

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Un exemple de recherche-action sur la mortalité périnatale en Guadeloupe (1984-1985)

I. Objectifs et méthodologie

F. de Caunes *, L. Fallope **, C. Berchel *, J.P. Guengant ***, R. Demeulemeester ****, G. Romana-Monpierre **, E. Papiernik *****

* Service de Pédiatrie B, C.H.R. de Pointe-à-Pitre/Abymes, INSERM U 187.

** Protection Maternelle Infantile (P.M.I.).

*** ORSTOM, Département Indépendance Sanitaire, U.R. 709 : « Population-Santé ».

**** Inspection départementale de la Santé.

***** Professeur de Gynécologie-Obstétrique à la Faculté de Médecine Paris-Sud, Directeur de l'Unité de Recherches INSERM U 187 : « Physiologie et Psychologie de la Reproduction humaine ».

RÉSUMÉ

Une recherche-action a été menée en Guadeloupe en 1984 et 1985, dans le but d'analyser les causes des taux élevés de morts périnatales qui persistaient pour l'île, avant de proposer une action de santé publique. Tous les cas de mort périnatale (à partir d'un poids de naissance de 500 g) ont été très soigneusement analysés selon un protocole préparé, avec description de tous les événements précédant la mort périnatale, avec une description de la filière de soins prénatals et périnatals. Un témoin était choisi pour chaque cas enregistré et le même questionnaire rempli. Le présent travail expose la méthodologie de l'enquête et montre qu'elle a été menée avec la collaboration de tous les acteurs de santé concernés, les médecins responsables et les autorités sanitaires.

SUMMARY : An epidemiological study. An example of action on research concerning perinatal mortality in Guadeloupe in the years 1984-1985. *Part I. Objectives and the methodology.*

Research with a view to action being taken was carried out in Guadeloupe in 1984 and 1985 to try to find out the causes of the high level of perinatal mortality which persists on the island before suggesting to the public health authorities what action to take. All the cases of perinatal mortality (above 500 g in weight) were looked at and analysed carefully according to a protocol that had been prepared. The events preceding the perinatal death were described and also the antenatal and intranatal as well as immediate post-natal care given to the children. A control case was studied for each case that had been registered and the same questionnaire was filled in.

The present work shows the methodology used to carry out the enquiry and how it was organized with the collaboration of all the actors in the public health department as well as the doctors and the health authorities authorities.

1. POSITION DU PROBLÈME

La mortalité périnatale restait élevée en Guadeloupe en 1983, 26,4 ‰, alors que les moyens disponibles en lits hospitaliers publics et privés étaient largement suffisants, et que les personnels médicaux, médecins et sages-femmes, étaient aussi nombreux qu'en

Métropole. Ce contraste était d'autant plus marqué que les chiffres de mortalité périnatale observés en Martinique étaient inférieurs (18,8 ‰ en 1983) [9].

Enfin et surtout, cette mortalité périnatale préoccupante restait sans grand changement, alors que la mortalité de la première année de vie des enfants guadeloupéens avait été remarquablement améliorée

MOTS-CLÉS : Mortalité périnatale. Périnatalité.

Tirés à part : E. PAPIERNIK, Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Antoine-Béclère, F 92141 Clamart.

Reçu le 10 juillet 1985. Avis du Comité de lecture le 26 novembre 1985. Définitivement accepté le 14 mars 1986.

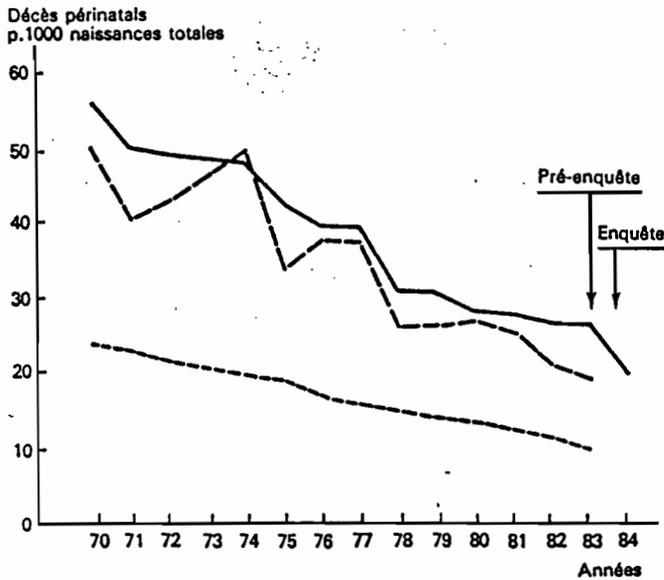


FIG. 1. — Evolution de la mortalité périnatale (source I.N.S.E.E.)

Guadeloupe ———
 Martinique - - - -
 France

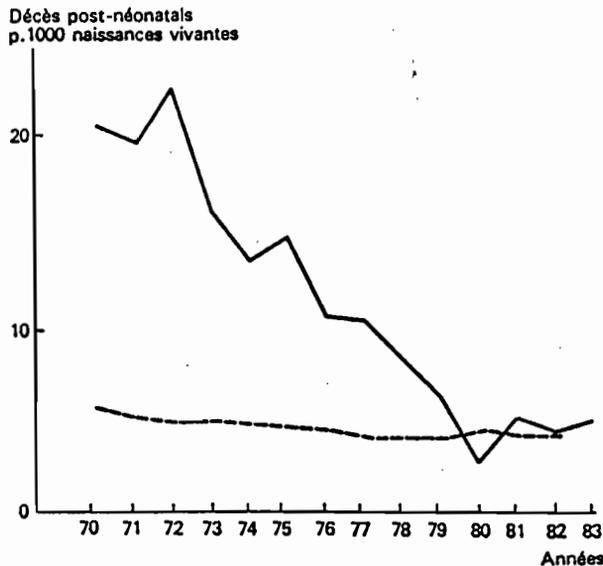


FIG. 2. — Evolution de la mortalité post-néonatale (source I.N.S.E.E.)

Guadeloupe ———
 France

depuis 5 ans, avec une quasi disparition des morts par gastro-entérite grave (fig. 1 et 2).

L'hypothèse de cette recherche était que l'explication pouvait être une mauvaise prise en charge des grossesses, cette prise en charge ne permettant pas d'éviter correctement les morts in utero par anoxie chronique (retard de croissance ou post-maturité non reconnus), et les morts néo-natales par prématurité

on infection materno-fœtale. C'est pourquoi le principal de la recherche étiologique a porté sur la description des filières de soins périnataux.

D'autre part, cette mauvaise prise en charge pourrait être principalement due au manque d'information des praticiens vis-à-vis de leurs propres résultats et des moyens pour les améliorer. C'est pourquoi cette recherche a voulu être aussi l'occasion d'une intervention d'information et de sensibilisation des praticiens.

2. CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE ET MÉDICAL

2.1. Description géographique et population

La Guadeloupe, département français des Antilles, est un archipel de 1 709 km², constitué de deux îles principales accolées (la « Basse-Terre », montagneuse, et la « Grande-Terre », plus plate) et 5 « Dépendances » (îles ou groupes d'îles plus petites) dont certaines fort éloignées (îles de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, à 250 km au nord) (fig. 3). Son climat est tropical et humide. Sa population est de 327 000 habitants au recensement de 1982 (densité : 192 hab/km²), jeune (54 % ont moins de 25 ans). La natalité reste forte : 6 759 naissances en 1982.

Malgré la « transition démographique » — ou passage de niveaux élevés de natalité à des niveaux modérés, proches de ceux des pays développés — qui s'est effectuée très rapidement en Guadeloupe (en une quinzaine d'années), la fécondité reste forte : 2,6 enfants par femme en 1979 pour 2,0 enfants par femme en France métropolitaine en 1981 [5].

Cette situation démographique combinée à la crise de l'économie de production a des conséquences préoccupantes notamment sur l'emploi [4].

Vingt-cinq pour cent de la population active est touchée par le chômage, plus de 50 % si l'on ajoute le sous-emploi. Certes, le développement des activités dites « modernes », dans lesquelles le travail est salarié et bénéficie de réglementations sociales, s'est développé récemment surtout au profit du secteur tertiaire (65 % des actifs ayant un emploi). Mais il a aggravé la régression et la marginalisation des activités « traditionnelles » (agriculture de subsistance, petit artisanat) et favorise l'exode rural, sans pour autant absorber le surplus de main-d'œuvre qui en résulte. Ceci a entraîné la constitution, dans les

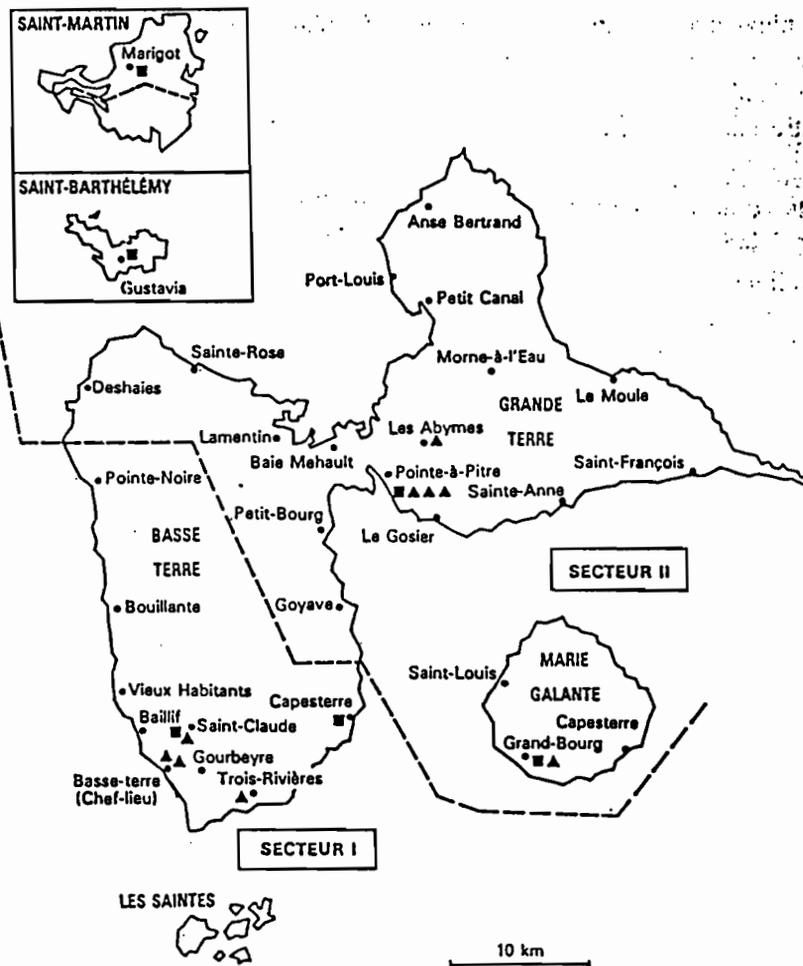


Fig. 3. — Carte de la Guadeloupe avec les établissements d'accouchements

- établissements publics,
- ▲ établissements privés.

faubourgs des grandes agglomérations, d'un important secteur d'activité dit « intermédiaire » (artisanat de réparation, petit commerce) où l'emploi ne bénéficie souvent d'aucune forme de garantie ni de réglementation sociale. Dans la région de Pointe-à-Pitre/Abymes, où la concentration des activités économiques est pourtant importante, ce secteur représente 29 % de la population active, contre 27 % travaillant dans le secteur dit « moderne ».

Ces populations socio-économiquement défavorisées se regroupent au sein d'une urbanisation spontanée et très insalubre, de type « bidonville ». Elles sont augmentées par les nombreux immigrés venant des Antilles non françaises (environ 8 800 en 1982) [6] — surtout des Haïtiens et Dominicains — souvent entrés illégalement en Guadeloupe, et vivant les mêmes problèmes d'emploi, aggravés par la marginalisation sociale.

Les populations pauvres des « Dépendances » (notamment les îles de Marie-Galante et Saint-Martin) connaissent des situations particulières, et demandent des développements spécifiques qui n'ont pas leur place dans cette présentation générale.

2.2. Ressources humaines et techniques en périnatalité

Nous les décrivons telles qu'elles existaient en 1982, avant le début de l'enquête [8].

2.2.1. La prise en charge per-natale et néo-natale

Les ressources humaines et techniques de surveillance prénatale et de prise en charge périnatale s'organisent autour de deux secteurs, correspondant à deux zones d'attraction d'importance inégale,

distinctes tant sur les plans démographique et géographique (fig. 3), que du fait des caractéristiques socio-économiques des habitants.

Le premier est centré par les villes de Basse-Terre et Saint-Claude, et comprend :

- 6 établissements d'accouchements, totalisant 135 lits (1,6 lit pour 1 000 habitants), dont :
 - une maternité publique de 50 lits, capable de prendre en charge les grossesses à haut risque;
 - une unité de Néo-Natologie de 8 lits (avec possibilité de ventilation artificielle).

Il correspond à 25 % des naissances de la Guadeloupe, en 1983.

Le deuxième est centré par les villes de Pointe-à-Pitre et Abymes, et comprend :

- 9 établissements d'accouchements, totalisant 199 lits (0,8 lit pour 1 000 habitants) dont :
 - un Service de Gynécologie-Obstétrique de 70 lits, au Centre hospitalier Régional de Pointe-à-Pitre, comportant un secteur de grossesses à haut risque, plus 20 lits de « Moyen Séjour Prénatal » où peuvent être hospitalisées les femmes à haut risque médical et social;
 - une Unité de Réanimation néo-natale de 10 lits, et une Unité de néo-natologie (service « de suite ») de 20 lits.

Il correspond à 75 % des naissances de la Guadeloupe, en 1983, et prend en charge la partie la plus importante de la population socio-économiquement défavorisée que nous avons décrite.

Certaines remarques doivent être faites par ailleurs.

Certes cet équipement est riche en lits de Gynécologie-Obstétrique et Maternité (50 pour 1 000 naissances, ce qui est supérieur au taux métropolitain), mais il est d'une grande disparité : 4 établissements seulement pratiquent plus de 500 accouchements par an, dont la maternité du C.H.R. de Pointe-à-Pitre (qui, à elle seule, pratique 2 500 accouchements par an, soit plus du tiers des accouchements de la Guadeloupe entière). Sept établissements pratiquent moins de 300 accouchements par an; parmi eux, il y a 4 maternités isolées dans les « Dépendances », comportant chacune moins de 15 lits.

D'autre part, même dans les établissements les plus importants, les conditions de fonctionnement ne correspondent pas toujours aux normes (décrets du 21.02.1972, et du 7.08.1975), ni pour la qualité de l'hébergement, ni pour les composantes obligatoires

du plateau technique, ni pour l'encadrement médical et para-médical qualifiés qui seraient nécessaires.

L'activité de ces différents établissements (public ou privés) est inégale; certains, comme la maternité du C.H.R. de Pointe-à-Pitre, travaillent dans de conditions permanentes de sur-occupation (110 %) alors que 5 établissements ont un taux d'occupation inférieur à 70 % [6].

Enfin, avant le début de l'enquête, les structures de prise en charge néonatale étaient très insuffisantes face aux besoins [1]. Ainsi, 431 admissions de nouveau-nés ont été faites en 1983 au C.H. de Pointe-à-Pitre (soit 8,7 % des naissances de la zone d'attraction de cet hôpital), pour 30 lits disponibles. Ceci avait pour conséquence une sur-occupation permanente (100-110 %, fin 1983, pour les 2 unités) associée à une carence très importante en personnel médical, para-médical (2,5 agents par lit en réanimation néonatale) et en moyens techniques (les 2 unités ne disposant que de 45 % du matériel qui leur est indispensable), avec les risques infectieux et pour la sécurité des enfants que cela comporte. Cette situation est, au moins partiellement, en voie d'amélioration depuis le début de l'enquête.

2.2.2. La prise en charge prénatale

Les filières de consultation prénatale s'organisent autour de 3 axes.

Les médecins généralistes installés sont 1 pour 2 000 habitants, avec de fortes disparités géographiques : forte densité dans les agglomérations importantes de Pointe-à-Pitre/Abymes et Basse-Terre, faible densité dans certaines régions rurales à la population pourtant encore nombreuse.

Les médecins qualifiés en obstétrique sont 13 en 1982, soit 2 pour 1 000 naissances. Ils travaillent en relation avec les différents établissements d'accouchements. Cependant, aucun spécialiste n'est installé dans les « Dépendances ».

La P.M.I. vient en complément de ces deux axes de prise en charge, par son rôle de dépistage des grossesses à risque, et par le relai qu'elle propose pour la surveillance des femmes par les sages-femmes à domicile. Vingt-huit sièges de consultations prénatales fonctionnent, avec 17 sages-femmes et des médecins généralistes vacataires; donc presque toutes les communes de la Guadeloupe sont couvertes, particulièrement les communes rurales, ce qui supplée à leur faible densité médicale. Au total la P.M.I. suit 20 à 25 % de femmes enceintes à un stade précoce

la grossesse (1 479 premières consultations en 1982) [3].

Le service social, auxiliaire indispensable de la prise en charge des femmes enceintes en milieu socio-économiquement défavorisé, est lui aussi bien implanté, et des assistantes sociales peuvent être consultées dans toutes les communes de la Guadeloupe.

3. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE ET MÉTHODES

3.1. Objectifs

L'« Enquête mortalité périnatale en Guadeloupe » poursuit un objectif général : aider à la réduction dans des délais brefs et de façon durable, de la mortalité et de la morbidité périnatales, et de l'incidence des handicaps d'origine périnatale en Guadeloupe. Dans ce cadre, 4 actions de recherche ont été définies.

3.1.1. Une enquête descriptive

Elle doit établir les caractéristiques épidémiologiques des femmes ayant eu un enfant mort en période périnatale en Guadeloupe, très imparfaitement connues par les statistiques I.N.S.E.E. et les certificats médicaux de décès :

— taux de mortalité périnatale : ces taux seront donnés en tenant compte des recommandations de l'O.M.S., c'est-à-dire inclusion de tout fœtus ou nouveau-né vivant ou non, pesant à la naissance au moins 500 grammes, et, si nés vivants, décédés avant 7 jours de vie;

— répartition entre mortalité néonatale précoce et mortinatalité selon les critères stricts de l'O.M.S., définissant « les signes de vie à la naissance » [10].

3.1.2. Une enquête d'évaluation de la prise en charge des femmes enceintes

L'enquête doit permettre la description comparée des filières de soins prénatals : médecin généraliste, sage-femme, système de protection maternelle et infantile, médecin spécialiste. Elle décrit aussi les propositions de thérapeutique ou de prévention qui ont été faites pendant la grossesse, leur adéquation avec la situation obstétricale.

Dans tous les cas de mort périnatale, l'évitabilité possible doit être déterminée, selon les modalités des « discussions d'évitabilité ».

3.1.3. Une enquête étiologique

Elle doit déterminer, dans le cadre d'une « optique pragmatique » [15], au sein de la réalité guadeloupéenne, des facteurs prédictifs permettant d'individualiser des groupes à haut risque de mortalité périnatale.

Elle est réalisée par une enquête rétrospective cas-témoins à partir d'un questionnaire épidémiologique.

3.1.4. L'enquête est par elle-même une intervention visant à améliorer l'efficacité médicale des praticiens de la Guadeloupe

Le simple fait de se donner les moyens de connaître et de comprendre constitue en soi une intervention. Cela a été prouvé par l'enquête « Mieux naître en Lorraine » [2].

On a voulu renforcer ce phénomène en liant la recherche épidémiologique à une forte action d'information et de sensibilisation. Ceci est une des formes de la « Recherche-Action en Santé » telle qu'elle a été définie par la cellule « Valorisation Sociale » de l'I.N.S.E.R.M., en mars 1983 [7].

Il semble en effet que de nombreux praticiens en Guadeloupe sont insuffisamment informés de leurs propres résultats, et, par conséquent, peu sensibilisés et peu critiques vis-à-vis des problèmes de périnatalité.

L'action engagée s'organise en deux niveaux.

Des « discussions d'évitabilité » ont lieu, à propos de chaque décès périnatal, entre le médecin-enquêteur et le médecin obstétricien qui a eu la responsabilité de l'accouchement (et éventuellement le pédiatre).

La répercussion des conclusions de cette discussion, est faite, sous la forme d'un document dactylographié confidentiel joint à l'observation du décès, en amont de la filière de suivi, auprès de tous les praticiens, médecins et/ou sages-femmes qui ont eu, à un moment quelconque, la responsabilité de cette femme enceinte et/ou de son nouveau-né. Chacun est ainsi rendu comptable de ses soins, face au résultat de la grossesse.

3.2. Méthodes

3.2.1. Populations enquêtées

La population-cas est l'ensemble exhaustif des couples mère et enfant mort en période périnatale, l'accouchement s'étant produit en Guadeloupe en

1984 et 1985. Chaque cas fait l'objet d'une étude complète de l'histoire obstétricale (antécédents, histoire de la grossesse, histoire de l'accouchement) et médicale. Celle-ci permet d'aboutir dans la majorité des cas à une définition de la cause obstétrico-pédiatrique de la mort périnatale.

Le groupe témoin concerne des mères et des enfants avec survie au-delà de 7 jours. Il est formé par sondage aléatoire au 1/20 sur les naissances correspondantes, après stratification selon les établissements d'accouchements.

On obtient par cette méthodologie un échantillon représentatif de l'ensemble des parturientes et des nouveau-nés de la Guadeloupe.

3.2.2. Le questionnaire

Sa mise au point a été faite par étapes, contrôlée et coordonnée :

- revue de la littérature et documentation;
- consultation de chercheurs spécialisés, ayant l'expérience d'enquêtes cas-témoins à l'échelle dépar-

tementale (enquête périnatalité, dans l'Hérault [13]) ou nationale (Unité de Recherches épidémiologique sur la Mère et l'Enfant, INSERM U 149 [14]);

— nombreuses réunions du Comité d'Organisation (constitué par un obstétricien, un néo-natologiste, des responsables médicaux de Santé Publique, et un démographe spécialiste de la Guadeloupe et des Caraïbes);

— mise au point définitive, maquettage et adaptation à l'exploitation informatique, grâce à l'aide de chercheurs de l'Unité de Recherche « Population Santé » de l'O.R.S.T.O.M.

Ce questionnaire est constitué d'une partie identification + vérification des unités statistiques, suivie de 7 sections (tableau I). Une fois complété, il est anonyme, repéré par un numéro arbitraire. Il n'y a pas de fichier nominatif.

Il comporte 20 pages et 343 variables.

Chaque fois que possible, les questions sont fermées et précodées; l'agencement par questions directrices a été privilégié dans le but d'optimiser la transcription informatique.

TABLEAU I. — Sources du questionnaire épidémiologique.

Délais de remplissage	Témoins + Décès périnataux				Décès uniquement		
			Immédiat		Immédiat	Différé	
Sources	Interview de la mère	Carnet rose et dossier médicaux des gross. précédentes	Carnet rose (et éventuellement dossier d'hospit. de la gross.)	Registre d'accouch. et dossier de l'accouch.	Dossier néonatal (et éventuellement hospit. en néonatal.)	Bilan post-mortem	Discussion avec l'obstétr. (et éventuellement le néo-natologiste)
I. Caractéristiques démographiques et familiales	+						
II. Vie génésique et problèmes médicaux de la grossesse précédente	+	+	+				
III. Mode de vie pendant la grossesse actuelle	+						
IV. Problèmes médicaux et filières de suivi pendant la grossesse actuelle	+		+				
V. Déroulement de l'accouchement	+			+			
VI. Issue de la grossesse actuelle (et évitabilité)	+			+	+	+	+
VII. Prise en charge de l'enfant à la naissance	+				+		

L'enquête est faite sur le terrain par 2 médecins-enquêteurs, spécialement formés à l'épidémiologie obstétricale, et ayant participé à l'élaboration du questionnaire.

Les renseignements sont recueillis d'abord à partir de documents écrits multiples (*tableau I*), le principal étant le « carnet rose de grossesse » où sont inscrits les comptes rendus des consultations prénatales (disponible chez 90 % des accouchées). Puis la mère est interrogée directement, ce qui permet de vérifier l'exactitude des autres sources, et de recueillir des informations spécifiques. La durée de cette interview est acceptable (20 mn en moyenne).

Le délai entre l'accouchement et le remplissage du questionnaire est bref, grâce à une organisation vigilante du signalement (signalement des décès sur répondeur-enregistreur téléphonique), qui permet au médecin-enquêteur de se rendre très vite au lieu d'accouchement.

3.2.3. Discussions d'évitabilité

Ces discussions, et les enseignements fructueux qui en découlent, ont déjà été expérimentées à l'échelon de Services hospitaliers d'Obstétrique et de Néonatalogie [12]. Elles ont pour but de faire l'identification des causes du décès, de déterminer son caractère évitable ou non, de décrire les actions préventives qui auraient pu être mises en œuvre pour l'éviter.

Préparées à partir d'une observation médicale établie par le médecin-enquêteur, qui reconstitue l'histoire de la grossesse et (éventuellement) l'histoire néo-natale, elles sont soigneusement argumentées autour de facteurs de risques décelables, et guidées dans ce sens par un document à compléter, inspiré du certificat O.M.S. des causes de décès périnatal [11].

Des questions « causes de décès » et « décès évitable » sont prévues dans le questionnaire épidémiologique (*tableau I*), rendant possible l'articulation entre l'étude des facteurs de risque et les résultats des discussions d'évitabilité.

3.3. Exploitation

3.3.1. Exploitation informatique des questionnaires

3.3.1.1. Bases de l'exploitation

Pour favoriser la Recherche-Action, l'exploitation a été conçue pour se faire en continu avec le déroulement de l'enquête, de sorte qu'à la demande des

professionnels locaux, des résultats partiels puissent être produits et utilisés dans des délais brefs.

Le choix a donc été fait, d'une structure d'exploitation décentralisée et autonome, c'est-à-dire capable de fonctionner en Guadeloupe même, avec des personnes relativement peu familiarisées à l'informatique.

Tenant compte de ce facteur-temps, les opérations se déroulent comme suit, en séquence.

3.3.1.2. L'entrée des données

— remise du questionnaire, dès remplissage, au secrétariat de l'enquête;

— codification sur la grille de chiffrage, incorporée au questionnaire, par une personne formée, disposant d'un manuel de codification précis;

— vérification logique à l'aide d'une « table des contrôles »;

— saisie sur micro-ordinateur, grâce à un logiciel spécialement adapté à ce type d'enquête cas-témoin, conçu par les chercheurs de l'ORSTOM.

3.3.1.3. Les sorties

On privilégie, en un premier temps, des traitements simples (tris à plat, tableaux croisés à 2 ou 3 variables). Secondairement, en fonction de la demande créée par ces premiers résultats, il sera procédé à des exploitations statistiques plus complexes.

3.3.1.4. La constitution du fichier définitif

Après un certain délai, le fichier de saisie des « cas » est complété de façon définitive par les informations venant des discussions d'évitabilité. Cette discussion peut être retardée du fait de la difficulté de reconstituer une histoire médicale complexe, et de la disponibilité des divers interlocuteurs de la discussion d'évitabilité.

3.3.2. Evaluation de l'intervention d'information et de sensibilisation

Elle est basée sur des indicateurs : taux de mortalité périnatale, taux de mortalité périnatale évitable, fréquence relative des diverses causes de décès, taux d'admission en néonatalogie et réanimation néonatale, taux des handicaps d'origine périnatale (qui sont identifiés et recensés en continu).

Elle devra tenir compte du fait que l'enquête s'inscrit au centre d'un programme d'interventions multiples, animé par la D.D.A.S.S. et désigné « Programme Périnatalité : Objectif 13 ‰ en 1988 »

[9]; outre le volet Recherche, les actions suivantes sont menées : amélioration de la surveillance des grossesses et des conditions d'accouchement, formation des personnels de santé, éducation de la population, évaluation des résultats. C'est en tant qu'élément primordial et moteur de ce programme que l'efficacité de l'enquête devra être jugée (mais il est à craindre que son effet isolé et spécifique ne puisse être mesuré précisément).

3.4. Mise en place des conditions de faisabilité sur le terrain

Elle est guidée par un protocole d'enquête détaillé.

Au préalable, l'accord des instances représentatives administratives et médicales du département a été sollicité.

Au niveau du questionnaire épidémiologique, l'anonymat des femmes enceintes et des nouveau-nés, des praticiens et des structures de soins, est respecté, et garanti par le Comité d'Organisation. Des règles strictes de confidentialité sont imposées à la circulation des copies de discussions d'évitabilité.

Puis chaque médecin-accoucheur, chaque responsable médical d'établissement d'accouchements, ainsi que les Chefs de Service de Néonatalogie, ont été contactés personnellement afin d'obtenir leur appui formel. Une relation directe, personnalisée, s'est établie entre eux et les médecins-enquêteurs.

L'ensemble des médecins de la Guadeloupe a été informé directement par un double courrier : une note d'information générale annonçant l'enquête, une « Note Technique » détaillant les objectifs et méthodes.

Des réunions d'information ont été organisées : auprès du corps médical, par l'intermédiaire de leur association représentative (Société Médicale Antilles-Guyane), auprès des personnels de la D.D.A.S.S., auprès des sages-femmes.

La population a été informée des buts de l'enquête par les médias audio-visuels.

Parallèlement, trois étapes ont été suivies :

— recrutement pour 2 ans, comme enquêteurs, de 2 médecins déjà expérimentés en périnatalité, et qui reçoivent une formation complémentaire à l'épidémiologie et à l'analyse des causes de décès;

— mise en place de structures de signalement et de recueil des données par la création de deux secrétariats, correspondant à deux zones géographiques d'importance équivalente : chacun d'eux dispose

d'une ligne téléphonique directe et d'un répondeur-enregistreur;

— attribution de leur rôle spécifique à tous les participants par le biais de « fiches de rôle » détaillant une série d'instructions précises de signalement en cas de décès périnatal. Certaines personnes sont désignées pour des tâches de responsabilités particulières au sein de l'enquête : sage-femme et secrétaire « responsables de l'enquête » dans chaque maternité, puéricultrice et secrétaire « responsables de l'enquête » dans chaque service de Néonatalogie.

Dès lors que tout a été en place, une pré-enquête a été réalisée, ayant pour but de tester, en grandeur réelle, l'efficacité et la fiabilité du dispositif, sur une période de quatre mois (septembre-décembre 1983), et qui a donné satisfaction.

Il est à noter qu'à l'exception de la formation préalable pendant 6 mois de l'un de médecins-enquêteurs et des trois vacations hebdomadaires (sur fonds C.O.R.D.E.T. *), ni la mise en place, ni le fonctionnement de l'enquête n'ont fait l'objet de dotations financières particulières : les moyens humains et techniques ont été puisés dans les ressources propres, déjà existantes, des organismes coopérant à ce travail.

4. DÉROULEMENT

Cette enquête, lourde et complexe, ambitieuse dans ses objectifs, et modeste dans ses moyens, a été lancée effectivement le 1^{er} janvier 1984.

Elle a duré 2 ans, afin qu'un nombre de cas (et de témoins) suffisant soit recueilli qui permette d'explorer les variables socio-économiques avec la possibilité de conclusions statistiques valables.

Son acceptabilité a été bonne. Les cas de décès périnatals pour lesquels l'enquête n'a pu être menée à bout sont rares (3 % des décès en 1984). Ils viennent de l'impossibilité, parfois, de retrouver la mère après sa sortie précoce de la maternité, et, exceptionnellement, de son refus de coopérer.

L'enquête a été acceptée par tous les professionnels, et aucun médecin ni sage-femme n'ont refusé leur participation lorsqu'ils étaient impliqués dans le signalement et la description d'un cas ou d'un témoin, ou dans les discussions d'évitabilité d'un cas.

* C.O.R.D.E.T. : Commission d'Orientation de la Recherche dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer.

Les enquêteurs avaient craint une réaction de rejet. Celle-ci a apparemment été évitée. Il est certain que la confidentialité et l'esprit de recherche, affichés dès le début, ont dû être les arguments les plus efficaces pour que l'enquête soit acceptée.

La démarche est considérée par les divers acteurs comme positive. Les médecins concernés par une mort périnatale expriment leur sentiment, ils acceptent la discussion franche et ouverte. Ils ont l'impression que cette discussion leur permet de mieux comprendre le mécanisme de l'accident qu'ils ont eu à gérer. L'intensité de cette sensibilisation est indiquée par les résultats des discussions d'évitabilité : en 1984, sur 167 décès, dans 56 % des cas la réponse a été : la mort était évitable. Ainsi, les équipes soignantes montrent qu'elles font réellement confiance à l'anonymat de l'enquête et à la qualité des enquêteurs. Ces réponses montrent de façon éclatante que la discussion induite par l'enquête a provoqué une interrogation profonde et véritable sur le cas, et peut-être sur la thérapeutique suivie.

Comme on l'a vu, cette action de sensibilisation est conçue pour s'étendre au-delà des responsables directs de l'accouchement ou de la prise en charge néonatale; de façon plus générale, il est vraisemblable que l'enquête a joué un rôle dans l'amélioration constatée du taux de mortalité périnatale : 19,8 ‰ en 1984 (fig. 1).

Les résultats détaillés de l'enquête concernant les facteurs de risques maternels de décès périnatal, les comportements médicaux, les causes des décès et leur évitabilité, feront l'objet de prochaines publications.

REMERCIEMENTS. — Nous remercions pour leurs conseils et leur aide technique dans la conception et l'organisation de l'Enquête : M^{me} le D^r Rumeau-Rouquette, M. G. Roger, M^{me} A. Guillaume, M. Ph. Hamelin.

Nous remercions pour leur coopération active au déroulement de l'Enquête : les membres du Collège de Gynécologie-Obstétrique et Périnatalogie de la Guadeloupe, les médecins et sages-femmes de P.M.I.

Références bibliographiques

1. CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE POINTRE-À-PITRE/ABYMES. Rapport relatif aux problèmes de fonctionnement des unités de néonatalogie. Pointe-à-Pitre, 1984.
2. DEBLAY M.F., VERT P. : Campagne « Bien Naitre en Lorraine ». *Concours Med.*, 1981, 103, suppl. n° 47, 87-89.
3. DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES. Rapport annuel 1982. Basse-Terre, 1983.
4. DOMENACH H., GUENGANT J.P. L'emploi en Guadeloupe. 1980. Schoelcher. INSEE-SIRAG (Doss. Ant. Guy. n° 8), 1984.
5. GUENGANT J.P., JAOUEN P. : La contraception en Guadeloupe. Communication présentée aux Journées de Gynécologie-Obstétrique de la Guadeloupe. Ed. Maternité Consciente, Pointe-à-Pitre, 1980.
6. INSEE. Résultats du recensement de la population dans les départements d'Outre-Mer : Guadeloupe, Paris, INSEE, 1983.
7. INSERM. Recherche-Action (Ia) en santé (RAS) à l'INSERM. Rapport d'un groupe de réflexion à M. le Directeur Général de l'INSERM. Paris, 1979.
8. INSPECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SANTÉ. Maternités et Services de Gynécologie-Obstétrique, Guadeloupe, 1983, Rapport de Synthèse. Basse-Terre, 1984.
9. OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ. Périnatalité, Objectif 13 pour 1 000. Basse-Terre, Inspection départementale de la Santé, 1984.
10. O.M.S. Tableaux et Approches nouvelles dans la prestation des soins aux mères et aux enfants par les Services de Santé. *Sixième rapport du Comité O.M.S. d'Experts de la Santé maternelle et infantile* (Série technique n° 600). Genève, 1976.
11. O.M.S. Manuel de Classification internationale des Maladies. Traumatismes et causes de décès. *Révision*, 1975, vol. n° 1, Genève, 1977.
12. PAPIERNIK E. : Evolution des statistiques de mortalité et de mortalité néonatale précoce dans le Service de Clamart : 1974-1976. In : Les morts périnatales évitables. *Glaxo*, Paris, 1977.
13. ROGER G. : Etude de la périnatalité dans l'Hérault : compte rendu d'expérience : *rapport méthodologique n° 2 révisé*. Communication personnelle, 1980.
14. RUMEAU-ROUQUETTE C. et al. Naitre en France. Enquêtes nationales sur la grossesse et l'accouchement, 1972-1976. *INSERM*, Paris, 1979.
15. SCHWARTZ D. : Pathologie industrielle. Approche épidémiologique. In : La Recherche épidémiologique (LAZAR P., ed.) *Flammarion*, Paris, 1969.

Caunes F. de, Fallope L., Berchel C., Guengant Jean-Pierre,
Demeulemeester R., Romana-Monpierre G., Papiernik E.
(1986)

Un exemple de recherche-action sur la mortalité périnatale
en Guadeloupe (1984-1985) : 1. Objectifs et méthodologie

Journal de Gynécologie et Obstétrique et de Biologie
Reproductive, 15, 583-591

ISSN 0368-2315