

Guyane : un plan de périnatalité adapté aux particularités du territoire

Stéphanie Bernard,
sage-femme coordinatrice
régionale, réseau de santé
périnatale de Guyane,
Dr Nathalie Perez,
pédiatre, médecin référent
périnatalité, agence régionale
de santé de Guyane.

La Guyane est une région ultrapériphérique française isolée de l'Europe et enclavée au cœur de l'Amérique du Sud. Ses 283 540 habitants [1] sont dispersés sur un territoire étendu dont la superficie représente un sixième du territoire métropolitain. Les moyens de communication et de transport sont compliqués par l'environnement naturel, la forêt équatoriale recouvrant 96 % du territoire, ainsi que par le retard d'aménagement des infrastructures. Une seule route nationale traverse le département et les fleuves n'ont pas le statut de voies d'eau navigables. 20 % des habitants sont particulièrement isolés et ne peuvent accéder au littoral que par voie aérienne ou fluviale.

Croissance démographique et indicateurs socio-économiques défavorables

Les structures sanitaires se répartissent de façon inégale entre deux grandes zones : la zone littorale où est concentrée la majorité de la population et les communes de l'intérieur, essentiellement implantées le long des fleuves Maroni et Oyapock. La population guyanaise est le reflet de l'histoire du territoire. Elle se caractérise par :

- un multiculturalisme majoritairement partagé entre huit communautés : Amérindiens, créoles, métropolitains, Bushinengés, Haïtiens, Hmongs, Brésiliens et Chinois ;
- une population mobile à l'intérieur du territoire et à travers les fleuves-frontières : le Maroni (frontière avec le Surinam) à l'ouest, et l'Oyapock (frontière avec le Brésil) à l'est ;
- un taux de natalité¹ le plus élevé de France [1] (2,6 % vs 1,2 % en métropole) et une population jeune, puisque 50 % de la population est âgée de moins de 25 ans alors qu'en métropole, l'âge médian est de 40 ans ;
- une croissance démographique élevée : 3,8 % par an [1] ;
- un nombre de naissances sur le territoire qui augmente régulièrement chaque année pour atteindre 8 184 naissances en 2018 (soit une augmentation de plus de 30 % entre 2013 et 2018 [2]). En Guyane, le taux de fécondité à un âge donné (ou pour une tranche d'âge)² est de 3,6 enfants par femme [3]. Ce taux est en diminution ces dernières années, mais il est supérieur à celui de la métropole (2 enfants par femme) et à celui des pays d'où proviennent les populations migrantes (Haïti : 2,9 ; Surinam : 2,4 et Brésil : 1,8 [4]) ;
- un taux de précarité important : en 2018, le revenu disponible brut moyen des ménages est deux fois inférieur à celui de la métropole, alors que le taux de chômage est deux fois supérieur. Le taux de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

est de 29 % ; le taux de couverture de l'aide médicale d'État de 11 % ; et plus de 8 % de la population, en Guyane, ne bénéficient d'aucune protection sociale ;

- une proportion notable de la population (environ 15 %), majoritairement installée dans les territoires isolés, demeure sans accès à l'eau potable ;
- en outre, dans les communes de l'intérieur, les populations cumulent des vulnérabilités : éloignement géographique, faible niveau socio-économique, faible maillage associatif, difficulté d'accès aux droits et aux soins.

Le département connaît par ailleurs depuis 2014 une vague migratoire sans précédent, en particulier en provenance d'Haïti : les demandes d'asile ont presque triplé entre 2014 et 2015 et ont plus que doublé entre 2015 et 2016. En 2018, ce flux migratoire représente près de 7 % de la population.

Indicateurs de santé périnatale préoccupants

En Guyane, les indicateurs de santé périnatale, bien qu'en amélioration, restent préoccupants et demeurent plus dégradés que les indicateurs nationaux :

- un taux de mortalité infantile encore élevé : 10 ‰ en 2018 vs 3,4 ‰ en métropole [1] ;
- un taux de mortalité maternelle près de cinq fois supérieur à celui de la métropole ;
- un taux de prématurité, en 2018, de 14 % (au-delà-même du taux mondial de 11 %) et proche de 17 % chez les mères mineures [2] ;

L'ESSENTIEL

► En Guyane, la périnatalité reste une priorité majeure, dans le second programme régional de santé, pour les années 2018-2022. Le défi pour ce territoire est de prendre en compte l'existence de trois zones aux besoins différents. La zone de Cayenne et du littoral dispose d'infrastructures, mais elle doit faire face à une vague importante d'immigration ; la zone de l'intérieur incluant le fleuve Oyapock, isolée, dispose de peu de ressources humaines et d'infrastructures de santé ; la zone de l'ouest et du fleuve Maroni connaît une explosion démographique, doublée d'une offre de soins sous-dimensionnée. Malgré des difficultés rencontrées sur le territoire, la Guyane dispose d'un réseau de professionnels fortement impliqués et cherche à promouvoir des adaptations nécessaires aux contraintes rencontrées.

- un taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les femmes âgées de 15 à 49 ans double par rapport à celui de la métropole, et triple pour les jeunes entre 15 et 17 ans, corrélé à une faible utilisation contraceptive. En outre, le nombre de femmes ayant déjà réalisé au moins deux IVG est, en Guyane, deux fois supérieur à celui observé en France métropolitaine [5].

La périnatalité au cœur de la politique régionale de santé publique

En Guyane, la périnatalité reste une priorité majeure, dans le second schéma régional de santé, pour les années 2018-2022 [6]. Le défi pour ce territoire est avant tout de prendre en compte l'existence de trois zones dont les besoins ne sont pas identiques. La zone de Cayenne, relativement mieux développée en infrastructures et plus riche en ressources humaines, mais sous la pression des nouvelles vagues d'immigration ; la zone de l'intérieur incluant le fleuve Oyapock, isolée, et disposant de peu de ressources humaines et d'infrastructures de santé ; et la zone de l'ouest et du fleuve Maroni qui connaît une explosion démographique, doublée d'une offre de soins sous-dimensionnée, et qui rencontre des problématiques



© Pany, Roger (1905-1977) Donation Roger Pany, Ministère de la Culture (France), Médiathèque de l'architecture et du patrimoine, ciff. RMH-CP.

transfrontalières spécifiques (difficultés d'accès aux droits ; suivis médicaux et consultations, notamment dans les centres de santé de Maripasoula et de Grand-Santi et à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, de populations vivant sur le territoire du Surinam).

La sécurité de la naissance, au cœur des décrets de périnatalité de 1998, s'est déclinée sur le territoire guyanais par le choix de réaliser l'ensemble des naissances dans les quatre établissements sanitaires situés sur le littoral. Ainsi, chaque année, près de 1 000 femmes enceintes résidant dans les communes isolées de Guyane sont transférées au début du neuvième mois de grossesse en vue de leur accouchement en milieu hospitalier.

Si ce choix a permis de faire diminuer sensiblement la mortalité périnatale, il a en revanche considérablement pesé sur l'activité du centre hospitalier de Cayenne, du fait du rattachement

des 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) à cette structure. Cette décision a allongé considérablement la durée moyenne de séjour dans cet établissement, et elle sature la seule maternité de niveau III de la région, par la nécessité d'accueillir un nombre conséquent de grossesses à bas risque obstétrical. Cette durée moyenne de séjour est par ailleurs allongée par la prise en charge d'un nombre important de patientes en situation de précarité (nonaccès à l'eau potable, faible maîtrise du français, difficultés de transport en cas de réhospitalisation nécessaire...).

Ce constat impose ainsi l'élaboration de nouveaux parcours de soins pour répondre à cet enjeu prioritaire d'optimisation du recours à la maternité de type III. Les solutions préconisées devront tenir compte de l'état de santé des patientes. Celles qui présentent une grossesse pathologique

devront continuer d'être orientées vers Cayenne. Les autres, sous réserve qu'elles disposent de possibilités d'hébergement familial autour de Kourou ou de Saint-Laurent-du-Maroni, pourraient être orientées vers ces établissements qui ne disposent pas en leur sein d'une capacité suffisante d'hébergements pour ces nouvelles patientes.

À moyen terme, le projet de création d'un hôtel hospitalier à proximité du service de maternité de l'hôpital de Cayenne permettra d'améliorer le dispositif de prise en charge, en donnant la priorité à l'hospitalisation des patientes présentant une pathologie tout en permettant aux autres femmes, dont l'état de santé n'impose pas un strict suivi médical, d'être prises en charge dans des conditions satisfaisantes. La mise en œuvre de cet équipement aura un double effet bénéfique : moindre coût budgétaire et amélioration de la qualité de la prise en charge (accueil plus bienveillant pour les femmes hébergées et amélioration de la prise en charge des femmes hospitalisées du fait de la réduction du taux de sur-occupation).

La réduction de la morbidité périnatale doit également passer par la diminution du nombre de grossesses non ou insuffisamment surveillées. En effet, en Guyane, le suivi de grossesse est globalement moins bon quantitativement et qualitativement. Ainsi, seulement 65 % des parturientes sont suivies dès le premier trimestre (vs 95 % en métropole) ; le recours à l'échographie de dépistage est moindre, puisqu'en 2018 seulement 29 % des femmes ont bénéficié des trois échographies recommandées, contre 70 % au niveau national. Le suivi plus tardif de la grossesse s'explique en partie par des difficultés d'accès aux droits et aux soins notamment dans les territoires isolés et parmi les populations les plus précaires. Ce retard de prise en charge entrave également la qualité du dépistage de la trisomie 21 (seulement 21 % des femmes en bénéficient en Guyane, vs 88 % en France).

Par ailleurs, les grossesses des femmes en Guyane présentent des risques majorés de complications :

diabète, hypertension, pré-éclampsie, anémie sévère, ainsi qu'une exposition forte à de nombreux toxiques : alcool, mercure, plomb... En mai 2011, une intoxication massive au plomb³ était diagnostiquée chez une petite fille âgée de 3 ans, résidant dans la commune de Mana. Cet épisode a déclenché un certain nombre d'investigations – conduites par la cellule régionale (Cire) de Santé publique France et par l'agence régionale de santé (ARS) Guyane – autour du lieu d'habitation de l'enfant. Les sources habituellement en cause⁴ ont rapidement été écartées, mais aucune source n'a clairement été mise en évidence.

Une étude [7] a par la suite été menée à la maternité du centre hospitalier de l'ouest guyanais (CHOG) sur une période de trois mois fin 2013, auprès de 531 femmes ayant eu au moins un dosage de plomb⁵ pendant leur grossesse. Le taux chez les femmes enceintes en Guyane était, en 2011, quatre fois supérieur à celui observé chez les femmes enceintes en France métropolitaine. Ce taux élevé en Guyane équivaut à celui observé en métropole il y a 15 à 20 ans. Des facteurs de risque associés à ces plombémies élevées ont alors été mis en évidence :

- un niveau socio-économique bas ;
- la résidence dans les communes de Grand-Santi et d'Apatou ;
- la consommation régulière (hebdomadaire ou journalière) de certains aliments : des dérivés du manioc – notamment du couac⁶ – ou du gibier ;
- le fait de produire du couac.

En 2016, des prélèvements systématiques ont été réalisés sur toutes les femmes enceintes suivies en Guyane. 60 % des femmes enceintes de l'est guyanais et 34 % des femmes enceintes de l'ouest guyanais présentaient une imprégnation supérieure à 50 µg/L – le seuil acceptable. À Cayenne, 4 % des femmes enceintes avaient une imprégnation supérieure à 50 µg/L et aucune au-dessus de 100. Les premières recherches désignaient la consommation de manioc comme facteur de causalité identifié ; des études plus récentes ont mis en évidence des sources de

contamination plus variées telles que la consommation de produits de la chasse et l'utilisation d'ustensiles culinaires de qualité non alimentaire.

Si aucun lien n'est formellement établi entre les taux élevés de plombémie et des complications obstétricales, le risque d'intoxication du cerveau fœtal est, lui, bien réel.

Réduire le nombre de grossesses non désirées

Le second objectif du schéma régional de santé pour la périnatalité vise à réduire le nombre de grossesses non désirées (*voir aussi l'article « En Guyane, des permanences de sages-femmes au collège et lycée » dans ce dossier central*).

Les solutions retenues impliquent :

- l'amélioration de l'information des femmes et en particulier des plus jeunes sur la maîtrise de leur fécondité ;
- l'amélioration de l'accès à la contraception et à l'IVG sur l'ensemble du territoire ;
- la lutte contre les violences sexuelles.

Il est important de souligner que la Guyane est le département français le plus touché par le phénomène de maternité à l'adolescence. Les conséquences de ces maternités sont nombreuses : taux de prématurité plus élevé, poids de naissance significativement plus bas, suivi médical globalement moins bon, et aussi : impact psychosocial, décrochage scolaire, difficultés dans l'établissement du lien mère-enfant, pauvreté.

En Guyane, en 2018, 707 jeunes filles âgées de 18 ans ou moins ont accouché, ce qui représentait 8,6 % de l'ensemble des grossesses. Parmi elles :

- 77 % étaient primipares ;
- 23 % étaient multipares ; parmi elles, 19 % accouchaient pour la deuxième fois et 4 % pour la troisième fois ou plus ;
- 34 % n'avaient pas bénéficié des trois échographies recommandées ;
- 51 % avaient débuté leur suivi au deuxième, voire au troisième trimestre ;
- 3 % n'avaient réalisé aucun suivi (15 % chez les moins de 15 ans) [2].

Mise en œuvre de la politique en matière de périnatalité sur le territoire

Dans la mise en œuvre de son cadre d'orientation stratégique 2018-2028, l'agence régionale de santé de la Guyane peut s'appuyer sur le réseau de santé périnatale régional, dont les missions consistent à garantir la qualité et la sécurité des soins et à renforcer le suivi des grossesses et tout particulièrement celui des populations les plus vulnérables. Dans ce cadre, des parcours de santé spécifiques sont élaborés, les acteurs de santé sont formés et coordonnés, favorisant ainsi l'organisation des coopérations.

À ce titre, les exemples suivants peuvent être mentionnés :

- parcours de prise en charge des enfants vulnérables (enfants nés avant 33 semaines d'aménorrhée (SA), exposés au plomb, au mercure, à l'alcool, au virus Zika) ;
- coordination et formation des acteurs : cette mission est rendue complexe en raison des spécificités locales (offre de soins limitée en spécialistes, moyens inégalement répartis sur le territoire au profit des agglomérations urbaines, *turn-over* important des professionnels) ;

- en début d'année 2019, mise en œuvre d'un projet-pilote intitulé Femmes-relais de Camopi⁷, par le réseau de périnatalité de Guyane et avec le soutien de l'ARS. Ce dispositif répond à la demande de solutions des résidents de la commune, en termes de prise en charge périnatale et de communication entre les acteurs de cette période très spécifique de la vie d'une femme et de son enfant. Les réponses sont apportées par les patientes-expertes de cette même commune. Reconnues par leur communauté, les cinq femmes-relais deviennent chaque jour un peu plus spécialistes de l'accompagnement de leurs pairs dans le parcours périnatal ;
- depuis 2019, une coopération a été mise en œuvre entre les établissements sanitaires dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Guyane. Cette coopération a pour objectif d'améliorer l'égalité d'accès aux soins, notamment dans le suivi des grossesses et des soins périnataux (harmonisation des pratiques, élaboration de protocoles médicaux régionaux, formation croisée des professionnels de santé périnatale...).

Un article [8] – émanant des principales sociétés savantes françaises en périnatalité – rappelle la dégradation

de la situation des activités non programmées en gynécologie obstétrique sur le territoire national, par rapport aux standards internationaux. Il convient de corréliser les conclusions et les recommandations émises avec la situation de la Guyane, elle-même très éloignée des moyennes métropolitaines. Cet article dresse le constat d'un indispensable renforcement des moyens humains dédiés aux prises en charge des patientes. Ce renforcement s'impose encore davantage en Guyane, même si le territoire dispose d'un réseau de professionnels fortement impliqués cherchant à promouvoir, dans des conditions dégradées, les adaptations nécessaires, avec une réelle volonté d'innovation. ■

1. Rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année.

2. C'est-à-dire le nombre d'enfants nés vivants des femmes de cet âge au cours de l'année, rapporté à la population moyenne de l'année des femmes de même âge.

3. Pb=1724 µg/L

4. Peintures au plomb, habitat ancien, canalisations d'eau...

5. La moyenne de la plombémie des femmes était de 33,1 µg/L.

6. Semoule ou farine réalisée à partir de racines de manioc.

7. Commune située le long du fleuve Oyapock.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Jeanne-Rose M. Une croissance démographique toujours soutenue. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), *Flash Antilles-Guyane*, janvier 2020, n° 121. En ligne : https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/115986/1/gy_inf_121.pdf

[2] *Registre des issues de grossesse informatisé (Rigi) 2018*. Réseau Périnat Guyane.

[3] Millet C. La démographie guyanaise toujours aussi dynamique. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), *Analyses Guyane*, janvier 2018, n° 27. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3309060>

[4] Conan C. *Les populations aux frontières de la Guyane : caractéristiques singulières et fécondités contrastées : une recherche menée dans les communes guyanaises de Maripasoula, Grand-Santi, Saint-Laurent-du-Maroni, Mana et Saint-Georges de l'Oyapock, ainsi que dans le municipio d'Oiapoque (Brésil)*. [Thèse de doctorat] Paris : Institut de démographie de l'université Paris 1 (Idup), école

doctorale de géographie de Paris, Dir. Marlène Lamy, soutenue le 9 juillet 2018. En ligne : <http://www.theses.fr/2018PA01H008>

[5] Vilain A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) *Études & résultats*, septembre 2019, n° 1125. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>

[6] Agence régionale de santé (ARS) Guyane. *Projet régional de santé 2018-2028. Cadre d'orientation stratégique*. 56 p. En ligne : https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_COS%20guyane%20valide.pdf

[7] Jolivet A., Rimbaud D., Restrepo M., Louison A., Lambert V., Carles G. Intoxication au plomb chez la femme enceinte dans l'ouest guyanais : émergence d'un problème de santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, septembre 2016,

vol. 64, n° S4 : p. S173. En ligne : <https://www.em-consulte.com/article/1074996/article/intoxication-au-plomb-chez-la-femme-enceinte-dans->

[8] Sentilhes L., Galley-Raulin F., Boithias C., Sfez M., Goffinet F., Le Roux S. *et al.* Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Propositions élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le Club d'anesthésie-réanimation en obstétrique (Caro), le Collège national des sages-femmes de France (CNSF), la Fédération française des réseaux de soins en périnatalité (FFRSP), la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar), la Société française de médecine périnatale (SFMP) et la Société française de néonatalogie (SFN). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, janvier 2019, n° 47, n° 1 : p. 63-78. En ligne : <https://www.em-consulte.com/es/article/1270087/complements/ressources-humaines-pour-les-activites-non-program>