients. Les postes de santé sont des constructions en bois en général sommaires. Une enveloppe de 50 millions de francs a été prévue dans le cadre du contrat de plan Etat-Région 2001-2006 pour la réhabilitation et la reconstruction des centres de santé.

Les problèmes de logistique perturbent le fonctionnement des centres de santé depuis plusieurs années. Ils sont en relation avec la géographie particulière du département, la dispersion importante de la population en dehors de la zone littorale, la difficulté d'acheminement du fret par transport fluvial qui augmente en saison sèche avec les basses eaux. Il existe par ailleurs des difficultés d'ordre organisationnel .

Jusqu'à fin 1999 ce sont les services du conseil général qui se chargeait de la logistique, acheminement du matériel, organisation des tournées d'échographies et des consultations avancées d'obstétrique. La coordination entre le centre hospitalier, les services du département, les centres de santé s'est avérée imparfaite : tournées annulées, non annoncées en temps nécessaire pour permettre aux gestantes de s'y présenter en temps voulu.

La partition entre activités curatives et activités préventives a compliqué les choses par le fait que le centre hospitalier de Cayenne ne disposant en communes isolées d'aucune logistique propre a donc recours au moins provisoirement aux services du département pour le transport du matériel et des personnes. Elle a également pour effet de dédoubler les procédures pour les centres de santé où cohabitent les équipes curatives et préventives.

#### 2.2.2.2 Le suivi de grossesse

##### L'accès aux soins et l'adhésion au suivi

La dispersion des populations sur de grandes étendues en milieu amazonien est un facteur important de difficultés d'accès aux soins. Il faut parfois plusieurs heures de pirogue pour bénéficier d'une consultation prénatale ou d'une échographie dans un centre de santé. Il en est de même pour les équipes en tournée travaillant dans des conditions difficiles.

Nous avons assisté à une tournée d'une durée de trois jours effectuée sur le Haut Maroni en pays amérindien par un médecin et une sage femme du centre de santé de Maripasoula. Les déplacements s'effectuent en pirogue. Le passage de sauts dangereux nécessite la présence de deux piroguiers amérindiens. Nous avons visité quatre villages peuplés d'environ 600 personnes dont de très nombreux enfants. Deux disposent d'un poste de santé officiel dont l'un est de petite taille et de construction sommaire. Dans ces deux villages la radio BLU<sup>12</sup> fonctionne, permettant un contact avec le centre de santé de Maripasoula. Le médecin et la sage femme font le tour du village et demande aux occupants de chaque carbet<sup>13</sup> s'il y a des malades ou des femmes enceintes et de venir au poste de santé. Le médecin s'exprime en français et en bushi nengue, mais il est parfois nécessaire de faire traduire ses propos en langue wayana. Dans un des deux villages ne disposant pas de poste de santé, il effectue ses consultations dans une cahute construite par une association sans table d'examen ni électricité. Dans le dernier village, les consultations sont réalisées dans le carbet communautaire en présence de presque tous les habitants. La sage femme examine les femmes enceintes à domicile dans leur carbet, allongées dans leur hamac. Les prélèvements sanguins sont réalisés sur place puis emmenés à Maripasoula et acheminés à Cayenne par avion. L'équipe médicale ne dispose pas de médicaments en quantité suffisante.

Au terme de cette visite nous avons pu constater :

- ✓ l'irrégularité et le retard des tournées médicales en rapport avec des problèmes logistiques nuisent à l'efficacité de ces tournées. En effet, les habitants d'un village

---

<sup>12</sup> bande latérale unique

<sup>13</sup> habitations traditionnelles amérindiennes sans murs

pratiquent l'agriculture dans la journée et sont donc souvent absents au moment du passage de l'équipe médicale.

- ✓ les mauvaises conditions de travail des équipes
- ✓ l'ambiguïté pour des personnels hospitaliers d'avoir à travailler dans des villages où il n'existe pas de centre ou poste de santé gérés par le centre hospitalier de Cayenne. Ces tournées n'ont donc pas de caractère officiel.

Les femmes amérindiennes du Haut Maroni doivent aller à Maripasoula pour bénéficier d'une échographie. Un aide soignant en poste dans le village le plus isolé nous confie qu'au cours de l'année 2000 des femmes sont allées à Maripasoula (3 heures de pirogue) à deux reprises pour une échographie qui n'a jamais eu lieu, la tournée ayant été annulée. « Elles ne sont pas déplacées une troisième fois ». « Il y a eu une mission d'échographie en 1999 dans ce village ; l'appareil est tombé en panne lors de la première utilisation »

Mme A..., 24 ans, 3ème grossesse, habite Maripasoula : « Beaucoup de femmes de la commune n'aiment pas aller au centre de santé mais la nécessité de se faire suivre se développe. La sage femme convoque les femmes et les agents de santé vont même parfois chercher les gens chez eux. » Elle même considère qu'elle a été bien suivie au centre de santé pour les visites prénatales et les « prises de sang » mais n'a eu aucune échographie car il n'y a pas eu de tournée ( ? ). Elle n'a pas bénéficié de préparation à l'accouchement.

Mme A..., 25 ans, 4 enfants, habite Cayode en pays amérindien à deux heures de pirogue du centre de santé de Maripasoula « Ma dernière grossesse en 2000 été suivie à Maripasoula. Il n'y pas eu de problèmes pour les prises de sang mais je n'ai eu qu'une seule échographie. » Elle dit n'avoir bénéficié d'aucune préparation à l'accouchement et préfère avoir affaire à la sage femme.

Un médecin d'un centre de santé situé sur l'Oyapock constate la bonne adhésion des populations créole et brésilienne. Elle se réalise plus difficilement avec les populations amérindiennes. « Certaines femmes qui ne sont pas suivies par le centre de santé et accouchent à domicile nous amène le bébé dans la semaine qui suit » Elles ressentent donc un besoin de suivi et de soins pour l'enfant qu'elles ne ressentent pas pour elle-même au cours de leur grossesse. Il souligne la difficulté de joindre certaines femmes pour les tournées d'échographies car il en est prévenu au dernier moment.

Nous citons un rapport écrit en 1997 par une sage femme alors en poste en commune isolée.

« Difficultés rencontrées :

- suivi aléatoire des femmes, surtout celles qui n'ont pas la contrainte des certificats destinés aux allocations familiales . CAUSE ? manque d'information, de sensibilisation, éloignement de l'habitation
  - pas de suivi à domicile. CAUSE ? surcharge de travail, pas de véhicule disponible.
- lits d'hospitalisation insuffisants pour des surveillances prolongées : paludisme, menaces légères d'accouchement prématuré , infections urinaires
- pas de dépistage du diabète par un test de O'Sullivan, par exemple
  - tournées d'échographies irrégulières et aléatoires le premier trimestre, rendant difficile le suivi échographique minimum et la convocation des patientes qui, parfois se sont déplacées pour rien !
  - pas de cours prénataux . Désir de faire de l'information de salle d'attente tombé à l'eau car pas de soutien des médecins en poste ni des infirmières. »

Actuellement, la sage femme du centre de santé de Maripasoula s'occupe des consultations prénatales, des éventuels accouchements et de la surveillance du nourrisson la première semaine de vie. Elle est en poste depuis cinq mois et constate une meilleure adhésion des femmes et une demande de leur part pour le suivi. Une des difficultés réside cependant dans l'incompréhension des femmes vis à vis des traitements ou du suivi biologique (prise de sang). Il est prévu théoriquement une tournée d'échographie tous les mois mais en pratique elle n'a lieu que tous les deux à trois mois. « On pousse celles qui peuvent le faire à aller à Cayenne pour réaliser l'échographie »

A Grand Santi la situation semble meilleure : bonne adhésion des femmes au suivi, moins de problèmes logistiques pour les tournées d'échographies.

Un des médecins du centre de Grand Santi est en place depuis deux ans .Il considère que « les femmes de Grand Santi sont très disciplinées. Pourtant 60% des femmes sont surinamiennes. Beaucoup sont sans papiers en règle sur le territoire français.» Les dossiers AME et CMU sont initiés par la sage femme avec des imprimés fabriqués par quelqu'un de l'équipe soignante. Il est envisagé que ce soit l'écrivain public qui s'en charge . « Les obstétriciens de Saint Laurent sont très impliqués dans le suivi et réalisent les échographies même si les femmes ne disposent d'aucun papier » Le début du suivi a lieu le plus souvent entre 3 et 12 semaines d'aménorrhée. Cette discipline semble aussi s'exercer pour un refus de prise en charge dans certains cas : « Les femmes surinamiennes qui vivent au Surinam et viennent sur le territoire français pour se faire suivre sont vues une fois puis renvoyées au Surinam pour la poursuite du suivi. Seules les très jeunes seront prises en charge au centre de santé » Les échographies sont réalisées au centre de santé par un des obstétriciens de

Saint Laurent et la sage femme. Lors de la mission de fin Janvier qui a duré deux jours, plus de cent échographies ont été réalisées avec « un effet embolisant » sur la consultation avancée. Un des problèmes soulevés concerne les examens biologiques acheminés en pirogue à Saint Laurent puis par voie routière sur Cayenne où ils sont analysés au laboratoire départemental. : les prélèvements sont souvent hémolysés, le délai de réponse est important .

Le médecin coordonnateur de centres de santé à l'hôpital, ancien médecin du centre de santé de Maripasoula pense que les femmes des communes peuvent être demandeuses d'un suivi, en particulier pour les échographies.

#### Le rôle de la sage femme dans le suivi

- Les usagers s'expriment peu sur une éventuelle préférence entre une sage femme et un médecin pour leur suivi. Deux femmes ont déclaré être plus à l'aise avec une sage femme qu'avec un médecin.
- Les professionnels sont unanimes à affirmer la nécessité de sage femme sur le terrain. Les médecins exerçant dans les centres de santé sont des médecins généralistes. Tous les médecins interrogés considèrent que la présence d'une sage femme dans les centres les plus importants est souhaitable voire nécessaire aussi bien pour le suivi de grossesse que pour les accouchements.

Les deux gynécologues obstétriciens hospitaliers interrogés, praticiens hospitaliers dans les centres hospitaliers de Cayenne et de Saint Laurent, souhaitent également la présence de sages femmes dans les centres de santé. Un médecin de l'hôpital de Saint Laurent déclare : « L'effet sage femme est capital. Les médecins tournent beaucoup sur les fleuves et sont plus ou moins intéressés par la périnatalité. C'est le travail des sages femmes et de plus ce sont des femmes ». Il cite Grand Santi comme exemple où la mortalité périnatale aurait d'après lui beaucoup baissé ces dernières années. « Les problèmes évoluent. Nous sommes à présent confrontés à une inflation de maladies sexuellement transmissibles et du SIDA sur le Maroni. Les motifs de consultation pour stérilité sont de plus en plus fréquents. ». Prenant acte de la partition, les deux praticiens souhaitent la présence de deux sages femmes dans les grands centres en insistant sur la nécessité de développer la prévention. Le praticien de Cayenne souhaite que le conseil général se décharge complètement de la logistique et des visites prénatales pour se recentrer sur la prévention en citant comme exemple « le nombre impressionnant de grossesses chez les adolescentes » L'autre praticien évoque également comme axe prioritaire la contraception, le SIDA, les MST. Ils pensent également tous les deux qu'il serait également souhaitable que les sages femmes

puissent effectuer des périodes régulières de travail en hôpital. En effet, il est possible d'envisager cette solution pour lutter contre la déqualification et l'isolement en relation avec l'exercice en site isolé.

Nous avons consulté le document de synthèse de l'atelier périnatalité mis en place lors de l'élaboration du SROS. Cet atelier a regroupé des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, des représentants de la PMI et pour la question des centres de santé des personnels y ayant travaillé. Bien que ces informations ne soient pas issues d'entretiens réalisés lors de l'étude nous nous permettrons de les citer : « La présence d'une sage femme semble déterminante pour le bon suivi des grossesses. Il apparaît que les médecins sont trop pris par l'activité curative des centres de santé et sont peu disponibles pour le suivi des grossesses »

- Les techniciens/institutionnels interrogés parmi le personnel de direction du conseil général, la DDASS, l'ARH évoquent la même nécessité pour la prise en charge du suivi de grossesse mais les missions dont elles sont alors investies peuvent différer.

Une sage femme hospitalière est amenée à prendre en charge le suivi prénatal mais également les accouchements qui surviendraient malgré les consignes d'orienter les femmes vers les structures hospitalières lors du troisième trimestre de la grossesse.

La sage femme employée par le conseil général prendra en charge les visites prénatales mais non les grossesses pathologiques et les accouchements. « Elle devra recentrer son action sur le préventif, l'éducation sanitaire, les groupes de paroles de femmes, l'allaitement maternel, planification des naissances, la préparation à l'accouchement ... ». Elle peut se rendre à domicile de la patiente en cas de nécessité. « Son action dans le cas d'un accouchement est uniquement motivée par l'obligation déontologique de porter assistance à une femme en travail et sur demande du médecin. » Elle n'a donc pas à assumer ni astreinte, ni garde.

On constate donc de fortes différences dans leurs missions selon qu'elles font partie de l'équipe curative ou préventive.

### Les consultations avancées

Elles ont été instituées depuis plusieurs années. L'organisation de ces tournées était jusqu'à présent par le biais de convention du ressort du service de PMI qui faisait le lien entre les centres de santé et le centre hospitalier de Cayenne. Depuis quelques mois, le service de coordination des centres de santé (CSG2) prend logiquement en charge cette organisation. Les conventions n'ont cependant toujours pas été dénoncées. Ce sont les praticiens du service de gynécologie obstétrique de ce centre hospitalier qui assurent les consultations sauf pour le secteur du bas Maroni qui est couvert par l'hôpital de Saint Laurent du Maroni.

### Les agents de santé

Cette dénomination d'agents de santé ne renvoie à aucune définition légale ou réglementaire. Il s'agit de personnel recruté parmi la population locale. Ils y a six agents de santé au centre de santé de Grand Santi. Ils accomplissent des tâches diverses : secrétariat, orientation des patients, ménage, pesée, prise de température, aide aux soins infirmiers, traduction. Leur rôle semble aller au delà des simples tâches accomplies. Un médecin de Grand Santi évoque ainsi leur rôle : « ils sont l'interface avec la population. Il est important de garder les mêmes gens dans les centres. Ils représentent une source de renseignements et peuvent convaincre les femmes enceintes de venir consulter »

#### 2.2.2.3 Favoriser l'accouchement en structure hospitalière

##### L'avis des professionnels de terrain, des techniciens et des institutionnels

Les institutionnels et techniciens, DDASS, conseil général, sont unanimes à y adhérer. Les praticiens hospitaliers interrogés pensent que c'est hautement souhaitable.

Les professionnels de terrain, sages femmes, médecins sont d'accord avec le principe mais ont un avis plus mitigé en ce qui concerne l'application pratique :

« je suis d'accord mais je regrette de ne plus faire les accouchements »

« les matrones pourraient les faire si elles pouvaient bénéficier d'une mise à niveau » Ce praticien fera cependant accoucher sa femme à l'hôpital si elle est enceinte.

##### L'orientation des femmes vers les structures hospitalières

Nous n'évoquerons pas ici les situations d'urgence nécessitant des évacuation sanitaires réalisées le plus souvent par hélicoptère.

Les équipes des centres de santé appliquent en principe toutes les consignes d'orientation des femmes vers les centres hospitaliers. La consigne est de les faire partir pour Cayenne sauf pour les communes de Grand Santi et Apatou qui sont beaucoup plus tournées vers Saint Laurent du Maroni. Le conseil en général donné est de partir un mois avant la date prévue d'accouchement, soit entre la 36<sup>ème</sup> et 38<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée de façon à limiter le plus possible la séparation familiale.

Beaucoup de professionnels sont gênés par la détermination approximative du terme car l'aménorrhée est souvent mal estimée par les femmes. Les échographies sont trop peu réalisées et trop tardivement.

Même si le conseil semble maintenant systématiquement donné à toutes les femmes dans la plupart des centres, l'effort porte principalement depuis plusieurs années sur les primipares et les grossesses à risque.

L'atelier "Périnatalité" constate également que dans « les centres où a été établi un suivi de grossesses régulier avec sage femme sur place et consultations avancées d'obstétriciens, le nombre d'accouchements en commune isolée a considérablement diminué ».

Les entretiens nous ont permis de constater que dans les centres de Saint Georges et Maripasoula le conseil d'accoucher en structure hospitalière était systématiquement donné, mais avec beaucoup plus d'insistance pour les primipares et les femmes à risque. Dans les postes de santé isolés du Haut Maroni, le conseil est donné au moment de la tournée de l'équipe médicale mais avec peu de résultats en terme de transfert en structure hospitalière. Les équipes de Grand Santi et d'Apatou font preuve d'un peu plus d'autoritarisme. A Apatou en particulier on ne donne pas de rendez-vous pour la visite du 9<sup>ème</sup> mois au centre de santé. Il est en effet pris au centre hospitalier de Saint Laurent.

Un manque de coordination avec les structures hospitalières a été relevé au cours d'un entretien avec des soignants : « L'équipe du centre adhère à l'accouchement en maternité mais il est arrivé que lorsque nous appelons pour demander un transfert(de grossesse normale) la sage femme ou l'infirmière nous répond de la faire accoucher sur place. Il est souhaitable qu'ils viennent sur place pour voir dans quelles conditions nous travaillons ».

#### L'adhésion des femmes à l'accouchement en structures hospitalières

Au cours de notre déplacement dans la région du haut Maroni, il a été demandé aux femmes si elles envisageaient d'accoucher en structure hospitalière à Cayenne. Il est apparu que l'adhésion à l'accouchement en maternité diminuait très rapidement en remontant le fleuve Maroni à partir de Maripasoula où se situe le centre de santé en direction de Twencke où il devient quasi-nul. Pour les femmes qui n'acceptent pas d'être transférées, le recours au centre de santé de Maripasoula pour l'accouchement décroît de la même manière.

#### L'hébergement

C'est un problème dont tout le monde est conscient depuis plusieurs années. Il concerne aussi bien les femmes enceintes que les parents de patients originaires de communes isolées.

Il n'existe plus de structure d'hébergement sur la région de Cayenne. La FOL (fédération des œuvres laïques) n'accueille plus les femmes originaires des communes isolées depuis

plusieurs années pour des raisons que nous n'avons pu faire préciser. L'éloignement de cette structure par rapport à l'hôpital, environ huit kilomètres, semblait poser quelques problèmes de coordination avec le centre hospitalier.

L'annexe mairie de Camopi située à Cayenne offre des possibilités d'hébergement limitées pour les ressortissants de cette commune.

Ce défaut d'hébergement est évoqué systématiquement par tous nos interlocuteurs professionnels et usagers en ce qui concerne les transferts sur l'hôpital de Cayenne.

L'accueil repose sur la structure hospitalière qui reçoit les grossesses normales à partir de 37 ou 38 semaines d'aménorrhée et les grossesses pathologiques à tout terme de la grossesse. Il en résulte une durée excessive de l'hospitalisation. L'accueil repose enfin sur le réseau familial et d'amis existant sur Cayenne, plus ou dense selon les personnes et les ethnies. Les femmes créoles et brésiliennes de Saint Georges ont plus de facilités d'hébergement que les femmes amérindiennes.

Le situation des femmes originaires d'Apatou et de Grand Santi est moins problématique du fait de l'existence de liens familiaux avec la population de Saint Laurent. D'après un médecin de la maternité, plus de 80% des femmes de Grand Santi ont de la famille à Saint Laurent. D'autre part il existe une maison familiale gérée par une association dont le président est le directeur de l'hôpital de Saint Laurent. Ces locaux sont situés dans l'ancien quartier psychiatrique du bague de Saint Laurent.

### L'accouchement sur site

Un médecin de la région de l'Oyapock définit ainsi les comportements des gestantes de sa région :

« Un petit nombre de femmes ne vient pas du tout au dispensaire et sont accouchées par une matrone. Ils arrivent que certaines soient suivies au centre de santé et accouchent avec une matrone. Certaines que nous n'avons jamais suivies nous amène l'enfant dans les huit jours qui suivent la naissance pour le faire suivre. Ces comportements sont plutôt le fait de populations arrivées depuis peu, en particulier les amérindiens venant de la rive brésilienne »

Nous avons évoqué avec l'aide soignant d'Antecuma Pata, village situé à au moins trois heures de pirogue de Maripasoula, les grossesses et accouchements survenus ces deux dernières années. Il y a eu environ sept naissances en 2000 : six à domicile, une à Maripasoula au centre de santé, aucune en structure hospitalière. Une naissance a eu lieu début Janvier 2001 à l'hôpital de Cayenne "pour raisons médicales" (accès palustre).

A Twencke (environ 200 habitants avec le village voisin d'Elahé), nous abordons le même sujet avec l'agent de santé du poste de santé. Il y a eu 8 naissances sur les deux dernières années dont aucune à domicile. Les femmes vont à Maripasoula pour accoucher au centre

de santé. Il faut 45 minutes de pirogue en saison des pluies pour y aller et 2 heures en saison sèche. Les décès de deux femmes en 1992 et 1995 en relation avec une hémorragie de la délivrance auraient incité les femmes à ne plus accoucher à domicile. Un problème beaucoup plus pratique est également évoqué : le besoin d'être en règle avec l'état civil pousse également les femmes à aller à Maripasoula.

A Cayode (100 habitants), il n'existe aucune structure sanitaire. Une association du village a construit une petite maison en bois de deux pièces actuellement sans électricité, ni matériel pour les consultations du médecin et de la sage femme. Une femme membre de l'association évoque la situation dans le village : « Il y a eu environ 10 naissances en 2000 mais déjà 3 depuis le début de l'année (nous sommes le 24 Janvier). Les femmes d'ici préfèrent accoucher au centre de santé de Maripasoula pour des raisons de sécurité. Le médecin et la sage femme leur conseillent d'aller à Cayenne mais il y a un problème financier et d'hébergement et les femmes n'aiment pas y aller. Il y a quinze jours une femme a accouché à quatre heures du matin dans la pirogue car les femmes partent souvent trop tard. Ma belle sœur est partie avec tous ces enfants ce matin à Maripasoula pour accoucher ». Elle a 24 ans et quatre enfants. Elle évoque par la suite sa dernière grossesse : « Je suis allée à Cayenne sur les conseils du médecin ; je suis contente mais pour la prochaine grossesse, j'accoucherai à Maripasoula »

La situation de Grand Santi est très différente. Plus de 90% des femmes accouchent à l'hôpital. Un médecin de Grand Santi évoque les onze accouchements survenus en 1999 sur la commune, dont dix au centre et un à domicile : « il ne s'agit pas de femmes qui traversent le fleuve au dernier moment pour venir accoucher en territoire français. Il s'agit de prématurité ou de mauvais suivi de la grossesse. Parfois les femmes ont prévu de partir trop tard à Saint Laurent.»

### L'hospitalisation

Le centre hospitalier de Saint Laurent du Maroni est installé dans l'ancien hôpital du bagne. Il est en cours de rénovation. Les indications sont rédigées en plusieurs langues. Un médiateur culturel intervient si nécessaire pour traduire ou donner des explications aux patients.

Le centre hospitalier de Cayenne est récent. Les indications sont rédigées en français. Le personnel est francophone et créolophone. Il n'y a pas de médiateur culturel. Le médecin coordonnateur du service des centres de santé parle couramment bushen nengue mais ne peut pas s'occuper des patients du fait de ses activités de gestion des centres de santé.

Les femmes rencontrées au centre hospitalier de Cayenne ont été hospitalisées soit pour un transfert de grossesse normale, soit pour grossesse pathologique, ce qui semble être le cas le plus fréquent. Elles sont originaires du bourg de Maripasoula et de Camopi. Le personnel

essaie dans la mesure du possible de les regrouper par chambres de deux en particulier les amérindiennes. Les femmes bushi nengue se retrouvent entre elles dans le couloir du service.

Mme A.....24 ans, créole, 3<sup>ème</sup> enfant, a accouché il y a 3 jours. Elle habite Maripasoula. Son mari est bushi nengue : « Le centre de santé m'a fortement conseillé de venir à la maternité comme pour les autres femmes enceintes. Mon arrivée n'était pas prévue dans le service et je suis repartie car j'ai un appartement à Cayenne. C'est souvent la même chose pour les femmes de Maripasoula et elles repartent si elles ont de la famille à Cayenne. Personne dans le service n'est capable de traduire » « Les femmes des communes isolées ont un sentiment d'isolement et dépriment souvent à l'hôpital de Cayenne. La plupart des femmes pensent que c'est mieux d'accoucher au centre de santé et surtout à domicile. Il y a aussi le problème de la césarienne, le prix du billet (526 francs aller/retour) et les enfants à faire garder mais pour certaines c'est un prétexte pour ne pas venir à Cayenne. » Mme A... est cependant contente d'être venue car « c'est mieux pour la sécurité. » Elle même n'a eu aucun problème relationnel avec le personnel .

Nous avons également interviewée une infirmière du service de maternité « il y a souvent des problèmes de relation avec les femmes bushi nengue qui sont souvent mécontentes. La césarienne est très mal vécue. Elles font exprès de parler bushi nengue avec le personnel alors que certaines d'entre elles parlent le français. Les relations s'améliorent par la suite. » « Elles sont surtout en grossesse pathologique. Elles recréent la communauté, l'une traduit pour l'autre. Souvent elles ne comprennent pas pourquoi on les a fait descendre à Cayenne » « Ces femmes restent ici trop longtemps car il y a des problèmes de rapatriement. »

K..., amérindienne de l'oyapock, 12 ans, doit accoucher la troisième semaine de mars 2001. Elle a été hospitalisée pour accès palustre fin décembre 2000 (l'entretien a lieu fin janvier 2001). Elle ne présente plus de problème d'ordre médical mais elle attend le résultat de l'amniocentèse pratiquée car « le bébé a un problème ». Elle ne sait si on lui permettra de repartir chez elle. Elle souhaite accoucher dans son village.

Sa compagne de chambre est amérindienne originaire du même village également enceinte. Elle est hospitalisée depuis plusieurs semaines car elle présente un problème hématologique. Son mari est venu la voir de Camopi « Pour venir voir ma femme , je peux prendre un petit avion piloté par un pilote privé lorsqu'il y en un (450 francs aller simple) ou aller à Saint Georges en pirogue, soit cinq à huit heures de trajet selon la saison , puis prendre un avion d'Air Guyane pour me rendre à Cayenne. » Il évoque le déroulement des grossesses dans son village : les femmes du village n'accouchent pas à Cayenne sauf s'il y a un gros problème pour la grossesse. Elles accouchent souvent à domicile et le médecin vient »

M... amérindienne de Cayode sur le Maroni, 4 enfants, dernière grossesse sans problème : « Je suis allé à Cayenne sur les conseils du médecin du centre. J'ai payé mon billet d'avion. J'ai accouché trois jours plus tard. Je suis resté encore trois jours à l'hôpital puis un jour chez un ami puis je suis rentrée. Je suis contente du déroulement de cette grossesse.» A la question de savoir si elle repartira pour la prochaine grossesse, elle répond qu'elle accouchera à Maripasoula.

C..., amérindienne d'un village proche de Maripasoula, 18 ans , a accouché il y a 2 mois . Elle a profité de notre pirogue pour aller voir de la famille. Elle ne désire pas parler mais me dit de m'adresser à la sage femme qui la connaît bien. Elle devait être transférée au centre hospitalier de Cayenne car il s'agissait d'une primipare. Elle s'est cachée pour ne pas accoucher à Cayenne et s'est présentée au centre de santé en début de travail. Le SAMU n'a pas pu ou voulu venir la chercher et la patiente a finalement été transférée par l'avion régulier avec une prescription de salbutamol. « Elle n'aurait pas été transférée s'il s'était agi d'une multipare. »

La sage femme évoque le cas récent d'une amérindienne adressée à Cayenne. Il s'agissait d'une grossesse normale. Le centre de santé est averti du retour de la gestante à Maripasoula alors qu'elle n'a pas accouché. Elle a persuadé un médecin du service de la laisser partir et de lui faire un certificat médical pour prendre l'avion. Elle se dit très déprimée car elle a perdu sa première fille. Après vérification par la sage femme, l'information du décès de sa fille s'avère fausse et le retour est annulé.

La durée de l'hospitalisation a souvent été estimée comme étant trop longue au cours des entretiens avec les usagers et les professionnels.

#### Les facteurs culturels identifiés au cours des entretiens

Cayenne représente pour beaucoup de femmes des communes isolées un monde nouveau et étranger à leur culture.

Nous avons constaté au cours de nos entretiens que la langue utilisée à Cayenne ( le français ou le créole) est souvent mal comprise par des femmes bushi nengue et amérindiennes. Très peu de membres du personnel du centre hospitalier de Cayenne sont capables de s'exprimer dans une langue employée par ces populations.

Un agent de santé évoque également les problèmes de nourriture différente, il faut dormir dans un lit. Toutes les femmes amérindiennes des villages des fleuves dorment dans un hamac.

Certains professionnels ont évoqués pour ces femmes la peur de mourir loin de chez elles.

Par ailleurs les populations des fleuves ont des rites au cours de l'accouchement.

Un médecin de Grand Santi raconte les rites d'accouchement de la population djuka<sup>14</sup> : « La famille de la femme en travail applique de la terre limoneuse sur les vitres du centre de santé et lui donne une soupe ( ? ) pour les contractions » « les femmes boivent un peu de bière et la pulvérisent autour de la femme en travail » « les grand-mères enterrent le placenta dans la forêt ».

Ce même professionnel estime par ailleurs que « la population apprécie difficilement la notion de sécurité de l'accouchement du fait d'un certain fatalisme devant la maladie et la mort. Néanmoins les femmes commencent à comprendre que l'on peut faire naître un enfant dans de bonnes conditions ».

### L'information des usagers

Les personnels des centres de santé sont souvent débordés et ne disposent pas du temps nécessaire pour réaliser une information et surtout vérifier sa bonne compréhension. Elle est compliquée par les problèmes linguistiques. Les usagers de l'hôpital de Cayenne sont en général mal informés, surtout les non francophones.

Il est ressorti d'entretiens avec des professionnels de santé et des femmes que certains actes de soins n'étaient pas compris ou mal interprétés.

Certaines femmes hospitalisées pour grossesses pathologiques, souvent de manière prolongée ne savent pas pourquoi elles doivent rester si longtemps, ni parfois pourquoi elles sont hospitalisées, fait confirmé par une infirmière du service de maternité.

D'autres situations donnent lieu à mauvaise interprétation. L'amélioration du dépistage des grossesses à risque a induit des transferts de femmes avec un taux élevé de césarienne par rapport aux grossesses jugées normales. Les femmes, en particulier à Maripasoula, en ont conclu que celles qui acceptaient le transfert allait être obligatoirement césarisées. La crainte du « ventre coupé » s'est donc répandue, induisant un refus de transfert en maternité, voire un mauvais suivi .

### La couverture sociale, les étrangers en situation irrégulière

Les démarches sont difficiles à effectuer car il n'existe pas de représentation de la caisse générale de sécurité sociale dans les communes de l'intérieur. Une assistante sociale est en poste à Saint Georges depuis 1999.

Les usagers sont bien souvent obligés de se déplacer à Cayenne pour obtenir une carte de sécurité sociale, les démarches peuvent être complexes surtout pour des non francophones.

---

<sup>14</sup> ethnie bushi nengue peuplant la commune de Grand Santi

La situation des étrangers en situation irrégulière est variable selon les communes. L'hôpital de Saint Laurent semble relativement strict sur ce problème de papiers et le personnel d'un centre de santé prend sur lui d'initier les demandes de couverture médicale universelle ou d'aide médicale d'Etat en fabriquant parfois lui-même les imprimés nécessaires à la constitution du dossier. A Saint Georges, la police aux frontières (PAF) ne s'oppose pas aux transferts des femmes enceintes en situation irrégulière sur Cayenne.

### Les relations inter-ethniques

Ce sujet n'a jamais été suggéré par une question au cours des entretiens. Il est apparu spontanément au cours de la discussion. Un membre du personnel de la maternité estime que les femmes bushi nengue « ont souvent une attitude arrogante ». Un aide soignant d'un porte de santé en pays amérindien évoque « le mépris total du personnel hospitalier vis à vis des amérindiens il y a trente ans ; ça a tendance à s'améliorer mais lentement ». Lors de notre tournée en pays amérindien, les habitants d'un village<sup>15</sup> ont collectivement déclaré qu'au centre de santé de Maripasoula « les bushi nengue et les brésiliens passent d'abord, puis après les amérindiens qui doivent attendre ».

#### 2.2.2.4 Le cadre organisationnel

### La séparation des activités curatives et préventives

Nous avons déjà vu qu'elle s'est réalisée selon une estimation des activités préventives et curatives à un ratio de 20/80. L'offre de soins préventifs est hétérogène. Le conseil général ne dispose pas de médecin ni de sage femme dans tous les centres de santé.

### L'avis des professionnels

A Grand Santi cohabitent une équipe employée par le centre hospitalier (deux médecins) et la PMI (un médecin depuis peu et une sage femme). Etant en poste pour certains depuis plusieurs années ils ont vécu le transfert et la partition des activités du centre de santé.

Un médecin curatif évoque les relations avec la PMI : « Depuis début de l'année 2000, je n'assure plus les visites prénatales. La collaboration est bonne et le fait d'être dans le même bâtiment est un avantage. Je regrette de ne pouvoir tout faire comme avant en particulier les consultations de femmes enceintes. Il y a des effets positifs à la partition, les femmes sont mieux écoutées et d'une manière générale il y a une ré appropriation du préventif qui était écrasé par les activités curatives. La sage femme a un rôle fondamental d'éducation sanitaire. Les accouchements surprises sont pris en charge par les médecins du curatif, la

---

<sup>15</sup> Ce village ne dispose pas de poste de santé et les habitants doivent aller à Maripasoula en cas de nécessité.

sage femme du conseil général n'a pas le droit de faire des accouchements. Elle collabore néanmoins en cas de problèmes. Il serait bien qu'une collaboration puisse être officialisée, par exemple une mise à disposition pour les accouchements. »

La sage femme en poste depuis 1999 assure les consultations prénatales. A sa prise de fonction elle a pris en charge les accouchements puis a arrêté à la demande de sa hiérarchie. Elle est appelée en cas de problème par le médecin curatif. Elle travaille en bonne collaboration avec les médecins du curatif. « Diviser l'organisation pose des problèmes, par exemple pour les commandes de matériel ou de médicaments. Diviser les fonctions également pour des personnels qui font la même chose. Cette division artificielle est plutôt nuisible au fonctionnement du centre. Cela me pose des problèmes car je suis à la frontière du curatif et du préventif.» Elle évoque les accouchements en centre de santé: « un accouchement à Grand Santi n'a rien à voir avec un accouchement en structure hospitalière. On a tendance à régresser ».

A Saint Georges de l'Oyapock, deux médecins curatifs cohabitent avec un médecin préventif. Les locaux sont différents mais situés dans le même bâtiment, ce qui, pour les professionnels, représente un avantage pour la communication et la collaboration. Le médecin de PMI commente ainsi la partition : « Je pense que c'est dommage d'avoir eu une partition, en particulier pour l'accouchement. L'équipe du curatif est mise au courant quinze jours avant la date prévue de l'accouchement. Nous traitons les petits problèmes comme une mycose vaginale sinon nous adressons les femmes à l'autre équipe. »

A Maripasoula, le personnel du centre de santé est composé de trois médecins et une sage femme tous employés par le centre hospitalier. Un médecin du conseil général a pris ses fonctions depuis novembre 2000 mais n'a pas pris en charge les visites prénatales qui sont toujours assurées par la sage femme. Celle ci considère que « la séparation de compétences est un non sens ». Tout en prenant en charge les accouchements, elle essaye de persuader le plus de femmes possible d'accoucher en structure hospitalière.

### L'avis des institutionnels

Plutôt que la partition, le directeur de l'ARH souhaitait « une reprise complète des activités des centres par le centre hospitalier ». Il estime néanmoins que malgré la partition cette reprise est une « opportunité pour la périnatalité et les urgences dans le cadre du SROS » « c'est un challenge pour l'hôpital » Le médecin inspecteur de la DDASS de Guyane en charge de la politique hospitalière pense également que le maintien de l'unité des soins aurait été souhaitable.

En ce qui concerne le conseil général, nous avons rencontré plusieurs membres de la direction, le directeur de la DSP, un sous directeur, le médecin chef de PMI, le médecin chef adjoint.

Les missions du personnel en place ont été précisées. Certaines orientations de la politique sanitaire du département ont pu être définies sous la réserve importante que celles-ci n'ont pas encore été validées par les instances politiques.

La consigne donnée aux médecins et sage femme en poste a été de ne plus faire d'actes de nature curative, y compris les accouchements. « Si les sages femmes réalisent des accouchements, elles vont récupérer sur leur temps préventif.» Le code de déontologie est invoqué : « Elles peuvent venir en aide au médecin (du curatif) de manière exceptionnelle et sur sa demande, quitte éventuellement à être indemnisées. Il est exclu cependant au niveau de la collectivité de légitimer des récupérations en dehors d'actes de nature exceptionnelle. » Ceci s'est accompagné d'une modification de contrat. « Elles ne doivent plus intervenir sauf urgence nécessitée par la déontologie».

Une sectorisation est envisagée avec la création de quatre zones divisées en secteur. Selon le secteur il s'agirait d'équipes fixes ou de tournées.

Dans cette optique, il est proposé le référentiel suivant pour la PMI en communes isolées :

- pour 2001 : 1 médecin, 2 infirmiers pour les centres les plus importants soit Maripasoula, Grand Santi, Apatou et Saint Georges
- pour 2005 : 1 médecin, 1 sage femme, 2 infirmiers, 1 puéricultrice pour ces mêmes centres, pour les autres centres comme Papaichton et Camopi un infirmier en permanence. L'infirmier apparaît préférable à un aide soignant ou à un agent de santé pour un sous directeur car « il est possible de déléguer à l'infirmier des actions de vaccination, de pesée, de suivi de femmes, de mesure de tension artérielle »

### La logistique

L'amélioration de la logistique est une demande récurrente de tous les personnels en poste sur le fleuve. La logistique assurée jusqu'à présent par le conseil général par le biais de ses services techniques déconcentrés, est jugée très souvent défailante. Les grèves ayant affecté ces derniers mois ces personnels techniques ont considérablement gêné les centres de santé dans leur fonctionnement : approvisionnement, tournées médicales.

### Les relation avec les services hospitaliers

Les centres de santé de Grand Santi et Apatou se sentent beaucoup plus proches de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni que de l'hôpital de Cayenne : collaboration ancienne, consultations avancées et tournées d'échographie réalisées par les médecins de cet

établissement, facilité de transfert des femmes avec préservation des repères culturels et dans une certaine mesure, familiaux. Les équipes curatives et préventives ont exprimé le souhait de pouvoir également faire réaliser leurs examens au laboratoire de l'hôpital de Saint Laurent du fait des difficultés d'acheminement vers Cayenne et de la dégradation des prélèvements (hémolyse). Un médecin du centre de Santé de Grand Santi souhaite même le rattachement administratif du centre de santé à Saint Laurent. Il regrette également que les évacuations sanitaires soient systématiquement dirigées sur Cayenne.

#### La coordination des centres de santé

Elle est actuellement assurée par le service de coordination des centres de santé (CSG2) de l'hôpital de Cayenne. Le personnel des centres de santé étant devenu personnel hospitalier depuis le 01 janvier 2000, ce service gère ainsi 10% des effectifs de l'hôpital de Cayenne. La direction en est assuré par un médecin coordonnateur, ancien médecin du centre de santé de Maripasoula pendant six ans.

## **2.3 ANALYSE ET DISCUSSION**

### **2.3.1 Le suivi de grossesse**

#### Des besoins importants et un accès aux soins difficile

La périnatalité a été identifiée depuis plus de dix ans en Guyane comme un problème majeur de santé publique. La situation du département en matière de périnatalité n'est pas bonne. Les taux de mortalité périnatale, de prématurité et d'hypotrophie sont élevés. Les autres départements d'outre mer ont de meilleurs résultats, en particulier la Martinique, montrant un peu plus le particularisme de la Guyane et les résultats des différentes actions de santé publique menées dans les autres DOM.

Les mères sont de plus jeune âge. Le risque social important : forte immigration, chômage, moindre taux de couverture sociale. Les indicateurs de suivi mettent en évidence un moins bon suivi de grossesse en Guyane.

Il n'est pas possible en l'état actuel des études réalisées de dire formellement que le risque mortalité périnatale est plus élevé en communes isolées que dans la région littorale. Les indicateurs de suivi comme le nombre moyen d'échographies, le pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de trois échographies ou de moins de sept visites sont en général moins bons.

La périnatalité en communes isolées doit cependant être abordée de manière spécifique : Les populations sont culturellement différentes de celles du littoral, dispersées sur un large territoire avec souvent des regroupements communautaires. Elles sont isolées du fait de

l'absence de desserte routière et les structures sanitaires de proximité sont originales dans le paysage sanitaire.

Les difficultés d'accès aux soins sont majeures pour les communes isolées. Elles sont en relation avec :

- l'isolement géographique et un retard dans l'aménagement du territoire avec développement insuffisant des infrastructures de transport, une population dispersée sur un grand territoire
- les difficultés de fonctionnement des centres de santé qu'elles soient de nature organisationnelle ou financière
- l'absence de postes de santé dans certains villages
- la précarité des populations
- des facteurs culturels

Néanmoins l'accès gratuit aux centres de santé sans restriction d'ouverture de droits ou de papiers en règle favorise probablement l'accès aux soins au niveau de ces structures, d'où la nécessité de les rendre plus performants.

#### Un suivi insuffisant

➤ Le suivi de grossesse est globalement insuffisant.

Par rapport à l'ensemble du département, le nombre moyen de visites paraît peu inférieur. La différence est plus nette en ce qui concerne les échographies. Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de 3 échographies y est plus important sauf à Grand Santi. Ceci est confirmé par les entretiens d'usagers et de professionnels qui témoignent de la difficulté de réalisation des échographies en relation avec des problèmes logistiques et organisationnels.

➤ Le suivi de grossesse est variable d'une commune à l'autre.

Il est possible d'individualiser certains facteurs pouvant jouer sur la qualité du suivi :

- l'isolement : la commune présentant les plus mauvais chiffres d'indicateurs de suivi apparaît comme étant la plus isolée. Il y a peu de consultations avancées, peu de tournées d'échographies. Néanmoins la commune présentant les meilleurs chiffres est aussi très isolée. Ce facteur n'apparaît donc pas irréductible.
- Le rôle de la sage femme apparaît comme important. Il est confirmé de manière quasi-unanime par les entretiens avec les professionnels, les techniciens et institutionnels. On note par ailleurs un pourcentage de femmes ayant bénéficié de moins de sept visites prénatales moindre dans les centres disposant d'une sage femme. La prise en charge du suivi de grossesse par les sages femmes doit s'accompagner d'un travail de persuasion

des femmes enceintes pour les inciter à accoucher en structure hospitalière. Cette action semble indispensable car une sage femme peut très vite se transformer en "produit d'appel" pour l'accouchement en centre de santé.

- L'ancienneté et la qualité de la collaboration avec les services hospitaliers d'obstétrique améliore la qualité du suivi.

La commune qui présente les plus mauvais chiffres d'indicateurs de suivi est très isolée. Il n'y a jamais eu de sage femme en poste et n'a jamais bénéficié de tournée régulière.

La commune présentant les meilleurs chiffres de suivi est également isolée mais bénéficie de la présence d'une sage femme et la collaboration avec l'unité d'obstétrique du centre hospitalier de Saint Laurent est ancienne. Ce travail de fond a probablement discipliné une population et permis une meilleure adhésion au suivi de grossesse.

#### Les examens para cliniques : échographie et biologie

La réalisation des prélèvements sanguins ne pose pas de problème pour les femmes résidant près des centres de santé. Elle en pose plus pour les populations résidant à plusieurs heures de pirogue qui doivent soit se déplacer, soit attendre la tournée de l'équipe médicale qui, en l'état actuel de la logistique est aléatoire. La réalisation des examens est effectuée soit au laboratoire de l'hôpital de Cayenne, soit au laboratoire départemental situé également à Cayenne. La durée prolongée du transport en particulier pour certains centres nuit souvent à la qualité du prélèvement. Ceci oblige à de nouveaux prélèvements et induit un surcoût, une surcharge de travail pour les personnels et des contraintes supplémentaires pour les patientes.

L'échographie joue le rôle important que l'on sait pour la surveillance de toute grossesse. Pour les communes isolées les professionnels insistent sur la nécessité d'une échographie précoce de datation car les femmes des fleuves donnent des renseignements imprécis sur la date de leurs dernières règles. La définition précise du terme permet également de planifier avec plus de précision le transfert en structure hospitalière. Elle permet également de lever un doute diagnostique en cas de suspicion de grossesse extra utérine et d'éviter des évacuations sanitaires.

Enfin, l'échographie joue probablement un rôle de produit d'appel pour le suivi de grossesse. Le faible nombre de tournées d'échographie jusqu'à présent, les annulations répétées sont démobilisantes pour les femmes des communes isolées.

#### Les consultations avancées

Le SROS, deuxième volet 1999-2004, spécifie que « les spécialistes rattachés administrativement à un établissement auront pour mission de conseiller les praticiens de

leur établissement de rattachement mais aussi les praticiens des autres établissements par l'intermédiaire de structures de soins en réseau (...), d'organiser la prise en charge, dans la région, des malades relevant de leur discipline. »

Elles sont réclamées par les professionnels sur le terrain. Elles sont également perturbées par les problèmes de logistique. Etant donnée la disponibilité limitée des obstétriciens, elles sont souvent réalisées en même temps que les tournées d'échographie.

Au delà de l'avis spécialisé, du dépistage des grossesses à risque, elles semblent nécessaires à la coordination et à la bonne collaboration entre les centres de santé et les services hospitaliers.

#### Le rôle des sages femmes :

Les entretiens avec les professionnels hospitaliers, les médecins et sages femmes de centres de santé ont mis en évidence l'unanimité de nos interlocuteurs sur l'importance de la sage femme dans le suivi. Ce rôle a été également identifié par les professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité au cours des travaux d'élaboration du SROS.

Il est utile de rappeler le SROS premier volet concernant la surveillance de la grossesse : « L'activité de surveillance de la grossesse sera effectuée par des sages-femmes qui assureront des vacations régulières dans tous les centres et postes de santé. Leur tâche essentielle sera orientée vers la détection des grossesses à risque et il leur faudra convaincre les femmes de quitter temporairement leur foyer pour rejoindre un lieu d'accouchement adéquat. Elles seront en relation avec les obstétriciens qui effectueront des consultations périodiques dans les centres les plus importants.»

Il est possible de faire la constatation à l'examen des chiffres de suivi que le site qui présente les meilleurs indicateurs de suivi est celui qui a disposé d'une sage femme en permanence.

#### La logistique

Nous avons vu que l'annulation de tournée d'échographie ou de consultations avancées a un effet démobilisant prononcé sur les femmes enceintes. Ces problèmes d'ordre matériel et organisationnel ont un effet décrédibilisant du centre de santé et du système de santé tout entier aux yeux d'une population déjà méfiante.

### **2.3.2 L'accouchement en structure hospitalière : un pari impossible ?**

#### Le lieu d'accouchement

Nous avons vu que les trois modalités d'accouchement, à domicile, en centre de santé, en maternité existent pour toutes les communes isolées. Elles sont cependant évolutives dans le temps et variable d'une commune à une autre.

L'évolution globale des accouchements en communes isolées de 1992 à 1999 met en évidence une baisse des accouchements sur site en communes isolées, témoin d'une certaine réussite dans l'orientation des femmes enceintes vers les structures hospitalières. La demande spontanée de transfert de la part des femmes semble faible comme le révèlent les entretiens bien qu'une certaine notion de sécurité de l'accouchement commence à lentement émerger parmi les usagers. L'orientation porte préférentiellement sur les grossesses à risque, les grossesses pathologiques et les primipares. Il s'agit également depuis deux à trois ans d'orienter toutes les femmes enceintes vers les structures hospitalières pour l'accouchement mais cette évolution n'est sensible que sur certains sites.

L'analyse du lieu d'accouchement et de l'évolution commune par commune met en évidence trois types de situation :

- Les deux communes du bas Maroni ont un taux d'accouchement en structure hospitalière élevé. Les centres de santé ont une collaboration ancienne et poussée avec le centre hospitalier de Saint Laurent du Maroni. Les populations sont ethniquement homogènes. La commune la plus proche semble bénéficier de l'effet de proximité (2 à 3 heures de pirogue de l'hôpital) permettant un accès relativement aisé à l'hôpital pour la réalisation d'examen complémentaires comme l'échographie ou pour l'accouchement. La population de l'autre commune a totalement modifié son comportement vis à vis de la prise en charge de l'accouchement, l'accouchement en structure hospitalière devenant la règle depuis 1997 malgré un isolement important (8 à 13 heures de pirogue). Cette population présente les meilleurs indicateurs de suivi de grossesse. Les consultations prénatales sont assurées par une sage femme. Les consultations avancées et les tournées d'échographies sont assurées régulièrement. Un hébergement peut être assuré par le réseau familial ou par la maison familiale hospitalière.
- Le pourcentage le plus élevé d'accouchement sur site est retrouvé pour une commune amérindienne de l'Oyapock. En 1999 le nombre d'accouchements à domicile est équivalent au nombre d'accouchements en maternité et supérieur au nombre d'accouchements en centre de santé. Les chiffres d'indicateurs de suivi de grossesse sont les plus défavorables. Les indications de transfert semblent être en relation avec un état pathologique, obstétrical ou médical. Il n'y jamais eu de sage femme en poste. Les possibilités d'hébergement hors hôpital sont très limitées.
- Pour les autres communes, Maripasoula et Saint Georges, la baisse est régulière et continue depuis dix ans, les accouchements sur site passant de 80% à 40% du total des accouchements. Ces deux communes bénéficient d'une desserte aérienne. L'orientation en structure hospitalière concerne les primipares et les grossesses à risque, mais probablement de plus en plus de femmes dont la grossesse présente une évolution

normale. Il n'y a pas eu de sage femme en poste ou de manière épisodique en 1999 à Maripasoula. Dans ces deux communes pluriethniques, la population amérindienne semble être la plus réticente vis à vis de l'accouchement en maternité. Les chiffres d'indicateurs de suivi apparaissent comme étant intermédiaires parmi ceux des communes isolées. Il n'existe pas de structures d'hébergement à Cayenne pour ces populations.

#### Existe t-il un lien entre suivi de grossesse et taux d'accouchement en structure hospitalière ?

Si l'on rapporte le taux d'accouchement en structure hospitalière aux indicateurs de suivi nous pouvons constater que ce taux est d'autant plus élevé que les indicateurs de suivi sont meilleurs, ce qui semble indiquer qu'il est probablement corrélé à la qualité du suivi. Il semble probable que l'adhésion des femmes à l'accouchement en maternité commence par l'adhésion à un suivi de grossesse de qualité. La qualité du suivi semble lui-même sous la dépendance de facteurs que nous avons déjà analysés.

Parmi ces facteurs, "l'effet sage femme" comme il a été qualifié par nos interlocuteurs au cours des entretiens, semble fondamental. La situation de Grand Santi et dans une moindre mesure de Maripasoula (où le poste de sage femme a été vacant 10 mois sur 12 en 1999 mais où des progrès semblent perceptibles depuis quelques mois) sont en faveur de cette hypothèse.

#### Analyse des facteurs intervenant dans le transfert

Certains facteurs sont communs avec le suivi de grossesse, d'autres sont spécifiques de l'accouchement en structure hospitalière.

- Comme pour le suivi, l'isolement est un facteur négatif mais néanmoins non irréductible puisqu'une commune très isolée présente un taux d'accouchement en maternité de 93%.
- Le taux d'accouchement en maternité semble plus élevé lorsque le suivi de grossesse est de meilleure qualité. La prise en charge du suivi prénatal par une sage femme paraît essentiel à condition de ne pas la laisser devenir un produit d'appel pour l'accouchement sur site.
- L'articulation des centres de santé avec les services hospitaliers prenant en charge l'accouchement est fondamentale. Les consultations avancées en sont un rouage essentiel.
- L'hébergement non médicalisé proche des structures hospitalières est indispensable, dans des conditions limitant le déracinement des femmes enceintes. Ce rôle ne peut être assuré par une structure hospitalière pour des raisons économiques .
- Il existe une inadaptation des structures hospitalières à l'accueil des usagers originaires de contextes culturels différents de celui du littoral.

- Les facteurs ethniques et culturels ne sont pas à négliger. Les communautés amérindiennes sont les plus réticentes à l'accouchement en structure hospitalière mais non pas au suivi de grossesse. De manière un peu inverse l'homogénéité de peuplement de communes bushi nengue a pu faciliter l'approche des professionnels pour modifier les habitudes d'accouchements.
- Enfin pour des populations précarisées, les frais inhérents au transfert sont souvent cités comme un obstacle au transfert.

### La sécurité de l'accouchement : une notion difficile à appréhender pour les usagers ?

Tous les professionnels ayant exercé en Guyane sont confrontés à un certain fatalisme de la population face à la mort et à la maladie. Cette notion a beaucoup régressé sur le littoral face à une demande des usagers de soins de meilleure qualité et d'une égalité au titre de la citoyenneté française. Pourquoi en effet l'accès aux soins de qualité devrait-il être limité dans un département français, fut-il d'outre mer ?

La situation en communes isolées est difficile à analyser : diversité des populations, mode de vie ayant certains caractères tribaux, poids des habitudes ancestrales et des coutumes, décalage par rapport au mode de vie européen. Il existe probablement une crainte de perdre sa culture déjà menacée. Le refus ces dernières années de la part de communautés amérindiennes de faire les démarches pour avoir des documents administratifs comme un certificat de nationalité française ou une carte d'identité en a été probablement été une manifestation.

Néanmoins il est apparu au cours des entretiens avec des professionnels ou des usagers des communes isolées que cette notion de sécurité commence à émerger. Elle peut se manifester à minima : les amérindiennes du haut Maroni qui désirent accoucher aux centres de santé de Maripasoula plutôt qu'à domicile commencent à appréhender la notion de sécurité de l'accouchement.

### Des effets pervers

Un des points soulignés par les professionnels ayant participé à l'atelier périnatalité est qu'une « politique rigide empêchant l'accouchement en commune incite les femmes à fuir le centres de santé au dépend du suivi de la grossesse. Ceci a été nettement observé à Maripasoula, où de nouveau les femmes se font mieux suivre avec l'assouplissement des consignes pour le lieu de l'accouchement. »

Les entretiens réalisés ont pu mettre en évidence des effets pervers qui conduisent au résultat inverse de celui escompté.

Des situations d'évitement ou de fuite du système de santé peuvent être générées. Nous pouvons en rapprocher l'histoire de C.... se cachant à Maripasoula pour ne pas être

transférée, cette femme en fin de grossesse hospitalisée en maternité inventant le décès d'un de ces enfants pour rentrer chez elle ou la peur du "ventre coupé".

Toutes les femmes amérindiennes du haut Maroni que nous avons pu interviewer et ayant accouché à l'hôpital de Cayenne, que ce soit pour une grossesse d'évolution normale ou une primiparité, n'envisagent pas de transfert pour la prochaine grossesse. Elles ont accepté ce transfert sur l'insistance du médecin ou de la sage femme et ne semblent pas prêtes à renouveler l'expérience.

### Des relations interethniques complexes

Il est possible de décrire la population guyanaise :

- une population du littoral multiethnique mais à dominante créole dont le mode de vie est relativement proche du mode de vie européen.
- une population bushi nengue du Maroni fière de son émancipation précoce au 17<sup>ème</sup> siècle dont la culture et le mode de vie conservent de nombreux traits africains. Ses relations avec la population créole ne sont pas toujours faciles avec la perte partielle du caractère créole de Maripasoula et de Saint Laurent au profit des bushi nengue
- les amérindiens du littoral, du Maroni ou de l'Oyapock ont souffert de l'arrivée des autres populations au cours des siècles. Dans la région du Maroni des tensions avivées par l'orpaillage existent avec la population bushi nengue .

Le mode de vie est beaucoup plus communautaire en communes isolées que dans les grands centres urbains du littoral.

Enfin pour de nombreux créoles de cinquante ans et plus, l'intérieur du pays est synonyme d'enfance difficile sur des sites d'orpaillage très isolés.

Il existe donc une méconnaissance, voire une méfiance intercommunautaire qui joue probablement un rôle dans l'inadaptation des structures hospitalières à l'accueil des femmes des communes isolées, le personnel hospitalier étant essentiellement créole.

### **2.3.3 Un cadre organisationnel en transformation**

#### Quelle planification pour la périnatalité en communes isolées ?

Il est licite de penser que le rattachement des centres de santé au service public hospitalier représenté par le centre hospitalier de Cayenne est positif pour le domaine de la périnatalité. En effet, les centres de santé entrent dans le champ de la politique hospitalière et sont donc concernés par les orientations et objectifs donnés par le SROS.

A l'inverse une partition mal contrôlée et mal organisée avec une disjonction complète entre la partie curative de centres et la partie PMI risque de nuire à la réalisation de ces objectifs.

Le conseil général a adhéré dès 1996 au principe de favoriser l'accouchement en structure hospitalière. Il est en accord avec l'autre objectif opérationnel du SROS qui est d'améliorer le suivi de grossesse. Le médecin chef de PMI et un médecin de circonscription ont largement contribué aux travaux des groupes de travail, preuve de l'implication de la collectivité départementale.

### Les effets de la partition

Ils sont difficiles à percevoir dans leur intégralité car les centres de santé se trouvent dans une phase de réorganisation et le conseil général n'a pas arrêté de manière formelle sa politique en matière de protection maternelle et infantile en communes isolées. La collectivité est probablement tentée malgré ses difficultés financières d'assumer les mêmes responsabilités qu'elle assume sur le littoral, c'est à dire une participation très large à la prise en charge des femmes enceintes du département. La sectorisation évoquée par les membres de la direction de la DSP va en ce sens.

Actuellement la partition des activités des centres a pour effet :

- de répartir inégalement le personnel du conseil général sur le territoire sans prise en compte des besoins de la population
- de générer une confusion dans les missions
- de retarder la définition d'objectifs opérationnels clairs dans le domaine de la périnatalité en communes isolées
- de transformer les centres de santé d'avant 2000 en deux entités distinctes, l'une de nature curative, l'autre de nature préventive avec des modes de fonctionnement différents.

### La logistique

Les problèmes de logistique existent depuis plusieurs années en relation avec des dysfonctionnements des services techniques délocalisés du conseil général. Le conseil général semble s'orienter vers une réorganisation de ces services. Le transfert théorique de 80% des activités des centres de santé au centre hospitalier de Cayenne ne s'est pas accompagné pour l'instant de la création d'une logistique propre. Les problèmes ne sont donc pas résolus et les équipes sur le terrain ont des difficultés à assurer des tournées régulières et donc à respecter le programme prévu initialement. Il en résulte une irrégularité ou des retards des tournées très nuisibles à leur efficacité. Cette perte d'efficacité a un effet décrédibilisant dans la population.

L'approvisionnement en médicaments est également déficient car la pharmacie du centre hospitalier de Cayenne ne s'est pas adaptée à ce nouveau type de consommation plus

proche de la consommation de médecine de ville que de la consommation hospitalière. Ce problème devrait cependant être rapidement réglé du fait de changements récents dans la gestion de la pharmacie de l'hôpital.

### La sage femme

Il apparaît que l'ensemble de nos interlocuteurs professionnels, techniciens/institutionnels, est convaincu de l'importance de la sage femme dans le suivi. Cette opinion est confortée par les données chiffrées concernant le suivi et l'accouchement.

Nous avons vu que la définition du champ d'activité est variable selon qu'il s'agisse d'une sage femme hospitalière ou d'une sage femme de PMI. Tous les médecins en poste en communes isolées estiment que les compétences des sages femmes sont nécessaires au bon suivi mais également aux accouchements qu'il faudra prendre en charge en centre de santé malgré les consignes de transfert. Il existe donc une certaine difficulté à admettre pour certains professionnels qu'il puisse exister une limitation à l'utilisation des compétences d'une sage femme en site isolé sous le motif qu'elle n'assure que les missions de PMI.

Disposer dans les centres de santé à forte activité de PMI de deux sages femmes avec des missions différentes selon leur statut hospitalier ou de PMI est souhaitable mais difficile à réaliser du fait de difficultés de recrutement et de l'instabilité des personnels en communes isolées.

Des périodes de travail régulière en milieu hospitalier pourraient lutter contre la déqualification et l'isolement en relation avec l'exercice en site isolé. Ce roulement sera cependant parfois difficile à appliquer pour des raisons familiales.

### Les consultations avancées

Le rattachement des centres de santé au centre hospitalier de Cayenne devrait permettre une amélioration de la fréquence et de la qualité de ces consultations. Ces consultations sont l'occasion d'améliorer le dépistage des grossesses à risque. Il devient envisageable que la consultation du début de troisième trimestre soit effectuée par un médecin de l'unité qui prendra en charge l'accouchement en accord avec les préconisations des décrets périnatalité de 1998.

Ces consultations avancées apparaissent comme étant un élément fondamental du fonctionnement des centres :

- elles sont le support d'une collaboration entre les centres et l'hôpital
- elles permettent aux hospitaliers de prendre la mesure de manière évolutive des problèmes de la périnatalité en communes isolées

- elles limitent le sentiment d'isolement et parfois d'abandon voire d'incompréhension de leurs problèmes que ressentent les personnels des centres
- elles pourront être le support d'une formation continue pour les personnels des centres de santé.

D'une manière générale, les relations formelles ou informelles avec les services hospitaliers apparaissent comme un élément moteur de l'amélioration du suivi et de la sécurité de l'accouchement.

### Un enjeu à percevoir pour le centre hospitalier de Cayenne

Cet enjeu se situe à plusieurs niveaux :

- Les centres de santé représentent l'occasion de sortir du cadre hospitalier du SROS et d'impliquer plus étroitement l'établissement à la réalisation des objectifs en matière de périnatalité.
- Ils permettront à l'établissement d'entrer dans une démarche partenariale.
- La prise en charge des femmes enceintes des communes isolées par le service de gynécologie obstétrique met en évidence la nécessité d'analyser la durée et les motifs des séjours par le biais du PMSI
- L'accueil de populations des communes isolées repose la question plus générale de la place de l'utilisateur dans la structure hospitalière.

## **2.4 LES HYPOTHESES**

L'objectif du SROS en matière de périnatalité de favoriser l'accouchement en structure hospitalière est applicable aux communes isolées

L'étude des modes d'accouchement en communes isolées montre qu'en dix ans la situation a considérablement changé et les facteurs concourant à l'amélioration du taux d'accouchement en maternité sont identifiés. Nous pouvons répondre positivement sous réserve que soient prises les mesures nécessaires à la réalisation de cet objectif et que l'on considère qu'il est applicable à la majorité des cas mais probablement pas à tous les cas. Cette dernière réserve implique que les centres de santé puissent toujours faire face à un accouchement.

Les sages femmes sont un élément fondamental de cette prise en charge.

Tous les éléments dont nous disposons concourent à la confirmation de cette hypothèse.

### Le taux d'accouchement en maternité est en relation avec la qualité du suivi

Nous pouvons répondre positivement. La qualité du suivi conditionnent l'adhésion à ce suivi et à l'accouchement en structure hospitalière.

### La partition des compétences entre le service public hospitalier et le conseil général améliorera le fonctionnement des centres de santé et le suivi des femmes enceintes;

Il ne nous pas été possible de répondre. La partition est à la fois trop récente et la définition des politiques de santé des différents acteurs trop peu aboutie pour qu'il soit possible de conclure. Si la collectivité départementale se réapproprie réellement le préventif comme elle en exprime l'intention, le travail ne lui manquera pas dans un département où tout reste à faire.

## **3 - LES PROPOSITIONS**

### **3.1 LE SUIVI DE GROSSESSE**

#### **3.1.1 Améliorer le suivi de grossesse**

Nous situons le rôle du médecin inspecteur dans sa mission d'accompagnement du service coordonnateur des centres de santé (CSG2) et dans l'aide qu'il apporte à l'élaboration du projet médical des centres de santé qui sera intégré au projet médical du centre hospitalier de Cayenne.

Il intervient plus en aval lors de l'étude des projets d'établissement et leur validation par l'agence régionale de l'hospitalisation. Le médecin inspecteur de la DDASS de Guyane en charge de la politique hospitalière fait partie de la commission exécutive de L'ARH.

En février 2001, à la demande du préfet et du président du conseil général un groupe de travail a été constitué pour établir une collaboration pour les centres de santé entre le centre hospitalier et le conseil général. Ce groupe de travail est présidé par le médecin inspecteur.

La mise en œuvre des mesures en faveur de la périnatalité doit bénéficier d'un accompagnement de la commission régionale de la naissance à laquelle participe le médecin inspecteur en charge de la périnatalité.

#### Améliorer la logistique

La prise en charge de l'organisation des tournées par le service de coordination des centres de santé devrait progressivement régulariser et améliorer la fréquence des consultations avancées.

Le développement d'une logistique minimale propre avec le recours éventuel à des entreprises privées de transport fluvial est souhaitable.

La création de postes de logisticiens auprès du CSG2 est nécessaire.

### Les postes de santé

Il faut envisager la construction de postes de santé avec liaison radio BLU pour les villages de plus de 100 habitants sans structure sanitaire et officialiser les tournées. Ces postes de santé peuvent rester rudimentaires mais doivent assurer un lieu de consultation correct pour les équipes en tournée. L'électrification en cours des villages permettra le fonctionnement des échographes portables.

### Les sages femmes

Il s'avère nécessaire de répartir les sages femmes sur le territoire. Dans la mesure où le conseil général souhaite s'investir dans le domaine de la périnatalité en communes isolées, l'idéal serait de pouvoir disposer de deux sages femmes dont une de PMI sur chacun des grands centres, Maripasoula, Grand Santi, Saint Georges. La sage femme de PMI se verrait confier des missions de prévention et d'éducation pour la santé : prévention des grossesses chez les mineures, prévention de l'infection par VIH, des MST en autres choses. Il restera au conseil général à déterminer si l'équipe préventive prend en charge ou non les visites prénatales comme elle le fait sur le littoral. Dans l'affirmative, l'équipe curative devra se recentrer sur le suivi des grossesses pathologiques en coordination avec les consultations avancées. Les centres moins importants comme Apatou, Camopi pourraient soit bénéficier d'un poste permanent de sage femme de PMI, soit de tournées très régulières à partir de Saint Georges pour Camopi, soit à partir de Saint Laurent pour Apatou. La création d'un deuxième poste de sage femme de PMI à Saint Laurent permettrait de couvrir les besoins en augmentation au niveau de cette commune et ceux d'Apatou.

Les difficultés actuelles de recrutement laissent cependant à penser qu'il sera difficile d'avoir deux sages femmes par centre de santé. Si un centre de santé ne dispose que d'une sage femme de PMI, il est souhaitable qu'elle prenne en charge le suivi prénatal en collaboration avec le médecin et qu'une convention officialise une mise à disposition en cas d'accouchement en centre de santé. Les accouchements sur site seront de plus en plus rares et empiéteront peu sur les activités de PMI.

Une rotation de un à deux mois par an entre unité hospitalière d'obstétrique et centre de santé est souhaitable pour éviter la déqualification des sages femmes des centres de santé et initier les sages femmes travaillant en unité d'obstétrique à l'exercice en site isolé. Cette mesure pouvant difficilement être imposée du fait entre autres choses des contraintes familiales, elle reposera sur le volontariat et une incitation financière.

### Les échographies

Il s'agit dans un premier temps d'améliorer la réalisation des échographies. Elles permettent entre autres choses de confirmer une grossesse, de la dater ou de lever un doute diagnostique pour une suspicion clinique de grossesse extra-utérine. Nous avons vu l'importance de la datation pour le transfert. Il est cependant nécessaire que la réalisation des échographies ne surcharge pas les consultations avancées d'obstétrique.

Il paraît donc souhaitable de former toutes les sages femmes en poste et éventuellement les médecins à l'échographie obstétricale. Une des actions envisagées dans le cadre du PRAPS présenté au cours de la conférence régionale de santé du 18 janvier 2001 à Cayenne est une formation spécifique des personnels de santé des communes isolées avec financement par le budget de formation du centre hospitalier de Cayenne. Dans ce cadre l'enseignement des notions de base de l'échographie obstétricale pourrait faire l'objet d'une formation validée par consensus avec l'aide éventuelle d'experts. Les deux praticiens hospitaliers rencontrés en reconnaissent l'utilité et sont tout à fait d'accord pour y participer. Une telle formation a d'ailleurs déjà eu lieu de manière plus ou moins formelle à l'hôpital de Saint Laurent.

Il peut être également envisager des consultations avancées d'échographie réalisées par des praticiens hospitaliers ou des praticiens libéraux. Les échographies morphologiques qui nécessite un temps d'examen relativement long pourraient ainsi être réalisées sans l'être au détriment des consultations spécialisées d'obstétrique.

Il existe actuellement deux échographes portables appartenant à la PMI. L'acquisition de deux appareils supplémentaires permettraient aux sages femmes de réaliser des échographies dans les centres de santé ou en tournée.

### Les examens biologiques

Une convention avec le laboratoire d'analyses biologiques du centre hospitalier de Saint Laurent paraît souhaitable pour les centres de santé du bas Maroni.

#### **3.1.2 L'évaluation**

Nous proposons pour le suivi de grossesse d'atteindre les objectifs suivants en 3 ans :

- pas plus de 30% des femmes consultant pour la 1<sup>ère</sup> fois après la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée
- pas plus de 30% des femmes bénéficiant de moins de 7 visites prénatales
- pas plus de 30% de femmes bénéficiant de moins de 3 échographies, la première pouvant être réalisée par une sage femme ayant bénéficié de la formation validée

- au moins 80% de femmes bénéficiant au cours du troisième trimestre d'une consultation par un membre de l'équipe prenant en charge l'accouchement.

Les indicateurs de suivi correspondent aux objectifs.

Le registre d'issue de grossesse est un outil actuellement sous employé . Sa modification en 1999 avec l'ajout de données concernant le suivi permet de mieux appréhender le suivi. Dans un souci de partenariat, il pourrait être éventuellement envisagé que l'exploitation du registre puisse être assurée par la PMI en collaboration avec les médecins inspecteurs de la DDASS de la Guyane en charge de la périnatalité et de la politique hospitalière. Les résultats seront communiqués à la commission régionale de la naissance et à l'agence régionale de l'hospitalisation.

La tenue des registres d'issue de grossesse pourra également faire l'objet d'une évaluation. Il serait souhaitable que les vérifications de validité de recueil par sondage déjà réalisées par le service départemental de PMI soient maintenues voire renforcées.

## **3.2 L'ACCOUCHEMENT ET LA NAISSANCE**

Le rôle du médecin inspecteur a déjà été décrit à propos du suivi.

### **3.2.1 Favoriser l'accouchement en maternité**

#### L'information des usagers

Au delà de la démarche normale d'information de l'utilisateur par les professionnels il s'agit d'insister sur :

- ✓ la nécessité de sécuriser l'accouchement par un transfert en milieu hospitalier
- ✓ de lutter contre les effets pervers d'une mauvaise information ou d'une absence d'information des usagers, source d'interprétation erronée de certaines actions du système de santé

#### Proposer le transfert

Il paraît souhaitable de :

- ✓ proposer systématiquement le transfert en structures hospitalières sans faire preuve d'autoritarisme pour ne pas détourner les femmes des communes isolées d'un système de santé encore trop inadapté à leur accueil dans de bonnes conditions.
- ✓ adapter le conseil à chaque femme en fonction du contexte ethnique, social et familial.

#### Améliorer rapidement le suivi

Ces mesures de type organisationnel et logistique de faible coût permettront de renforcer l'adhésion au suivi puis à l'accouchement en maternité.

### Création d'une structure d'hébergement

La création d'une maison familiale hospitalière serait souhaitable à Cayenne. Les missions traditionnelles de ces établissements sont d'accueillir les familles des patients hospitalisés loin de leur domicile et les patients traités en soins externes hospitaliers.

Etant donné la précarité importante des populations accueillies, une convention avec la caisse générale de sécurité sociale de la Guyane paraît indispensable pour établir un prix de journée pris en charge par l'assurance maternité même si le fonctionnement administratif des maisons familiales hospitalières conventionnées semble assez lourd. Trois à quatre tarifs sont habituellement pratiqués selon le niveau de prise en charge.

L'idéal serait de pouvoir accueillir en plus de la femme enceinte des membres de la famille comme les enfants en bas âge pour éviter que les contraintes familiales soient un obstacle au transfert.

Cette maison familiale devra être proche du centre hospitalier de façon à limiter au maximum les déplacements et disposer de lieux communautaires : espace de paroles, cuisines. Il conviendra de laisser les regroupements communautaires s'effectuer et même les favoriser afin que les femmes puissent reconstituer leur milieu habituel et parler leur langue. Il ne s'agit en effet pas de favoriser les échanges interethniques mais d'éviter le plus possible les situations anxiogènes. Sans médicaliser l'hébergement, il devra être accessible à une sage femme de PMI chargée de faire le lien avec le service hospitalier.

Le financement pourrait être établi comme suit :

- ✓ prix de journée établi par convention avec la caisse générale de sécurité sociale
- ✓ un co-financement par subventions impliquant les communes concernées, la collectivité départementale, la DDASS éventuellement par le biais du PRAPS, fonds sociaux de caisses d'assurance maladie.

Une estimation approximative des coûts de fonctionnement peut être faite sur la base d'un prix de journée de demi-pension de 100 francs et d'une durée moyenne de séjour à Cayenne de trois semaines pour 400 femmes. 15 à 20 places seraient nécessaires pour héberger les femmes enceintes à Cayenne. Héberger 20 femmes (sans leur famille) pendant 3 semaines reviendra à 42 000 francs, coût très modéré au regard du coût d'une hospitalisation.

Une autre solution est actuellement envisagée en métropole avec la réduction du nombre des lits d'hospitalisation et leur reconversion en lits d'hôtellerie hospitalière. En l'absence d'exemples concrets, nous n'avons pas exploré plus avant cette voie.

Il est impératif que le centre hospitalier intègre dans son projet d'établissement actuellement en cours de réalisation une solution d'hébergement et que celle-ci ait une traduction au niveau du contrat d'objectifs et de moyens. Il convient d'insister ici sur le rôle important du médecin inspecteur par son action dans le cadre de l'agence régionale de l'hospitalisation.

### La prise en compte de la spécificité culturelle

La présence d'un médiateur culturel par ethnie permettrait de limiter l'isolement et le déracinement tout en renforçant l'information des usagers. La diversité des cultures en Guyane nécessite une approche spécifique de l'utilisateur de la part de la structure hospitalière. Une formation des personnels hospitaliers à l'accueil et à la prise en charge des usagers pourrait ainsi être envisagée.

### **3.2.2 Limiter mais prendre en charge l'accouchement en centre de santé**

L'accouchement en centre de santé deviendra de moins en moins fréquent mais le centre devra continuer à faire face à ce type d'urgence et disposer donc de moyens adéquats pour y faire face. La compétence de la sage femme sera d'une grande utilité. Le maintien ou l'amélioration de moyens humains ou matériels ne devra cependant pas se transformer en produit d'appel pour l'accouchement en centre de santé. Le discours des professionnels de santé doit donc rester cohérent et le conseil d'accoucher en maternité devra être délivré avec une argumentation claire et compréhensible pour les populations en insistant sur la notion de sécurité de l'accouchement.

Une liaison téléphonique devra être possible 24 heures sur 24 avec l'obstétricien de garde.

### **3.2.3 L'évaluation**

Nous proposons comme objectif 90% d'accouchements en structure hospitalière dans 3 ans. Les indicateurs seront le nombre d'accouchements en centres de santé, à domicile, et en structure hospitalière.

## **3.3 L'ORGANISATION**

- Organiser des tournées d'assistante sociale dans les communes isolées en collaboration avec les centres de santé pour tenter de régulariser la situation administrative des femmes résidentes en situation irrégulière.
- Organiser des tournées d'agents de la caisse générale de sécurité sociale dans les communes isolées en collaboration avec les centres de santé pour établir les droits sociaux
- Etablir des conventions avec l'hôpital de Saint Laurent pour les consultations avancées, les tournées d'échographies et la biologie.
- Préserver l'unicité géographique des centres en maintenant les équipes sous le même toit mais dans des locaux différents en fléchant clairement les parcours pour les usagers.

- Développement du réseau regroupant les établissements sanitaires (avec au sein de l'hôpital de Cayenne une identification claire des centres de santé), le service de PMI et l'ensemble des partenaires médicaux, paramédicaux et sociaux œuvrant dans le champ de la périnatalité.

Le rôle du médecin inspecteur a déjà été en partie décrit à propos du suivi de grossesse dans le cadre de sa mission d'accompagnement du CSG2 .

Insistons également sur son action dans le cadre de la commission régionale de la naissance qui a initié la création du réseau guyanais de périnatalité.

## **CONCLUSION**

L'étude a mis en évidence les difficultés et les lacunes de la prise en charge de la grossesse en communes isolées dans un contexte général guyanais déjà défavorable. Ces difficultés portent à la fois sur le suivi et la prise en charge de l'accouchement.

Les objectifs du SROS sont d'améliorer le suivi de grossesse et de favoriser l'accouchement en milieu hospitalier. Ce dernier objectif apparaît applicable à une majorité de femmes originaires de communes isolées sans toutefois que les centres de santé érigés en centres périnataux de proximité puissent être totalement dispensés de réaliser des accouchements.

La dimension sociologique et culturelle des populations vivant en zone isolée mérite d'être mieux pris en compte.

Le problème institutionnel de répartition des compétences doit être rapidement réglé au risque de vite apparaître incongru devant l'urgence des problèmes sanitaires de la Guyane.

## BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie est classée par ordre alphabétique.

**1-AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE GUYANE-** *Document de cadrage du SROS – 1999*

**2-AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LA GUYANE** - *Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire 1999/2004, 1<sup>ère</sup> partie, Chirurgie/Périnatalité/Urgences* - octobre 1999

**3-AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE LA GUYANE** - *Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire, 1999-2004, 2<sup>ème</sup> partie, médecine et spécialités médicales, oncologie, santé mentale* - juillet 2000

**4-BERGER-LEVRAUT Editions** - *La protection maternelle et infantile, recueil des textes –* Paris, juin 1998

**5-CARDOSO Thierry-** *Evolution de la mortalité périnatale en Guyane*, décembre 1998

**6-CAHIERS HOSPITALIERS** - *Ce qui va changer après les décrets sur la périnatalité –*, n°141, p 14-18

**7-DEHAN M.-** *Les grands principes des décrets sur la périnatalité* - Arch Pediatr, 1999; n° 6, pp 3-6

**8-DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES ET DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES** - *La situation périnatale en France en 1998*, Etudes et Résultats, n° 73, juillet 2000

**9-FRERY N., MAILLOT E, DEHEEGER M** en collaboration avec **BOUDOU A, MAURY-BRACHY R** - *exposition au mercure de la population amérindienne Wayana de Guyane*, Institut de Veille Sanitaire, juin 1999

**10-FRITZ Marie Thérèse** - *La protection maternelle et infantile – Ann. Pediatr. (Paris)*

**11-HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE** – *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance* : Pour un nouveau plan périnatalité, Rennes, Edition ENSP, Collection Avis et Rapports, 1994

**12-INSEE** – *Tableaux économiques régionaux, Guyane 2000* - janvier 2000

**13-INSEE GUYANE** – *Premiers résultats du recensement de la population en 1999* – octobre 2000

**14-INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES** – Rapport, *situation des centres de médecine collective en Guyane* - avril 1998

**15-MALATTRE Xavier** – *Données sanitaires* – Conférence régionale de santé de Guyane, 18 janvier 2001

**16-MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE** - *Périnatalité. Le plan du gouvernement*, 12 avril 1994

**17-MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE** - *conditions de santé dans les départements d'outre mer, édition 2000*

**18-MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE** - *Enquête nationale périnatale* - enquête réalisée avec la participation des Services de Protection Maternelle et Infantile des Conseils Généraux ; rapport rédigé par Blondel B., Norton J., Du Mazaubrun C., Bréart G

**19-PAPIERNICK E., COMBIER E.-** *Morbidité et mortalité des prématurés de moins de 33 semaines* – Bull. Acad. Nat. Méd. 1996 , n°180 , pp 1017-31

**20-SERVICE DEPARTEMENTAL DE PMI, DIRECTION DE LA SOLIDARITE ET DE LA PREVENTION, CONSEIL GENERAL DE LA GUYANE-** *Santé des mères et des enfants en Guyane*, 1999

**21-SENAT** - *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales à la suite d'une mission effectuée du 23 au 30 juillet 1999 par une délégation chargée d'étudier la situation sanitaire et sociale en Guyane* - mars 2000

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1** : définitions

**ANNEXE 2** : liste des personnes rencontrées

**ANNEXE 3** : guides d'entretien

**ANNEXE 4** : cartes de Guyane

**ANNEXE 5** : analyse PMSI

**ANNEXE 6** : évolution des naissances domiciliées en communes isolées de 1992 à 1999

## ANNEXE 1

### DEFINITIONS

Natalité : rapport entre nombre de naissances et celui des habitants d'une région ou d'un pays pendant une période déterminée

Taux brut de natalité : rapport du nombre de naissances à la population totale en milieu d'année.

La mortalité périnatale : nombre de mort-nés plus nombre de décès entre 0 et 7 jours révolus pour 1000 naissances totales. Les critères d'inclusion sont selon les études, soit un poids supérieur à 500 grammes ou un terme supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée, soit un poids supérieur à 1000 grammes.

La mortalité néonatale : nombre d'enfants décédés entre la naissance et 27 jours révolus pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre est un bon indicateur des facteurs de risque autour de la naissance et de la qualité de la prise en charge médicale. Elle peut se subdiviser en mortalité néonatale précoce (0-7 jours) et mortalité néonatale tardive (8-27 jours).

La mortalité infantile : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 1 an de vie pour 1000 naissances vivantes.

La mortinatalité : nombre de morts fœtales ou d'enfants mort-nés d'un poids supérieur ou égal à 500 grammes ou d'un terme supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée, pour 1000 naissances totales.

Le taux de prématurité : nombre d'enfants pour lesquels la durée de la grossesse a été de moins de 37 semaine d'aménorrhée, pour 100 naissances.

Le taux d'hypotrophie : nombre d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500 grammes, pour 100 naissances.

## **ANNEXE 2**

### **LISTE DES PERSONNES RENCONTREES**

#### **Les usagers**

- rencontrés au centre hospitalier de Cayenne : 2 femmes hospitalisées pour grossesse pathologique, 1 ayant accouché récemment avec un déroulement normal de la grossesse, le mari d'une femme enceinte hospitalisée
- rencontrées au cours du déplacement dans la région du Maroni : 1 femme enceinte, 4 ayant accouché récemment, 1 femme représentant l'association ayant construit un poste de santé non officiel dans un village amérindien

#### **Les professionnels**

- professionnels de centres de santé dépendant du centre hospitalier de Cayenne : 3 médecins, 1 sage femme, 1 aide soignant
- professionnels de centres de santé dépendant du conseil général : 1 médecin, 1 sage femme, 1 agent de santé
- personnel soignant des centres hospitaliers de Cayenne et Saint Laurent du Maroni : 2 gynécologues obstétriciens, 1 infirmière du service de maternité

#### **Institutionnels/techniciens**

- agence régionale de l'hospitalisation  
directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation  
médecin chargé de mission
- conseil général  
directeur de la direction de la solidarité et de la prévention  
directeur adjoint de la direction de la solidarité et de la prévention  
sous directeur de la direction de la solidarité et de la prévention  
médecin chef du service de protection maternelle et infantile  
médecin chef adjoint du service de protection maternelle et infantile
- DDASS de la Guyane  
médecin inspecteur en charge de la politique hospitalière
- centre hospitalier de Cayenne  
médecin coordonnateur du service des centres de santé

#### **Autre**

directrice de la maison familiale hospitalière de La Tronche (Isère)

## **ANNEXE 3**

### **GUIDE D'ENTRETIEN N°1** **FEMMES ENCEINTES OU AYANT ACCOUCHE RECEMMENT**

#### **Présentation**

Thème, justification personne interviewée

#### **La question posée**

Vous avez eu recours, ces derniers mois ou actuellement, aux services du centre de santé pour le suivi de votre grossesse. Comment cela s'est-il passé ?

#### **Thèmes à aborder**

- Le suivi de grossesse et le fonctionnement des centres

L'accès aux consultations, aux examens complémentaires (biologie , échographie). Médecin ou sage femme ?

Conseils donnés.

Préparation à l'accouchement.

Attente vis à vis du centre de santé pour le suivi d'une grossesse.

Appréciation générale sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge par les centres de santé.

- Par rapport à l'orientation des femmes enceintes vers une structure hospitalière pour l'accouchement

Lieu d'accouchement

Avis sur les recommandations d'accouchement en milieu hospitalier.

Avis sur les conditions du transfert et d'hébergement si accouchement en milieu hospitalier.

Perturbations liées au transfert, en particulier familiales, financières, transport?

#### **Conclusion**

Autres sujets d'intérêt pour l'interviewée. Remerciements

GUIDE D'ENTRETIEN N° 2  
PROFESSIONNELS

**Présentation**

Thème ; justification de la personne interviewée, entretien anonyme

**La question posée**

Quel est votre rôle dans la prise en charge des femmes enceintes originaires des communes isolées ?

**Thèmes à aborder**

- Le suivi de grossesse

Comment se réalise actuellement le suivi ?

Les points forts, les points faibles

Principales difficultés rencontrées.

- L'orientation des femmes enceintes vers les structures hospitalières pour l'accouchement  
Les éventuelles difficultés rencontrées pour le transfert des femmes vers les structures hospitalières en fin de grossesse : transport, hébergement, perturbations familiales, problèmes financiers

Avis sur le principe de l'accouchement en milieu hospitalier ?

- Le cadre organisationnel du suivi au particulier au niveau des centres de santé

Avis sur le fonctionnement et la gestion actuels des centres de santé, éventuellement par rapport à l'ancien système

Rôle du centre de santé en tant que structure de première ligne

Articulation avec services hospitaliers

Niveau de collaboration actuel avec la PMI

Quelle devrait être d'après eux la nouvelle répartition des compétences entre le conseil général et le service public hospitalier en charge des centres de santé, perception frontière curatif/préventif ?

- Par rapport aux usagers

Certains professionnels pourront être considérés comme personnes relais pour recueillir l'avis des usagers : sages femmes, médecins, infirmiers. Un avis leur sera demandé sur le vécu des femmes enceintes : niveau de satisfaction, acceptation de l'accouchement en milieu hospitalier.

## **Conclusion**

Autres sujets que l'interviewé aurait souhaité aborder

Remerciements

GUIDE D'ENTRETIEN N°3  
TECHNICIENS INSTITUTIONNELS

**Présentation**

Thème , justification de la personne interviewée

A préciser pour certains : le niveau d'implication dans les travaux du SROS ou dans la gestion des centres de santé

**La question posée**

Quel est votre rôle ou quel est le rôle de votre institution ou service dans la prise la prise en charge des femmes enceintes des communes isolées ?

**Les thèmes à aborder**

- Le suivi de grossesse

Comment se réalise actuellement le suivi de grossesse ?

Les points forts, les points faibles

Les principales difficultés rencontrées

- L'orientation des femmes enceintes vers une structure hospitalière pour l'accouchement  
Les difficultés rencontrées pour le transfert des femmes enceintes vers les structures hospitalières en fin de grossesse : transport, hébergement, prise en charge financière, ?

- Le cadre organisationnel du suivi en particulier au niveau des centres de santé

Avis sur le fonctionnement et la gestion actuels des centres de santé

Rôle que devrait avoir le centre de santé en tant que structure de première ligne

Articulation avec services hospitaliers

Niveau de collaboration actuel avec PMI

Quelle devrait être d'après eux la répartition des compétences entre le service public hospitalier en charge des centres et conseil général, perception frontière curatif/préventif ?

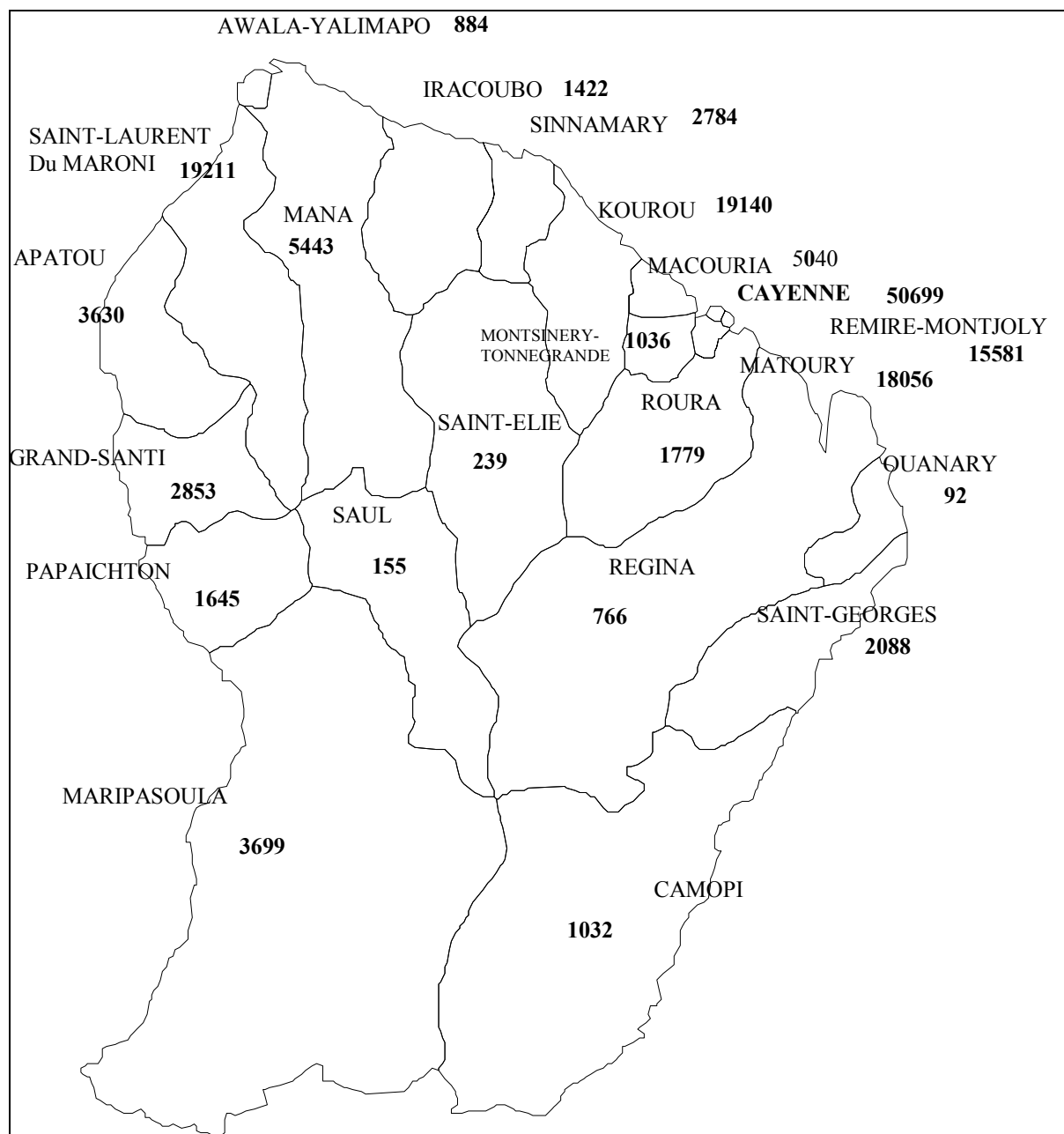
**Conclusion**

Thèmes que l'interviewé aurait souhaité aborder. Remerciements

## ANNEXE 4

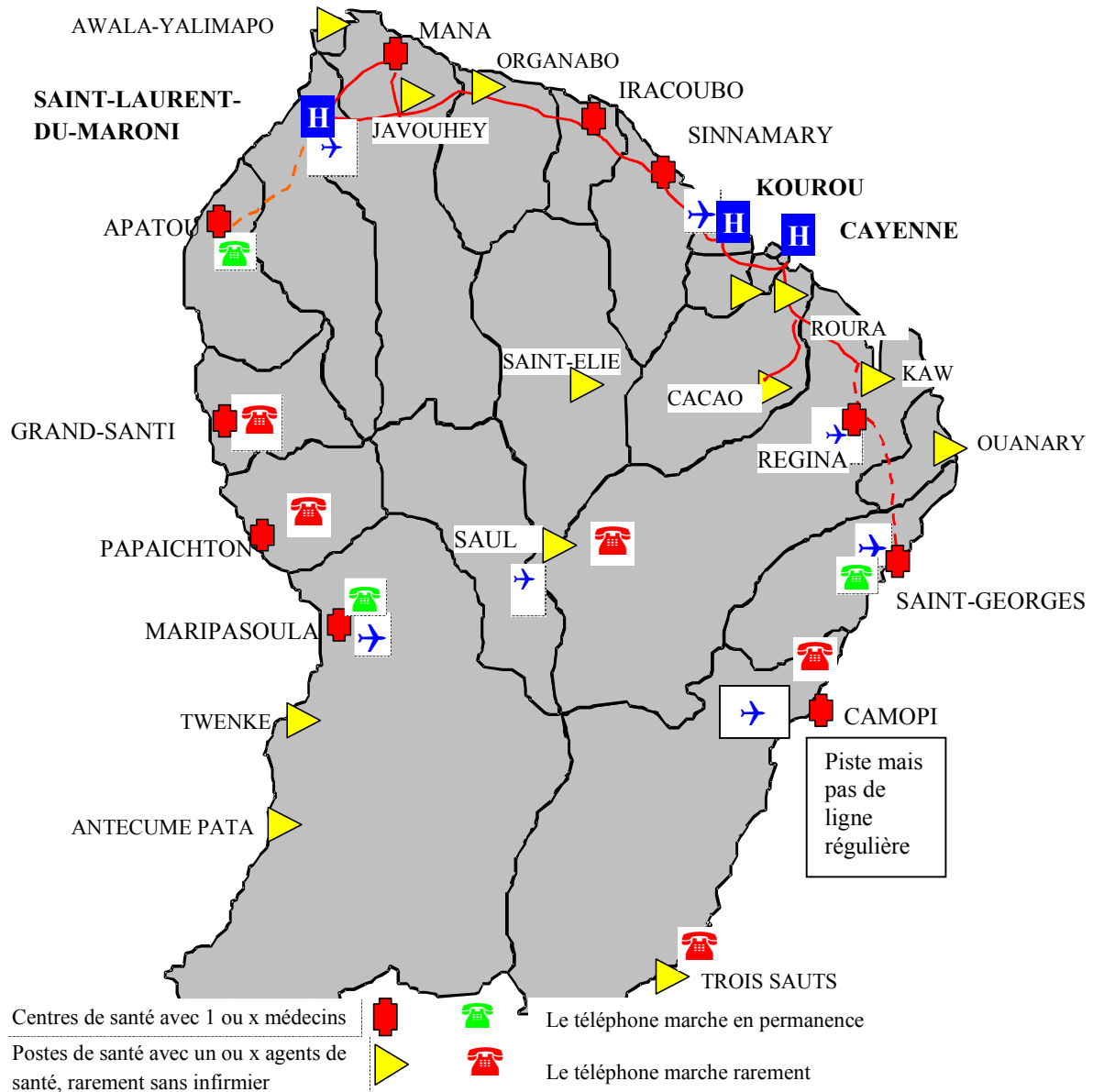
### La Guyane.

#### Population par commune en 1999 (INSEE)



# CARTE DE GUYANE

## REPARTITION DES CENTRES ET POSTES DE SANTE



Source : DDASS Guyane/ Santé Publique

## ANNEXES 5

Analyse à partir du PMSI (1998) sur le poids que représentent les séjours hospitaliers de patients résidant en communes isolées<sup>16</sup>.

### Tous les séjours :

Sur 14 044 séjours (RSA) en 1998 à l'hôpital de Cayenne, 13 145 (94%) sont exploitables en ce qui concerne le code géographique de résidence (CGR).

- 12 443 ont un CGR correspondant à la bande littorale de Guyane, totalisent 77 317 journées, avec une durée moyenne de séjour (DMS) de **6,21 jours**.

- 702 ont un CGR correspondant à l'intérieur (APATOU, MARIPASOULA, GRAND SANTI PAPAICHTON SAUL\* SAINT GEORGES) totalisent 8367 journées, avec une DMS de **11,92 jours**.

En se basant sur l'hypothèse que la différence de DMS entre ces deux groupes de séjours est uniquement attribuable aux difficultés de transport, **4005 journées ont été produites "inutilement"** ce qui correspond à 4,28 % de l'ensemble des journées produites par le CHC. **Cela correspond à 11 lits occupés inutilement en permanence toute l'année.** 644,54 séjours supplémentaires auraient pu être "produits" avec une DMS de 6,21 jours. Autant de points ISA sont perdus.

Le point ISA du CHC est inutilement élevé.

### Obstétrique

Sur 1711 séjours (RSA) pour grossesse, accouchements et post partum (CMD 14) en 1998 à l'hôpital de Cayenne, 1683 (98%) sont exploitables en ce qui concerne le code géographique de résidence (CGR).

- 1554 ont un CGR correspondant à la bande littorale de Guyane, totalisent 9265 journées, avec une durée moyenne de séjour (DMS) de **5,96 jours**.

---

<sup>16</sup> analyse réalisée par le Dr Xavier MALATRE, médecin inspecteur de santé publique, DDASS de la Guyane

\* Pour le PMSI, le CGR de GRAND SANTI PAPAICHTON SAUL est identique au niveau des RSA. Seule une analyse à partir des RUM permettrait de détailler. Ce relève du DIM.

- 129 ont un CGR correspondant à l'intérieur (APATOU, MARIPASOULA, GRAND SANTI PAPAICHTON SAUL\*, SAINT GEORGES) totalisent 1661 journées, avec une DMS de **12,88 jours**.

En se basant sur l'hypothèse que la différence de DMS entre ces deux groupes de séjours est uniquement attribuable aux difficultés de transport, **891,88 journées ont été produites "inutilement"** ce qui correspond à 7,98 % de l'ensemble des journées produites dans cette CMD par le CHC. **Cela correspond à 2,44 lits occupés inutilement** en permanence toute l'année. 149,59 séjours supplémentaires auraient pu être "produits" avec une DMS de 5,96 jours. Autant de points ISA sont perdus.

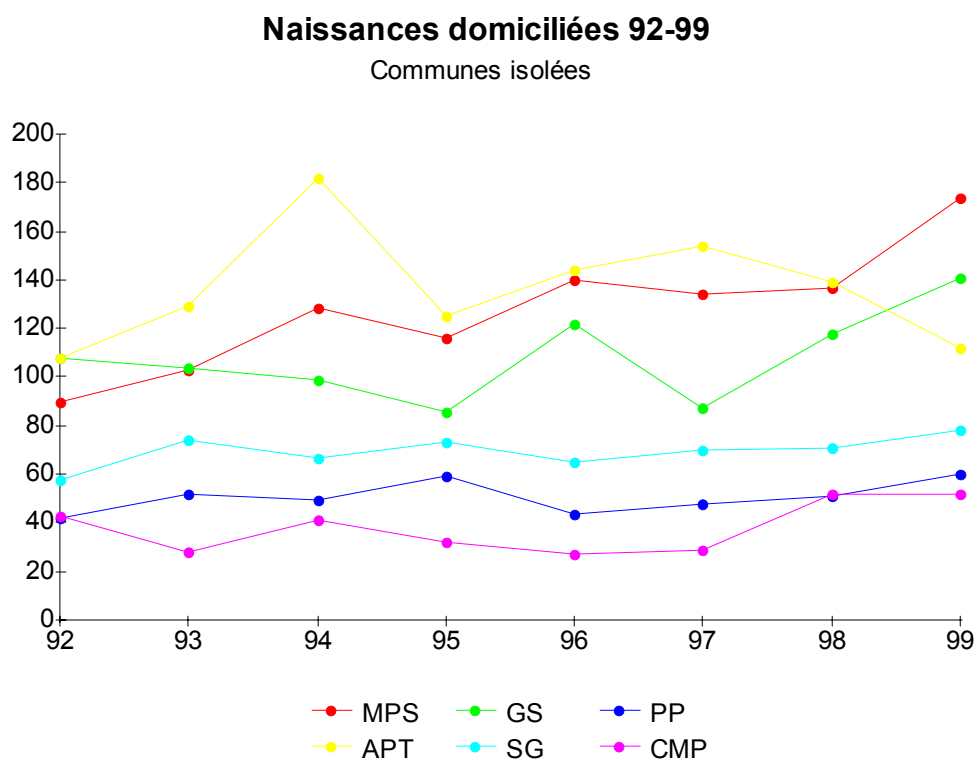
Le point ISA du CHC est inutilement élevé.

Les patientes sont mécontentes, le personnel soignant également.

Au total environ 11 lits de MCO dont 2,44 pour l'obstétrique sont occupés en permanence, tout au long de l'année par des patients dont le retour en commune est retardé pour des raisons non médicales.

## ANNEXE 6

### EVOLUTION DES NAISSANCES DOMICILIEES EN COMMUNE ISOLEE DE 1992 A 1999



MPS : Maripasoula, GS :Grand Santi, PP : Papaïchton, APT : Apatou, SG : Saint Georges, CMP : Camopi

#### Commentaires :

- ✓ légère augmentation pour Camopi, Saint Georges et Papaïchton
- ✓ augmentation plus marquée pour Maripasoula et Grand Santi
- ✓ évolution plus irrégulière pour Apatou (instabilité politique au Surinam ?)
- ✓ ne sont pas pris en compte les accouchements en centre de santé issues de femmes domiciliées au Surinam (entre 10 et 30 accouchements entre 1992 et 1995, phénomène plus marginal après 1995)