

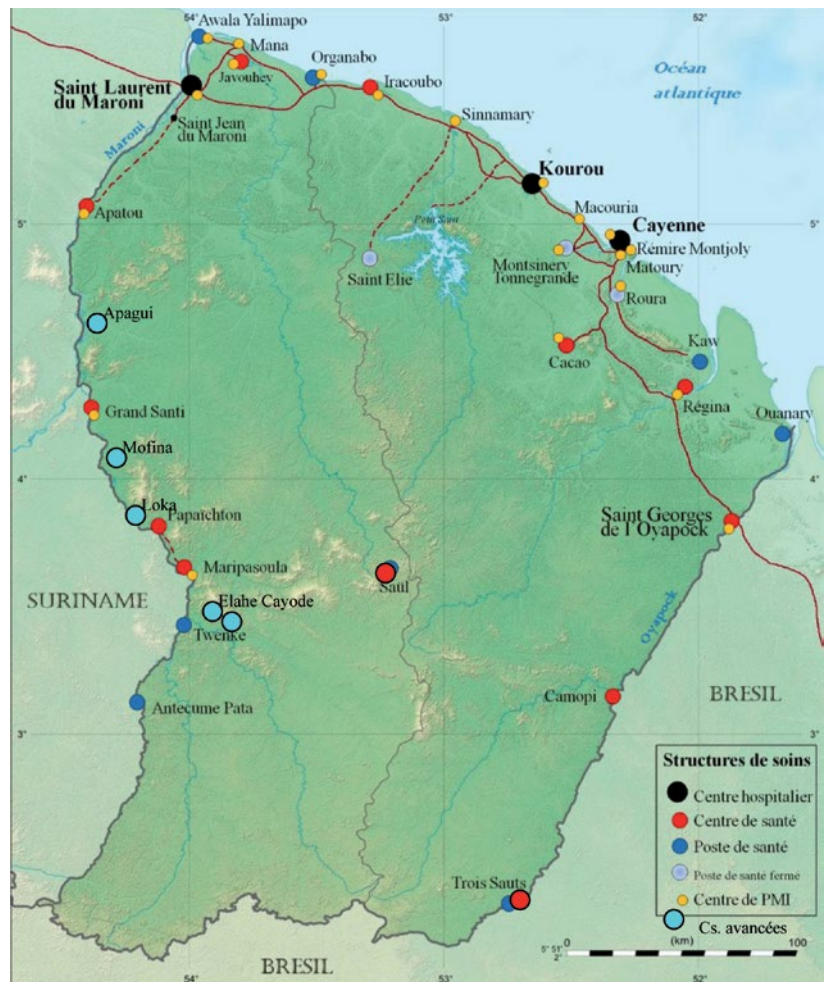
Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane

Muriel Ville,
Paul Brousse,
praticiens hospitaliers,
médecins coordonnateurs
des Centres délocalisés
de prévention et de soins
(CDSP)
Cellule de coordination des
CDPS, Cayenne.

L'existence des Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) prend racine dans l'histoire de l'organisation sanitaire territoriale de la Guyane. En 1944 sont créés des services médico-sociaux responsables de soins, d'hygiène du milieu, d'éducation sanitaire et de surveillance sociale. La réglementation en fera, en 1954, des centres de médecine collective des départements d'outre-mer, perdant leurs missions sociales au seul bénéfice d'actions sanitaires préventives et curatives. Avec la décentralisation en 1983, le Conseil général va en assurer la pérennité. Mais l'impact financier est tel qu'il décide de transférer l'activité curative à l'hôpital de Cayenne – qui la reprendra en 2000 sous l'appellation de Centres délocalisés de prévention et de soins – et de conserver l'activité préventive notamment celle de Protection maternelle et infantile (PMI). Quant à la lutte antituberculeuse, la lèpre, les infections sexuellement transmissibles et la vaccination, elles seront partagées avec la Croix-Rouge française et les hôpitaux.

Territoire pluriethnique vulnérable

La Guyane est une région monodépartementale de 239 450 habitants, grande comme l'Autriche, seul territoire français et européen en Amazonie, dont les voisins sont le Brésil et le Suriname. Les fleuves limitrophes



Oyapock et Maroni ne sont pas considérés comme des frontières par les populations des deux berges. Fruit de son histoire, la Guyane est un territoire pluriethnique mais cloisonné (Créoles, Amérindiens, Noirs-Marrons, Chinois, Hmongs, Haïtiens, Saint-Luciens, Surinamais, Brésiliens, Péruviens, Antillais, Métropolitains, etc.), dont

la démographie doit doubler d'ici 2030, tant pour les villes du littoral que les communes de l'intérieur. Les indicateurs socio-sanitaires sont défavorables par rapport à la métropole, mais bons par rapport à ceux des pays voisins. On peut qualifier ces populations – qu'elles soient résidentes, migrantes, transfrontalières et no-

INDICATEURS

STATISS 2011 Statistiques mondiales 2013/2014	Guyane	France	Brésil	Suriname
Espérance de vie à la naissance	79.5	81.5	73	71.4
Tx de natalité ‰	26.4	12.49	14.72	16.73
Tx de mortalité ‰	3*	9.06	6.54	6.13
Mortalité infantile ‰	10.1	3.3	19.8	27.9
Dépenses de santé par habitant en \$ US	Donnée infranationale indisponible	4690	1056	521
% Prévalence du VIH	1.5	0.4	0.6	2.4
Nombre de médecins ‰ hbts	1.7	3.3	1.8	0.5
% Bénéficiaires du RSA	24.4	6.6	Non applicable	
% Couverture CMU-C	29.4	6.1		
% Titulaires AME	9.3	1.5		

* taux de mortalité extrêmement bas du fait de la très forte natalité et de la jeunesse de la population.

Source : STATISS 2011 : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social/Drees/Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Et Statistiques mondiales : site Internet statistiques-mondiales.com.

mades, régulières ou non – de précaires, en termes d'accès aux droits et aux soins¹, faisant de la Guyane un territoire vulnérable.

Centres délocalisés : seul acteur permanent sur le terrain

Seul le littoral est doté d'un accès routier et d'hôpitaux : centre hospitalier Andrée Rosemon à Cayenne, centre hospitalier de l'Ouest guyanais à Saint-Laurent, centre médico-chirurgical à Kourou. Le maillage sanitaire de l'intérieur est représenté par les 18 Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), animés par une cellule de coordination constituant un des pôles de l'hôpital de Cayenne. Leur rôle est majeur dans la gestion de l'offre de soins, qui y sont gratuits, car il s'agit parfois du seul acteur permanent sur le terrain.

Le pôle des Centres délocalisés de prévention et de soins emploie 25 médecins généralistes et spécialistes, 1 pharmacien, 4 sages-femmes, une centaine de personnels autres (cadres, infirmières, aides soignantes, agents de service hospitalier, logisticiens, secrétaires, assistantes sociales, médiateurs, etc.) et repose sur une logistique permettant la fluidité du système : circulation de l'information (télépho-

nie, Internet, télémédecine), circulation des biens (biomédicaux, fret, carburant) et des personnes (professionnels et usagers), que ce soit par voie terrestre, aérienne ou fluviale.

La présence médicale est permanente dans 12 centres, dans les 6 autres seul un infirmier est présent, les tournées médicales étant assurées mensuellement. L'équipe soignante se déplace une fois par semaine ou par quinzaine dans les 5 consultations avancées.

L'activité réalisée en 2013 a porté sur 32 152 patients pour un total de 167 450 consultations (médicales, paramédicales et de sages-femmes), dont 2,6 % se sont poursuivies à part égale par une mise en observation sur place ou une évacuation sanitaire souvent hélicoptérée. Les motifs de recours sont ceux de la médecine générale : vaccination, suivis de grossesses, pathologies respiratoires et infectieuses (paludisme, dengue, leishmanioses, helminthiases, diarrhées, etc.). Le recours aux hospitalisations est dominé par les motifs liés aux grossesses (un tiers), puis par la traumatologie, la pneumologie, les affections digestives et cardio-vasculaires. Les durées moyennes de séjour sont le double de la normale (14 jours) et liées à l'éloignement (venues précoces

des femmes à la 36^{ème} semaine de grossesse, difficultés pour organiser un retour rapide en commune) engendrant un inconfort pour ces patients « déplacés ».

Les missions des CDPS s'inscrivent dans le cadre du Programme régional de santé de Guyane. Quatre registres majeurs préoccupent les équipes.

Rendre accessible le parcours de soins pour qu'il ne se réduise pas à un parcours du combattant passe d'abord par l'accès aux droits

Dans certains CDPS, 60 % des consultants méconnaissent leurs droits ou n'en ont pas. Cette précarité est à l'origine de difficultés, aussi bien dans les communes qu'à l'hôpital, liées aux transports entre les structures (prise en charge des coûts, laissez-passer pour les personnes en situation irrégulière, non priorisation des évacuations sanitaires sur la compagnie aérienne), générant des questions éthiques (doit-on prendre en charge ou refuser les non résidents en Guyane s'il n'y a aucune infrastructure sanitaire accessible de leur côté ?).

Les personnes concernées n'accèdent pas à leurs droits (CMU, CMU-C, ACS, AME) pour de multiples raisons. Pour les étrangers résidant en Guyane irrégulièrement, le recours à la circulaire du 16 mars 2005 relative à la prise en charge de soins urgents ne couvre pas l'ensemble des situations que nous rencontrons. L'amélioration passe par le déploiement en cours des boîtiers de consultation des droits (interrogation *via* Internet de la nature des droits existants à partir du numéro de Sécurité sociale ou du Nom Prénom) et de lecture/mise à jour des cartes vitale et le renforcement de l'offre en intervenants sociaux.

Penser la nature et le dimensionnement de l'offre de soins face aux enjeux sanitaires majeurs

Cela nécessite une offre de proximité plus importante, quantitative et qualitativement. Les projets du pôle des CDPS, présentés à l'Agence régionale de santé en 2013, ont reçu l'agrément et ont été financés. Leur objectif est de permettre la mise en place de 3 consultations délocalisées

le long du Maroni et le recrutement de spécialistes en pédiatrie, infectiologie, odontologie et biologie, venant compléter les équipes des centres (gynécologue, odontologistes déjà présents) et les interventions du personnel hospitalier de Cayenne et de Saint-Laurent.

La mise à niveau de l'offre dans les territoires isolés passe en 2013/2014 par la création de 2 cabinets dentaires, d'1 cabinet d'ophtalmologie, de la biologie délocalisée et le développement de la télémédecine déjà existante avec l'installation de rétinographes et de monitoring de grossesse.

Médiation et spécificités culturelles

Aller au-devant des patients implique, ici plus qu'ailleurs, la qualité de la rencontre soignants/soignés

Plusieurs constats sont faits et requièrent des avancées :

- le *turn-over* des équipes est important, car le recrutement s'effectue souvent hors métropole par carence en ressources locales. Il est mal vécu par les habitants et ne favorise pas la confiance. L'encadrement privilégie donc les contrats à durée prolongée. Toutefois, il convient de prendre en compte le fait que laisser un professionnel en poste isolé trop longtemps peut l'exposer à des prises de risques ;
- la mosaïque de particularismes oblige à une approche différenciée par

bassin de vie. Les réponses en terme de santé publique ne seront pas les mêmes à Maripasoula – où le brassage est important (Amérindiens Wayana, Noirs-marrons Aluku, Brésiliens, Surinamais, Chinois, etc.) et où il n'y a aucune prestation sanitaire sur la rive surinamaïse –, et sur le Moyen Maroni dans le secteur de Grand-Santi, où existent plusieurs centres de santé au Suriname et où la population est très majoritairement Ndjuka. Sur l'Oyapock, des ren-

contres régulières ont lieu avec nos homologues brésiliens. Dans certains cas, des Accords locaux de coopération transfrontalière seront donc possibles, ailleurs les CDPS resteront seuls ;

- l'absence de structure d'hébergement alternative à l'hospitalisation sur Cayenne impacte à la fois la qualité de l'accueil des patients venant des communes isolées, parfois pour de simples avis ou en attente du terme pour les femmes enceintes, et ne requérant pas pour autant une hospitalisation, et l'institution hospitalière en recherche constante de lits disponibles. Plusieurs projets annoncés n'ont pas d'échéance définie et seront destinés à des publics précis (Amérindiens, femmes enceintes) ce qui ne répond pas à la globalité des besoins. C'est dans cette optique que le pôle des CDPS propose la création de Lits halte soins santé dans l'enceinte même de l'hôpital afin de pallier à cette situation ;

- ces actions et notre travail en CDPS sont sous-tendus par une nécessité, celle de la médiation, car les centres occupent une place d'interface.

La médiation linguistique est assurée par les personnels aides soignants ou agents de service hospitalier issus des communautés, ainsi que par les personnels en poste depuis longtemps qui pratiquent la langue concernée. Cette médiation permet de faire le lien entre les représentations culturelles différentes des populations et des professionnels. On touche ici du doigt les problématiques telles que le risque suicidaire des jeunes amérindiens, les conduites addictives et alimentaires, le VIH, les grossesses chez les mineures, etc.

La médiation culturelle est donc une nécessité, elle ne peut se faire qu'ensemble (population et acteurs de la santé). L'une des voies possibles, en sus de la formation, est la construction d'une approche commune, par le partage de l'expérience et l'acceptation des différences. C'est un chantier d'envergure dans tous les champs de la santé, éducatif et promotionnel, préventif, curatif et palliatif.

Les métiers de la médiation regroupent les agents de santé communautaire, les anthropologues, les médiateurs culturels, etc., insuffisamment nombreux sur le terrain.

Poursuivre l'activité de veille sanitaire et de recherche

Les centres travaillent en collaboration avec l'Agence régionale de santé, la Cellule interrégionale d'épidémiologie et de nombreux organismes (Centre d'investigation clinique, Institut Pasteur, Institut de recherche et de développement, Parc amazonien de Guyane, etc.). Ils peuvent devenir, à terme, un terrain de stage pour les formations en médecine et santé tropicale, l'approche en soins primaires ou la santé publique en milieu isolé.

En conclusion, la précarité des populations que nous sommes invités à accompagner, la vulnérabilité des territoires Guyanais isolés que nous arpentons (populations dispersées sur de vastes étendues, milieu tropical propice aux endémo-épidémies, diversités culturelles, éloignement des plateaux techniques, faible couverture sociale, etc.), loin d'être des freins à notre travail, sont pour nous source de motivation à bâtir une coexistence respectueuse. Pour ce faire, nous nous appuyons sur un large partenariat institutionnel, associatif, local (chefs coutumiers) et international (Brésil et Suriname) dont l'objectif est la promotion de la santé dans tous ses aspects, ce dont témoigne concrètement le travail au rapprochement conventionnel des actions préventives et curatives en 2014 du centre hospitalier de Cayenne, mené avec le Conseil général, la Croix-Rouge et le rectorat. ■

1. Patients éloignés des centres, trajets en pirogue onéreux non pris en charge, services sociaux (Conseil général, Sécurité sociale, CCAS, etc.) peu ou pas présents en communes, naissances parfois non déclarées, plateau technique insuffisant dans les centres (pas de biologie ou d'imagerie actuellement), etc.

L'ESSENTIEL

■ **En Guyane, la population et les équipements sanitaires, à commencer par les hôpitaux, sont concentrés sur le littoral.**

■ **À l'intérieur du territoire, la population est dispersée le long des fleuves, les villages sont coupés du littoral faute d'infrastructures de transport.**

■ **C'est dans ce contexte très spécifique qu'un réseau de « Centres délocalisés de prévention et de soins » (CDPS) a été mis en place.**