

1934  
U

REPORTS OF THE GOVERNMENTS OF THE ORGANIZATION ON  
PUBLIC HEALTH CONDITIONS AND PROGRESS ACHIEVED  
DURING THE PERIOD BETWEEN THE XVIII AND THE  
XIX PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCES

REPORT OF FRENCH ANTILLES

## I - EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE

Les trois départements des Antilles et de la Guyane Française ont une physionomie très différente. Tandis que la GUADELOUPE et la MARTINIQUE possèdent pour une surface limitée 1 778 km<sup>2</sup> et 1 100 km<sup>2</sup> un nombre d'habitants assez important 312 700 habitants et 320 000 habitants au dernier recensement qui remonte à 1967, la GUYANE pour une superficie de 90 000 km<sup>2</sup> ne totalisait que 46 803 habitants à la même date.

Les taux d'accroissement (autour de 2,5 % en 1968) de la population sont élevés, mais ont tendance à diminuer aux Antilles sous la double influence de la baisse de la natalité et de l'émigration.

La baisse de la natalité est surtout sensible en MARTINIQUE. Le nombre de naissances y est passé de 10 474 en 1968 à 7 334 en 1973 ce qui, compte tenu des estimations de population actuelle correspond à des taux de 32 et 23 ‰ habitants.

L'évolution est un peu moins rapide en GUADELOUPE.

Elle est la conséquence de l'utilisation progressive des méthodes contraceptives qui commencent à se répandre.

Quant à la GUYANE elle enregistre une situation à peu près stable mise à part une chute nette des naissances (en 1973 1 474 naissances contre 1 647 en 1972) qui est peut-être épisodique.

Les émigrations proviennent surtout des départs des jeunes vers la France Métropolitaine pour des motifs professionnels.

Il n'existe pas encore d'université médicale aux Antilles. La question en est actuellement aux études préliminaires. Les étudiants se rendent en majorité à BORDEAUX mais les périodes de stages terminaux se font dans les hôpitaux locaux ce qui favorise le retour dans ces départements des jeunes médecins.

## II - LA SITUATION SANITAIRE

Les données dont on dispose pour évaluer l'évolution de la situation sanitaire sont surtout celles qui concernent la mortalité. En effet celles qui ont trait à la morbidité proviennent le plus souvent des déclarations des médecins qui

même quand elles sont obligatoires ont un caractère très partiel et ne reflètent pas la situation réelle. Elles permettent cependant parfois d'approfondir quelques tendances à l'aide de recouplements.

Quelques enquêtes particulières ont été menées localement ou sur le plan national. C'est le cas pour les parasitoses où les services de santé ont procédé à des études localisées, et où l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale procède actuellement à une enquête épidémiologique.

Une enquête systématique a été menée également en GUADELOUPE sur les différents gîtes des schistosomes par l'association de différents départements de recherche nationaux.

Des données disponibles résultent un certain nombre d'observations.

Dans certains domaines comme celui de la P.M.I. des progrès ont été réalisés aux Antilles.

En 1973 le taux de mortalité infantile était de 30,76 pour 1000 naissances vivantes en MARTINIQUE, 36,6 ‰ en GUADELOUPE.

Les statistiques recueillies en GUYANE sont beaucoup moins favorables. Depuis 1970 les taux de mortalité infantile se maintiennent aux alentours de 46 ‰ naissances vivantes. Toutefois en 1973 on constate une hausse brutale, dont on recherche l'explication, à 61 ‰.

Dans ces chiffres figurent évidemment les décès enregistrés parmi les populations migrantes qui sont très importantes en GUYANE.

La mortalité est elle-même encore trop élevée bien qu'elle ait accusé une baisse sensible. Elle dépasse cependant partout 30 ‰ naissances.

La mortalité maternelle ne diminue que lentement.

La mortalité par tuberculose a beaucoup diminué. Elle oscille autour de 10 ‰ dans les Antilles depuis ces dernières années. Si l'on se base sur le nombre de déclarations effectuées (la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire) on constate au fil des années une tendance nette à la diminution (en GUADELOUPE 119 cas déclarés en 1973 contre 241 en 1970, en Guyane 24 en 1973 contre 56 en 1971).

Les chiffres de la MARTINIQUE sont plus fluctuants. La tuberculose des enfants devient rare.

La situation sanitaire est très satisfaisante en ce qui concerne la poliomyélite. Deux cas seulement ont été enregistrés en GUYANE en 1973.

Pour d'autres affections la situation est sensiblement stationnaire. C'est le cas pour le tétanos ou l'on constate chaque année un ou plusieurs décès en GUYANE, 8 à 10 en GUADELOUPE, autour de 5 en MARTINIQUE.

Les cas déclarés de typhoïdes et de paratyphoïdes sont également stationnaires. Les déclarations sont beaucoup plus nombreuses en MARTINIQUE (31 en 1973).

La diphtérie n'a pas totalement disparu. Quelques cas isolés apparaissent encore et surtout un foyer s'est déclaré en 1970 en GUADELOUPE : 121 cas et 8 décès. Bien que la vaccination soit obligatoire on s'est aperçu à cette occasion qu'une proportion notable d'enfant y avait échappé.

Les cas connus de lèpre ne montrent pas d'évolution favorable : aux alentours d'une centaine de nouveau cas en GUADELOUPE chaque année, d'une trentaine en MARTINIQUE, d'une cinquantaine en GUYANE.

On ne peut pas tirer de conclusion sur les chiffres plus faibles observés en MARTINIQUE car le dépistage y est moins intense.

Cependant d'une façon générale, un élément favorable est à considérer, la précocité des dépistages.

L'alcoolisme se maintient à un taux élevé bien qu'une étude sur la consommation du rhum en MARTINIQUE montre une diminution considérable de cette consommation dans l'île. Toutefois la mortalité dans ce même département oscille entre 7 et 11 pour 100 000 habitants.

L'alcoolisme est responsable d'un très grand nombre d'hospitalisations en milieu psychiatrique.

Il est extrêmement difficile d'évaluer les tendances des maladies vénériennes en raison de l'inconstance des déclarations pourtant obligatoires.

En GUADELOUPE par exemple on obtient les chiffres suivants :

- 309 déclarations de syphilis en 1971
- 312 déclarations de syphilis en 1972
- 154 déclarations de syphilis en 1973.

En GUYANE les chiffres sont de :

- 41 syphilis en 1971
- 94 syphilis en 1972
- 76 syphilis en 1973

Il faut cependant se garder de conclure <sup>à</sup> l'augmentation réelle des cas car l'accroissement des déclarations en 1972 a correspondu à l'introduction d'un médecin spécialiste dans le département et à une amélioration certaine des déclarations.

Un sujet de préoccupation au cours de ces dernières années a été le paludisme, on a en effet constaté en GUYANE un accroissement considérable du nombre de cas :

- 41 en 1970
- 112 en 1971
- 161 en 1972
- 375 en 1973

Il s'agissait toujours de PLASMODIUM FACIPARUM.

Deux caractéristiques principales à cette poussée de paludisme :

- 1) Les cas ont débordé les zones d'attaque de forêt pour se propager à la région côtière urbanisée où se sont rassemblés la majorité des cas.
- 2) Des cas de résistance à la CHLOROQUINE ont été décelés et traités par le FANSIDAR.

Les mesures nécessaires ont été prises et on assiste actuellement à une régression nette de la poussée.

Aucun cas n'est noté depuis des années aux Antilles.

Les parasitoses constituent un des problèmes les plus importants. Les statistiques de mortalité et les déclarations reflètent mal la situation en raison des intrications pathologiques multiples.

Des enquêtes partielles sur des enfants scolarisés ont montré que les contaminations atteignaient jusqu'à 90 % de cette population, le plus souvent il s'agit de polyparasitoses.

En GUADELOUPE, et à un moindre degré en MARTINIQUE, on observe le nombreux cas de schistonomias.

Cette situation offrant un caractère de gravité, le gouvernement a décidé d'inscrire les parasitoses parmi les priorités et de compléter son information par des enquêtes épidémiologiques sur lesquelles pourront s'appuyer les actions à développer.

Il n'est pas mentionné de dengue mais on commence à mettre en place une surveillance épidémiologique de cette affection.

### III - LA PROGRESSION DES MOYENS

Les moyens dont disposent les trois départements sont en progression quantitativement et qualitativement.

Le nombre de médecins atteint en 1973 en MARTINIQUE 288 (contre 207 en 1970) soit 0,8 ‰ habitants;

En GUADELOUPE 205 (contre 174 en 1971) soit : 0,6 ‰ habitants ;

En GUYANE 41 soit : 0,9 ‰ habitants.

Leur nombre est cependant loin d'atteindre les chiffres souhaitables et les efforts de formation sont activement développés.

En outre la concentration dans les villes laissant ces régions rurales trop démunies est la règle, les médecins étant concentrés sur FORT DE FRANCE en MARTINIQUE, POINTE A PITRE et BASSE TERRE en GUADELOUPE, CAYENNE en GUYANE.

En dehors du système hospitalier qui a un recrutement propre, l'exercice de la médecine de soins est libéral comme dans le reste de la FRANCE, à l'exception de la GUYANE où, en dehors de CAYENNE, ce sont des médecins dépendant des services de santé qui l'assurent.

Dans les autres départements, seuls les médecins de prévention dépendent des services de santé.

Les établissements hospitaliers sont en général bien répartis et globalement suffisants sur le plan quantitatif.

Seule la répartition des lits entre les différentes disciplines demande parfois à être corrigée : légère insuffisance des services chirurgicaux en MARTINIQUE, déficit net des lits de maternité en GUYANE sous la pression de l'accroissement des accouchements en maternité.

La répartition des lits suivant les trois grandes disciplines dans chaque département est indiquée ci-dessous :

Nombre de lits et indices lits population dans les principales disciplines.

	MARTINIQUE		GUADELOUPE		GUYANE	
	NOMBRE DE LITS	INDICES L/P	NOMBRE DE LITS	INDICES L/P	NOMBRES DE LITS	INDICES L/P
Médecins et spécialités médicales	1 802	5 %	1 728	5 %	276	6,1 %
Chirurgie	728	2,1 %	1 025	3 %	151	3,5 %
Gynécologie obstétrique	728	1,1 %	423	1,2 %	28	0,6 %

C'est donc essentiellement sur la qualité des services et non sur leur augmentation que l'on oriente les efforts : élévation du niveau technique par une amélioration des installations et surtout par la qualification améliorée du personnel.

C'est ainsi que l'on voit peu à peu se développer la tendance vers certaines spécialisations essentielles et qui manquaient jusqu'à présent : pédiatrie, cardiologie par exemple.

En même temps le nombre de médecins utilisés à plein temps dans les hôpitaux augmentent de façon régulière ainsi que le nombre d'infirmières.

Les hôpitaux les plus importants sont en voie de rénovation ou de reconstruction,

- par exemple à POINTE A PITRE et FORT DE FRANCOIS ce qui améliorera l'évolution souhaitable.

Les dispensaires sont très décentralisés et rapprochés de la population. Ils assurent en GUYANE la totalité des soins curatifs et préventifs, sont seulement des centres de prévention en GUADELOUPE et assurent les soins infirmiers et la prévention en MARTINIQUE.

#### IV - LA POLITIQUE ET LES ACTIONS POURSUIVIES

On peut caractériser la politique que l'on cherche à poursuivre par plusieurs options essentielles :

1 - l'accent mis sur la prévention en particulier la prévention primaire ;

2 - l'intégration progressive de la prévention dans le système de soins ;

3 - le renforcement de la concentration des actions entreprises qu'elles dépendent ou non exclusivement du dispositif de santé ;

4 - le développement des soins ambulatoires afin de réduire au maximum les hospitalisations.

Il s'agit là d'une progression lente qui suppose de surmonter des préjugés et ces habitudes inhérentes à la médecine traditionnelle.

Cependant le développement des mesures de prévention primaire comme l'amélioration de la nutrition, l'assainissement et, dans le domaine de la santé mentale, le maintien de condition de vie favorisant l'équilibre, est primordial. En ce qui concerne l'alimentation des enfants souvent carencée en protéines, la généralisation des cantines scolaires a permis d'améliorer déjà certaines situations. Beaucoup reste à faire notamment chez les plus jeunes enfants.



L'amélioration des mesures d'assainissement et d'alimentation de toutes les habitations, même isolées, en eau potable fait l'objet d'une étude surtout dans le cadre d'actions concertées pour la lutte contre les parasitoses. Ces mesures dépassent évidemment le cadre des seules parasitoses.

L'intégration de la prévention dans le dispositif général de soins se met en place de façon sporadique. Il n'est pas aisé de passer d'un système séparé au système intégré. Elle est cependant réalisée en GUYANE pour la lutte contre la lèpre, commence à s'organiser pour la lutte contre les maladies vénériennes et la tuberculose, se développe peu à peu pour la santé mentale.

Le principe est de charger une équipe médicale à la fois d'un service d'hospitalisation et d'un secteur de prévention.

Les actions concertées trouvent un bon exemple dans le programme de lutte contre les parasitoses actuellement en cours d'étude dans les Antilles.

Il s'appuie sur une enquête épidémiologique et prévoit une progression par zones d'une série de mesures systématiques.

- éducation de la population
- assainissement
- dépistage et traitement.

Une zone pilote a été choisie en GUADELOUPE pour essayer les méthodes.

Sans vouloir décrire les actions entreprises au cours de ces dernières années nous insisterons sur certaines d'entre elles plus intéressantes à analyser.

En matière de protection maternelle et infantile on a essayé d'améliorer la situation dans plusieurs axes et notamment le renforcement de la surveillance sanitaire auprès des sujets à hauts risques qu'il s'agisse de futures mères ou des jeunes enfants.

A cet effet des maternités mieux équipées ont mises en place à FORT DE FRANCE et POINTE A PITRE de même en GUYANE.

Des services de pédiatrie ont été mis en place à BASSE TERRE, à CAYENNE, renforcés à POINTE A PITRE et FORT DE FRANCE, cela avec la volonté d'aboutir à une symbiose entre les aspects curatifs et préventifs comme on l'a déjà signalé.

Le département de la GUADELOUPE qui ne possédait pas, seul parmi les trois départements, de médecins responsable de la P.M.I. en a recruté un en 1973.

Les centres de P.M.I. sont suffisamment nombreux mais insuffisamment fréquentés. Un double effort est poursuivi : l'éducation de la population et l'élévation du niveau technique des centres.

Par contre le nombre d'accouchements en milieu hospitalier représente la quasi totalité, surtout aux Antilles. Mais les délais de transports sont encore parfois excessifs et le travail trop prolongé.

En matière de lutte antituberculose la nouvelle organisation assurant la continuité entre la prévention et les soins se met en place. Ces dernières années ont vu la généralisation de la vaccination B.C.G. et l'intensification des dépistages radiophotographique chez les adultes.

Il convient d'améliorer notre connaissance épidémiologique des groupes les plus exposés afin d'orienter le dépistage en fonction des risques les plus élevés.

Enfin certaines actions de dépistage ou de prévention telles que les vaccinations doivent peu à peu être davantage intégrées dans l'ensemble des services de santé publique où ils ne le sont encore que trop modestement.

Les vaccinations ont été développées avec succès. Les vaccinations obligatoires sont celles contre la variole, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose.

En GUYANE seulement la la vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire pour les personnes qui y séjournent plus de 15 jours.

D'une façon générale on peut dire que la population jeune est bien vaccinée à 80 % environ. Mais à part le département de la MARTINIQUE qui a développé des vaccinations précoces, elle l'est trop tardivement et c'est dans ce sens que l'on doit orienter la politique.

Le dépistage de la lèpre s'est développé en GUYANE il est systématique chez les enfants. En GUADELOUPE il est maintenant bien établi et débute à la MARTINIQUE où un médecin responsable de l'organisation générale vient d'être désigné.

On attache une réelle importance à une infrastructure suffisante sur le plan de la santé mentale et à une présence psychiatrique dans les équipes hospitalières et de santé publique. C'est dans ce sens que s'organise la lutte contre les maladies mentales, rapprochant le plus possible de la population les consultations ou les conseils. La rapidité de l'évolution est freinée par le nombre encore limité de psychiatres mais, depuis déjà plusieurs années, la psychiatrie aux Antilles n'est plus seulement exercée dans l'enceinte d'hôpitaux psychiatriques.

La lutte contre le paludisme en GUYANE a été reconsidérée récemment au moment de la poussée des cas signalés.

La lutte antianophèle sous forme de pulvérisation de D.D.T. bi-annuelle, le traitement chimioprophylactique et les enquêtes sont systématiques.

Les résistances de l'anophèle et du plasmodium font l'objet de vérifications répétées. Jusqu'à présent on n'a pas observé de résistance au D.D.T. de l'anophèle.

Par contre les résistances du plasmodium à la chloroquine constatées dans quatre cas rendent d'autant plus vigilant à cet égard.

La lutte contre l'aedes Aegypti se heurte à des difficultés liées essentiellement à des problèmes d'organisation, d'encadrement, et de continuité d'action.

Le changement fréquent des responsables est un des facteurs d'échec aux Antilles. Les indexes stégomyiens demeurent élevés et dépassent constamment 10. En GUYANE par contre ils avoisinent 0 dans la plupart des localités.

Une réorganisation des services de lutte anti-aedes est en cours aux Antilles mais il s'agit avant tout de persévérer.

Telles sont les principales lignes de développement de la situation sanitaire dans les trois départements des Antilles et de la GUYANE au cours de ces dernières années.

Malgré les améliorations obtenues dans certains domaines celle-ci reste encore sujet de préoccupations et demande une mobilisation constante.

On se trouve désormais bénéficiaire d'une infrastructure déjà assez solide qui permet d'espérer pour l'avenir des résultats favorables.

Les efforts poursuivis porteront essentiellement sur la qualité des soins, le personnel et l'organisation de façon à harmoniser les actions développées dans les secteurs d'activités multiples de la santé publique et en particulier les secteurs préventifs et curatifs.

1974

GUYANA

Important Developments and Advance in Health from  
1970 - 74.

In the Health Plan which was completed in 1970, the Government of the Co-operative Republic of Guyana accepted responsibility for:

- (i) Ensuring the provision of high quality basic health services to all its citizens;
- (ii) ensuring the equitable distribution of health services throughout the country in order that such services will be within reasonable distance of all citizens;
- (iii) dealing with problems and situations which are beyond the capacity of the individual to solve.

The objectives of the Ministry of Health were determined to be:

- (i) Improvement of the Health Services both qualitatively and quantitatively;
- (ii) minimization and effective utilization of available financial material and human resources;
- (iii) emphasising the preventive and promotional aspects of health care;
- (iv) integration of the Curative and Preventive Services so that the concept of a comprehensive Health care programme for the individual and his family could be developed;
- (v) reduction of the mortality and morbidity rates, and increasing the life expectancy at birth to comparable levels of the developed countries.

To attain these objectives, high priority was given to the training and development of human resources. PAHO/WHO assistance was given in the form of Short Term Fellowships for the training of local staff and in visits by PAHO/WHO Short Term Consultants. The Ministry of Health continued its customary training and these programmes were evaluated and curricula up-graded and improved. The following categories of workers were affected.

- (i) MEDICAL TECHNOLOGISTS;
- (ii) PHARMACY STUDENTS;
- (iii) PUBLIC HEALTH NURSES AND PUBLIC HEALTH INSPECTORS;
- (iv) PROFESSIONAL NURSES AND NURSING ASSISTANTS;
- (v) DISPENSERS;
- (vi) NUTRITION AIDES;
- (vii) DIETETIC AIDES;
- (viii) HEALTH EDUCATION AIDES;
- (ix) DENTAL AUXILIARIES;

Other important developments and advances were made in the following areas:

(i) Maternal & Child Health

A Maternal and Child Health Committee was set up and a manual was prepared. A special pilot malnutrition clinic was set up at the referral hospital in Georgetown and family counselling services were made a part of the Maternal and Child Health Services.

(ii) Veterinary Public Health.

A Veterinary Public Health Unit was established in the Ministry during the latter part of 1972. Its specific objectives are:

- (a) the control and eradication of diseases that are transmissible from animals to man
- (b) the development and execution of effective programs of meat and milk hygiene and public health research;
- (c) the education and training of professional and auxiliary workers in the veterinary aspects of Public Health;
- (d) improvement in the disease reporting and surveillance system.

To accomplish these, a program of surveys was undertaken during 1973. The surveys covered slaughter houses, meat processing establishments, municipal establishments, milk plants, existing dairies, existing manpower in meat and milk inspection services, available laboratory facilities for meat and milk control. A sample survey for the presence of leptospirosis and brucellosis in the human and animal population was also undertaken. A comprehensive report covering the findings of the survey and recommendations for a program of work was submitted.

(iii) Health Education.

The head of this unit who had received a PAHO/WHO Fellowship returned in 1970 and resumed duty. The objectives of the unit are:

- (i) Improvements in the administrative structure to facilitate both increase services and efficiency of the unit.
- (ii) improve planning and organization of the educational component of Ministry of Health Programmes;
- (iii) Staff Education and Public information.

Most of these objectives are being met, but the greatest impact has been made in the Maternal and Child Health Programmes and the School Health Education Programme. In this latter programme a School Health Education Committee was formed in 1973 and the following activities initiated:

- (i) Review and design of the health curriculum for primary schools to cover 7 basic areas;
- (ii) selection of pilot schools for testing participation in the project;
- (iii) testing booklets for the youngest school age groups - for level of comprehension and relevance;
- (iv) a Health Teaching Workshop for Kindergarten teachers.

This Unit was also involved in the current training programme of Public Health Inspectors, Public Nurses, Medical Auxiliaries and the teaching of Health to College and Secondary teachers.

(iv) Nursing

Attention has also been paid to the Curricula basic nursing programmes. The Nursing Assistant programme has been evaluated and recommendations made for improvement. A tool has been developed for studying the activities of midwives in Regional hospitals, Districts Hospitals and domiciliary service with a view to determining their utilization.

(v) Nutrition

A National Food and Nutrition Survey took place from mid April to late June, 1971 through the collaborative efforts of the Government of Guyana and the Caribbean Food and Nutrition Institute. The Final Draft Report became available

in early 1974.

Recommendations for action were made in the following areas:

- (i) Food Economics (Importation and Development);
- (ii) Food Production;
- (iii) Clinical Procedures
- (iv) Education and Promotion
- (v) Facilities and Services.

The Report is now being studied and plans are being made for implementation of these recommendations. The Public Health Nutritionist who was appointed in April, 1974 is also developing with assistance from PAHO/WHO Consultant a National Food and Nutrition Policy.

(vi) Epidemiological Surveillance.

A Medical Officer of Health who received training through a PAHO/WHO Fellowship returned in late 1973. He is now engaged in the organization of a Unit.

(vii) Sewage and Water Services

These are not under the control of the Ministry of Health but mention must be made that feasibility studies, plans and designs for the implementation of improved sewage systems in the main and rural areas of population control have been initiated. Pure Water supply system is also being expanded by the relevant body to ensure that adequate supplies of water are available not only for the improvement of health standards but also to meet the requirements of agricultural and industrial development.

(viii) Administration.

In order to improve the efficiency at the central level the Ministry of Health with assistance from PAHO/WHO has initiated studies evaluating the administrative machinery.