



S'inscrire à la newsletter

ZOOM

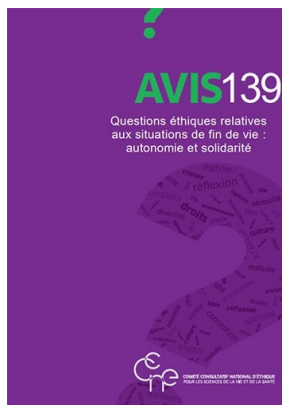


Débat sur la fin de vie : « Quand on soulage les patients, la demande d'euthanasie réduit considérablement », selon le Dr François Coisne



La Première ministre Elisabeth Borne a lancé les travaux de la Convention citoyenne sur la fin de vie, vendredi. Mi-septembre, le Conseil consultatif national d'éthique avait publié un avis sur le sujet. Le Dr François Coisne, chef de pôle médecine interne, infectieuse et tropicale, et médecin de l'unité mobile de soins palliatifs au centre hospitalier de Cayenne, l'a lu et livre son analyse.

Pouvez-vous nous présenter le rapport sur la fin de vie, publié par Comité consultatif national d'éthique mi-septembre ?



Le CCNE a déjà publié plusieurs rapports sur le sujet. Celui-ci compte 63 pages très nuancées. Il rappelle que nous avons des lois mal appliquées, des équipes de soins palliatifs sous-dimensionnées et qu'un préalable à toute modification de la loi serait que les professionnels connaissent la loi et l'appliquent. Il ouvre une petite porte à une évolution législative. Il faudrait plus de directives anticipées et les respecter, sauf exception. La fin de vie peut être bien gérée avec la pratique de la sédation. Quand c'est bien fait, on arrive à gérer ces fins de vie douloureuses.

Où en sont les connaissances de vos confrères ?

Il y a une méconnaissance de l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Certains médecins vont jusqu'au bout, sans savoir s'arrêter. Il y a parfois une méconnaissance de la prise en charge de la douleur, même s'il y a eu des progrès. Et parfois une méconnaissance des sédations. Il y a peut-être une timidité dans les doses. Nous avons une mission de formation. Mais avec l'augmentation de l'activité, nous avons du mal à l'assurer.

Quelles situations posent des difficultés aujourd'hui ?

L'exemple-type, c'est la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot. Certains patients peuvent demander à finir la vie. Dans ma pratique, ce n'est pas arrivé. Là, se pose la question de l'aide active à mourir ou du suicide assisté. Se pose un problème d'égalité : les personnes encore valides peuvent se suicider. Pas les personnes grabataires.

Où cela se pratique-t-il ?

Les pratiques sont très différentes selon les pays. Par exemple dans l'état d'Orégon aux USA, il existe une « aide médicale à mourir » pour les malades en phase terminale ayant moins de six mois à vivre. Le médecin prescrit un médicament que seul le patient peut lui-même s'auto-administrer. En pratique, la moitié ne l'utilisent pas, ce qui interroge sur les demandes.

Le rapport propose d'abord de développer les soins palliatifs et s'oppose à l'euthanasie. En quoi le suicide assisté est-il différent ?

Dans l'euthanasie, ce qu'on appelle plutôt aide active à mourir, c'est le médecin qui fait l'acte. Dans le suicide assisté, il prescrit un médicament que le patient prendra lui-même. Ceux qui demandent l'euthanasie, ce sont les bien-portants. Plus on se rapproche de la mort et moins on la demande. Dans certains sondages, 96 % des personnes interrogées demandent l'euthanasie. Dans d'autres, 35 %. Tout dépend de la manière dont on pose la question. Une étude dans des unités de soins palliatifs montre qu'à l'entrée, 3 % des patients demandent l'euthanasie. Ce pourcentage tombe ensuite à 0,3 %. Quand on soulage les gens, le nombre de demande se réduit considérablement. Ici, avec le millier de patients que l'on a vus, à l'hôpital, en clinique, en Ehpad, à domicile, nous n'avons pas eu de demande d'euthanasie. Ce qu'on voit, en revanche, ce sont des patients qui demandent à ce que l'on arrête les traitements et qu'on les soulage. C'est aussi une interrogation des équipes : jusqu'où s'obstine-t-on ?

Comment tranchez-vous cette question ?

Avec les discussions éthiques. Ce sont des décisions collégiales très cadrées par la loi. C'est souvent le médecin qui initie la discussion. Il doit demander l'avis d'au moins un autre médecin. Ici, nous le faisons avec un médecin extérieur au service et avec l'équipe qui entoure le patient. Nous regardons s'il y a des directives anticipées et nous demandons à la famille si elle sait ce qu'est la volonté de son proche. Ensuite, on en parle au patient. S'il ne peut pas exprimer un avis, on en parle à la famille, de façon à lui permettre de contester la décision en justice. Au cours des neuf premiers mois de l'année, nous avons eu environ 180 discussions éthiques. C'est quasiment quotidien. Nous ne sommes pas toujours d'accord. Quelques fois, nous n'arrivons pas à un consensus. Mais cela se passe toujours dans un climat qui est très sain.

Quelle proportion de vos patients ont fait connaître leurs directives anticipées ?

C'est très rare. On le propose à certains patients, en fonction des maladies. Il y a des maladies dont on connaît l'évolution. Dans ce cas, c'est très pertinent de réfléchir avec eux : si vous êtes amenés à ne plus manger ou à respirer avec difficulté, que voulez-vous que l'on fasse pour vous ? Il faudrait une campagne grand public si on souhaitait en avoir davantage .

Vos confrères libéraux sont-ils sensibilisés à cette question ?

Un médecin généraliste voit peu de situation de ce type-là. Statistiquement, un médecin de ville, même dans l'Hexagone, voit peu de patients en soins palliatifs. C'est quelque chose qui est long à faire, difficile à aborder. Etant donnée la pénurie de médecins en Guyane, je comprends que ça puisse être difficile.

A l'hôpital, comment se passe ce recueil des directives anticipées ?

Le message est diffusé dans les services. On incite les médecins à faire la démarche. Il y a le moment pour le faire. C'est un peu intuitif. La solution serait de faire comme la loi le prévoit : demander à chaque patient entrant à l'hôpital. C'est une obligation de demander au patient s'il a une personne de confiance, s'il a des directives anticipées et s'il souhaite en faire. Il existe des procédures mais il y a tellement de choses à faire, l'obstacle de la langue, que c'est difficile. Et parler de sa mort, c'est compliqué.

Pouvez-vous rappeler le principe de la personne de confiance ?

Dans les textes, la personne de confiance est celle qui va témoigner de ce qu'avait dit le patient avant, quand il pouvait s'exprimer. Elle peut également assister aux consultations, par exemple quand un patient ne comprend pas très bien. Mais elle n'a pas de rôle décisionnaire. Ni les familles. C'est ce que dit la loi. Mais dans les faits, ici comme en Métropole, c'est différent.

On entend souvent parler des familles quand celles-ci se déchirent. Qu'en est-il dans votre pratique ?

On peut tout voir : une opposition formelle à l'arrêt des soins, une demande d'arrêt des soins, des avis divergents. La pratique, c'est d'essayer de convaincre tout doucement la famille. Surtout pas d'aller devant la justice, auquel cas les liens sont rompus.

Sollicitez-vous souvent les familles ?

C'est le cas pour les enfants, pour les patients de réanimation, de gériatrie et victime d'AVC. En cancérologie et dans d'autres disciplines, le patient reste souvent conscient jusqu'au bout.

Le rapport préconise d'appliquer la loi existante, de développer les soins palliatifs... Y a-t-il des choses engagées ?

Cela fait très longtemps que l'on parle du développement des soins palliatifs. Mais tous les rapports montrent que ça n'avance pas très vite. Ici, nous n'avons pas d'unité de soins palliatifs. Avec quatre professionnels de santé dans l'unité mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Cayenne (un médecin, une psychologue et deux infirmières), nous sommes dimensionnés pour 200 patients. Cette année, nous arriverons sans doute à 550 personnes. Nous nous déplaçons dans l'Île-de-Cayenne et à Kourou : dans les hôpitaux, cliniques, Ehpad, à domicile. Mais nous ne pouvons pas aller à Saint-Laurent. Nous avons un collègue là-bas qui s'en occupe, en plus de son travail. L'idée serait de créer une petite équipe là-bas.

Comment se positionnent les professionnels de santé dans ce débat ?

C'est une question très importante : quel sera l'avis des soignants si on leur demande de pratiquer l'aide active à mourir ? Le président du conseil national de l'Ordre des médecins s'est exprimé.

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/ethique/aide-active-mourir-le-medecin-accompagnateur-surement-effecteur-ce-nest-pas-son-role-selon-le-ii> y a une enquête de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Sfap).

<https://www.sfap.org/actualite/fin-de-vie-soignants-et-benevoles-refusent-d-etre-les-acteurs-de-la-mort-administree> Nous avons la loi, nos organisations. Reste la question des moyens. Je ne suis pas sûr qu'ici, il y ait une demande d'évolution législative. Les travaux de la commission commencent tout juste. Il faut attendre ça, puis les projets de loi.

Craignez-vous des dérives ?

S'il y a une évolution de la loi, ce sera hyper cadré. En Belgique, c'est cadré mais... J'ai lu que des personnes âgées vont en Ehpad en Allemagne de peur de se faire euthanasier contre leur gré. Il y a deux fois plus d'euthanasies côté flamand que côté wallon. Il y a un aspect culturel. Le contrôle est réalisé a posteriori. Sur les 25 000 euthanasies, il y a eu une remarque du comité de surveillance. Un écrivain célèbre a demandé l'euthanasie parce qu'il était juste vieux. Il y a des demandes d'euthanasie par des personnes souffrant d'Alzheimer, d'un syndrome dépressif. Une dépression, c'est curable. C'est ce genre de dérives qui interroge. Il y a aussi des personnes dont on pense que leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue : des personnes démentes, grabataires... Elles continuent à vivre. On a plus de difficultés avec les personnes qui demandent à vivre alors qu'on ne peut plus rien qu'avec celles qui demandent à mourir. Je pense que quelque chose va passer, même si ce sera très restreint, car il y a une grosse pression. Les patients demandent à vivre et les biens portants demandent à pouvoir mourir. Un sondage, il y a une dizaine d'années, montrait que plus on est vieux, plus on pense que l'euthanasie peut subir des dérives. Les jeunes demandent l'euthanasie et les plus de 60 ans veulent être bien soignés. On a des représentations de la vieillesse, de la dépendance...

Cette Convention citoyenne, qu'est-ce que c'est ?



La Convention citoyenne sur la fin de vie est constituée de 185 citoyens tirés au sort, à partir de critères (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, lieu d'habitation) reflétant la diversité de la population française. Elle doit répondre à la question suivante :

« Le cadre d'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux

différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits ? » Les conclusions de la convention, qui doivent être rendues au président de la République le 19 mars, « constitueront pour mon gouvernement un éclairage majeur, a promis la Première ministre Elisabeth Borne, vendredi lors du lancement de ses travaux. Votre rôle n'est pas de légiférer. C'est de prendre le temps de la réflexion approfondie, d'étudier tous les points de vue, d'explorer les options et de faire des propositions. » Les travaux consisteront en 27 jours de débats, répartis en neuf sessions de travail, avec une phase d'appropriation de rencontres, une phase de délibération et une phase de restitution.

Il est possible d'ajouter ses directives anticipées dans Mon espace santé



Peu de monde le sait : il est possible de rédiger et/ou d'ajouter ses directives anticipées dans Mon espace santé. Les directives anticipées sont les dernières volontés écrites d'une personne sur les conditions de la poursuite, de la limitation et de l'arrêt, ou du refus de traitement ou d'actes médicaux si, un jour, elle ne peut plus communiquer dans une situation médicale de fin de vie. Elles s'imposeront aux médecins. Il est possible de les déposer dans la

rubrique « Entourage et volontés » de son profil médical, ou de les rédiger directement en ligne grâce au formulaire dédié. Ces directives anticipées peuvent être rédigées, modifiées ou annulées à tout moment. Il est également possible de désigner une personne de confiance qui sera chargée

de confirmer ses directives ou de les fournir aux équipes médicales. En plus de Mon espace santé, il est conseillé de confier un exemplaire de ses directives anticipées à sa personne de confiance, à sa famille et/ou à son médecin traitant.

La future clinique Canopée prévoit dix lits de soins palliatifs

Attendue pour dans un an, la future clinique Canopée, que le groupe Rainbow Santé fait construire sur la ZAC Hibiscus, à Cayenne, comptera une unité de soins palliatifs pédiatriques et une seconde pour les adultes. Ces activités sont autorisées dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de Rainbow Guyane. Dans un dossier adressé à l'ARS, l'opérateur précise que l'unité pédiatrique comptera quatre lits ; l'unité adulte, six.

Depuis 2011, Rainbow Guyane compte une unité mobile de soins palliatifs et d'accompagnement et soins de support, financée par l'Agence Régionale de Santé. Le Projet Régional de Santé actualisé souligne la nécessité de « bénéficier d'une offre de soins palliatifs pédiatriques en SSR et en HAD » et de « développer une offre graduée et coordonnée de soins palliatifs » notamment au bénéfice des patients atteints de cancer.

EN BREF

◆ L'ARS ouvre plusieurs fenêtres d'autorisation



C'est un moment attendu par les professionnels de santé et notamment les établissements qui veulent élargir leur offre de soins : dans un **arrêté du 8 décembre**, l'Agence Régionale de Santé ouvre une fenêtre de demande d'autorisation de plusieurs activités de soins et équipements matériels lourds. Cette fenêtre est fixée du 26 décembre au 26 février. Elle concerne les activités de soins et les équipements matériels lourds suivants :

- Médecine ;
- Chirurgie (ambulatoire et hospitalisation complète) ;
- Réanimation (polyvalente adulte) ;
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale (centres lourds, unité de dialyse médicalisée, unité d'autodialyse, dialyse à domicile, dialyse péritonéale) ;
- Soins de suite et de réadaptation (polyvalent, affections cardiovasculaires, affections de l'appareil locomoteur, affections du système nerveux, affections liées aux conduites addictives) ;
- Psychiatrie (hospitalisation complète adulte) ;
- Scanographie à utilisation médicale (scanner).

◆ Neurodon, jusqu'au 23 décembre à Matoury



La Fédération pour la recherche sur le cerveau organise le Neurodon, collecte en faveur de la recherche sur la dystonie, Alzheimer, la sclérose en plaque, les AVC...

Les bénévoles seront installés à partir de vendredi et jusqu'au 23 décembre à Carrefour Matoury, chaque jour de 9 heures à 18 heures.

Contacts : 0694 25 55 46 ou 0694 23 48 21.

◆ Les internes se retrouvent pour leur journée d'intégration



Comme pour chaque semestre qui débute, l'Agence Régionale de Santé a invité les internes à une journée d'intégration. Ils se sont retrouvés le 3 décembre, au camp Maripas, à Kourou. Ils ont pu échanger avec Clara de Bort, directrice générale de l'ARS, le Pr Pierre Couppié, responsable du département formation-recherche santé à l'université, le Dr Yvane Golitin, vice-présidente de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Kourou, et le Dr Yacouba Dabo, pour le Syndicat des jeunes médecins de Guyane.

◆ Les sages-femmes libérales réunies à Kourou



Samedi, une vingtaine de sages-femmes libérales étaient réunies à Kourou, à l'invitation de leur URPS. Les échanges étaient centrés sur la coordination, avec des présentations également sur l'échographie, la cotation des actes, l'amélioration de l'organisation du cabinet, l'intérêt à faire appel à un conseiller financier et un brainstorming pour trouver des actions concrètes à mettre en place pour améliorer les pratiques et les conditions de travail.

◆ Deux thèses soutenues ces prochains jours



► **Covid-19 et vaccination : connaissances, attitudes et pratiques des personnes travaillant sur les site d'orpillage illégaux en Guyane**

Soutenu par Pierre Durand, jeudi à 17 heures, au pôle femme-enfant du centre hospitalier de Cayenne. Directrice de thèse : Dr

Maylis Douine.

Introduction : La Guyane est un département français en Amérique du Sud, frontalier du Brésil et du Suriname. La population y est jeune, multiculturelle et souvent pauvre, avec des inégalités socio-économiques et de santé marquées. En 2020, le Covid-19 s'est propagé à travers le monde et a sévèrement touché l'Amérique du Sud. Epargnée pendant les premiers mois de la pandémie, la Guyane a finalement été frappée par la pandémie, mettant fortement en tension son système de santé. Le début de la vaccination anti-Covid début 2021 a fait espérer un contrôle de la crise sanitaire mais cette vaccination a été retardée par une forte hésitation vaccinale et la Guyane a

subi plusieurs vagues épidémiques. Les personnes vivant sur les sites d'orpaillage illégaux en Guyane, aussi appelés garimpeiros, sont principalement d'origine brésiliennes. Ils vivent dans la forêt amazonienne et constituent une part mal connue de la population guyanaise. Leurs conditions sanitaires sont précaires et l'étude de leur santé est difficile. L'objectif de cette étude était de décrire les connaissances, attitudes et pratiques chez les garimpeiros en Guyane, vis-à-vis du Covid-19, et d'évaluer leur rapport à la vaccination anti-Covid.

Méthodes : Nous avons mené une enquête transversale multicentrique internationale entre le 1er mars et le 30 avril 2022 avec inclusions sur les rives guyanaises et surinamaises du fleuve frontalier Maroni, lors desquelles nous avons proposé un questionnaire structuré.

Résultats : Quatre-vingts personnes ont répondu à notre étude dont 95 % étaient brésiliennes. La quasi-totalité (96,3%) croyait en l'existence du Covid-19. La plupart avaient de bonnes connaissances sur l'origine du virus, les symptômes, le mode de contagion et les mesures de protection. La majorité (51,3%) était inquiète ou plutôt inquiète au sujet de la pandémie. L'antibioprophylaxie avait été pratiquée par 10 % des participants. Quarante-trois personnes déclaraient avoir été infectées par le Covid-19 (53,8%) dont plus de la moitié (55,8%) avait eu un test nasal positif. Seulement 20 avaient consulté lors de leur infection (46,5%) mais 37 (86,1%) avaient pris des médicaments à visée curative. Une majorité avait reçu au moins une dose de vaccin anti-Covid (62,5%). La plupart avaient été vaccinés en centres de santé en Guyane. Les personnes ayant déjà fait un test « Covid » étaient celles qui étaient les plus susceptibles d'être vaccinées.

Conclusion : Cette population a été fortement affectée par la pandémie de Covid-19 et semble avoir un bon niveau de connaissances générales sur le Covid-19. Cependant, plusieurs facteurs amènent les garimpeiros à avoir des attitudes négatives pour leur santé. L'adoption de comportements sains n'est pas systématique, même si l'adhésion vaccinale est plus importante que celle de la population guyanaise. Les personnes les plus vaccinées étaient celles qui avaient déjà fait un test Covid faisant penser que ces personnes aient été plus confrontées à la maladie, soient plus soucieuses de leur santé ou aient plus facilement accès aux centres de santé. Enfin, l'automédication et la consommation anarchique d'antibiotiques dans cette population interpellent et représentent un risque de santé publique.

► **Cardiopathies aiguës aux urgences: épidémiologie, évaluation prospective du suivi libéral et de l'observance thérapeutique.**

Soutenue par Victor Tertre, lundi 19 décembre à 18 heures, en salle Thierry-Basset du centre hospitalier de Cayenne. Directrice de thèse : Dr Alexis Fremery.

Introduction : La Guyane française est un territoire particulier de par sa localisation sud-américaine et son climat tropical. Sa population est caractérisée par une importante diversité culturelle, des inégalités marquées dans les domaines socio-économique, éducatif, et dans l'accès à la santé. Dans les services d'urgences de France hexagonale, les pathologies cardiovasculaires aiguës représentent une part importante des consultations avec parfois une mise en jeu du pronostic vital. L'objectif de ce travail est la description de l'épidémiologie des cardiopathies aiguës aux urgences du centre hospitalier de Cayenne (CHC). L'objectif secondaire est l'évaluation du suivi médical, paramédical et de l'observance thérapeutique de ces patients.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, réalisée dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHC du 1er mai au 31 août 2021. Tous les patients recevant un diagnostic de cardiopathie aiguë ont été inclus. Nous avons exclu les patients dont la cardiopathie était déclenchée ou associée à une autre pathologie aiguë, ainsi que les patients refusant de participer à l'étude. Au total, 155 patients ont été analysés. Le suivi médical et paramédical était évalué sur le respect des fréquences de consultations chez le médecin traitant et le cardiologue, ainsi que la réalisation d'un suivi biologique et des ECG. L'étude de l'observance était réalisée par le questionnaire de Gired.

Résultats : La moyenne d'âge était de 63 ± 15 ans, avec une discrète prévalence masculine. Une précarité marquée était mise en évidence retrouvée dans notre échantillon : 60% des patients estimaient leur situation financière insuffisante, 30% avaient un emploi, 30% une mutuelle privée et seuls 41% avaient poursuivi leur étude au-delà du primaire. Les facteurs de risques cardiovasculaires étaient surreprésentés par rapport à la population générale, avec notamment l'hypertension (74% des patients), le diabète (32%), la dyslipidémie (34%) et l'obésité (34%). La majorité des patients inclus (86%) présentait au moins une pathologie cardiovasculaire ou un facteur de risque cardiovasculaire connu et la pathologie présentée aux urgences était connue chez 48% d'entre eux. Les insuffisances cardiaques aiguës étaient les pathologies les plus fréquentes (41%). La réalisation d'examen complémentaires intra-hospitaliers concernait 98% des patients et 65% bénéficiaient d'une hospitalisation. Le taux de mortalité aux urgences et en service était de 4,5%. Le respect complet du suivi médical et paramédical était retrouvé chez seulement 23% des patients évalués, et seuls 39% des patients décrivaient une bonne observance ou la délivrance des traitements par une infirmière à domicile. Enfin, l'étude du traitement, au vu des pathologies, était adaptée chez seulement 48% d'entre eux selon les recommandations françaises en vigueur.

Conclusion : Bien que leur incidence soit inférieure à celle de France hexagonale, probablement du fait d'une population beaucoup plus jeune, on observe une variation de profil épidémiologique tant au niveau de l'âge, souvent inférieur en Guyane pour les mêmes catégories de pathologies, que dans la prévalence des divers facteurs de risques cardiovasculaires associés. Nous avons également mis en évidence un fort niveau de précarité évalué par le niveau scolaire, la couverture maladie et la situation financière. L'analyse du régime, de l'activité sportive mais surtout du suivi médical et de l'observance fait ressortir par ailleurs une carence dans l'éducation du patient à sa maladie, principal levier à disposition du médecin traitant. Ces pistes constitueraient un solide axe de travail pour diminuer l'augmentation de l'incidence, liée au vieillissement de la population, prévisible au cours des années à venir.

Le nez dans le PRS



Le Projet régional de santé (PRS) constitue la feuille de route en matière d'accès aux soins et de parcours de soins, en Guyane, jusqu'en 2028. Elaboré en 2018, il a été profondément modifié du fait de la crise Covid, de la création du GHT, du développement du numérique en santé et, désormais, du projet de CHU de Guyane. Une version révisée a été publiée en 2022. Parce qu'il liste les projets de développement majeurs pour la santé en Guyane, parce qu'il précise, pour certaines spécialités, les autorisations qui pourront être accordées, nous vous proposons, filière par filière, de découvrir ou redécouvrir son contenu. Pour les activités soumises à autorisation, un tableau précise les autorisations accordées dans le cadre du PRS 1 (2011-2015), les projets initiaux du PRS 2 (2018-2028) et les projets de la version révisée (PRS 2 actualisé). Cette révision propose des autorisations en coupant la Guyane en deux : la zone 1 comprend Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly ; la zone 2, le reste du territoire.

■ Biologie médicale et laboratoire

Au titre du Plan Guyane Santé 2025 et dans le cadre du CHRU, les perspectives, orientations et nouveaux objectifs pour la filière Biologie médicale et Laboratoire se déclinent ainsi :

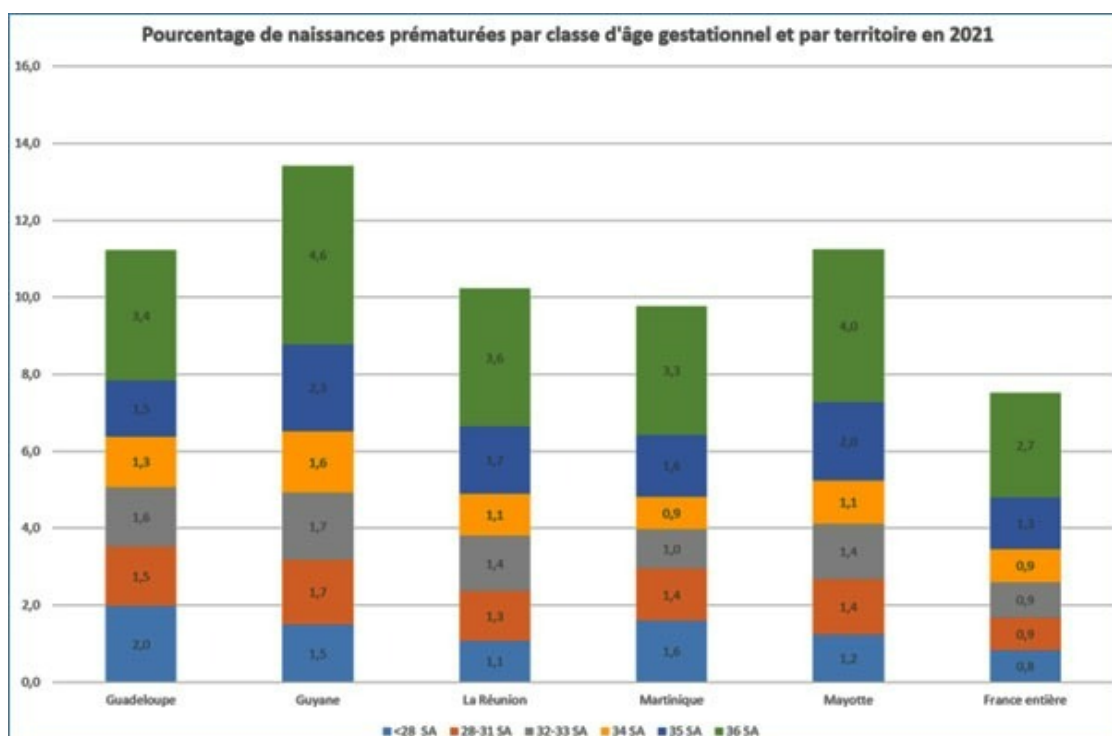
- Accompagner l'offre de recomposition de l'offre en biologie médicale afin d'éviter les transmissions d'analyses à l'extérieur du territoire et améliorer les délais de prise en charge, de détection et de transmission des prélèvements et analyses biologiques ;
- Consolider et engager l'indépendance des activités de recherche vis-à-vis des sous-traitants ;
- Encourager le développement de la biologie délocalisée en CDPS et en faire la priorité du laboratoire de biologie médicale déjà présent sur le territoire ;

- Favoriser la coordination, l'informatisation et la logistique entre laboratoires et CDPS permettant la transmission des données et examens biologiques en temps réel et la réduction des délais de réponse ;
- Mettre en conformité et restructurer les plateaux techniques existants, notamment le laboratoire P3, afin de renforcer les prestations de biologie et les chaînes pré-analytiques ;
- Assurer les formations nécessaires pour assurer les activités à venir, notamment avec la création des hôpitaux de proximité ;
- Evoluer et monter en compétence dans la perspective de proposer sur le territoire des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation (AMP -FIV) et d'insémination artificielle (IA) ;
- Poursuivre les activités de recherches, notamment en matière de maladies tropicales et de biologie moléculaire ;
- Assurer une offre de biologie médicale complète et pérenne sur l'ensemble du GHT.

Dans la rubrique Le nez dans le PRS de vendredi : Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

En un coup d'oeil

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la Santé et de la Prévention a publié des indicateurs de santé périnatale, hier sur [son site internet](#). L'an dernier, la Guyane a enregistré 8 190 naissances dont 8 057 naissances vivantes. Après un creux en 2020 (7 813 naissances), le nombre de naissances retrouve son niveau des années 2017-2019. La part des prématurés reste la plus élevée des régions françaises avec 13,4 % des naissances totales avant 37 semaines d'aménorrhée (12,3 % des naissances vivantes). Depuis 2015, ces pourcentages n'avaient été atteints qu'à une seule occasion, en 2018.



Infos

Utile pour votre exercice

► Recrudescence d'infections invasives à streptocoque A



« Plusieurs cas pédiatriques d'infections invasives à streptocoque du groupe A (IISGA), en nombre plus important qu'habituellement, ont été signalés dans différentes régions (Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine) au cours des 15 derniers jours. Ces cas ont entraîné l'hospitalisation en réanimation d'au moins 8 enfants sans facteurs de risque identifiés, parmi lesquels 2 sont décédés. Trois cas adultes ont été signalés dont 1 est décédé », signale la Direction Générale de la Santé dans un **message DGS-Urgent**. De son côté, **Santé publique France a publié un point détaillé sur le sujet**.

Dans l'attente de préciser cette situation, la Direction Générale de la Santé « remercie les professionnels de bien vouloir être vigilants aux points suivants :

- Procéder à un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) streptocoque A devant une angine et à un prélèvement de gorge devant un tableau clinique de scarlatine, en cas de Trod négatif. La scarlatine constitue la forme bénigne d'une infection à streptocoque. C'est un diagnostic clinique et un Trod négatif ne suffit pas à exclure une infection à streptocoque A. Elles peuvent évoluer vers des formes plus sévères et parfois réanimatoires constituant le syndrome du choc toxique ;
- Rappeler à vos patients l'importance en cette saison des mesures barrière ;
- Signaler sans délai à l'ARS tout cas d'infection invasive à streptocoque A grave (c'est-à-dire nécessitant l'hospitalisation) ;
- D'envoyer systématiquement au centre national de référence (CNR) les souches ou prélèvements positifs de cas d'infections invasives à streptocoque du groupe A. »

S'agissant de l'éviction des cas de streptocoque A de la collectivité, elle doit se poursuivre jusqu'à 2 jours après le début de l'antibiothérapie. L'importance du respect des mesures barrière au sein de la collectivité doit être rappelée.

S'agissant de l'identification des personnes contacts, la conduite à tenir actuelle recommande la prescription d'une antibioprofylaxie par voie générale aux sujets contacts avec facteur de risque de développer une infection invasive (âge supérieur à 65ans, varicelle évolutive, lésions cutanées étendues, toxicomanie IV, pathologie évolutive, prise importante de corticoïdes per os).

Utile pour vos patients

► « L'activité physique : votre meilleure alliée » : le guide la HAS pour les usagers



La pratique régulière d'une activité physique apporte de nombreux bénéfices pour la santé et participe au bien-être physique et mental. La Haute Autorité de santé (HAS) publie, ce mois-ci, des **conseils généraux pour aider tout un chacun à augmenter son activité physique et à trouver les bons soutiens**. Pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, ou dans certaines situations comme la grossesse ou l'avancée en âge, une fiche conseils spécifique complète ces informations.

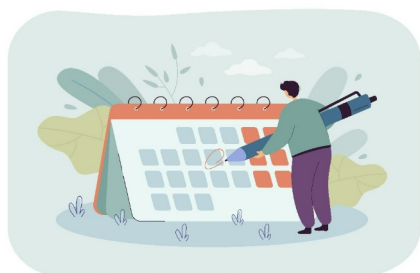


► La Fédération française sport pour tous recrute un **coordinateur du dispositif régional Guyane Bien-être, sport santé et activité physique adaptée** (CDD 1 an, renouvelable, basé à



Cayenne) et un chargé de mission sport santé et développement des APS (CDI, temps-plein, poste basé à Cayenne). Candidatures à envoyer à secretaire.sportpourtous@gmail.com.

Agenda



Jeudi

► **Soutenance de thèse** de Pierre Durand : « Covid-19 et vaccination : connaissances, attitudes et pratiques des personnes travaillant sur les sites d'orpillage illégaux en Guyane ». A 17 heures au pôle femme-enfant du centre hospitalier de Cayenne.

Vendredi

► **Ateliers de la recherche** de Guyane Promo Santé (GPS) sur la leptospirose en Guyane, de 9 heures à 11 heures, avec le Pr Loïc Epelboin (CHC), Mathilde Hangard et Adrien Ortelli (ARS), Margot Oberlis (Croix-Rouge française) et Jean-Luc Bauza (GPS). Rencontre via Zoom. Inscription obligatoire avant le 13 décembre via le formulaire suivant : https://docs.google.com/forms/d/1MtaZrrqeq-vrWSCcW_8cZrx1qfIBMEsWq16W9R6YE_4/edit.

► **Soutenance de la thèse de pharmacie** de Salomé Hubin : « Les plantes cultivées et commercialisées en Guyane : inventaire des plantes toxiques et rédaction de fiches toxicologiques à l'intention de l'Anses », à 16 heures. Connexion via Zoom : <https://us02web.zoom.us/j/84245609634?pwd=MUtQcWVjbEZqUWd2OFdVQlY1WW8rdz09>

► **Les vendredis du Corevih** sur les hépatites virales, par le Dr Céline Michaud, de 13h30 à 15h30. Contact et lien de connexion : corevih@ch-cayenne.fr ou 0594 39 73 63.

► **Neurodon** : collecte de la Fédération de la recherche sur le cerveau, jusqu'au 23 décembre, à Carrefour Matoury. Contacts : [0694 25 55 46](tel:0694255546) ou [0694 23 48 21](tel:0694234821).

Samedi

► « **Fo Zot Savé** » : Gaëtan Tariaffe, responsable du pôle Dr-José-Dorcy centre agréé sport santé à Cayenne, et Yannick Darnis, sophrologue, répondront aux questions de Fabien Sublet sur le sport santé et la prescription du sport par les médecins traitants, à 9 heures sur Guyane la 1ère.

Lundi 19 décembre

► **Soutenance de la thèse** du Dr Roxane Schaub, « Approche intégrative de l'épidémiologie de la maladie de Hansen en Guyane : interface homme – animal – environnement » (**lire la Lettre pro du 18 mars**), à 10 heures à l'Institut Pasteur de Guyane, à Cayenne.

► **Retrouvez Yana Santé**, l'émission de santé du Dr Jawad Bensalah en partenariat avec la Lettre pro, à 20 heures sur **Facebook** et sur la chaîne **Youtube de l'émission**.

Faites connaître vos évènements dans l'agenda de la Lettre pro en écrivant à pierre-yves.carlier@ars.sante.fr



Consultez tous les numéros de Covid-19 - La lettre Pro

Agence régionale de santé Guyane

Directeur de la publication : Clara de Bort

Conception et rédaction : ARS Guyane Communication

Standard : 05 94 25 49 89



www.guyane.ars.sante.fr

[Cliquez sur ce lien pour vous désabonner](#)