



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion - 2003

PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ EN COMMUNES ISOLÉES DE GUYANE

Françoise RAVACHOL

Sommaire

INTRODUCTION	1
Contexte :.....	1
se pose alors la question :.....	2
Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :	3
L'étude de la problématique sera décrite en quatre phases :.....	3
L'intérêt du médecin inspecteur de santé publique dans l'élaboration de ce travail	5
1 - PREMIÈRE PARTIE : ÉTAT DES LIEUX	7
1.1 L'influence de la géographie.....	7
1.2 L'histoire des structures sanitaires en communes isolées.....	8
1.3 Les influences socio-économiques, démographiques et culturelles.	12
1.4 les difficultés des collectivités locales et des services déconcentrés de l'état.	16
1.5 L'état de santé de la population.....	21
1.6 Organisation sanitaire actuelle en communes isolées.....	24
2 - DEUXIÈME PARTIE : AUTRES EXPÉRIENCES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA SANTÉ.....	28
2.1 Les centres de santé en France hexagonale	28
2.2 Les centres locaux de santé communautaire au Québec (CLSC).....	30
2.3 Mayotte.....	31
2.4 Le Surinam.....	33
2.5 Le Brésil.....	34
3 - TROISIÈME PARTIE : ENTRETIENS AUPRÈS DES DÉCIDEURS, ACTEURS ET USAGERS.....	37
3.1 La perception de la santé et les champs pouvant la couvrir	37
3.2 La perception pour les acteurs et décideurs de la qualité de prise en charge de la santé en communes isolées.....	38
3.3 La perception pour les usagers de la qualité de prise en charge et leurs attentes	39
3.4 Propositions d'actions pour améliorer la prise en charge de la santé en communes isolées.....	41
3.5 Quelles seraient les limites au développement de ces propositions ?	49
3.6 Quelle serait la place de chacun dans ces propositions ?.....	54

3.7	Conclusion des entretiens.....	57
4 -	QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....	58
4.1	L'instance de coordination.....	58
4.1.1	Quelle instance choisir ?.....	58
4.1.2	Transitoirement pour l'année 2003.....	61
4.1.3	Ultérieurement dès 2004 :.....	62
4.2	L'organisation sur le terrain.....	63
4.2.1	Création de centres locaux d'action de santé :.....	63
4.2.2	Territorialisation.....	64
4.2.3	Fonctionnement.....	64
4.2.4	Actions de terrain en fonction des champs.....	65
4.3	Suivi et évaluation des actions.....	67
4.4	La coopération sur le plan local.....	68
	CONCLUSION.....	69
	Bibliographie.....	70
	Liste des annexes.....	74

Liste des sigles utilisés

AEC : Association des états de la Caraïbe
AME : Aide médicale d'État.
ARH : Agence régionale d'hospitalisation
ASE : Aide sociale à l'enfance
CAF : Caisse d'allocation familiale
CARICOM : Communauté des États de la Caraïbe
CCCL : Communauté des communes du centre littoral
CEEG : Communauté des communes de l'Est guyanais
CCOG : Communauté des communes de l'Ouest guyanais
CHAR : Centre hospitalier André Rosemon (Cayenne)
CHOG : Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (St Laurent du Maroni)
CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie
CLSC : Centres locaux de santé communautaire
CMC : Centres de médecine collective
CMU : Couverture maladie universelle
CPER : Contrat de plan État / Région
CRS : Conférence régionale de santé
CSI : Centres de soins intégrés
CSP : Code de la santé publique
DEFM : Demande d'emploi en fin de mois
DSDS : Direction de la santé et du développement social
DSP : Direction de la solidarité et de la prévention
EMIPS : Équipe mobile de prévention du sida
GIP : Groupement d'intérêt public
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
MIR : Médecin inspecteur régional
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONG : Organisation non gouvernementale
ORSG : Observatoire régional de santé de Guyane
PAHO : Pan américain health organisation
PMI : Protection maternelle et infantile
PRAPS : Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
TIC : Technologies de l'information et de la communication

INTRODUCTION

CONTEXTE :

La Guyane est une terre d'exception, située aux portes de l'Amérique du Sud. Elle constitue le plus grand département français par ses 83 534 km², aussi vaste que le Portugal (annexe V), très faiblement peuplée mais dont la jeunesse de la population est la plus importante de France.

C'est un département des extrêmes, où les atouts liés à ses particularités peuvent également devenir des handicaps. Il pourrait cependant avoir l'ambition de devenir la vitrine de l'Europe sur ce continent.

Deux mondes y cohabitent, le littoral profitant d'infrastructures et de services quasi similaires aux pays industrialisés, et les communes dites « de l'intérieur » dont l'organisation et les ressources les rapprochent des pays en voie de développement.

Ces communes, par leur isolement géographique, souffrent d'un grave retard de développement structurel. Huit sites sont tout particulièrement concernés. Deux communes de l'Est guyanais sur les rives du fleuve Oyapock, frontalier avec le Brésil, quatre communes de l'Ouest, sur les rives du fleuve Maroni, frontalier avec le Surinam, et deux petites communes au cœur de la forêt amazonienne. À ce jour, aucune de ces communes n'est accessible par la route, leur desserte ne peut s'effectuer, à partir du littoral, que par avion, hélicoptère ou pirogue (annexe III).

Il existe donc deux Guyanes, l'une du littoral et l'autre de l'intérieur où les modes d'organisation et de gestion ne peuvent être identiques. Tous les secteurs sont concernés par cette disparité : le développement des infrastructures, l'éducatif, l'emploi, le social et le sanitaire.

Actuellement, on peut estimer que du point de vue sanitaire, le littoral est encore insuffisamment doté en hôpitaux, cliniques, médecins et paramédicaux libéraux. Mais cette situation est sans aucune mesure avec celle de l'intérieur de la Guyane qui reste équipé depuis la colonisation, faute d'alternative, de centres de médecine collective ayant principalement une vocation à la médecine de premier niveau.

Historiquement, cette prise en charge de la santé en site isolé n'a jamais été totalement satisfaisante. Mais, du fait d'une très faible densité de population et d'un seuil d'exigence moindre, un état d'équilibre rendait cette prise en charge tolérable.

Mais depuis plus de dix ans, une immigration difficilement contrôlable sur l'ensemble du territoire, qui n'a pas épargné ces sites isolés, couplée à un taux de natalité le plus élevé de France, a modifié complètement ce contexte. Les pouvoirs publics, faute d'avoir pu prévoir

cette évolution, n'ont pu s'y adapter et le retard structurel déjà patent est devenu très préoccupant.

Il a fallu alors organiser la prise en charge sanitaire d'une population ayant été multipliée par dix en une décennie, pour la plus grande partie de nationalité étrangère, avec des ressources et un mode de gestion quasiment inchangés.

Malgré une volonté politique très forte du Conseil général depuis la décentralisation, d'assurer la prise en charge de la santé en site isolé, les difficultés financières et techniques l'ont obligé à céder depuis le 1^{er} janvier 2000 une part de cette activité à l'hôpital de Cayenne.

Dès lors, les activités curatives et préventives sont séparées. Elles sont gérées pour les activités de soin, par le centre hospitalier de Cayenne et pour les activités de prévention relevant de ses compétences, par le Conseil général.

On pouvait espérer que, par ce recentrage des compétences, le Conseil général aurait pu assurer plus facilement ses prérogatives en matière sanitaire et sociale, mais la situation a été totalement différente, quoique prévisible.

En effet, au 1^{er} janvier 2000, la partition a laissé la quasi-totalité du personnel qualifié, des équipements et des locaux au centre hospitalier, afin de garantir la poursuite de l'activité de soins. Les équipes de prévention sont devenues virtuelles dans la plupart des sites, sans moyens humains, ni locaux, ni plateaux techniques.

En deux ans, l'hôpital a renforcé son action en commune, mais les équipes du Conseil général sont restées exsangues, pour de multiples raisons qui resteraient à préciser. Ce déficit de prise en charge a favorisé l'émergence de gros problèmes sanitaires et sociaux, dont la presse locale et nationale se sont fait écho : épidémie de coqueluche, endémie de sida, problèmes secondaires aux carences d'adduction d'eau potable, d'assainissement, intoxication mercurielle, malnutrition, émergence de la prostitution et de la délinquance liés à l'orpaillage, sans oublier une recrudescence de la toxicomanie.

SE POSE ALORS LA QUESTION :

« Pourquoi persiste-il des problèmes dans la prise en charge de la santé dans ces sites isolés ? »

PLUSIEURS HYPOTHESES PEUVENT ETRE AVANCEES :

- La situation critique, sanitaire et sociale, en communes isolées n'est pas perçue comme une priorité par les décideurs.
- Le retard de développement structurel est un obstacle à cette prise en charge.
- Les difficultés logistiques, organisationnelles, financières ne permettent pas d'assurer des prestations de qualité.
- L'organisation administrative du champ des compétences sanitaires et sociales n'est pas adaptée.

L'ETUDE DE LA PROBLEMATIQUE SERA DECRITE EN QUATRE PHASES :

selon la méthode suivante :

La première partie : « état des lieux », est essentiellement de source bibliographique, et résulte de la consultation de rapports et travaux récemment publiés, tant par les élus locaux que par les missions d'experts venus de métropole (inspection générale des affaires sociales (IGAS), Sénat, Assemblée Nationale, cabinets d'experts). Il y est analysé les déterminants sanitaires et sociaux dans le département et tout particulièrement en site isolé. Ce chapitre permettra de mieux comprendre le contexte local et les différentes perceptions des rédacteurs sur la crise guyanaise.

D'autres données sont issues de rapports d'activités des structures de soin, de la pan américain health organisation (PAHO), de statistiques ou indicateurs d'administrations comme l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la Caisse d'allocations familiales (CAF), l'administration fiscale, la Direction du travail, de la Direction de la santé et du développement social (DSDS).

La deuxième partie : « autres expériences de prise en charge globale de la santé », est consacrée à l'étude des différents types de prise en charge de la santé dans des situations analogues: éloignement, retard structurel, difficultés sociales et économiques, en Métropole, au Canada, à Mayotte, au Surinam et au Brésil.

Ces données sont issues des expériences d'acteurs de santé guyanais, pour le Brésil, le Surinam, Mayotte et le Canada, et de données bibliographiques pour la France hexagonale.

La troisième partie : « entretiens auprès des décideurs, acteurs et usagers », est réservée aux entretiens auprès des acteurs, des décideurs et des représentants d'usagers, œuvrant dans le champ de la santé en Guyane (tableau n°1). Ils nous permettront de mieux comprendre la perception de chacun d'entre eux dans ce domaine, de connaître leur projet et leurs engagements respectifs.

Les grilles d'entretien préalablement préparées pour répondre aux hypothèses (annexe I et II) ont évolué au détours des interviews, afin d'intégrer des domaines jugés importants par les personnes interrogées.

Deux grilles ont alors été finalisées :

- La première (annexe I) :
 - destinée aux sept principaux acteurs de santé, de terrain ou institutionnels, (directeur de la DSDS, médecin inspecteur régional -MIR- (ancien praticien de site isolé), directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, directeur de l'hôpital de Cayenne (CHAR), médecin chef de services des centres de santé (assurant également des tournées sur site), directeur adjoint de la direction de la solidarité et de la prévention (Conseil général), directeur de l'hôpital de Saint Laurent (CHOG).
 - destinée à 5 élus locaux, elle intéresse les collectivités locales (Président du Conseil général, Président du Conseil régional, Président de la communauté des communes de l'ouest guyanais (CCOG), Président de la communauté des communes de l'est guyanais (CCEG), Conseiller général et Maire d'une commune isolée).
- La deuxième (annexe II) destinée aux représentants des usagers (un médiateur culturel et un coordonnateur de prévention de l'hôpital de Saint Laurent, situé à l'extrême nord ouest de la Guyane).

Les expériences du MIR, du chef de service des centres de santé et du directeur adjoint de la prévention du Conseil général ont été précieuses et en parfaite corrélation avec l'avis des professionnels de terrain. On peut considérer que, du point de vue institutionnel, les rendez-vous ont été faciles à obtenir et les personnes interrogées se sont bien prêtées à cet exercice. Ce ne fut pas le cas pour les élus locaux, quasiment indisponibles à cette période du fait de la préparation des « Assises des libertés locales ». Après une forte insistance qui pouvait s'apparenter à du harcèlement téléphonique, les différents Présidents ont désigné les personnes qu'ils jugeaient les plus à même de répondre à la demande. Certains entretiens ont même dû être conduits téléphoniquement faute de disponibilité.

En ce qui concerne l'avis des usagers, on pourra regretter de n'avoir que deux personnes enquêtées, mais la difficulté d'accès aux zones considérées ne permettait pas d'obtenir plus

d'échanges. La médiatrice culturelle avait proposé une rencontre avec les chamans du fleuve Maroni afin d'obtenir leurs avis, à la fois sur la qualité de la prise en charge de la santé et sur les possibilités de conduire de nouvelles stratégies en y intégrant les concepts culturels. Cette rencontre n'a pu se réaliser faute de moyens et de temps.

Dix entretiens ont été enregistrés et quatre ont été pris en note rapide. Chaque entretien a duré entre 25mn et 1 heure. Ils ont tous été analysés après retranscription textuelle informatique, suivis d'un travail de réduction du contenu afin d'en percevoir les éléments essentiels, tout en conservant les variations des modalités d'expression. Les idées fortes ont été rédigées et des extraits significatifs adjoints pour illustration.

La quatrième partie, « discussion et propositions » analyse les données des trois premières parties, afin de dégager des propositions d'évolution de prise en charge de la santé en communes isolées de Guyane, tout en prenant en considération les difficultés locales, les contraintes financières et l'engagement de chacun des acteurs.

L'INTERET DU MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE DANS L'ELABORATION DE CE TRAVAIL

se retrouve à plusieurs niveaux :

- Par la recherche de l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins en communes isolées, objectif tout particulièrement prioritaire depuis la loi de lutte contre l'exclusion de juillet 1998. Il ne s'agit cependant pas, dans ce contexte, d'une première initiative, d'autres médecins inspecteurs exerçant en Guyane s'y sont déjà fortement impliqués et ont permis de faire mûrir cette réflexion.
- Par la conduite d'entretiens qu'il mènera auprès des décideurs et des acteurs, pour à la fois les sensibiliser à cette problématique et aussi mieux connaître leurs possibilités d'engagement dans un processus d'actions coordonnées, voir mutualisées.
- Par l'identification des freins mais aussi des possibilités pour une meilleure prise en charge.

- Enfin, par la synthèse et l'analyse de ces différents éléments, le médecin-inspecteur de santé publique sera amené à envisager des stratégies permettant de concilier les intérêts et les devoirs de chacun, tout en répondant au mieux aux objectifs d'amélioration de la prise en charge de la santé en communes isolées de Guyane, ces travaux pouvant servir d'aide à la décision.

Il faut garder à l'esprit comme l'exprime M. QUOIDBACH¹ que : « Le praticien qui délaisse la vue globale de l'individu a en même temps perdu toutes les possibilités de comprendre les causes fondamentales de la maladie. ».

¹ M. QUOIDBACH : « les CSI » GERM 8-9 Novembre 1975

1 - PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX

Afin de mieux cerner la genèse des événements actuels nous allons présenter les déterminants pouvant expliquer la complexité de la prise en charge de la santé en Guyane et tout particulièrement en site isolé.

1.1 L'INFLUENCE DE LA GEOGRAPHIE.

Ce département est à la fois immense (1/6^{ème} de la France métropolitaine -annexe V-) et très isolé. Il est difficilement accessible tant de l'extérieur que de l'intérieur, lui conférant ainsi, une situation de quasi-insularité. La forêt équatoriale, qui couvre 90 % de sa superficie, est considérée par beaucoup comme un « enfer vert ». Sans être pour autant particulièrement hostile, sa densité et la pauvreté du réseau routier ne permettent pas un accès terrestre vers les communes éloignées. De ce fait, seule la bande côtière et les rives des deux fleuves frontaliers sont peuplées. Deux toutes petites communes de moins de 200 habitants, Saül et Saint Élie, font exception, en restant perdues en plein cœur de la forêt [5].

Sur les vingt-deux communes que compte la Guyane, huit ne peuvent être atteintes que par voie aérienne ou fluviale. Ces transports sont onéreux et aléatoires.

Durant presque toute l'année 2001, les difficultés économiques de la seule compagnie aérienne locale « Air Guyane » ont, de fait, laissé les avions cloués au sol, rendant la situation de ces communes encore plus critique.

À l'ouest, le Maroni, frontalier avec le Surinam sur 520 km, a un statut de fleuve international contigu, tout comme son pendant à l'est, l'Oyapock, frontalier avec le Brésil, sur 700 km. La présence de rapides rend la navigation périlleuse sur certains tronçons. Certains « sauts » ne sont franchissables que par des piroguiers expérimentés.

En conséquence, les secteurs sanitaires de l'intérieur, découpés autour de six principales communes, sont démesurés. Celui de Maripasoula (commune la plus grande de France), au sud-ouest du département, s'étend sur 18 360 km², le long de 85 km de fleuve. Pour comparaison, Paris ne couvre que 105 km².

Les habitats sont regroupés en « campous », villages composés de quelques maisons essaimées long des rives. La vie est organisée à proximité des éléments vitaux, la lumière et l'eau (consommation, hygiène, pêche, transport). Le Maroni devient donc la seule voie de communication entre les quatre principales communes, composées de 190 campous. Tout

accès au centre de santé, toute tournée à partir de celui-ci, nécessite de posséder une pirogue, un moteur et du carburant, qui font souvent défaut, faute de ressources.

L'accès aux soins devient donc difficile pour les résidents de la forêt, à la fois :

- Pour les soins primaires, particulièrement pour les usagers dont l'habitat est situé à distance des centres de santé, aux points de jonction de deux secteurs où les tournées sanitaires sont rares,
- Pour les soins secondaires nécessitant un transfert vers les hôpitaux du littoral (accouchements, soins spécialisés, plateaux techniques plus sophistiqués...),
- Pour les soins non encore assurés par les centres hospitaliers guyanais (cancérologie, certaines chirurgies...).

1.2 L'HISTOIRE DES STRUCTURES SANITAIRES EN COMMUNES ISOLEES.

L'histoire de l'organisation de la prise en charge de la santé en Guyane est assez bien documentée [26- 57] et permet de dérouler son évolution en plusieurs grandes phases.

- En 1922 sous le régime colonial, en application d'une loi du 15 février 1902² sur la protection de la santé publique, le premier service d'assistance médicale de la Guyane fut créé, ne voyant son organisation effective que plus tardivement en 1941³.
- En 1944⁴, la création des services médico-sociaux intéressait l'organisation sanitaire territoriale en Guyane française et en Inini. Le territoire était découpé en cinq secteurs, le Maroni à l'ouest, Sinnamary au centre littoral, Cayenne, l'Approuague au sud-est et l'Oyapock à l'est. Ces services étaient responsables de soins mais aussi d'hygiène du milieu, de l'éducation sanitaire et de la surveillance sociale en liaison avec les services spécialisés.

² Arrêté n°686 du 27 juillet 1922

³ Arrêté n°770 du 19 juillet 1941

⁴ Arrêté n°295 du 22 mars 1944

- En 1954⁵, ces anciens services médico-sociaux se transforment en centres de médecine collective (CMC), en application de la réglementation fixant les conditions de création et de fonctionnement des CMC des départements d'outre-mer. Ils perdent en partie leur polyvalence pour devenir: centres de soins pourvu de quelques lits d'hospitalisation, postes de maternité réservés aux accouchements normaux, centres de protection maternelle et infantile (PMI) et dispensaires de prévention. L'activité de surveillance sociale et d'hygiène du milieu n'est pas spécifiée au niveau des nouvelles missions, ces structures devenant essentiellement sanitaires (préventives et curatives).

Au lendemain de la décentralisation⁶, le Conseil général de la Guyane, outre ses nouvelles compétences⁷ réglementaires en matière d'aide sociale (générale, départementale, à l'enfance) et sanitaire (PMI, lutte contre les fléaux sociaux, lutte contre la lèpre, vaccination et cancérologie) a fait le choix de poursuivre l'organisation et la gestion des centres de médecine collective. Il y a rajouté des compétences relevant de l'État, comme la lutte contre les maladies vectorielles et la santé scolaire en communes isolées. Une convention relative au partage des services d'action sociale et de santé a été signée le 9 mars 1985 entre le Département et l'État.

Le Conseil général s'est alors lancé dans un programme ambitieux de construction, de réhabilitation et de recrutement d'agents de santé ou d'agents techniques locaux encadrés par des médecins de secteur. Ces secteurs sanitaires, à l'origine démesurés, car pouvant atteindre 700 km de long, se sont vus progressivement morcelés. Douze zones sanitaires rurales supportant des structures curatives et préventives, et cinq zones urbaines du littoral exclusivement préventives sont créées en 1987, répondant au mieux à la couverture sanitaire et aux flux de population. Le développement de l'activité du secteur libéral du littoral a permis au Département de se désengager de l'activité curative, dès lors que : « *les conditions normales d'exercice de la médecine pouvaient être réalisées dans la région intéressée* »⁸.

Le Département assurait donc, sur ses fonds propres ou à l'aide de subventions ou encore de prêts, les dépenses d'investissement et de fonctionnement de ces CMC dispensant des soins gratuits. Le coût financier de cette activité était de plus en plus important et difficilement quantifiable dans un mode de gestion global et non analytique

⁵ loi n°54-806 du 13 août 1954 et du décret n°55-1653 du 16 décembre 1955

⁶ loi n°82-213 du 2 mars 1982 art 25

⁷ lois n°83-8 du 7 janvier 1983 et n°83-663 du 22 juillet 1983

⁸ loi n°54-806 du 13 août 1954 et du décret n°55-1653 du 16 décembre 1955

du Conseil général. Malgré la possibilité de transformer ces CMC en centres de santé dans les années 1990 par la parution du décret relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés par les centres de santé⁹, la commission régionale d'agrément, en mars 1993, avait émis des réserves pour divers centres faute de mise en conformité. Certaines conventions n'ont pu être homologuées, ne permettant pas au Département de se voir rembourser les prestations de soins curatifs.

Devant les difficultés techniques et financières croissantes dans la gestion des CMC, l'IGAS a été missionnée en 1997 par le secrétariat d'État à la santé, pour faire des propositions de réorganisation [57]. Ses constatations étaient les suivantes : *« les conditions de fonctionnement des CMC se sont aggravées ces dernières années en raison à la fois du contexte spécifique de la Guyane et notamment de l'explosion démographique, et des difficultés financières rencontrées par le Conseil général dans la prise en charge des activités des centres (...) Bon nombre des dysfonctionnements constatés sont liés à la multiplicité des services concernés, à l'absence de coordination des services, à l'absence de contrôle sur le personnel ou à la qualité du service rendu, à l'absence de véritable responsable des diverses structures, tous facteurs exacerbés par les conditions géographiques locales ».*

Quatre grands « principes » étaient proposés :

- Créer un système propre à la Guyane, avec le maintien d'un dispositif spécifique dans la lignée des CMC et dans les zones où les conditions normales d'exercice ne sont pas encore réalisées.
 - Supprimer la gratuité des soins et des médicaments.
 - Limiter l'implantation des CMC aux communes non desservies par voie terrestre.
 - Assurer une animation centralisée, menée par une structure spécifique.
- En 1998, dans l'attente du rapport final de l'IGAS, le Conseil général a pris la décision de transférer l'activité curative à l'hôpital afin de mieux se recentrer sur ses compétences en matière de prévention. Une convention de partage de compétences, de ressources humaines, de prestations de service, de matériels et du patrimoine immobilier, fut signée le 29 décembre 1999. Les ressources transférées du Département vers l'hôpital devaient permettre au secteur curatif de fonctionner dès le 1^{er} janvier 2000, sans passer par une période critique de rééquipement. Le bilan des ressources qui restaient au Conseil général pour mener à bien ses propres missions préventives laissait augurer de

⁹ décret n°91-654 du 15 juillet 1991

sérieuses difficultés à venir, tout au moins jusqu'aux réajustements nécessaires en matière de locaux, de matériel et de personnel. Les équipes de prévention étaient inexistantes dans de nombreux secteurs. Quant aux locaux, voire aux équipements, la plupart avaient été transférés, ne permettant pas une activité préventive au 1^{er} janvier 2000. Devant ces difficultés techniques et le fonctionnement cloisonné de l'activité sanitaire, il s'est instauré progressivement un climat d'insatisfaction tant au niveau des équipes de terrain que d'encadrement.

La situation au 1^{er} janvier 2003 est encore plus critique. Le personnel qualifié préventif (médecins, infirmières) a souhaité être intégré progressivement au milieu hospitalier, réduisant encore les possibilités d'exercice, sans pour autant que les maigres recrutements puissent contrebalancer ces fuites.

Faute d'alternative de prise en charge, la prévention en matière de PMI, lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, tuberculose, lèpre et vaccination était de fait assurée par les équipes curatives, dans des conditions difficiles de cloisonnement institutionnel quant à la politique à suivre en matière de prise en charge des examens complémentaires (prises de sang, échographies...) et des consommables (vaccins,...).

L'histoire de la prise en charge de la santé en communes isolées de Guyane met en évidence un déclin progressif concernant des secteurs d'activités déterminants dans la qualité de cette prestation, un abandon de l'activité de surveillance sociale et d'hygiène du milieu en 1954, et en grande partie de la prévention en 2000.

1.3 LES INFLUENCES SOCIO-ECONOMIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET CULTURELLES.

Les difficultés de prise en charge de la santé en Guyane sont fortement influencées par le retard de développement structurel, par une démographie difficilement contrôlable, par une forte proportion de population vivant sur des prestations sociales non contributives, et par une perception particulière de la santé qui seront détaillés ci-après .

Comme l'écrit M. Jean François MERLE dans son rapport « la Guyane en 1997, état des lieux et propositions » [42], l'image de la Guyane est celle d'un département en crise : *« C'est d'abord la crise de développement d'une région qui subit de plein fouet les contrecoups d'un marché trop étroit, où la concurrence est inexistante, d'une dépendance extrême à l'égard des financements publics et des transferts, d'une pression démographique accentuée par les effets de l'immigration, légale ou clandestine. »*.

Cette crise est à la fois inhérente au contexte géographique et démographique mais également à l'inadaptation des politiques publiques au contexte local.

Une charte de développement sur dix ans, comportant quatre volets, avait été suggérée, visant à :

- Assurer un développement économique local adapté au marché intérieur et valorisant les ressources propres de la Guyane,
- Aménager le territoire selon un schéma équilibré,
- Conduire une politique de peuplement maîtrisée entre l'État et les collectivités locales,
- Prévoir un plan de rattrapage des infrastructures et services publics.

Ce plan de rattrapage demeure encore à ce jour un préalable incontournable pour répondre de façon adaptée aux besoins et aux normes. Il concerne à la fois le logement, la santé, la scolarité, les transports, la communication (relais radio, téléphone), l'adduction en eau potable, en électricité, l'environnement...

Les services « Santé Environnement » de l'État estiment que 15 % de la population guyanaise, particulièrement en site isolé, est alimenté par de l'eau de médiocre qualité. À la rentrée scolaire 2002, 5000 enfants n'ont pu être scolarisés. Le nombre d'habitats insalubres ne cesse de croître tout particulièrement sur le littoral en zone péri-urbaine, nous rapprochant étonnamment des villes brésiliennes cernées de « favelas ».

Ce plan reste toujours en attente, car comme en témoigne M. MERLE, ni les moyens de l'État ni les dotations des collectivités locales n'ont progressé aussi vite que la démographie, au cours de la décennie écoulée.

La mission sénatoriale Jean DELANEAU, relative à la situation sanitaire et sociale en Guyane en 1999 [12], avait aussi permis de dégager deux enseignements principaux qui ne faisaient que confirmer l'analyse du précédent rapport :

« En premier lieu, la nécessité de mettre en œuvre un plan de rattrapage pour la Guyane notamment en matière sanitaire et sociale, avec trois objectifs prioritaires, mise à niveau de certaines infrastructures, car il existe toujours des communes sans eau potable, électricité et téléphone, mise à niveau des structures sanitaires, par une augmentation des moyens matériels et humains, ainsi qu'un effort très important en matière de formation face au risque de l'explosion du chômage.

En second lieu, la nécessité d'adapter la réglementation ... aux spécificités locales. ».

Rappelant également, que les spécificités de ce département le rendaient plus proche des problématiques du continent américain que de la zone caraïbienne.

La Guyane reste cependant, sur le continent sud américain et pour la zone Caraïbe, un pôle de prospérité très attractif [7-8], bien qu'étant classée comme la 8^{ème} région la plus pauvre sur les 2111 qui composent l'Union européenne. La scolarité est gratuite, les allocations de ressource (RMI, allocations familiales, parent isolé...) permettent pour beaucoup d'immigrants d'avoir un niveau de vie bien supérieur à celui de leur pays d'origine. La santé, pour peu que l'on puisse justifier d'une stabilité de séjour, est totalement prise en charge par la couverture maladie universelle (CMU) ou l'aide médicale d'État (AME). La quantité globale des prestations sanitaires est bien plus avantageuse, puisque les dépenses de santé par habitant s'élèvent respectivement pour le Brésil à 631\$, pour le Surinam à 424\$ et pour la France à 2335\$, selon les données 2002 de l'OMS.

La même année, le nombre de personnes bénéficiant de la CMU s'élevait à 60 000, 50 000 complémentaires et 3 000 AME, ce qui concernait déjà plus du tiers de la population, sachant que la montée en charge des demandes se poursuit.

Une forte immigration clandestine est également facilitée par la perméabilité des frontières fluviales qui sont des voies de communication ancestrales pour les populations autochtones du fleuve et de la forêt.

La population recensée a doublé en dix ans, passant à 157 000 habitants, au dernier recensement de 1999, dont plus de 36 % sont des étrangers en provenance des pays frontaliers ou de la Caraïbe [10-33].

Pour certains, le nombre de clandestins ferait franchir le cap des 200 000 habitants avec toutes les conséquences en matière de planification et de difficulté de prise en charge sanitaire que cela sous-entend. D'autant plus, depuis la réforme de l'AME introduite par la loi de finances rectificative au budget de l'État 2002¹⁰, près d'un tiers de la population guyanaise pourrait être concerné, principalement sur les sites isolés.

Il leur pourrait leur être imposé d'acquitter un ticket modérateur que leurs ressources ne leur permettraient pas toujours de couvrir.

Les problèmes de santé publique propres à la Guyane (tuberculose, sida, paludisme, dengue...) ne pourront que croître dans un tel contexte, par défaut de dépistage et de prise en charge précoce .

Cet accroissement de la population entre les deux recensements est plus marqué en site isolé (54 %) qu'ailleurs (34 %). L'augmentation des étrangers suit la même évolution, 34 % en sites isolés pour 29 % dans le reste du département, provoquant un net déséquilibre au sein de la société guyanaise [10]. Le solde migratoire est plus important que le solde naturel, 50 % de la population est non francophone et vit en dessous du seuil de pauvreté, souvent par le biais d'une économie parallèle qui nuit à l'économie publique (recouvrement des impôts et taxes).

M.MERLE souligne que : « *Déjà exsangues sur le plan financier, les collectivités locales s'épuisent, malgré les aides de l'État ou de l'Union européenne derrière une démographie qui les dépasse et consacrent tous leurs moyens disponibles aux constructions nouvelles, et ne sont plus en mesure d'entretenir le patrimoine existant.* »

En outre la Guyane est de loin le département le plus jeune de France, au 1^{er} janvier 2001 plus de 35 % de la population avait moins de 15 ans [33-34]. La pyramide des âges est d'allure triangulaire à base très large, elle témoigne d'une forte proportion de jeunes et très peu de personnes âgées (6 % de plus de 60 ans) et met en évidence toute la priorité qu'il conviendrait d'apporter à la prévention dans ce département (PMI, planification familiale, vaccination, lutte contre les MST, pratiques à risques...).

Du point de vue de l'emploi, la situation est également très périlleuse, 40 % de la population active occupe un travail dans la fonction publique, véritable moteur de l'économie guyanaise. Selon l'enquête INSEE 1995-1997, l'activité spatiale couvrait 30 % du chiffre d'affaire des industries et des services de Guyane. Pour le reste de la population active, le secteur du bâtiment et des travaux publics, très dépendant de la commande publique, représente 9 % des emplois, l'industrie 8 % et l'agriculture et la pêche 6 % [21-23],.

¹⁰ loi de finance rectificative au budget de l'État 2002, n°2002-1576 du 30/12/2003

L'économie guyanaise repose donc sur une économie de consommation et non de production.

La répartition de l'emploi est inégale, elle est concentrée sur les trois principales villes du littoral. L'Ouest guyanais est plus défavorisé et les communes isolées n'offrent quasiment aucun débouché si ce n'est l'emploi dans la fonction publique, le transport fluvial ou l'activité d'orpaillage.

Le nombre de demandeurs d'emploi, en août 2002, était de 12 332 [21-37], soit près d'un quart de la population active avec une persistance d'un net décalage des besoins de l'employeur et du niveau de qualification disponible.

Le revenu minimum d'insertion (RMI) représente pour les populations du fleuve une forme substantielle d'apport monétaire. Il a fait suite aux allocations familiales qui étaient la première forme d'initiation à l'économie monétaire avec tous ses effets destructurants sur les populations autochtones. En outre une fraction non négligeable de cette ressource alimente le trafic clandestin d'alcool particulièrement nuisible en termes de santé publique.

Au 31 décembre 2001, le cap des 10 000 RMistes était franchi, marquant une progression de plus 13 % sur 12 mois. Il s'agit dans presque 40 % des cas de familles monoparentales, le plus souvent des femmes.

L'activité aurifère, parfaitement documentée dans le récent rapport de Mme la Députée, Christiane TAUBIRA DELANON [59], est à la fois un atout et un désavantage pour la Guyane. L'atout pourrait être le volet du développement économique, mais il est fortement miné par un exercice non contrôlé. L'orpaillage n'emploie officiellement que quelques centaines de personnes, mais il est estimé que 80 % des individus travaillant sur les « placers » sont en situation de clandestinité. En conséquence les désavantages vont se cumuler tout particulièrement dans le contexte d'isolement de la forêt. Les flux de population non maîtrisés génèrent des difficultés de planification sanitaire, d'accès aux soins ou d'évacuation. L'activité d'extraction est source d'une altération de l'environnement par le rejet d'eaux usées et de mercure dans les fleuves, exposant les riverains d'aval à des contaminations bactériologiques et chimiques. Les maladies sexuellement transmissibles flambent, ainsi que l'insécurité et la violence.

Les besoins et les approches des questions de santé, sont fort différents selon les cultures, les situations sociales, l'âge et le type de pathologie rencontrée. Les progrès atteints dans le niveau de connaissance et leur diffusion amène une plus grande exigence de qualité et d'efficacité.

L'utilisateur en commune isolée n'a à ce jour qu'une seule exigence : c'est l'accès aux soins curatifs. Il n'y a pas eu encore comme le décrit Claudine HERZLICH [30], une évolution dans

le concept de la santé avec « *le passage au droit à la santé, signifiant la réduction des inégalités d'accès aux soins, au devoir de santé, où la logique préventive l'emporte sur le curatif et la notion de responsabilité individuelle dans la prise en charge de la santé, par la gestion rationnelle des comportements.* ».

En commune isolée, le réseau associatif dans le champs de la santé, , est quasiment inexistant. Il n'y a pas réellement d'unicité, de groupement de citoyens, mais une juxtaposition de groupes de population, bushinengé, brésilienne, amérindienne, créole, hmong, métropolitaine, qui gardent pour chacun leurs véritables habitudes de vie, sans envisager les répercussions de leur comportements sur la communauté (trafic de médicaments antipaludéens générant des résistances, mauvaise observance aux thérapeutiques, pollution chimique et organique de l'environnement...)

Il n'y a pas à ce jour d'expression ouverte « d'entreprendre» en matière de santé de la part des usagers, si ce n'est quelques fois des promotions des professeurs des écoles qui s'impliquent fortement dans les démarches de prévention.

De plus comme l'exprime J.F. MERLE : « *L'impression qui prévaut, est que la France a toujours considéré la Guyane de façon instrumentale, sans considération pour ses habitants eux-mêmes : lieu de relégation à l'époque du bagne, site de lancement de satellites à Kourou, terre d'accueil de population Hmong. Les grands projets de l'État paraissent tous avoir été plaqués sur la réalité guyanaise, indépendamment de tout projet de développement endogène. Cela va même jusqu'au sentiment d'abandon, de pessimisme et d'impuissance à maîtriser les grands déficits que doit affronter la Guyane.* ».

En conséquence tous les projets importés ne sont pas toujours bien perçus et ont des difficultés à prendre racine. En Guyane, les populations restent spectatrices et s'impliquent peu.

1.4 LES DIFFICULTES DES COLLECTIVITES LOCALES ET DES SERVICES DECONCENTRES DE L'ETAT.

Les ressources des collectivités locales ne sont pas adaptées aux besoins. La capacité de recensement en matière taxable ou imposable est essentielle pour les collectivités locales et les services de l'État [43]. L'économie informelle et l'immigration clandestine faussent tout équilibre budgétaire et toute planification. Le problème du foncier mérite également d'être souligné. 90 % du domaine foncier appartient à l'État, en conséquence l'absence de revenu

foncier fragilise davantage les finances locales [59]. De nombreux terrains sont viabilisés et équipés sommairement sous la pression des utilisateurs, voir occupés illégalement. Ce fait empêche une responsabilisation des personnes et entraîne des conséquences dommageables, y compris en termes de santé publique.

En matière de santé toutes les collectivités sont concernées, mais seules les compétences déterminantes en santé [45] seront développées dans ce document :

Pour les Communes :

Les lois de décentralisation leur ont confié de très importantes responsabilités : la gestion du milieu (déchets ménagers, assainissement, adduction d'eau potable...), et les infrastructures scolaires (écoles). Mais elles n'ont ni les moyens techniques, ni encore moins les capacités financières pour les assurer. Ceci tout particulièrement pour les communes isolées qui subissent un surcoût considérable du fait de l'éloignement et des frais d'acheminement.

Actuellement 15 % des communes sont dépourvues d'eau potable, seulement 40 % traitent leurs eaux usées, sans évoquer la difficulté de gestion des déchets ménagers.

Il existe de nombreux cas où les lois et règlements qui sont censés s'appliquer en Guyane et ne peuvent l'être pour simplement des raisons matérielles.

Les communes depuis peu se sont regroupées en communauté de communes (communauté des communes de l'Est guyanais (CCEG), de l'Ouest (CCOG) et du Centre Littoral (CCCL), afin de mutualiser leurs ressources et de trouver des réponses adaptées, principalement en matière d'adduction d'eau potable, d'électricité, de traitement des eaux usées et des déchets ménagers.

Le Département :

En outre de ses missions sanitaires, de lutte contre les fléaux sociaux (maladies sexuellement transmissibles, lèpre, tuberculose), de protection maternelle et infantile, de vaccination, ainsi que de dépistage et le suivi des cancéreux, le Conseil général s'est vu également attribuer l'action sociale, la gestion des infrastructures (collèges, routes départementales), le transport scolaire routier et fluvial, jusqu'à la rémunération des chefs coutumiers et des prêtres.

Compte tenu des difficultés sociales, de la forte natalité et de l'immigration difficilement contrôlable, la collectivité départementale est contrainte de faire des choix dans ses attributions financières qui, bien évidemment, génèrent de fortes récriminations de la part des secteurs délaissés.

La Région :

La situation n'est pas plus florissante, ses champs de compétence (développement structurel, formation professionnelle, gestion des lycées, des routes) interfèrent sur tous les secteurs d'activité de la Guyane y compris la santé.

Les moyens se sont améliorés ces dernières années par la rédaction du document unique de programmation des fonds structurels européens (DOCUP) et la signature d'un Contrat de plan État - Région (CPER 2000-2006) [51], très favorable à la Guyane qui est classée zone prioritaire parmi les régions ultra périphériques. La dotation globale est estimée à 2.683 MF soit 409 M€.

Cependant, l'ancien CPER (1994 /1998), dans son volet « plan Maroni / Oyapock », destiné tout particulièrement au rattrapage structurel des communes isolées, faisait déjà état d'une sous consommation des crédits avec un taux de réalisation d'à peine 58%, dû principalement :

- À la difficulté de mobiliser les contreparties nationales (État ou collectivités locales), par des problèmes de régularisation budgétaire ou de situation critique du Département ou de la Région,
- À la faiblesse numérique des structures administratives locales qui ne permet pas toujours de suivre les dossiers avec autant de minutie qu'il serait nécessaire (montage, suivi, exécution),
- Par la défaillance des entreprises de travaux publics peu intéressées à opérer dans ces régions enclavées.

Cette situation tout aussi complexe aujourd'hui laisse présager une sous-consommation au terme de ce nouveau contrat.

L'État :

La place de l'État est également difficile, tant dans ses missions que dans ses possibilités d'action (techniques et financières).

- Les moyens des services déconcentrés de l'État sont mesurés en fonction du ratio de population recensée, mais non en adéquation avec la population réelle, la superficie du territoire et l'éloignement de la métropole.
- L'État dans ses missions est le garant de la santé publique sur son territoire. Le rapport IGAS de 1998 [57] faisait la proposition de mise en place d'une animation centralisée des centres de santé en une seule structure spécifique, incluant le Conseil général, les

établissements publics hospitaliers et éventuellement la CGSS et l'État. Cette suggestion n'a pas été suivie et la situation sanitaire en commune isolée s'est progressivement dégradée. La DSDS a signalé à plusieurs reprises les dysfonctionnements de la nouvelle organisation [9], et travaille actuellement à l'élaboration d'une convention de coordination d'actions préventives et curatives, à défaut de structure gestionnaire unique, pour améliorer, en urgence, la situation sanitaire en sites isolés.

- Les dépenses des deux hôpitaux, selon le rapport du ministère de l'économie et des finances 2001 [43], ont augmenté de façon spectaculaire de 440 % au cours des trois années précédentes.
- Les différentes conférences régionales de santé régulièrement organisées ont exprimé les priorités à mener dans le champ de l'accès au droit et aux soins, tout particulièrement en sites isolés.

La première Conférence régionale de santé en 1997 [17] a affirmé l'accès aux soins et la précarité comme déterminant de santé nécessitant une mobilisation.

La deuxième Conférence régionale de santé en 1998 [18] a analysé les différents types d'inégalités d'accès aux soins dans le département et objectivé : « *l'inadaptation du système de soins et la précarité comme obstacle majeur à la réduction de cette inégalité.* ». Le manque de coordination des acteurs de communication et l'insuffisance d'action de prévention ont été soulignés.

La troisième Conférence régionale de santé en 1999 [19] annonçait la mise en place des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

La quatrième Conférence régionale de santé en 2001 [20] réitérait sa priorité quant à l'accès aux soins et précisait : « *même s'il a été amélioré, il reste un problème pour les personnes isolées géographiquement, mais également pour les personnes qui sont en cours de régularisation ou en situation irrégulière et certains obstacles, pour être levés, devront faire intervenir d'autres partenaires que les acteurs du sanitaire et du social.* ».

La cinquième Conférence régionale de santé en 2002 [14] rappelait « *qu'une politique de santé ne se limite pas aux soins, mais suppose une démarche globale, prenant en compte la prévention. Une telle politique implique la participation de tous les acteurs de la société...Il est souhaité que soient mieux définies les articulations territoriales (Région, Département, Ville) et que soient mieux identifiés les réseaux.* »

- La DSDS de Guyane cumule à la fois les missions départementales et régionales, et n'a pu mettre en place, jusqu'à ces derniers mois, une réelle politique régionale de santé du fait, à la fois de ses effectifs extrêmement réduits et de la faible implication de ses

partenaires, tant institutionnels qu'associatifs. Seules des actions dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été déclinées, lors du PRAPS de première génération, d'autres sont en cours pour celui de deuxième génération (PRAPS II), mais ne peuvent à elles seules répondre à l'ensemble de cette problématique, tant la situation est complexe.

La conséquence de ce malaise des collectivités territoriales est qu'en 1998, les Élus locaux se sont unis pour travailler à la réflexion et la rédaction « du pacte de développement de la Guyane » [22]. Ce pacte répond au besoin naturel de se réapproprier des compétences et d'exprimer ses identités.

Il y est proposé outre la Constitution d'une assemblée unique, faisant fusionner le Conseil régional et le Conseil général:

- À court terme : le soutien de la commande publique, avec une réévaluation des dotations par rapport aux données du recensement, le coût réel de l'exercice des compétences sur le territoire et un rattrapage, pour combler l'important « écart » que représente les communes de l'intérieur.
- À moyen terme : la formation des hommes, l'organisation des marchés et de la coopération, l'aménagement du territoire, la préservation de l'environnement, enfin l'action sanitaire et sociale (rationaliser la politique de santé, relancer la politique du logement social, améliorer le cadre de vie).
- À long terme : devenir l'interface, pour l'Union européenne, du Mercosur et développer les ressources territoriales.

Un net désir d'autonomie se dessine par de réels projets dont en préalable, le rattrapage de développement structurel et une dotation adaptée.

L'ensemble de ces données a été reformulé à l'issue de l'atelier « *Accès aux droits fondamentaux, sanitaires, sociaux, éducation, sport et culture* » des Assises des libertés locales en janvier 2003 [27], de façon suivante :

« L'accès aux droits fondamentaux est limité, dans tous ses domaines, par un retard structurel des équipements et de l'aménagement du territoire, par l'insuffisance de crédit déterminé par une démographie tout à fait sous évaluée, par la référence aux normes nationales qui ne tiennent pas assez compte des réalités locales (population réelle et population locale). »

1.5 L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

L'état de santé de la population est principalement décrit ici sous des aspects pouvant intéresser les communes isolées.

La Guyane cumule à la fois les pathologies prédominantes des pays avancés (diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires), des pays en développement (traumatisme, mortalité périnatale, maladies entériques) et les pathologies tropicales (infectieuses) [5-16-29].

Une situation sanitaire nettement dégradée par rapport à la moyenne nationale.

En 1998, l'espérance de vie à la naissance est inférieure de 4 ans à celle de l'hexagone [46].

Le taux de mortalité infantile est de 11,1 ‰, alors qu'il est de 5,2 ‰ en métropole.

Se rajoute à cela une surmortalité générale de près de 40 % par rapport au chiffre de la moyenne nationale, tout particulièrement due aux maladies infectieuses.

Indice comparatif de mortalité

	France	Guyane
Indice comparatif de mortalité générale	100,0	137,0
Taux comparatif de mortalité		
Appareil circulatoire	311,5	363,3
Tumeurs	251,7	210,2
Traumatismes	83,8	100,3
Maladies infectieuses	17,0	77,8
États mal définis	56,0	56,6
Endocriniennes	23,0	48,9

Sources : INSERM / 1996 ; ARH 1999

Le taux de mortalité périnatale (nombre de mort-nés et de décès de moins de 7 jours / 1000 naissances totales) est passé de 29,8 ‰ en 1987 à 19,5 ‰ en 1997 mais reste de 2,5 fois supérieur à celui de la métropole.

Le taux de mortalité maternelle (décès / 100.000 naissances) était de 64 alors qu'il était de 9,5 en métropole (1987/1990), passant à 79,3 durant la période 1993/1997.

La morbidité :

Les seules sources disponibles sont d'origine hospitalière, et restent encore peu fiables et non homogènes. Elles font état de motifs d'hospitalisation bien différents de la métropole.

Répartition des séjours hospitaliers

	France	Guyane
Accouchements	7,7%	24,3%
Traumatismes	9,7%	15,3%
Maladies digestives	12,0%	9,0%
Maladies infectieuses	1,6%	6,4%
États mal définis	8,8%	6,0%
Maladies de l'appareil circulatoire	9,8%	5,6%
Affections dans la période néonatale	0,7%	2,5%

Source : Enquête de morbidité hospitalière / 1993 ; ARH/1999

Le poids de la natalité pèse sur les hôpitaux qui voient leurs services d'obstétrique accroître annuellement leur activité.

Le sida :

Le taux d'incidence du sida a été estimé à 353,4 cas par million d'habitants, entre 1999 et mars 2001 (France : 94 cas / million d'habitants).

La Guyane est donc le département le plus concerné par l'épidémie.

Le taux de transmission materno fœtal est estimé à 6,5% en 2000 (France inférieur à 2%)

La transmission est dans 9 cas /10 d'origine hétérosexuelle.

La toxicomanie :

Selon une enquête menée par l'ORSG en 1998, 20 % des jeunes de moins de vingt ans étaient consommateurs de drogue (colle, solvants et cannabis).

Concernant la consommation générale en Guyane, selon les sources, qu'elles soient de gendarmerie ou de structures de soins, la cocaïne représente de 40 à 70 % des substances consommées, préférentiellement sous forme de Crack.

Maladies transmises par les vecteurs :

- Le paludisme est endémique sur l'intérieur du département. On recense 4500 à 5000 cas chaque année. L'évolution de l'activité aurifère et les mouvements de population ne font qu'aggraver la situation.

- La dengue : sévit principalement sur la zone littorale et concerne assez peu les communes isolées.
- La fièvre jaune : existe encore dans le bassin amazonien et, faute de couverture vaccinale suffisante, pourrait facilement émerger en Guyane.

La tuberculose : l'incidence annuelle en 2000, dans un contexte de sous déclaration, était de 39 cas /100.000 habitants, avec environ 2/3 des cas dans la population de nationalité étrangère.

La lèpre est endémique depuis le XVIII^{ème} siècle et ne représente que 10 cas / ans.

On constate cependant une émergence de nouveaux foyers chez les «bushinengés» de l'ouest du département.

Maladies pouvant être prévenues par la vaccination :

La dernière enquête de couverture vaccinale en 2000 [35] a montré une carence de couverture tout particulièrement en communes isolées.

Pour le BCG, en fonction des sites, seuls 40 à 67 % des enfants étaient vaccinés.

Pour le DTP (couverture à un an pour la troisième dose), selon les sites, 9 à 60 % des enfants étaient protégés.

On a dû déplorer en avril 1998 un cas mortel de fièvre jaune et en juin 2001 ainsi qu'en février 2002 deux épidémies de coqueluche ayant entraîné cinq décès.

Les maladies entériques, secondaires à l'ingestion d'eau non potable, se révèlent avec le paludisme et les affections respiratoires être les premiers motifs de consultation en centre de santé.

L'intoxication mercurielle constitue un problème, tout particulièrement en sites isolés.

Le mercure présent dans les cours d'eau, qu'il soit natif ou secondaire à l'activité d'orpaillage, est responsable d'intoxication chronique méthylmercurielle chez les consommateurs de poissons carnivores. L'évaluation de l'intoxication a été réalisée, par le réseau national de santé publique en 1994 et l'institut de veille sanitaire en 1999, en pays amérindien au sud ouest du département. Elle est poursuivie actuellement par la cellule interrégionale d'épidémiologie en aval du fleuve Maroni.

Les conseils alimentaires sont déjà préconisés chez les populations amérindiennes, particulièrement exposées du fait de leurs habitudes alimentaires.

Dans le même sens, d'autres recommandations de protection de la santé publique en zone d'exploitation aurifère ont été rédigées dans le rapport de Mme TAUBIRA DELANON [59] visant à: «

- *Réduire l'exposition au mercure*
- *Lutter contre le paludisme*
- *Prévenir les risques liés au déversement du cyanure*
- *Organiser la surveillance des maladies sexuellement transmissibles et de la toxicomanie*
- *Équiper les communes fluviales pour améliorer la qualité de l'eau. »*

1.6 ORGANISATION SANITAIRE ACTUELLE EN COMMUNES ISOLEES

L'équipement, les personnels sanitaires et l'organisation en communes isolées

En Guyane le taux d'équipement est bien moindre que celui de la métropole, excepté dans le secteur obstétrical. La densité de professionnels, tant médicale généraliste ou spécialiste que paramédicale, est extrêmement critique. L'organisation sanitaire étant déclinée à partir du littoral par le centre hospitalier de Cayenne et le Conseil général, il va de soit que les dotations en personnel en commune isolée sont à ce jour insuffisantes. Cet état est à la fois dû à une carence d'effectif déjà patent sur le littoral, mais aussi à la difficulté de vie en zone isolée générant un « turn over » très important des agents.

Le médecin chef de service des centres de santé a exposé lors de la Conférence régionale de santé de juin 2002 [14] certaines données concernant l'organisation de la santé en communes isolées :

Tableau comparatif à la métropole

	France	Guyane	Centres hors de agglomération santé
Dépenses relatives en frais médicaux ¹¹ (par an et par habitant)	304,5 €	254 €	91,5 €
Densité de médecins généralistes	1,14 ‰	0,6 ‰	0,5 ‰
Densité de chirurgiens dentiste	0,6 ‰	0,24 ‰	0,03 ‰
Densité d'Infirmière, hors secteur hospitalier du littoral	0,9 ‰	0,4 ‰	1,3 ‰

Sources : CHAR / 2002 / CRS

Le personnel médical et paramédical reste à fidéliser, 28 médecins se sont succédés en 6 mois, sans parvenir à occuper les quinze postes existants.

Le bilan d'activité pour l'année 2001, concernant neuf centres et postes de santé, fait état de :

- 26,99 % consultations pour les 25 /45 ans, 22,81 % pour les moins de 5 ans, témoignant, la charge de travail en secteur infantile.
- 63,62 % des usagers sont de nationalité française, avec de grandes variations intercommunales.
- Près de 68 % possèdent une couverture sociale.

Une auto-notation a été conduite par l'équipe responsable de centres de santé en 2002, elle évaluait :

- Pour le traitement de l'urgence : une note de 7/10
- Pour l'accès à la consultation : 6/10
- Pour l'accès à l'hospitalisation : 8/10
- Pour le suivi à domicile : 1/10

Deux pharmacies d'officine ont été ouvertes ces deux dernières années , l'une à St Georges de l'Oyapock, l'autre à Apatou (bas Maroni), une troisième est sur le point d'ouvrir à Maripasoula (haut Maroni).

¹¹ Les frais médicaux entendent ici les dépenses liées à l'activité de médecine générale (honoraires et prescriptions)

Quatre sites pilotes de télémédecine, choisis pour expérimentation (trois en pays amérindiens le quatrième à Maripasoula), ont donné de bons résultats, particulièrement sur le site de "Trois sauts", mais le coût de fonctionnement en est jugé à ce jour prohibitif, du fait de l'acheminement des données par réseau satellitaire.

Un fonctionnement institutionnel sanitaire social en tuyaux d'orgue

La présence des institutions est très inégalement répartie en communes isolées.

Du point de vue sanitaire :

L'hôpital assure pleinement ses prérogatives dans les centres de santé, mais ce n'est pas le cas :

1. Ni du Conseil général qui n'en a plus à ce jour les moyens, faute de locaux, de personnel et de possibilités financières.
2. Ni des autres administrations :
 - L'Éducation nationale a délégué une partie de ses compétences en matière de médecine scolaire au département, faute de pouvoir assurer l'intégralité de ses missions.
 - La médecine préventive et professionnelle en communes isolées n'est assurée que pour les douaniers de St Georges et occasionnellement pour les agents du Département.

Le traitement social ne peut être opéré en commune faute d'assistante sociale. La seule exception se trouve à Saint Georges où l'agent du Conseil général a la responsabilité de l'ensemble des missions sociales (aide sociale, insertion, droits sociaux divers...), sur la totalité du fleuve Oyapock.

Outre l'absence de « forces vives » en zone isolée, on constate que les administrations du littoral perdurent dans un fonctionnement cloisonné. Les missions ou les tournées sont organisées séparément, il n'y a pas de partage de ressources.

En cela une idée nouvelle a été proposée par le directeur de la DSDS et suivi à l'unanimité, lors de la Conférence régionale de santé de juin 2002. Il a alors proposé non seulement la fin du "bicéphalisme" des centres de santé, c'est-à-dire du partage des compétences entre le centre hospitalier de Cayenne et le Conseil général, et la mise en œuvre d'une véritable politique de santé globale, réunissant sous l'égide d'un acteur unique l'éducation à la santé, la prévention sanitaire, les soins et la surveillance d'hygiène du milieu.

Le Jury de la 5^{ème} conférence régionale de santé a en outre rappelé dans ses recommandations [14] : *« la nécessité d'un interlocuteur unique agissant sur le terrain et d'une coordination d'actions entre les différents partenaires »*. Il souhaite également : *« que les communes soient impliquées dans cette réflexion afin de faciliter l'intervention des différents acteurs. »*.

Il est fait constat d'insuffisance de moyens tant humains que matériels dans le domaine médical et social en communes isolées.

Faute de pouvoir recruter par manque de ressources humaines, matérielles ou budgétaires, les décideurs et acteurs de santé convergent vers l'idée de mutualiser les moyens et de coordonner les actions sanitaires et sociales dans l'objectif de prise en charge globale de la santé.

2 - DEUXIEME PARTIE : AUTRES EXPERIENCES DE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA SANTE

La notion de centres de santé a une origine double. Le mouvement pour la santé publique est né au milieu du XVIIIe siècle en Europe et aux États-Unis d'Amérique et toute une série d'initiatives a visé à offrir certaines prestations médicales à l'ensemble de la population et tout particulièrement aux groupes vulnérables.

Le centre de santé à plusieurs noms, dispensaire, clinique, polyclinique, quand il assure essentiellement les services thérapeutiques. Il devient antenne sanitaire ou poste de santé quand son activité principale consiste à promouvoir la santé publique.

Le terme de centre de santé désigne ici un établissement de première ligne chargé de promouvoir et de protéger la santé ainsi que de fournir des soins et services thérapeutiques au sein d'un système de santé local ou de district tout en ayant un certain degré d'autonomie.

Il va être décliné ci-après les différentes formes que peuvent revêtir les centres de santé, dans un modèle organisationnel proche de la situation des communes isolées.

En cela il nous faut définir des critères de comparaison permettant d'envisager l'importation de ces expériences.

- La population desservie est une population vulnérable du fait de son isolement géographique, de son exclusion sociale, de ses cultures ou nationalités multiples.
- Les objectifs suivis visent à améliorer la santé globale, en envisageant d'agir sur les déterminants de santé comme : la qualité des soins, le traitement social, les aspects éducatifs, la qualité de l'environnement...
- L'expérience d'organisation sanitaire de collectivité territoriale d'outre-mer présentant les mêmes difficultés techniques organisationnelles.
- La prise en charge communautaire de la santé dans les pays frontaliers doit également inspirer notre réflexion.

2.1 LES CENTRES DE SANTE EN FRANCE HEXAGONALE

Les centres de santé, qu'ils soient associatifs, mutualistes ou municipaux, jouent un rôle reconnu dans le dispositif d'accès aux soins de qualité et de prévention [6-36].

Ils ont pour la plupart été créés dans une optique de réponse sociale à des besoins mal

couverts ou des pratiques médicales spécifiques, mettant à profit la coexistence, au sein d'une même structure, des professionnels divers ayant à coordonner leurs actions autour de l'usager. Dans la majorité des cas ce sont des lieux de soins médicaux, infirmiers et dentaires utilisés par une population de proximité défavorisée.

L'un des points forts de ce centre de santé est, selon le rapport IGAS de 1998 [6] sur les centres de santé français, leur réelle démarche de santé publique et de développement des actions hors soins, et ceci tout particulièrement pour les centres de santé municipaux. La place des collectivités territoriales est fondamentale, car la santé reste un enjeu politique permanent.

Il existe actuellement une querelle concernant la plus-value que peuvent apporter les centres de santé, par rapport à l'activité libérale, compte tenu du coût croissant de leur fonctionnement.

La plupart des centres de santé conventionnés présentent à ce jour des difficultés d'équilibre budgétaire principalement dûes à l'absence de financement du volet préventif et du traitement social, par les caisses d'assurance maladie [40]. Il a d'ailleurs été proposé dans la mission d'expertise IGAS de prévoir des conventions au cas par cas, pour soutenir les actions innovantes, hors soins.

La participation financière des usagers se limite à acquitter le ticket modérateur lors des activités de soins. Ils peuvent, cependant, s'engager dans les actions communautaires de quartier, d'éducation et de promotion de la santé.

L'intérêt de telles structures est de pouvoir décliner des actions de proximité auprès de populations particulièrement vulnérables, nécessitant un traitement conjoint curatif, social et éducatif.

Points forts :

- Vision de la santé globale (sanitaire, sociale, éducative, d'insertion).
- Actions coordonnées multidisciplinaires, sanitaires et sociales, autour de l'usager.
- Actions de proximité pouvant être à la fois déclinées par les usagers et les professionnels.
- Engagement fort des collectivités locales.
- Possibilité de financement par la sécurité sociale des aspects curatifs, d'actions médico-sociales et préventives en réseau.

2.2 LES CENTRES LOCAUX DE SANTE COMMUNAUTAIRE AU QUEBEC (CLSC).

Leurs missions sont définies par voie réglementaire. Il est stipulé : « *il s'agit d'offrir en première ligne, à la population des territoires qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courant, de nature préventive ou curative, de réadaptation, de réinsertion* ». Cela concerne les établissements du réseau public financés par l'État et gérés par des conseils d'administration comprenant des représentants d'usagers.

Il regrouperait dans notre situation guyanaise, à la fois, les centres de santé, les centres communautaires d'action sociale (CCAS), les centres de prévention et de vaccination (CPV), des centres de PMI, les secteurs psychiatriques, la médecine du travail et la médecine scolaire.

Il traite l'intégralité des aspects des problèmes de santé présentés par les patients, physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels, avec un recours continu.

Le réseau des CLSC couvre l'ensemble du territoire québécois et est basé à la fois sur une approche communautaire et des interventions multidisciplinaires [56]. Devant la réorganisation du système d'hospitalisation, écourtant notablement la durée de séjour, les CLSC se sont vus confier des missions du post-opératoire immédiat.

La place de l'utilisateur y est très importante. Elle est déclinée à deux niveaux. Il participe en premier lieu à l'élaboration de la politique de santé, étant plus à même de cerner ses besoins, et en deuxième lieu aux actions de proximité, à la fois de prévention et d'éducation pour la santé. Son cadre d'intervention pourrait être assimilé au système associatif français. L'esprit de santé publique est très présent au Québec et le concept de santé n'est pas uniquement celui du « droit à la santé » mais également du « devoir de santé ». Comme l'exprime J.M. KAHSSAY, dans son ouvrage intitulé, « l'avenir de la santé se joue dans les centres santé » [38] : « *les meilleurs agents de développement sanitaire sont les centres de santé, si l'on considère que ceux-ci sont chargés à la fois de maintenir un niveau de santé optimale et de soigner les malades dans une zone ou une population donnée* ». Les composantes psychosociales sont alors prises en charge à la fois par la famille, la communauté et le personnel spécialisé.

Quatre objectifs sont poursuivis :

1. La promotion de la santé, le développement sanitaire, axés sur l'adoption de mode de vie sain et sur la participation des individus à la protection de leur santé,
2. L'accès aux réseaux des services cliniques et sociaux,
3. L'accessibilité financière, avec un bon rapport coût / efficacité,
4. Une dispensation de soins de proximité de qualité, adaptés culturellement.

Points forts :

- Participation de l'utilisateur à l'élaboration de la politique de santé.
- Envisager la santé dans sa globalité (sanitaire, sociale, éducative, insertion).
- Actions coordonnées multidisciplinaires sanitaire et sociale autour et avec l'utilisateur.
- Actions de proximité pouvant être à la fois déclinées par les utilisateurs et les professionnels

2.3 MAYOTTE

À l'examen du rapport de la direction des affaires sanitaires sociales de Mayotte [53], l'organisation sanitaire de Mayotte présente de nombreuses similitudes avec celle de la Guyane.

Le service santé a été mis en place en 1976 et a connu des adaptations permanentes liées notamment à l'augmentation de la population et la nécessité d'offrir à cette population des soins de qualité.

La structure gestionnaire est « l'Établissement public de santé territorial de Mayotte ». Il est essentiellement subventionné par l'État et pour moins de 20 % par la collectivité territoriale. Les organismes de sécurité sociale peuvent également par voie de convention participer aux programmes de prévention médico-sociale.

Les actions sont déclinées sur le terrain dans des dispensaires ruraux avec un référentiel de professionnels établi pour des secteurs de 5000 habitants. L'équipe est composée d'un médecin généraliste, de trois infirmières, d'une sage-femme (pour 100 accouchements), de deux aides-soignantes, de deux « servantes », de trois chauffeurs, de deux éducatrices de santé et d'une secrétaire.

Les activités sont censées recouvrir :

1. L'action d'éducation pour la santé, par le concours des éducateurs pour la santé en collaboration avec les autres services ou associations, PMI, comité territorial d'éducation pour la santé, les services d'hygiène et d'entomologie médicale. Il s'agit là de créer un lien entre le domicile et le centre de soins et aussi de mener des actions d'éducation de quartier.
2. Des actions de prévention (surveillance des femmes enceintes, vaccination de zéro à six ans, dépistage actif et passif du paludisme, dépistage de la lèpre, traitement prophylactique des femmes enceintes, prévention des complications chez les personnes âgées et les handicapés).
3. Des actions de soins (consultations médicales et soins infirmiers).
4. Une prise en charge de l'urgence, garde et service d'astreinte.
5. L'organisation de l'activité obstétricale (maternité rurale).

Les différences essentielles, pour les centres de santé guyanais, sont l'absence de maternités rurales et d'actions d'éducation pour la santé.

Les éducatrices de santé constituent à Mayotte un lien important entre la communauté et le dispensaire. Elles procèdent par une activité de porte-à-porte, jouent un rôle de surveillance des populations cibles, mettent en œuvre des programmes et transmettent les messages de prévention.

Une autre spécificité Mahoraise est l'existence d'un corps de sages-femmes et d'infirmières diplômées de collectivités territoriales¹². Leurs prérogatives sont identiques aux professionnelles diplômées d'État, mais sont limitées à un exercice sur l'île.

Comme en Guyane, à Mayotte, l'usager reste passif dans l'amélioration de son état de santé. Il est même évoqué une certaine déresponsabilisation. Le système est gratuit et accessible 24h/24 et entraîne parfois une surconsommation, une mauvaise observance des traitements et l'exigence accrue de la population sans aucune contre partie.

¹² Ordonnance n°92-1070 du 1^{er} octobre 1992, concernant l'exercice illégal de la médecine, en précisant que à titre transitoire, les dispositions de cet article ne s'appliquent pas aux catégories suivantes, exerçant dans les services sanitaires territoriaux : étudiants en médecine, VAT, sage femmes, et auxiliaires médicaux.

Points forts :

- Actions coordonnées multidisciplinaires sanitaires, autour de l'utilisateur
- Actions à domicile
- Formation territoriale de professionnels médicaux et paramédicaux
- Action d'éducation et de promotion de la santé par les éducateurs de santé

2.4 LE SURINAM

Le Surinam est membre du CARICOM (communauté des États de la Caraïbe) depuis 1995 ainsi que de l'AEC (association des États de la Caraïbe). Le gouvernement finance deux organismes non gouvernementaux (ONG) qui sont des fondations semi privées [2].

La première, « RGD », ou services de santé régionaux, est destinée aux huit districts côtiers. La seconde, « MZ », ou mission médicale, concerne les deux districts de l'intérieur.

La mission médicale appelle tout notre intérêt, puisqu'elle est destinée à se consacrer aux populations riveraines surinamaises de la vallée du Maroni, dont l'une des caractéristiques est le nomadisme entre le Surinam et la Guyane, que l'on retrouvera en conséquence sur les rives françaises.

La MZ, initialement congréganiste avant l'indépendance de 1975, a maintenu un accord avec le gouvernement surinamais qui apporte 100 % du budget régulier.

Les projets extra budgétaires comme le sida, l'imprégnation de moustiquaire, le renforcement des laboratoires... sont financés par l'organisation panaméricaine de la santé (OPS), l'UNICEF et la commission européenne.

La MZ a également en charge tous les aspects de santé publique concernant la population riveraine du Maroni (préventif, curatif, surveillance).

Les postes de santé primaire sont animés par soixante-deux assistantes de santé dont la formation, proche de celle d'une infirmière, nécessite trois ans d'études. Elles ont la responsabilité sanitaire d'un secteur déterminé et sont basées dans des postes de santé. Elles prodiguent à la fois les premiers soins, les conseils aux populations locales, et détectent les cas graves nécessitant une évacuation sanitaire à l'hôpital de référence de Paramaribo. Le développement du réseau aérien intérieur leur permet plus facilement qu'en Guyane d'effectuer ces transferts.

Quatre médecins dont trois coordonnateurs régionaux et six infirmières se déplacent en pirogue et en avion, supervisent les activités curatives, les programmes de prévention et la formation permanente.

Les pathologies rencontrées à l'intérieur du territoire sont identiques à celles de l'intérieur de la Guyane. De nombreux programmes préventifs sont initiés par l'OPS, pour les plateaux des Guyanes (Guyane, Surinam, Guyana), tant dans la lutte contre le sida, le paludisme, que la prévention des maladies pouvant être prévenues par la vaccination.

Les actions de coopération sont en cours dans le cadre de la lutte antipaludique et de la vaccination, pour l'harmonisation des pratiques et une coordination d'actions.

Une récente mission a été effectuée par les services de santé de l'État français au Surinam du 9 au 11 juillet 2002 [15]. Les objectifs principaux de cette mission étaient :

- Envisager une réorganisation de certains centres de santé guyanais, du Maroni,
- Élaborer des stratégies partagées pour le paludisme, la lutte contre les maladies transmissibles y compris sexuelles, l'intoxication mercurielle, la surveillance épidémiologique, la vaccination, l'éducation à la santé.

Points forts :

- Intervention d'une ONG, de l'OPS, de l'UNICEF et de la Communauté Européenne pour les actions de soins et les programmes de santé publique
- Actions de proximité importantes
- Formation d'assistantes de santé compétentes en soins de santé primaire et éducation sanitaire
- Desserte aérienne compatible avec le système organisationnel
- Programme de coopération avancé avec les pays des plateaux de Guyane et la Caraïbe.

2.5 LE BRESIL

Au Brésil l'organisation de la santé communautaire est déclinée par un programme de santé familiale [47]. Il existe trois niveaux de financement, l'État, les États fédéraux, et les municipalités.

Les montants consentis par habitant et par classe d'âge ne sont pas très élevés puisqu'ils représentent 28 dollars/an pour la tranche d'âge de 0 à 5 ans et 54 dollars/an pour les plus de 70 ans.

12.222 équipes sont implantées dans 4534 municipalités.

Leurs missions sont multiples :

- La santé de l'enfant : surveillance nutritionnelle, vaccination, prévention des affections à forte prévalence, prévention des pathologies dentaires
- La santé de la mère (prénatale, prévention des cancers du col de l'utérus, planning familial, prévention de problèmes dentaires chez la femme enceinte)
- La santé bucco-dentaire
- Le contrôle de l'hypertension artérielle, la tuberculose, le diabète et la lèpre (diagnostic de cas, le recensement, le suivi des cas, le traitement, le diagnostic précoce des complications)

Des priorités d'éducation sont également mises en œuvre par les équipes concernant : la violence, la santé des travailleurs, les maladies sexuellement transmissibles, l'exclusion sociale, les équipements sociaux collectifs.

Cette organisation ressemble dans de nombreux points à celle du Québec, excepté l'absence de participation de l'usager tant au niveau décisionnel que des actions de proximité.

L'équipe municipale est composée d'un médecin, d'un chirurgien dentiste, d'un aide dentaire, d'une secrétaire, d'une infirmière, d'une auxiliaire de puériculture et de quatre à six agents de santé communautaire qui interviennent sur les quartiers.

Ces agents de santé communautaire ont la responsabilité d'une centaine de familles tant dans la surveillance sanitaire sociale qu'éducationnelle. Ils sont, par leur action, un lien entre les usagers, dans leurs dimensions culturelle et coutumière, et les centres de santé municipaux. Ils créent ainsi un véritable maillage territorial et contribuent à faciliter l'accès aux droits et aux soins, des populations isolées ou exclues.

Une évaluation de ces programmes, en 2001, estime qu'ils permettent de couvrir 96 % des problèmes municipaux de santé, 100 % de la couverture vaccinale, excepté le BCG à 93 %, et 100% de l'activité prénatale.

De même qu'au Surinam, l'OPS fédère et subventionne les mêmes programmes de coopération sanitaire.

La Guyane quant à elle a conclu des actions de coopération avec l'État frontalier d'AMAPA, essentiellement dans le domaine de la lutte antivectorielle et la télémédecine.

Points forts :

- Actions de santé primaire préventives, curatives et éducationnelles coordonnées
- Agents de santé communautaire conduisant des actions de quartier
- Programme de coopération avancé avec les pays des plateaux de Guyane et la Caraïbe

3 - TROISIEME PARTIE : ENTRETIENS AUPRES DES DECIDEURS, ACTEURS ET USAGERS

Selon la méthode évoquée en introduction quatorze entretiens ont été menés auprès des acteurs et décideurs en matière de santé.

Les grilles d'entretien (annexes I et II) étaient destinées à explorer la conception de chacun dans les domaines suivants :

- La santé et des champs pouvant la couvrir,
- La qualité de prise en charge actuelle en commune isolée,
- Les attentes des usagers,
- Leurs propositions d'action,¹³
- Les limites à repousser pour envisager une amélioration de la prise en charge,
- Leur place dans ces propositions.

3.1 LA PERCEPTION DE LA SANTE ET LES CHAMPS POUVANT LA COUVRIR

À cette question, deux grands types de réponses ont été déclinés

- Les trois médecins (chef de service des centres de santé, directeur adjoint de la DSP, le médecin inspecteur régional (MIR)) et les deux représentants d'usagers ont une approche très globale de la santé, conforme à la définition de l'OMS, envisageant à la fois les volets sanitaires, sociaux, éducatifs et environnementaux :

« C'est l'absence de maladie, elle serait prise au sens très très large. Ce serait une sensation de bien-être physique, moral, comme dans la définition de l'OMS. C'est-à-dire au-delà du médical pur, à moins que le médical s'étende au reste. » (Chef de service des centres de santé)

« La dimension du social aussi, on dit toujours qu'il faut rapprocher le sanitaire du social, ... les gens qui veulent faire des démarches sociales sont obligés d'aller dans

¹³ Les trois derniers points seront particulièrement détaillés, car les entretiens, menés avec le maximum de neutralité, étaient entachés d'un certain à priori et au fil de l'exercice celui-ci est tombé pour découvrir avec beaucoup d'intérêt les propositions et perspectives des personnes interrogées.

des CCAS, qui ne fonctionnent pas si bien que cela dans les communes. Qu'il y ait un guichet social au centre de santé, c'est un service minimum à rendre à la population tellement les liens sont étroits....La commune a normalement une place importante, en ce qui concerne l'hygiène et la salubrité. On peut mettre tous les centres de santé que l'on veut, si l'hygiène, la salubrité du milieu ne sont pas envisagées, l'état de santé ne s'améliorera pas. Par quels moyens ? Cela pourrait être par des interventions de promotion de la santé des interventions auprès des pouvoirs publics, pour les constructions, voire travailler avec la mairie sur les gestions des déchets, sur l'entretien du fleuve par exemple »

- L'ensemble des autres réponses est plus restrictif répondant plus aux logiques des acteurs.

Les directeurs de l'ARH et des hôpitaux n'envisagent a priori que le volet sanitaire :

« Je vois mal un organisme traiter à la fois du sanitaire et du social. » (Directeur de l'ARH)

Les élus locaux restent cependant sensibilisés à l'approche des traitements sociaux et environnementaux, mais sans déterminer qui fait quoi, comment, où et quand :

« En premier la prévention, puis le curatif...Les volets sociaux et environnementaux viennent bien après. » (Élue de la CCOG)

3.2 LA PERCEPTION POUR LES ACTEURS ET DECIDEURS DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE EN COMMUNES ISOLEES

- Il y a là une convergence de pensée. Toutes les personnes interrogées expriment une insatisfaction dans le domaine de la prévention et du traitement social, résultant selon certains de l'absence de détermination voire de volonté politique dans ce domaine :

« Cet état est dû aux personnes qui ont conçu la partition entre le Conseil général et le centre hospitalier de Cayenne, à l'absence de volonté politique de l'un et de l'autre de jouer pleinement leur rôle. D'abord on a fait une erreur historique en prétendant opérer cette partition artificielle entre la prévention et les soins. Comment a-t-on pu concevoir quelque chose à ce point saugrenu et contre productif ? » (Directeur de la DSDS)

« La principale carence en Guyane est bien sûr dans le domaine de la santé. Le président a fait récemment un voyage sur Camopi et en est revenu bouleversé, il a

demandé à un fonctionnaire de la région de gérer les problèmes sociaux. » (Conseiller du Président de région)

« Il y a principalement une absence de prévention surtout dans le domaine du suivi des grossesses, le reste est secondaire. La situation sociale est catastrophique sur l'ouest de la Guyane, actuellement il n'y a que trois assistantes sociales au centre hospitalier de l'ouest guyanais, une au Conseil général, aucune à la sécurité sociale et aucune au CCAS. » (Directeur du CHOG)

« Le seul système actuel d'accès à la santé, c'est l'hôpital, le département n'a rien, ni locaux, ni personnel. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

- Les aspects curatifs semblent quant à eux mieux assurés, voir acceptables:

« J'ai envie de dire que cela ne va pas trop mal, ce n'est pas si catastrophique. Parce que d'une part je pense que dans les centres de santé il y a du personnel motivé, qui fait son travail dans des conditions difficiles, mais il y arrive quand même. » (MIR)

- L'ensemble de ces propos est cependant pondéré par la perception des représentants des usagers et du conseiller du Président du Conseil régional, qui considèrent que l'on peut encore mourir par défaut de prise en charge :

« On a même vu des gens mourir faute d'avoir eu accès au dispensaire. Si l'on est à Grand Santi, l'offre est intéressante car les évacuations sanitaires sont possibles, mais si à l'endroit où on se trouve, il n'y a pas de pirogues, on peut encore mourir. » (Usagers)

« En matière de santé, il y a beaucoup de gens qui meurent, c'est une catastrophe. » (Conseil régional)

3.3 LA PERCEPTION POUR LES USAGERS DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE ET LEURS ATTENTES

Les usagers ne se sont pas exprimés directement mais par l'intermédiaire :

- D'une ethnologue, médiateur culturel à l'hôpital de l'ouest guyanais, chargée d'établir le relais entre les techniciens et les usagers
- De la coordonnatrice des actions de prévention sur Saint Laurent du Maroni

- Des élus de l'ouest et de l'est guyanais
- Et du MIR, qui a longtemps vécu et exercé à l'extrémité sud ouest du département.

➤ Les usagers ne sont pas inclus dans le schéma organisationnel actuel. Certains semblent accepter ce qu'on leur propose sans aucune exigence particulière.

« Il manque une coopération des usagers ainsi que leur responsabilisation. » (MIR)

« Les usagers sont assez passifs et acceptent ce qu'on leur offre. » (Élu de l'ouest guyanais)

« On a du mal à connaître la perception des usagers. » (Directeur du CHAR)

➤ Les acteurs de l'ouest guyanais souhaitent avoir des structures ou des services plus accessibles qui se rapprocheraient des pratiques surinamaises :

« Les populations du fleuve ne sont pas spécialement exigeantes et préféreraient un accès de proximité même sommaire à une seule structure luxueuse mais éloignée. Cependant les populations du fleuve ont plutôt tendance à apprécier la médecine Surinamaïse. Ils lui font confiance. Elle correspond à la même approche culturelle. » (Élu de l'ouest guyanais)

« Les demandes concernent surtout l'accès aux soins et la proximité. » (Médiateur culturel)

➤ Il est également exprimé une déception dans l'approche que peuvent avoir certaines équipes sanitaires auprès des populations du fleuve :

« Les femmes qui travaillent pour l'EMIPS (équipe mobile de prévention du sida) ont fait état de discriminations raciales, refus de préservatifs aux prostituées. Parfois il existe aussi des problèmes d'accueil de perception de tensions, du fait de la double gestion, hôpital / Conseil général, surtout à Apatou. » (Coordinatrice de prévention)

➤ En ce qui concerne les actions de prévention, deux opinions s'opposent. Le Directeur adjoint de la prévention du Conseil général pense que les usagers ne sont pas demandeurs de prévention. Celle-ci n'est déclinée qu'au détour des actes curatifs, ou lors des actions

de proximité. Par contre l'élue de la CCOG pense que les usagers sont fortement demandeurs :

« Les administrés ont l'impression d'être laissés pour compte, de ne récupérer que les miettes. Ils demandent une véritable prise en compte de la prévention. » (Élue CCOG)

« On sait très bien que les gens ne sont pas demandeurs de prévention. C'est parce qu'elle souffre que la personne vient consulter, c'est le système de la contrainte,. »
(Directeur adjoint de la prévention du Conseil général)

➤ L'ensemble de ces perceptions est à confondre au contexte traditionnel encore très présent dans ces sites isolés, où la participation communautaire à la prise en charge de la santé selon les normes guyanaises n'est pas intégrée :

« Ce serait possible pour certains jeunes qui reviennent dans la commune mais la population est globalement assistée et éprouve des difficultés d'investissements personnel et de prise en compte. Depuis quelques années il existe un mouvement de « vouloir faire », mais cela nécessite l'aval des chefs coutumiers. Il y a une emprise très marquée des chefs coutumiers. » (Élue de la CCOG)

« La biomédecine et la médecine traditionnelle peuvent parfaitement se coordonner. »
(Médiateur culturel)

3.4 PROPOSITIONS D'ACTIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE EN COMMUNES ISOLEES

Les personnes interrogées se sentent fortement impliquées dans l'évolution du système et ont des propositions fort diverses. Seule la région est restée en retrait, n'ayant pas particulièrement établi de projections dans ce domaine, tout en restant concernée et sensibilisée sur la qualité de vie des guyanais en communes isolées :

« La région n'est pas insensible, compte tenu qu'elle intervient déjà dans des domaines de compétence non dictés par la loi. La participation de la région dans le domaine la santé pourrait être la mise à niveau des équipements publics de santé et

les transports par route, pour les quelques malades. » (Conseiller du président de la région)

Les propositions concerneront trois domaines : l'instance de coordination, les champs pouvant être couverts et l'organisation sur le terrain.

Création d'un organe de coordination centralisé :

Le souhait de mutualisation des moyens et des ressources émerge des différents discours. Il est proposé la mise en place d'un dispositif où chacun puisse s'exprimer et où une politique commune puisse être déterminée.

- L'idée d'un groupement d'intérêt public (GIP) - opérateur unique - est envisagée depuis plusieurs mois. Elle séduit l'État (DSDS, Hôpitaux et ARH), même si l'objet du GIP n'est principalement envisagé que sous des aspects sanitaires :

« Enfin un GIP semble une assez bonne idée, dans le sens où cela fait une place à tous les responsables actuels du système, à commencer par les deux responsables initiaux qui sont le Conseil général et le centre hospitalier. Trouver un opérateur unique, essayer de concevoir quelque chose de simple et dont la mise en œuvre ne prendrait pas dix ans. Il faudrait que les communes, le Conseil général, voire demain que l'Assemblée unique en cas d'évolution statutaire, créent les moyens qui leur permettraient d'avoir à l'intérieur des terres une politique ambitieuse notamment en termes de présence » (Directeur de la DSDS)

« L'idée d'un GIP est intéressante car du point de vue curatif l'hôpital est obligé d'obéir à des normes de sécurité, tout en s'adaptant aux spécificités des communes. Il faut que tous deux - Conseil général et hôpital -, participent aux missions de santé et aient leur mot à dire. » (Chef de service des centres de santé).

« Le plus simple actuellement, serait de donner à l'hôpital les missions que le Conseil général ne peut pas faire, puis d'envisager dans un second temps un GIP. Pour être réaliste, il semble plus efficace et efficient actuellement, de prendre en charge les gens globalement par une même équipe de prévention et de soin. Il faudrait cependant limiter les débats aux aspects sanitaires. » (Directeur de l'ARH)

« La prise en charge pourrait être autant préventive que curative... Il est nécessaire d'avoir une unité de commandement et de facilitation des ressources humaines. Pour un GIP, Il y aurait un avantage d'autonomie, avec une opération propre sur les communes et une représentation possible, une possibilité d'expression. » (Directeur du CHOG)

« Cette structure ne pourrait être qu'un GIP du fait du multipartenariat et permettrait au département de garder ses compétences, en confiant ses missions au GIP. Le Conseil général déciderait dans quel sens ces missions seraient organisées. Il faut intégrer la dimension sociale dans le GIP. Il faut que chaque secteur remplisse ses missions, qu'il y ait une mise en place d'une santé globale. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

« L'idée du GIP est intéressante car elle permettrait une participation, pas seulement catégorielle, par une mise en place de concertation entre les acteurs et les élus, tous ayant un mot à dire dans ce domaine. Cela permettrait une articulation avec des personnes capables, et le monde associatif. La place de la commune y serait importante, mais il faudrait y mettre un élu ayant une grande sensibilité sociale et médicale qui ne serait pas forcément le maire. Il faut associer les usagers à cette démarche, favoriser l'émergence d'associations. » (Élue de la CCOG)

➤ Une convention de coordination des activités curatives et préventives entre l'État et le Conseil général, pouvant peut-être y inclure les actions sociales départementales est en cours d'élaboration. Ce projet présenterait l'avantage d'être peu onéreux. L'équipe de soins serait unique, mobile et assurerait une double mission :

« Alors cela peut prendre à mon avis la forme d'une convention entre le Conseil général et l'hôpital qui va lister les zones. Les techniciens se sont mis d'accord mais sans validation institutionnelle. C'est une question d'organisation de logistique assez simple avec des moyens pas inconsiderés. On doit trouver un mode d'organisation en disant que les gens qui travaillent dans les centres de santé, font partie d'une équipe unique et qu'ils assurent ensemble des soins. Après les tâches peuvent être réparties. » (MIR)

« Il est proposé un travail sur une convention provisoire de prise en charge de la prévention dans les endroits où il n'y a pas de personnel du département, en attendant quelque chose de plus structuré. Actuellement le seul système est la mise en commun

des moyens, rationaliser, utiliser au mieux les moyens dont on dispose. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

« J'ai proposé au président, pour les sites isolés, là où il existe des difficultés d'avoir des infirmières, qu'une convention soit passée pour que l'une des deux structures assure les deux missions. Il pourrait être envisagé qu'une convention soit également rédigée dans le domaine social. » (Élue du Conseil général)

➤ Un comité de coordination est suggéré par le Directeur de l'ARH :

« Il faut trouver des solutions plus souples, pour la coordination que le GIP. En Martinique, il existe une structure souple entre l'État le Conseil général, la CAF, la CGSS, pour trouver ensemble des solutions aux problèmes particuliers. C'est un service de coordination, pas de structure à proprement parler. C'est plutôt un comité de coordination des actions sanitaires et sociales. D'accord sur les avantages de l'instance de discussion mais qui fait quoi, car les responsabilités sont différentes, état civil, CCAS, CGSS, CAF, il n'y a pas de possibilité d'une administration unique, cela ne pourrait être qu'une coordination de l'action. »

Champs que recouvriraient les propositions :

➤ Six personnes questionnées sur quatorze proposeraient de conduire en priorité une réflexion sur une prise en charge sanitaire et sociale, voire environnementale. Il s'agit essentiellement des hospitaliers, des médecins et d'un élu qui identifient l'impact des difficultés sociales sur la qualité de prise en charge sanitaire :

« On s'est donné l'année 2003, pour constituer une forme de coopération qui intégrera fortement le social. Les missions pourraient être légalement élargies en matière d'environnement... Les centres de santé ayant également pour mission de promouvoir des actions environnementales propices à la santé. » (MIR)

« La gestion de l'environnement pourrait être incluse dans le GIP, car cela permettrait de gérer les "écarts" concernant la qualité de l'eau, l'assainissement. Surtout s'ils n'ont pas d'eau potable. Les volets sociaux éducatifs voire environnementaux doivent être traités. Il est impératif que pour les "campous" la prise en charge sociale, qui n'est pas faite, puisse être incluse dans la démarche. » (Élu de l'ouest Guyanais)

- Dès que l'on suggère d'inclure d'autres volets dans l'objet du GIP, sociaux, environnementaux, éducation à la santé, l'idée reste «séduisante » mais est reçue avec beaucoup de prudence.

« Il existe des tâches, des attributions, des compétences pouvant entrer dans le cadre d'un GIP, mais et je suis persuadé, qu'à part les centres de santé, tout le monde ira très prudemment. Il est possible que l'on soit débordé par le social. » (Directeur du CHAR)

« Mais si l'on va plus loin que les soins en parlant d'action environnementale et d'action sociale, alors je doute qu'un GIP parvienne à transcender les clivages habituels entre les uns et les autres » (Directeur de la DSDS)

- Le directeur de l'ARH et de la DSDS identifient des difficultés, voire même des impossibilités dans le traitement conjoint des aspects sanitaires et sociaux, tant le champ social est complexe à traiter en Guyane.

« Il ne faudrait pas envisager toutes ces missions dans le cadre d'un GIP "fourre tout". Le département devrait installer des PMI et antennes sociales, autrement le GIP, risque de s'occuper de tout, de RMI, de CCAS, on ne s'en sortira pas. » (Directeur de l'ARH)

« Je trouve qu'un travailleur social aurait une tâche beaucoup plus ardue qu'un acteur de soins. L'exercice d'action sociale de proximité est effroyablement difficile. » (Directeur de la DSDS)

- Par contre le développement structurel pour certains acteurs est prioritaire et constituerait un préalable, voire la condition «sine qua non » à l'amélioration de la situation actuelle :

« C'est pour moi plutôt un problème de transport qu'un problème de santé stricto sensu. » (Directeur DSDS)

« Ce sont des populations isolées qui ont déjà des difficultés en termes d'approvisionnement en eau, en électricité, de logement, de service public... Mais il y a derrière cela de gros problèmes politiques, il y a un gros retard au niveau structurel, en ce qui concerne les équipements, le sanitaire, le social et l'éducatif. » (MIR)

Organisation sur le terrain

➤ Organisation de santé communautaire

Deux expériences sont déclinées, celle du Surinam et du Brésil, avec leurs atouts et les possibilités d'envisager une organisation guyanaise calquée sur ces modèles.

- L'expérience surinamaïse est proposée par les acteurs de l'ouest guyanais et le directeur de la DSDS:

« Il faudrait essayer de faire ce que paradoxalement le Surinam est à peu près parvenu à faire, alors que nous on n'y est pas du tout parvenu. C'est-à-dire, une action qui ressemblerait à une politique communautaire et qui verrait les populations commencer à se prendre en charge. Accepter que localement on trouve les ressources humaines pour conduire des actions collectives et locales de prévention, de prise en compte de la santé. » (Directeur de la DSDS)

« Il y a un intérêt de formation identique entre la France et le Surinam, même message. Au Surinam les agents de santé sont qualifiés (3 ans d'études) et ont souvent des prérogatives d'infirmiers diplômés d'État. Il n'y a pas de gros poste, seulement des centres de santé primaire et le médecin encadre les agents de santé. Ils assurent également les relais avec le capitaine. » (Coordinatrice de prévention)

« Au Surinam les dispensaires disposent d'annexes, sous la responsabilité d'un aide soignant, ayant quasiment les compétences d'un infirmier diplômé d'État, le personnel est local, Saramaca, ce qui facilite leur intégration. » (Médiatrice culturelle)

« De plus, les structures surinamaises sont plus légères, et n'ont pas besoin de répondre à des normes rigoureuses comme en France. » (Élu de l'ouest guyanais)

- L'expérience brésilienne est rapportée par le MIR :

« Il y a un mode d'organisation particulier au Brésil. Il y a un centre de santé dans chaque quartier, pour un certain quota de population. L'équipe est composée d'un médecin et d'un dentiste, d'une sage-femme et d'agents de santé, pour chaque centre de santé. Ces agents de santé ont pour mission de créer le lien entre la population et les centres de soins. Chaque agent de santé est chargé de contrôler si les familles prennent bien leurs traitements, il opère les surveillances. Il y a également des programmes sur la vaccination, l'hypertension, le diabète, la tuberculose. J'avais

estimé qu'à Maripasoula cela représentait 6 à 7 auxiliaires. A l'intérieur du centre de santé, il y aurait des formations et une infirmière spécialement consacrée à l'encadrement de ces agents. »

- D'autres idées, dans le domaine de l'action communautaire, sont émises :

« Ces agents de santé communautaire nécessiteraient d'être encadrés et formés. Il faut favoriser les actions de proximité. Si l'on recrutait des personnes locales comme relais auprès des familles, il y aurait plus d'impacts des schémas de prévention. » (Elu de l'ouest guyanais)

« Il faut créer un corps de métier correspondant aux médiateurs culturels, relais entre la population et les professionnels de santé comme à Twenké et Antécum Pata » (Élu du Conseil général)

➤ Le guichet unique:

Le guichet unique qu'il soit au centre de santé ou dans une maison de l'administration emporte l'adhésion de tous pour la coordination de l'action sociale :

« Également envisager une prise en charge globale...Je souhaiterais qu'il y ait un guichet unique car pour les usagers il y a un problème de langue et de démarches. » (Élu de l'ouest Guyanais)

« Il existe parfois des guichets uniques qui permettent une unité de lieu (assistante sociale, trésor, impôt), comme une maison commune de l'administration. » (Directeur de l'ARH)

➤ Le montage d'un réseau :

Cette suggestion est également évoquée par le Directeur de l'ARH et du CHOG, voire d'un pôle de compétence qui resterait, selon l'avis du conseiller du président de la Région, très virtuel au niveau de l'engagement de chacune des parties:

« Une coordination de l'action autour du malade. Le réseau pourrait y répondre, l'avantage est que chacun est informé de ce que fait l'autre, c'est de la coordination. » (Directeur de l'ARH)

« Le problème de la gestion de la santé par pôle de compétence n'est qu'un engagement virtuel. » (Conseiller du Président de Région)

➤ Renforcement des structures sanitaires:

Plusieurs acteurs évoquent l'opportunité de réimplanter des structures sanitaires permettant les accouchements sur site, voire à terme la transformation des deux principaux centres, Maripasoula et Saint George, en mini hôpitaux :

« A priori, l'option de faire accoucher tout le monde à l'hôpital, c'est de se poser la question, peut-être pas pour Apatou, mais pour Grand Santi ou même pour Maripasoula : s'il y avait une prévention correcte, avec les bons moyens locaux pour les accouchements dits « non à risque », l'accouchement pourrait se faire sur site » (Directeur du CHOG)

« Le département devrait avoir des hôpitaux de proximité avec des structures et le matériel suffisant pour traiter les cas les plus bénins. » (Élu de l'est Guyanais)

« Si je devais faire un SROS de troisième génération, je militerais plus à créer un mini hôpital à Saint Georges et Maripasoula. » (Directeur de l'ARH)

➤ L'incitation à l'installation de praticiens libéraux et de pharmacies d'officine :

L'idée est reprise par les deux élus des cantons de l'est et de l'ouest :

« L'installation d'un médecin libéral serait vue d'un bon œil, car il y aurait moins d'assistantat, c'est moins onéreux pour la collectivité et plus intéressant pour les assurés sociaux. »

3.5 QUELLES SERAIENT LES LIMITES AU DEVELOPPEMENT DE CES PROPOSITIONS ?

L'amélioration de la santé en site isolé, selon les personnes interrogées, peut être limitée par plusieurs facteurs :

Le retard de développement structurel :

Tant aux Assises des libertés locales que lors des entretiens, ce constat est largement repris par tous les partenaires :

« L'évaluation a été faite à 21 milliards de francs (3,2 milliards d'euros), en terme de besoins, pour un rattrapage structurel. » (Conseiller du Président de Région)

« L'électricité, le téléphone, l'eau, le logement sont primordiaux. » (Directeur du CHOG)

« Le problème de transport est majeur. En milieu rural, il faut aller au-devant des gens et l'on n'en a pas toujours les moyens, y aller pose des problèmes logistiques, de transport... » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

L'absence de détermination politique forte dans le domaine de la santé

➤ Concernant les élus du Conseil général :

« C'est un problème de volonté avéré (du Conseil général), jusqu'à une période récente. On peut encore en douter aujourd'hui. » (Directeur de la DSDS)

« Il persiste le problème du Conseil général qui attermoie. » (Directeur du CHOG)

« Il y a un problème de moyens, c'est incontestable, ceux ci n'existent pas mais c'est également des choix et des priorités... À la Conférence régionale de santé, cela a été écrit, mais ne passionne pas beaucoup les gens du Conseil général. Tout le monde en parle, mais rien n'est acté... Il semblait être annoncé un pouvoir central avec une assemblée unique et un contre-pouvoir " les districts", ayant mission de service public

d'abord social, mais on ne sait pas si le sanitaire y est inclus» (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général

« Ils sont sensibles mais peut-être pas sensibilisés. » (Élu de l'ouest guyanais)

« Il manque actuellement la participation des élus et une définition de la politique régionale de santé. » (Directeur de l'ARH)

➤ Concernant le Conseil régional :

« Il existe cependant un discours récurrent, c'est que la Région souhaite se recentrer sur ses compétences. » (Conseiller du Président de Région)

➤ Concernant l'État :

dans l'aide au développement structurel et l'application de la loi:

« Mais tout le monde fait la sourde oreille. On avait espéré quand KOUCHNER était venu, mais concrètement il n'y a rien» (Conseiller du Président de Région)

« L'État manque de chef de ce côté-là il est souvent dit: "oui, il y a des lois françaises, mais il ne faut pas trop les appliquer, car cela va attirer du monde C'est un problème de positionnement de l'État. » (Directeur du CHOG)

Les difficultés techniques

Hormis les carences inhérentes au retard de développement structurel, touchant les infrastructures, les transports, les aspects logistiques, d'autres points sont évoqués comme pouvant constituer un réel frein :

➤ La difficulté de recrutement de personnes qualifiées, l'absence de savoir-faire :

« On manque de structures, de personnel formé. » (MIR)

« Si on associe la région à la politique de santé, le risque serait d'avoir des problèmes, du fait de l'absence de savoir-faire. » (Conseiller du Président de Région)

➤ La difficulté de travail et de vie en site isolé, tout particulièrement pour les citoyens :

« Il faut donner de bonnes conditions de travail pour éviter le turn-over. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

« Le problème est également dans la qualité de l'accueil que réservent les communes aux techniciens venus de Cayenne ou de métropole. » (Directeur de la DSDS)

« Les guyanais vont rarement en sites isolés, par contre les Français de la France hexagonale y vont. » (Élu(e) du Conseil général)

« La pire des choses pour un cayennais serait d'être affecté sur l'ouest surtout sur le Maroni. Il y a 200 agents au siège de la CGSS à Cayenne, 1 seul à Saint-Laurent. » (Directeur du CHOG)

➤ La difficulté de Constitution d'un GIP :

« Le problème serait la lourdeur de mise place du GIP. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

La prise en compte des étrangers en situation irrégulière

Une grande proportion des habitants des sites isolés est en situation irrégulière et ne peut ou n'éprouve pas le besoin de faire valoir leurs droits. La situation devient difficile à gérer pour les institutionnels et les élus pour anticiper et planifier les actions à mener sur ces zones :

« Le problème sera important cependant pour les personnes en situation irrégulière...mais lorsqu'ils sont en bonne santé, ils n'estiment pas avoir besoin de couverture assurance maladie » (Coordinatrice de prévention)

« Il faut envisager de traiter la santé dans sa globalité, sans isoler les étrangers en situation irrégulière. L'accès aux droits n'est pas développé, des enfants sont scolarisés depuis plusieurs années sans avoir de droits ouverts. » (Élu(e) de l'ouest guyanais)

La gratuité des soins

Les soins en communes isolées ont toujours été gratuits. Depuis quelques années, il est évoqué la possibilité de demander une participation aux usagers. Pour certains cette gratuité peut générer des effets pervers :

« Je ne suis pas favorable à la médecine gratuite, tout ce qui est gratuit est difficile à gérer. » (Élu de l'est guyanais)

« On peut faire l'hypothèse que ce qui est gratuit n'a pas de valeur et n'est donc pas de nature à donner de l'audience aux agents de santé. » (Directeur de la DSDS)

L'absence de moyens

Les difficultés de financement des collectivités territoriales sont évoquées par la plupart des personnes interrogées qui considèrent qu'elles constituent un obstacle majeur à toute évolution. Elles sont ressenties comme une erreur manifeste d'estimation des missions qui ont été transférées lors de la décentralisation:

« Peut-on envisager de prendre en charge des choses aussi lourdes. L'idée est bonne mais qui va payer cela, combien cela va coûter ? » (Conseiller du Président du Conseil régional)

« Ce qui me frappe, c'est qu'on a du mal, à commencer par nous l'État, à reconnaître l'erreur historique qui a été faite ici, en sous estimant l'ampleur de la mission qui incombait aux collectivités territoriales. Quoi que l'on pense de la volonté du Conseil général en la matière, il n'a pas de toute façon les moyens d'assurer les responsabilités qui lui incombent dans cette affaire. Enfin on avait et on continue à avoir un problème de volonté politique. Il faudrait que les communes, le Conseil général, voire demain que l'Assemblée unique en cas d'évolution statutaire, créent les moyens qui leur permettraient d'avoir à l'intérieur des terres une politique ambitieuse notamment en termes de présence. Il s'agira de savoir si l'on aura les moyens d'une telle ambition. » (Directeur de la DSDS)

« Le problème est le risque de ne pas avoir les moyens, car les dépenses évoluent de façon exponentielle. » (Directeur du CHOG)

Cependant le MIR estime que l'amélioration de l'action sanitaire ne passe pas par un effort financier considérable :

« Je pense que le gain que l'on pourrait avoir en termes de santé ne nécessite pas un investissement ou un effort financier très important. » (MIR)

L'absence d'intégration ou d'esprit citoyen des usagers

La plupart des habitants des fleuves frontaliers n'ont pas acquis l'esprit citoyen français comme nous pourrions le souhaiter. Pour la grande proportion d'étrangers, la perte de leur tradition, l'absence d'intégration, l'assistanat, semblent constituer un obstacle à la conduite d'action communautaire où l'usager aurait une participation active. Ceci génère une difficulté supplémentaire dans la réalisation des actions de proximité, d'éducation sanitaire et de prévention :

« Apporter un service social sans traiter en amont les grands problèmes des fleuves comme l'acculturation, la déstructuration du milieu, serait difficile. Pour le fleuve, il est possible que la sédentarisation soit trop récente pour qu'elle ait pu provoquer l'esprit citoyen. » (Directeur de la DSDS)

Peu de personnes concernées

La population des centres isolés est à la fois en grande partie en situation irrégulière et ne constitue qu'une petite proportion de la population globale guyanaise. En cela il est évoqué :

« Je rappelle que cela ne concerne qu'entre 10 et 15% de la population globale, donc on peut admettre que des gens qui ne sont pas sensibilisés à ces communes isolées ou qui ne les connaissent pas et qui n'y ont jamais travaillé, ne comprennent pas. » (MIR)

Les communes isolées ne seraient pas les seules concernées

Malgré le souhait de vouloir traiter exclusivement la situation des sites isolés, il a été rappelé que la situation des communes éloignées n'englobe pas toute la problématique actuelle, le littoral étant également concerné par ses difficultés d'accès aux droits et aux soins :

« Si l'on considère qu'il faut confier à un organisme l'ensemble des compétences sanitaires et sociales, c'est valable aussi pour le littoral. » (Directeur de l'ARH)

« Les communes isolées sont aussi à définir, le fleuve ne résume pas la situation des communes isolées. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

3.6 QUELLE SERAIT LA PLACE DE CHACUN DANS CES PROPOSITIONS ?

Chacun pense et souhaite, dans l'éventualité d'une mise en coordination, voire de la constitution d'un GIP, que les missions soient clairement identifiées. Il serait nécessaire de définir préalablement les limites d'intervention et en conséquence de financement de chaque partenaire :

« L'objectif en matière de santé, c'est à mon avis de définir clairement des missions en matière de santé. Si on arrive à faire cela, il appartient alors à l'administration, mais pas à elle seule, à l'ensemble des partenaires d'organiser la montée en charge de la structure. » (MIR)

« Il faut décliner le rôle et la contribution de chacun aux élus. » (Directeur adjoint chargé de la prévention au Conseil général)

L'État

L'État resterait l'initiateur, le coordinateur de ce nouveau système de gestion au moins dans sa phase d'initiation :

« C'est de nous que l'on attend la mise en place du système de gestion et de pilotage unique des centres de santé. Nous avons un rôle de coordonnateur, de médiateur, de facilitateur, enfin c'est à nous d'initier une rencontre avec les acteurs concernés. » (Directeur de la DSDS)

« Nous avons essentiellement un rôle d'impulsion, de coordination, de faire un lien entre l'ARH et le Conseil général, de trouver des solutions originales. On est au cœur de l'action et le garant de cette santé publique. » (MIR)

« Ce serait vraisemblablement à l'État de mettre en place un tel projet. » (Élu de l'ouest guyanais)

Le Conseil général

Le Conseil général reste un partenaire incontournable de ces schémas, tant il est impliqué réglementairement dans la prévention, le social et les actions de proximité :

« Le Conseil général, cela va de soi, et les communes aussi car ils sont concernés au premier chef. » (Directeur du CHAR)

« L'idée de GIP pour associer le Département, l'État et les Communes est intéressante car le maire où se trouve le centre santé est concerné. » (Directeur de l'ARH)

Les communes

Déjà évoquées précédemment avec le Conseil général, les communes sont intégrées d'office dans ces dispositifs, alors qu'elles n'étaient pas représentées jusqu'à ce jour dans la déclinaison des politiques de santé et dans les instances décisionnelles. Il reste nécessaire de connaître leur meilleur niveau de représentation :

« Il faut prendre la commune, et le maire pour les coordinations de proximité, avec l'accord de l'administration centrale pour que les gens de terrain puissent coordonner leurs actions. » (ARH)

« La CCOG est un bon interlocuteur car elle représente bien les maires du Maroni, c'est la conscience de l'ouest guyanais, elle est reconnue en terme d'aménagement du territoire et d'infrastructure. Dans le GIP, deux solutions pourraient se profiler, soit on représente les communes, soit la communauté des communes représente les maires. » (Directeur du CHOG)

« Il faudrait que chaque maire puisse apporter sa contribution, car les problèmes sont différents. La communauté des communes peut représenter les maires. La communauté des communes de l'ouest guyanais pourrait également saisir les maires sur ce projet. » (Maire d'une commune de l'ouest guyanais)

Cependant, cette idée n'est pas reprise par l'élue de la CCOG, puisqu'elle ajoute :

« CCOG ne pourrait pas représenter à lui seul l'ensemble des communes du fleuve du fait des problèmes différents et des cultures différentes. »

La Région

La Région a du mal à se positionner et a déjà souhaité se recentrer sur ses compétences. Mais elle reste convaincue de l'utilité de sa participation à l'amélioration de la prise en charge de la santé, par le développement structurel, la formation, certains aspects sociaux et le financement qu'elle apporte d'ores et déjà à l'observatoire régional de santé de Guyane (ORSG):

« La Région pourrait alors avoir sa place dans le GIP, par son rôle en matière de formation, dans le développement structurel et sa présence à l'ORSG. » (ARH)

« Il existe déjà un service de formation professionnelle et de la santé, il concerne tous les dossiers que le Conseil régional a à traiter dans le champ de la santé. La participation de la Région pourrait être également dans la mise à niveau des équipements publics de santé, et dans l'amélioration du réseau routier permettant le transport des malades. Nous pouvons parfaitement nous insérer dans ce dispositif. » (Conseiller du Président de Région)

L'hôpital

L'hôpital reste, comme le Conseil général, un élément « clef de voûte » du système. Tant l'hôpital de l'est que celui de l'ouest entendent jouer leur rôle sanitaire aussi bien dans le domaine du préventif que du curatif voire même du social, sous la seule condition qu'on leur en donne les moyens :

« À l'hôpital, on peut retrouver tous les éléments pour atteindre cet objectif de santé : les médecins, les non-médecins qui aident aux soins, les administratifs et surtout les assistantes sociales et psychologues. » (Chef de service des centres de santé)

« La place du centre hospitalier de l'ouest guyanais peut être dans le réseau. Sous la pression des maires des communes, Monsieur BERTRAND (Maire de Saint Laurent)

était et serait prêt à prendre en charge la gestion des centres de santé du Maroni en tant que président du Conseil d'administration de l'hôpital. »(Directeur du CHOG)

Les usagers

La place des usagers a déjà été évoquée auparavant, par l'élue de la CCOG, qui estime que pour certains, il y a un désir de « vouloir faire. » Cependant cette approche est imprécise tant ils sont actuellement éloignés, tant dans les faits que physiquement, de tous processus de concertation.

3.7 CONCLUSION DES ENTRETIENS

Il émane de ces entretiens des points récurrents :

- La prise en charge curative est probablement bien assurée, mais la prise en charge sanitaire préventive est manifestement insuffisante.
- Une convention transitoire de coordination sanitaire, entre l'hôpital et le Conseil général, permettrait d'améliorer la situation, à un moindre coût.
- L'hypothèse d'un GIP semble à tous séduisante, mais les craintes de ne pouvoir s'y engager, faute de moyens, sont omniprésentes.
- Pour le traitement des volets sociaux, environnementaux et éducatifs, rien n'est clairement dessiné. Il n'y a pas de concertation et la volonté politique n'est pas clairement définie.
- A défaut de structure polyvalente sanitaire et sociale, le traitement des aspects sociaux pourrait être envisagé par un guichet unique.
- Sous tendu à tous ces problèmes, le retard de développement structurel et les difficultés organisationnelles qui en découlent semblent, pour tous, un obstacle patent à toute amélioration.

4 - QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION ET PROPOSITIONS

À l'analyse de ces travaux de recherche et de consultation, il est possible d'envisager des propositions pour l'amélioration de la santé en communes isolées.

Bien que le rattrapage du retard structurel soit considéré pour beaucoup comme un préalable, celui-ci ne pourra être résolu qu'au fil des années et nous nous devons de trouver des solutions d'urgence, au début transitoires puis, nous l'espérons, plus pérennes.

Quatre grands axes seront proposés :

- L'instance de coordination,
- La déclinaison sur le terrain,
- Le suivi et l'évaluation du système,
- La coopération.

4.1 L'INSTANCE DE COORDINATION

4.1.1 Quelle instance choisir ?

Conformément aux propositions de l'inspection générale des affaires sociales en 1998 [57]: *"il s'agit donc de mettre en place un dispositif permettant la participation des différents partenaires, de service , à la réalisation d'une tâche commune...Cela impose la coopération des acteurs actuels et futurs au sein d'une entité juridique nouvelle ayant pour objet la gestion des activités sanitaires et sociales dans les zones définies grâce à une mise en commun des moyens dont chacun dispose, pour rendre un service qui soit le meilleur possible aux populations."*

L'objet de cette structure serait de mettre en œuvre l'axe majeur de la politique de santé publique dans le département et tout particulièrement en zone isolée. Elle devrait pouvoir jouir d'une certaine autonomie et être ouverte à des partenaires extérieurs aux statuts juridiques multiples : collectivités territoriales, organisme d'assurance, associations d'usagers, hôpitaux, etc. Elle assurerait en outre une mission de service public, sans posséder des prérogatives de puissance publique.

Son statut juridique :

Compte tenu de l'implication d'un centre hospitalier dans cette structure, il nous faut déterminer quelle serait la forme de coopération juridique hospitalière la plus pertinente. Actuellement dix formes de coopération juridique hospitalière peuvent être mise en œuvre [3]. Six formes de coopération sont exclusivement réservées aux établissements publics ou privés de santé.

Il reste donc, du fait de la participation d'autres structures oeuvrant hors champ purement sanitaire, quatre modes opérationnels susceptibles de nous concerner:

- L'association
- Le groupement d'intérêt public
- Les conventions
- Le réseau

➤ Premier cas : l'association

L'association de type loi 1901 est la forme la moins structurante dans la mesure où la seule obligation des membres réside dans le versement d'une cotisation. Son avantage est de pouvoir être aisément constituée par simple déclaration en Préfecture et de pouvoir accueillir un grand nombre de partenaires. Cependant, le Conseil d'État s'est élevé contre la pratique qui consiste à faire de l'association un organe de rassemblement de personnes publiques et privées. Le principe est que l'action publique n'a pas à être déléguée à une association.

➤ Deuxième cas: le groupement d'intérêt public¹⁴

La loi n° 2000-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a étendu le champ d'activité des GIP et stipule : « *un groupement d'intérêt public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière peut être constitué entre l'État et d'autres personnes morales de droit public ou de droit privé pour exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités d'assistance technique de coopération internationale dans les domaines de la santé et de la protection sociale.* ». Cette structure apporte une réponse aux besoins des usagers par le développement de coopération entre collectivités publiques, la réalisation et l'exploitation en commun des équipements, le regroupement financier de partenaires différents. Son statut est celui d'une personne morale de droit public doté d'une autonomie financière.

¹⁴ Ordonnance n° 67/821 du 23/9/67, avis du Conseil d'État du 1/8/95

La contribution de chaque partenaire est définie dans la convention constitutive, la valeur est appréciée d'un commun accord, et les engagements peuvent être révisés à l'occasion de chaque projet de budget annuel.

L'inconvénient majeur du groupement d'intérêt public est sa lourdeur de constitution, nécessitant de faire approuver la convention constitutive par les ministres chargés de la santé du budget, suivi de la publication de l'arrêté au Journal Officiel, en cas de suite favorable.

➤ Troisième cas : le réseau de santé¹⁵

Le réseau de santé n'est pas en soi une structure juridique (pas de personnalité morale) mais une modalité de fonctionnement, pouvant s'inscrire dans une structure juridique.

Selon l'article 84 de la loi du 4 mars 2002 : *«Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité, l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologie ou activités sanitaires (...) Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations...Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, les établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire et sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. ».*

Le financement de ces réseaux, s'ils répondent à des critères de qualité et des conditions d'organisation, peut être assuré, selon cette même loi, par : *« des subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi finance, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie. »*

➤ Quatrième cas : les conventions¹⁶

Des conventions d'exercice et de partage peuvent être signées entre les centres hospitaliers et des structures extérieures, qu'elles soient publiques ou privées. Il n'y a pas de procédure particulière de création, ni de personnalité morale.

¹⁵ Art L 3121-5 du code de la santé publique (CSP), circulaire DH/EO/97 n°97/277 du 9/4/97, art. L 6321-1 du CSP

¹⁶ Art. L 6134-4 et 6134-2 du CSP

Atouts et limites des différentes structures

	Atouts	Limites
Association	▪ Création simple et rapide ▪ Souplesse de gestion ▪ Multipartenariat ▪ Origines diverses de financements ▪ Autonomie	▪ Peut favoriser le désengagement des financeurs ▪ Influence possible des financeurs ▪ Aucune règle assurant une représentation équilibrée des membres ▪ Structure juridique fragile ▪ Peu adapté aux missions d'action publique
GIP	▪ Financements obligatoires des membres de droit ▪ Rigueur et transparence de gestion du budget (majorité du secteur public) ▪ Multipartenariat public et privé ▪ Rôle de coordination ▪ Autonomie ▪ Adapté à la gestion d'un service public	▪ Pas d'alternance dans la présidence ▪ Longueur et lourdeur dans la création ▪ Durée déterminée à l'avance ▪ Problème de recrutement du personnel du fait du caractère éphémère de GIP
Le réseau de santé	▪ Financement prévu par la loi ▪ Création simple et rapide ▪ Rôle de coordination ▪ Autonomie ▪ Place des usagers ▪ Peu être intégré à un dispositif juridique particulier	▪ Financements pérennes non garantis ▪ Pas de statut juridique propre
Les conventions	▪ Création simple et rapide ▪ Facilement modulable	▪ Multipartenariat limité ▪ Limitation du champ d'action

4.1.2 Transitoirement pour l'année 2003

Devant la nécessité d'assurer en urgence des actions coordonnées, curatives et préventives, en communes isolées, le Conseil général, l'hôpital et la DSDS travaillent à l'élaboration d'une convention d'exercice d'activités sanitaires, dont l'exécution serait confiée à l'hôpital de Cayenne.

Les actions de prévention du Conseil général en matière de vaccination et de protection maternelle et infantile, seraient conduites par les équipes curatives, là où le personnel préventif du Conseil général fait défaut.

Cette convention pourrait, selon les propos de l'élu du département, être complétée dans un second temps, par un volet social.

4.1.3 Ultérieurement dès 2004 :

Le GIP,

semble obtenir l'assentiment de chacun, par la possibilité d'une expression collégiale et la garantie de contribution de chaque partenaire.

Cependant l'objet de ce groupement peut être variable, il peut être :

- soit purement sanitaire (curatif et préventif)
- soit d'actions plus vaste: sanitaire, sociale, environnementale et d'éducation à la santé.

Hormis les champs de compétence plus importants, les membres du conseil d'administration seraient identiques. (l'État [hôpitaux, DSDS, CGSS], le Département, la Région, les Communes et les représentants d'usagers) compte tenu de leurs implications respectives dans le champ de la santé.

Les missions seraient assurées par le directeur du GIP, choisi par le conseil d'administration, qu'il soit hospitalier ou issu d'une autre administration. Les compétences ne seraient pas pour autant confondues, chaque collectivité garderait ses prérogatives et déléguerait au GIP l'exécution de leur mission, mais dans le cadre d'une politique coordonnée et arrêtée collectivement.

La plus-value de ce système résiderait dans l'implication de chacun à l'amélioration de la santé publique en commune, sans que les responsabilités de carence soient imputées d'une administration à une autre. Par ce décloisonnement on peut espérer une synergie des actions menées, permettant d'atteindre des objectifs préalablement fixés.

La participation au financement de la structure peut être opérée, de plus, de multiples façons : par financement direct, mise à disposition du personnel, de matériel ou prestations de services. La mutualisation des moyens aurait pour but d'améliorer le fonctionnement, d'optimiser les coûts de fonctionnement et les conditions d'exercice des agents en commune.

Le réseau

Le réseau, tel que défini par la loi du 4 mars 2002, est en soit également intéressant dans notre problématique.

Il s'ouvre à d'autres champs que l'activité sanitaire et permet d'inclure des organisations sociales, éducatives ainsi que la présence d'usagers ;

La tête de réseau pourrait être constituée, comme le propose le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, par un comité de coordination. Ce comité serait chargé d'élaborer une politique de santé déclinée en programme, puis actions.

Le financement de l'État permettrait son fonctionnement.

Ce réseau pourrait être autonome et s'inscrire dans une structure juridique institutionnelle choisie par le comité de coordination.

Il serait même envisageable, si l'option d'un GIP était retenue, qu'il puisse être constitué un réseau social et éducatif au sein du GIP, réalisant ainsi une coordination de ces actions avec les équipes sanitaires du GIP.

L'intérêt de ce montage serait à la fois une réponse, du fait de la participation financière de l'État, aux réticences budgétaires éprouvées par certains pour la Constitution du GIP et à la crainte d'une dispersion dans ses missions.

4.2 L'ORGANISATION SUR LE TERRAIN

4.2.1 Création de centres locaux d'action de santé :

Ces centres locaux d'action de santé seraient composés de représentants de la population, d'élus locaux et d'une équipe pluridisciplinaire établie selon un référentiel pour un quota de population déterminée.

La présence de personnels médicaux et paramédicaux serait complétée d'agents de santé communautaire spécialement formés au suivi et à l'accompagnement d'un certain nombre de familles dont ils auraient la responsabilité. La mission dévolue à ces nouveaux agents serait fondamentale, elle permettrait de créer un lien entre la population et la structure sanitaire sociale et de limiter au mieux le phénomène d'exclusion.

La formation de ces agents pourrait être innovante et qualifiante, proche de celle du Surinam. Le Conseil régional, par ses prérogatives, serait à même d'organiser cette formation. Le Contrat de plan État / Région a d'ores et déjà prévu, dans ses orientations 2000-2006, le financement de telles actions.

Il pourrait être également envisagé, comme pour Mayotte, du fait de la difficulté de recruter du personnel paramédical, la formation d'infirmières territoriales et de sage-femmes territoriales, spécialement destinées à l'exercice dans les centres de santé et ayant suivi en

plus de leur formation de base un cursus de médecine tropicale, d'éducation et de promotion de la santé. Cette « formation territoriale » pourrait être mise en œuvre dans le cadre de l'article 73 de la Constitution concernant les DOM, dont la situation particulière est reconnue par les textes. Elle offre d'ores et déjà au législateur le pouvoir d'adapter leur organisation administrative et leur régime législatif. Les nouvelles perspectives d'évolution de la Constitution sont également offertes, avec la modification de cet article. Les DOM se verraient accéder à une large adaptation des textes et auraient la possibilité d'obtenir à leur demande un pouvoir normatif pour tenir compte de leur spécificité. Les élus locaux guyanais semblent dès à présent vouloir proposer à la population, par voie référendaire, d'opter pour l'article 73 modifié, lui laissant le statut d'un DOM, plutôt que l'application de l'article 74 qui confèrerait à la Guyane celui d'une collectivité d'Outre-Mer [52].

4.2.2 Territorialisation

La prise en considération du projet d'évolution statutaire de la Guyane par la Constitution d'une assemblée unique prévoit d'ores et déjà une organisation politique décentralisée, en quatre districts parallèles aux communautés des communes. Le découpage territorial des secteurs sanitaires pourrait être en concordance avec celui des districts.

4.2.3 Fonctionnement

Les problèmes les plus souvent identifiés dans l'organisation du travail sur site sont :

- Des problèmes de travaux d'équipe par manque de plan d'action, de vision globale,
- Du manque de ressources et de pouvoir de décision,
- De la démoralisation et de l'isolement,
- De compétence pour résoudre les difficultés et nouer les contacts utiles.

La difficulté est aussi d'essayer de ne pas décliner sur le terrain une succession de programme verticaux, distincts les uns des autres, comme la lutte contre la tuberculose, contre les maladies sexuellement transmissibles, le programme élargi de vaccination,... mais de mettre en place des stratégies transversales cohérentes et qui ne se rajoutent pas les unes aux autres.

Objectifs organisationnels :

Les pouvoirs publics doivent jouer un rôle moteur dans l'instauration d'un environnement favorable au centre de santé ;

Il faut que puissent coexister à la fois la stratégie centrale avec une autonomie locale, principalement basée sur la collaboration avec les communautés, l'exploitation des ressources humaines locales.

Pouvoir développer la coopération intersecteur en menant un objectif commun.

En cela, le centre doit pouvoir définir également sa propre stratégie, tout en en rendant compte à l'administration centrale, et conduire à terme des évaluations sur les actions menées. La politique de santé émanerait d'une décision participative entre les secteurs ou districts et la structure gestionnaire centrale. Les priorités, déclinées localement, pourraient être fort différentes d'une zone géographique à une autre.

4.2.4 Actions de terrain en fonction des champs

L'action sanitaire :

1. Actions limitées :

Il s'agirait de conduire des actions curatives et préventives, comme cela est envisagé dans le cadre d'une convention entre le centre hospitalier de Cayenne et le Conseil général. Cependant en cas de constitution d'un GIP, il pourrait être étudié un découpage géographique faisant intervenir l'hôpital de Saint-Laurent, pour tout le bassin de population situé entre Grand Santi et Apatou.

Ces missions seraient assurées par une équipe unique qui déclinerait tant au niveau du centre de santé que dans ses « tournées » la protection maternelle et infantile, la vaccination et les soins curatifs.

2. Actions élargies :

Cette même équipe « renforcée » serait à même d'assurer à la fois les consultations préventives en milieu scolaire, en milieu professionnel et les consultations de soins dentaires.

Il serait même envisagé d'organiser des consultations avancées régulières de spécialistes médicaux (ophtalmologie, ORL, psychiatrie, orthopédie...).

L'éducation à la santé :

Devrait constituer une priorité pour ces secteurs, car située en amont de la prévention et de la prise en charge des soins, elle donnerait plus de sens aux programmes des équipes sanitaires. Ces actions d'éducation seraient menées par les agents de santé sous la coordination d'une infirmière de secteur. Ces agents de santé constitueraient un lien entre la communauté, la médecine traditionnelle, et les centres de santé.

Le domaine environnemental :

Il s'agirait d'inclure au sein de ces centres de santé un technicien chargé de veiller au contrôle de la qualité de l'eau d'adduction et des actions environnementales favorables à la santé (traitement des eaux usées, et élimination des déchets ménagés...). Ce nouveau dispositif permettrait une inter-relation entre les centres de santé et les compétences communales.

Les aspects sociaux :

Il pourrait être créé un guichet unique à vocation sociale, intégré aux équipes du centre de santé dans le cas de Constitution d'un GIP sanitaire et social, ou en relation avec celui-ci par le montage d'un réseau.

Il regrouperait fonctionnellement les différentes antennes des institutions sociales guyanaises (Conseil général, agence départementale d'insertion, mission locale, CGSS, CCAS, Éducation nationale ...).

Ce guichet aurait uniquement pour vocation d'instruire les différents dossiers sociaux, de procéder à leur acheminement pour traitement auprès des instances concernées et d'en garantir le suivi.

4.3 SUIVI ET EVALUATION DES ACTIONS

Le système actuel souffre d'un déficit de suivi et d'évaluation des actions menées en commune. Afin de parfaire le fonctionnement à venir et d'adapter les stratégies, le centre gestionnaire, quelque soit le champ de compétence qui lui sera confié, aura pour mission de conduire les évaluations et de les transmettre aux instances décisionnelles.

L'évaluation peut être conduite à plusieurs niveaux et adaptée en fonction des champs de compétences:

- Par des indicateurs de santé :
 - incidence et prévalence de certaines pathologies sévissant sur les zones concernées
 - suivi épidémiologique de certaines pathologies pouvant être des maladies chroniques de l'adulte ou de l'enfant, comme la malnutrition (pathologies traceuses).
- Indicateurs de fonctionnement concernant :
 - les actions de protection maternelle et infantile (nombre de consultations prénatales, de consultations infantiles, de consultations en médecine scolaire...).
 - les actions sociales (accès à l'habitat, allocation diverses...).
 - les actions environnementales (qualité de l'eau potable, réseau électrique et téléphonique...).
- Indicateurs de moyens mis en place :
 - équipements, approvisionnements...
- Indicateurs de résultat :
 - taux de couverture vaccinale,
 - avis des usagers (enquêtes de satisfaction).

Communication de l'information :

L'ensemble de ces données, collectées par le directeur du GIP ou le comité de coordination du réseau , seraient communiquées aux instances techniques et décisionnelles .

Elles seraient transmises :

- Au comité de suivi des politiques de santé qui assure la coordination des différents programmes de santé sur le département (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention ou autres plans ou actions).
- Puis au comité régional des politique de santé .

Ce bilan annuel serait également exposé au grand public, lors de la Conférence régionale de santé.

4.4 LA COOPERATION SUR LE PLAN LOCAL

L'instance gestionnaire unique aurait également la charge d'organiser des actions de coopération avec les pays frontaliers : Brésil, Surinam et de la Caraïbe.

Il s'agirait de conduire des échanges entre les centres de santé voisins afin d'obtenir:

- Une harmonisation des pratiques par l'élaboration de protocoles préventifs, curatifs, environnementaux, d'éducation et de promotion à la santé,
- Une veille sanitaire commune,
- Des formations conjointes des personnels, sur le bassin de population le long des zones frontalières.

Il est déjà prévu dans le cadre du CPER 2000-2006 de pourvoir au financement de ces stratégies de coopération.

CONCLUSION

La complexité de la prise en charge de la santé devrait être comprise et considérée dans ses différentes dimensions, économiques, humaines, historiques, géographiques, culturelles et ses blocages psychologiques. En cela, seules les actions coordonnées suivant une politique commune pourront avoir des chances de succès.

La situation actuelle de prise en charge de la santé uniquement curative, en communes isolées, se doit d'évoluer en s'élargissant dans les secteurs préventifs, sociaux, éducatifs, environnementaux, en envisageant une prise en considération plus globale de la santé.

Chacune des collectivités évoquées a sa part de responsabilité dans la qualité de la prestation sanitaire et sociale fournie en communes isolées. Les difficultés actuellement objectivées nécessiteraient de faire adopter le scénario le plus approprié pour répondre aux besoins de santé tout en prenant en considération les droits et les devoirs de chacun.

Un « espace de concertation et de coordination » qu'il soit GIP, comité de coordination ou toute autre structure semblerait prometteur. Il permettrait en outre d'évoluer progressivement vers le traitement d'autres secteurs, tels que certains quartiers urbains du littoral particulièrement défavorisés ou d'autres activités déterminantes dans le domaine de la santé (assainissement, élimination des déchets, insertion, logement, ...)

Les projets de décentralisation et de réforme institutionnelle, avec son assemblée unique, pourraient également permettre aux élus locaux de mener une réflexion et de se positionner dans ces différents objectifs d'amélioration de la prise en charge de la santé en communes isolées, tout en se donnant les moyens de leurs ambitions.

Bibliographie

Par ordre alphabétique

1. **AGELAS L.** Éléments du bilan d'activité des structures de santé assurant les soins curatifs, centre hospitalier de Cayenne, 2001, 15p.
2. **ALDIGUIERI S.** Le Surinam, un partenaire clef pour une coopération régionale en santé publique dans les Guyanes. *Médecine tropicale*. N° 60.4, 2000, pp 323-327.
3. **ARH des Pays de la Loire.** Dix formes de coopération juridique hospitalière. ORS Pays de la Loire, dernière mise à jour octobre 2000, Disponible sur internet : http://www.sante-pays-de-la-loire.com/ORGANISATION/recompos/F2-2_coopdixfor.htm.
4. **ASSEMBLÉE NATIONALE.** Synthèse des travaux et conclusions du groupe de travail sur la régionalisation du système de santé. Mars 2000.
5. **BARRET J.** Atlas illustré de la Guyane ; Laboratoire de cartographie de la Guyane. *IRD*. 2001, pp 112-118.
6. **BUSTIN A., LALLANDE F., MERLHE G.** Rapport sur les centres de santé. *IGAS*. Rapport n° 1998-15. 1998. 50p.
7. **CAF de la Guyane.** Bénéficiaires d'allocations familiales par tranche d'âge, juin 2002.
8. **CAF de la Guyane.** Bénéficiaires du RMI par tranche d'âge, juin 2002.
9. **CARTIAUX J.** Situation sanitaire sur la commune de Camopi. *Note n°115/DSDS/DIR*, juillet 2002, p12-15.
10. **CHARRIER R.** Guyane des peuples et des histoires. *Antiane*, n°54, octobre 2002, pp 14-17.
11. **D'AMOUR D., SICOTTE C., LEVY R.** L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé* n°17, 3, 1999, pp 67-89.
12. **DELANEAU J.** Situation sanitaire et sociale en Guyane. *Rapport d'information de la commission des affaires sociale au Sénat*, 1999, 40p.
13. **DESCAMP A.** Un guichet unique pour les aides. *Acteurs*. n° 66, juin 2002.
14. **DIRECTION DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL.** Actes de la Conférence régionale de santé de Guyane 2003. 25 juin 2003, p111.

15. **DIRECTION DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL.** Compte rendu de mission au Surinam, 9, 10, 11 juillet 2002.
16. **DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA GUYANE.** Situation sanitaire en Guyane 2000.
17. **DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES,** 1^{ère} Conférence régionale de santé de la Guyane, 23 mai 1997, p87.
18. **DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES,** 2^{ème} Conférence régionale de santé de la Guyane, 24 avril 1998, p32.
19. **DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES,** 3^{ème} Conférence régionale de santé de la Guyane, 7 décembre 1999.
20. **DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES,** 4^{ème} Conférence régionale de santé de la Guyane, 18 janvier 2001, p135.
21. **DIRECTION DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ.** Le marché du travail en Guyane, tableaux détaillés. Juillet- août 2002.
22. **DOCUMENT D'ORIENTATION D'UN PACTE DE DÉVELOPPEMENT POUR LA GUYANE.** Élus régionaux et généraux, janvier 1999.
23. **DTEFP.** Le marché du travail en Guyane, juillet-août 2002.
24. **EVARD C.** Ville campagne, régions, Europe... les champs du problème . *ADSP* . n° 29, décembre 1999, pp 23-25.
25. **FILOU M.** Vers un plan global de lutte contre le sida. *France Guyane*. 5 décembre 2002, p 3.
26. **FRONTIER R.** situation juridique des centres de santé lors de la décentralisation *Note n° 77/RF-RB/DSP-DA, à l'attention de messieurs les conseillers généraux*, 2001.
27. **GABRIELE. C.** Synthèse de l'atelier « droits fondamentaux », *Assises des libertés locales*, 21 janvier 2003, p12.
28. **GOUST.** Médecine et urbanisation. *Éditions Ouvrières*. 1965.
29. **HEALTH IN AMÉRICAS.** Situation sanitaire en Guyane, état des lieux en 2001. Colloque OMS. 2001 ;
30. **HERLICH C.** Maladies d'hier, malades d'aujourd'hui, de la mort collective au devoir de guérison. *PAYOT*. 1984, pp 82-84.
31. **HIRSCH M.** Ces peurs qui nous gouvernent, sécurité sanitaire, faut-il craindre la transparence ? *Albin Michel*. 2002.

32. **HUBERT Ph.** Rôle et place des centres de santé dans le système sanitaire français. *ENSP Thèse*. 1984
33. **INSEE Guyane** . Recensement de la population en 1999 - octobre 2000.
34. **INSEE**. Tableaux économiques régionaux de la Guyane. 2002.
35. **INVS**. Enquête de couverture vaccinale en Guyane. 2000.
36. **JACQUAINT M.** Les centres de santé à l'assemblée nationale, *Le nouveau centre de santé*, n° 131, 1999, pp 4-6.
37. **JOEGER C., RAMON C., LERMITUS M.** L'année économique et sociale 2001 en Guyane, une passe délicate. *Antiane*, Juillet 2002, n°53, pp 23-25.
38. **KAHSSAY H.M.** L'avenir de la santé se joue dans les centres de santé. *Revue internationale de développement sanitaire*, n°19-4, 1998, pp 341-347.
39. **KWATECH A.** Le ministre délégué à la santé cadre sa visite. *France Guyane*. 14 septembre 2001, p 3.
40. **LES CENTRES DE SANTÉ, MISSIONS ET PRATIQUES** . *Prévenir*, n°36, premier semestre 1999, pp 7-129.
41. **LHERMITUS M** . Toujours plus de scolaires. *Antiane*, n° 53, juillet 2002, pp 26-27.
42. **MERLE J.F.** Guyane 1997 : état des lieux et propositions. *Rapport à Monsieur le Secrétaire d'État à l'Outre-Mer*, 1997, 86 p.
43. **MINISTERE DE L'ÉCONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE**. Les finances publiques de la Guyane en 2001, dépenses publiques et fiscalité. Septembre 2002.
44. **MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ**. Conférence régionale de santé, juin 2002.
45. **MINISTERE DE L'INTÉRIEUR, DGCL, Guide des Maires**. La répartition de compétences entre les communes les départements et les régions. 2001.
46. **MINISTERE DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES** . Statistiques et indicateurs de la santé et du social. *STATISS 2002 Antilles –Guyane*, septembre 2002.
47. **MINISTERIO DA SAUDE. GOVERNO FEDERAL**. Guia pratico do programma saude da familia,; 2001.
48. **MISSION LOCALE RÉGIONALE DE GUYANE**. Convention constitutive du GIP. novembre 1999.

49. **MOKHTAR P.** Un dispositif santé dans un centre social, pour renforcer l'intégration d'une population fragilisée. *CAFDES, ENSP*. 1995.
50. **PISSARO.** Propositions pour la politique de prévention. Rapport au Ministre de la santé. *La documentation française*. 1982.
51. **Préfecture de la Guyane,** Contrat de plan État région 2000-2006, p222.
52. **RADJOU N.** Pour une évolution préparée, *Mémomag*, n°1, 2003, pp 30-32.
53. **RAPPORT DE LA DIRECTION DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE MAYOTTE.** Soins en dispensaires et prévention, bilan et perspectives. Juillet 1998.
54. **RAPPORT PRÉPARATOIRE AU SCHÉMA DES SERVICES COLLECTIFS SANITAIRES.** *CREDES*. 2001-01-25.
55. **RAPPORT RÉGIONAUX, GUYANE .** Étude sur l'impact des TIC sur les régions ultra périphériques de l'Europe. Louis Lengrand et associés, *Sema group Sae, INSAE PORTO*, 17 septembre 2001, p57
56. **RAPPORT TECHNIQUE DE L'OMS.** Amélioration de l'efficacité des centres de santé, dans le cadre des districts. *Genève OMS n° 869*, p997.
57. **ROQUEL T. GRESY B.** Situation des centres de médecine collective en Guyane. *Rapport IGAS*, avril 1998, n° 98016, p80.
58. **SAINT JEAN D.** Les centres de santé malades de la scission. France Guyane. 5 septembre 2001, p 8.
59. **TAUBIRA-DELANNON C.** L'or en Guyane, éclats et artifices. Rapport à Monsieur le Premier Ministre. 2000. pp 53-118.

Liste des annexes

Tableau 1 : description des personnes enquêtées

Annexe I : grille d'entretien auprès des décideurs et professionnels de santé

Annexe II : Grille d'entretien auprès des représentants d'usager

Annexe III : Répartition des centres et des postes de santé

Annexe IV : Population par commune en 1999 (INSEE)

Annexe V : Superficie des DOM et TOM par rapport à la métropole

Tableau 1 : Description des personnes interrogées

Personnes interrogées	Institution(s)	Profession	Lieu d'exercice	Type d'entretien / durée	Particularité
M. AMAYOTA	Conseil général / Maire d'Apatou	Professeur des écoles	Apatou	Enregistré / 45 mn	Très proche des usagers
M. BIERGE	Conseil général / CCEG	Directeur d'établissement scolaire	Cayenne / St Georges	Notes rapides / 1 heure	
M. CHICOT	Conseil régional	Conseiller du Président	Cayenne	Notes rapides / 1 heure	
M. CARTIAUX	DSDS	Directeur	Cayenne	Enregistré / 1 heure	
Dr COTTRELLE	DSDS	Médecin inspecteur régional	Cayenne	Enregistré / 1 heure	A exercé plusieurs années à Maripasoula
Dr DIOSSOU	CHAR	Chef de service des centres de santé	Cayenne	Enregistré / 1 heure	Se déplace fréquemment en communes
Dr FRONTIER	DSP (Conseil général)	Directeur adjoint, chargé de la prévention	Cayenne	Enregistré / 1 heure	À participé aux travaux de partition préventif : curatif (98/99)
M. JACOULET	ARRH	Directeur	Cayenne	Enregistré / 1 heure	
M. LEBECHEC	CHAR	Directeur	Cayenne	Enregistré / 1 heure	
M. MURGUES	CHOG	Directeur	St Laurent du Maroni	Enregistré / 1 heure	
Mme MASON	CHOG	Coordinatrice de prévention	St Laurent du Maroni	Notes rapides / 25 mn	
Mme READ	CCOG / CHOG	Infirmière	St Laurent du Maroni	Enregistré / 45 mn	
Mme VERNON	CHOG	Médiateur culturel	St Laurent du Maroni	Notes rapides / 20 mn	
Mme VERDAN	Conseil général/ ORSG / CHAR	Infirmière cadre	Cayenne	Notes rapides / 25 mn	Déléguée à la solidarité et la prévention

Annexe I

Guide d'entretien auprès des professionnels et décideurs / financeurs

Enregistrement :

Prise de note rapide :

Question semi-ouvertes :

- Qu'est ce que la santé représente pour vous ?
- Quelle est selon vous la qualité actuelle de prise en charge de la santé en communes isolées ?
- Pourquoi ? (quelque soit la réponse en bonne ou mauvaise)
- Si à la question n° 2, la réponse est «mauvaise », quelles seraient vos propositions pour améliorer la prise en charge de la santé ?
- Quels champs couvriraient, en communes isolées, cette prise en charge de la santé?
- Que pensez vous de l'idée de mutualisation, voir de Constitution du GIP, évoqué lors de la Conférence régionale de santé de juin 2002 ?
- Quels seraient selon vous les limites à la réalisation de ce projet?
- Quelle place pourrait avoir votre institution dans ce dispositif ?

Commentaires :

Durée de l'entretien :

Difficultés rencontrées :

Impression après entretien :

Annexe II

Guide d'entretien auprès des représentants d'usagers

Enregistrement :

Prise de note rapide :

Question semi-ouvertes :

- Quelle est, pour vous et pour les usagers, la perception de la qualité de prise en charge de la santé en communes isolées ?
- Quelles sont leurs attentes ?
- Quelles sont selon vous, les possibilités d'amélioration de la situation ?
- Quelle place pourraient prendre les usagers dans un dispositif de santé communautaire ?
- Quelles seraient les limites à la réalisation de ce projet ?

Commentaires :

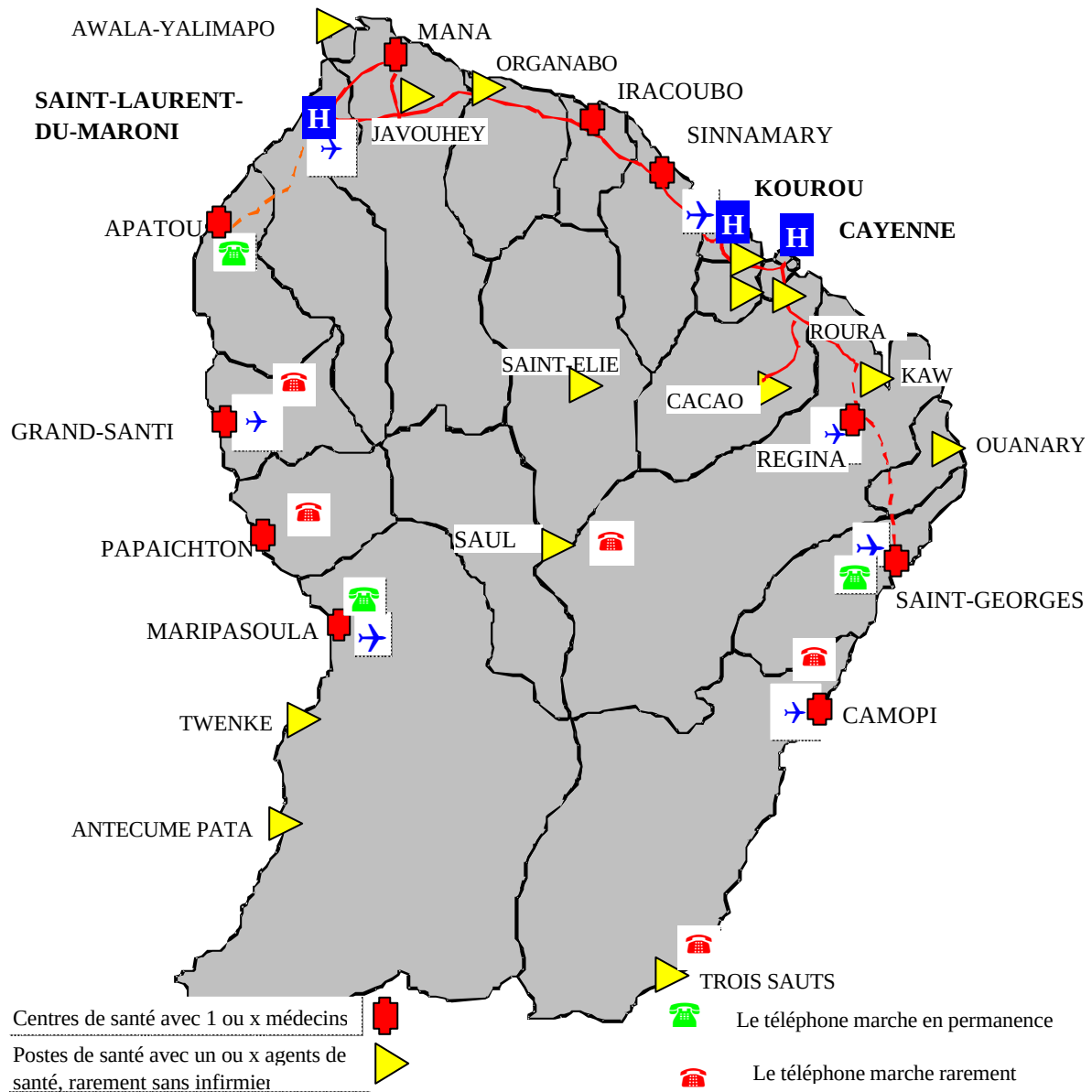
Durée de l'entretien :

Difficultés rencontrées :

Impression après entretien :

Annexe III

Répartition des centres et postes de santé

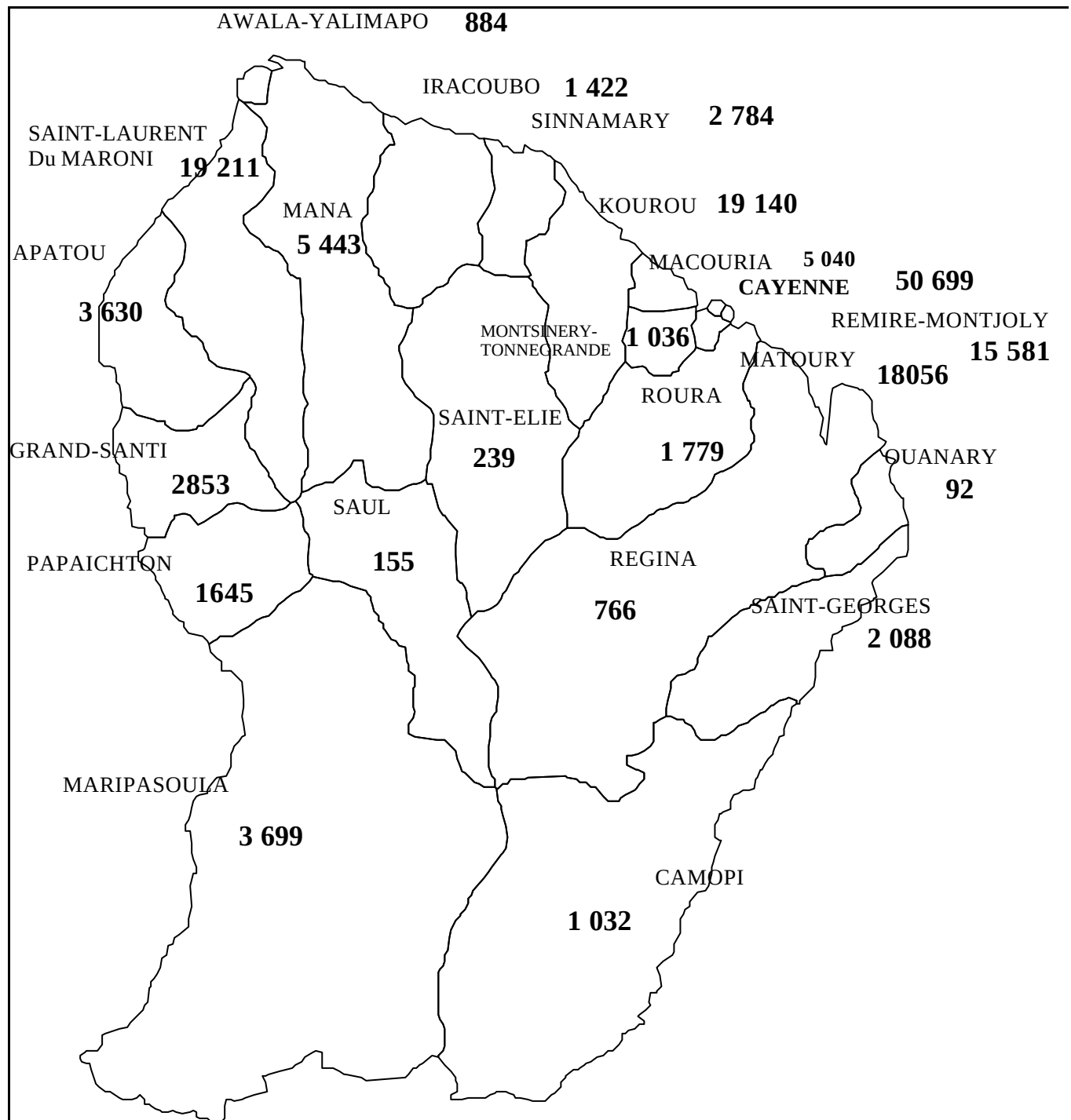


Source : DSDS / Santé publique

- Routes
- Routes en construction
- Limites des communes
- Hôpital

Annexe IV

Population par commune en 1999 (INSEE)



Source : DSDS / Santé publique

Annexe V

Superficie des DOM et TOM par rapport à la métropole



Source : DSDS / Santé publique