



COS

Cadre d'orientation stratégique
2018 - 2028

Guyane, une vision de la santé en 2028

Le mot du Directeur général de l'ARS



Comme son nom l'indique, ce « Cadre d'Orientation Stratégique » du nouveau Projet Régional de Santé de la Guyane (PRS), a vocation à en décrire les grands objectifs, inspirés de la Stratégie Nationale de Santé définie par le gouvernement, et dont la déclinaison opérationnelle sera ensuite précisée dans le PRS lui-même, actuellement en cours d'élaboration.



Ces objectifs stratégiques s'inscrivent, pour l'essentiel, dans la continuité du précédent Projet Régional de Santé adopté en 2012.

Ambitieux et complexe, adopté dans un contexte d'installation récente de l'Agence Régionale de Santé, celui-ci questionnait déjà les pouvoirs publics sur les réponses attendues par la communauté guyanaise sur l'incidence des maladies infectieuses et chroniques, la mortalité périnatale et la carence des réponses à la question du handicap et de la dépendance.

Par ailleurs, il décrivait déjà, à la fois une explosion démographique exceptionnelle, des inégalités géographiques et sociales d'accès aux soins inacceptables, des indicateurs de santé très défavorables, des risques environnementaux inconnus dans l'hexagone, et, bien sûr, une offre de soins, en lacune, à la ville et à l'hôpital.

Mais d'une légitimité démocratique assez faible et, surtout, dépourvu des outils indispensables à son suivi et à l'évaluation rigoureuse de ses résultats, il ne semble avoir connu qu'une faible audience auprès de la population et même des acteurs locaux de la santé, partenaires de l'ARS.

Le document que je vous présente initie, quant à lui, une démarche nouvelle qui certes, s'inspire largement des travaux précédents quant aux problématiques prises en compte mais annonce, à l'inverse, un renversement total de sa méthode d'élaboration et de mise en œuvre.

Ce cadre d'orientation stratégique du nouveau PRS de la Guyane ne reniera rien des constats précédents et, dans les 5 axes qui en constituent les lignes de force, il aborde à nouveau notamment la lancinante question des inégalités d'accès aux soins, les carences qui affectent les parcours de soins et la faible efficacité des services de santé de la Guyane.

Pour chacun de ces sujets, il propose des options claires, visant à renforcer l'accès aux droits et aux soins des plus fragiles et des plus isolés, à mieux lutter contre les pathologies caractéristiques du contexte guyanais, à mieux prévenir, repérer et traiter les handicaps, à repenser le positionnement des centres délocalisés de prévention et de soins, à faire bon usage des outils numériques et de

télémedecine, et, plus généralement, à structurer une offre de soins cohérente, accessible, sûre et légitime aux yeux de la communauté guyanaise.

Mais dans son élaboration et sa mise en œuvre, il s'inscrira dans une démarche radicalement différente du modèle antérieur, dont 3 mots clés résument la philosophie :

- Concertation : en ce que toutes les étapes de l'élaboration du document auront fait, en Guyane, l'objet de débats attentifs avec tous les acteurs et partenaires concernés ;

- Simplicité : l'évaluation du premier PRS avait révélé un document complexe, d'une appropriation difficile pour les partenaires et, bien plus encore, pour les usagers du système de santé ;

- et Efficacité : ces axes stratégiques et les propositions d'action présentées se traduiront en autant d'indicateurs qui permettront de mesurer régulièrement le degré de mise en œuvre des obligations, de moyen de résultats, assignés par le PRS à l'ensemble des acteurs concernés de la Guyane.

Dans une organisation désormais totalement renouvelée, qui lui confère de nouvelles capacités d'ingénierie et d'animation partenariale, l'ARS se saisira de ces indicateurs, ainsi d'ailleurs que ceux de la Stratégie Nationale de Santé, et, en lien étroit avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et les conseils territoriaux de la Guyane, elle donnera à la démarche une dynamique d'évaluation continue, sur toute la durée du projet, tout en invitant ses partenaires à continuer d'enrichir celle-ci des nouvelles propositions qu'ils jugeront utiles.

Mais s'il est vrai que comme le disait un philosophe, « le commencement de l'action est déjà plus que la moitié de l'objectif », alors il est déjà temps que chacun de nous se saisisse du présent document et s'attelle à sa mise en œuvre.

Jacques Cartiaux
Directeur général de l'ARS Guyane



Sommaire

LE MOT DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS	2
SOMMAIRE	4
LA METHODE : CONCERTATION ET CONSULTATION	7
UN PROJET ELABORE DANS UN CADRE CONCERTÉ	7
CONTENU DU NOUVEAU PROJET REGIONAL DE SANTE	7
UN DIAGNOSTIC EN COURS DE REALISATION	8
UNE DEMARCHE PARTENARIALE	8
LE CADRE LOGIQUE DU PRS	8
LES FINALITES DU PRS	9
LA SANTE EN GUYANE	10
L'ARS GUYANE, NOTRE VISION, NOS BUTS, NOS VALEURS	11
VISION	11
BUTS	11
VALEURS	11
ATOUTS CONTRAINTES ET DEFIS : SANTE ET SYSTEME DE SANTE EN GUYANE	12
UN VASTE TERRITOIRE	12
UNE REGION JEUNE ET DEMOGRAPHIQUEMENT DYNAMIQUE	13
LA CROISSANCE DE LA POPULATION MASQUE DE GRANDES DISPARITES AU SEIN DE LA REGION.	14
LA NATALITE EST LE PRINCIPAL MOTEUR DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE	14
UNE POPULATION PARTICULIEREMENT JEUNE	15
LES EMPREINTES LIEES AUX FLUX MIGRATOIRES CONTINUENT DE FAÇONNER LA SOCIETE GUYANAISE MEME SI LA CROISSANCE DE SA POPULATION N'EST A PRESENT PLUS DUE A L'IMMIGRATION	16
LE SECTEUR SPATIAL, PRINCIPAL MOTEUR DE LA CROISSANCE GUYANAISE	17
UNE REGION MARQUEE PAR DE FORTES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES	17
INEGALITES DE SANTE EN GUYANE	18
UNE REGION DONT LES INDICATEURS DE SANTE SONT PLUS DEGRADEES QU'EN MOYENNE NATIONALE ET QUI S'AMELIORENT PLUS LENTEMENT QUE POUR LE RESTE DE LA FRANCE	20
LE POIDS DE LA MORTALITE PREMATUREE EVITABLE	20
UNE POPULATION TOUCHEE PAR LES MALADIES CHRONIQUES PLUS TOT QUE DANS L'HEXAGONE	22
LE GRAND DEFI DE L'AMELIORATION DE LA SANTE PERINATALE	24
UN RECOURS AUX SOINS ET A LA PREVENTION PLUS FAIBLE EN GUYANE	25
UN TAUX DE RECOURS AUX SOINS INFERIEUR AU NATIONAL	25
LE RECOURS AUX HOSPITALISATIONS (MCO, SSR) EST MOINS FREQUENT EN GUYANE QU'AU NIVEAU NATIONAL.	26
DES CARACTERISTIQUES PARTICULIERES QUI EXPOSENT LA REGION A DES RISQUES SANITAIRES, ENVIRONNEMENTAUX, AINSI QU'A DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES	27
L'EPIDEMIOLOGIE EST MARQUEE PAR LA SURREPRESENTATION DES MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	27

DES TENSIONS CONCERNANT L'OFFRE DE SANTE PUBLIQUE EN RAISON DE L'AFFLUX MASSIF DE DEMANDEURS D'ASILE HAÏTIENS.	28
UNE OFFRE EN SANTE GUYANAISE MARQUEE PAR DES ZONES DE FRAGILITE IMPORTANTES	29
UNE OFFRE EN DISPOSITIFS D'OBSERVATION ET DE DIFFUSION DE CONNAISSANCES EN EPIDEMIOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE QUI DOIT ETRE RENFORCEE	29
UNE OFFRE EN PREVENTION QUI A BESOIN D'ETRE CONSOLIDEE ET DEVELOPEE POUR REpondRE AUX BESOINS DES GUYANAIS	29
UNE OFFRE AMBULATOIRE TRES FRAGILE AVEC DE FORTES DISPARITES TERRITORIALES QUI POURRAIENT S'AMPLIFIER AU REGARD DES PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES	31
UNE OFFRE HOSPITALIERE GUYANAISE EN COURS DE DEVELOPPEMENT ET DE TRANSFORMATION	32
OFFRE DE SOINS DU TERRITOIRE	32
LA REPARTITION DES AUTORISATIONS D'ACTIVITE ET D'EQUIPEMENTS A EVOLUE, EN LIEN AVEC LES ORIENTATIONS NATIONALES, DANS UN OBJECTIF DE RENFORCEMENT DE LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE.	33
UN RATTRAPAGE ET UN REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE MEDICOSOCIALE QUI DOIT SE POURSUIVRE	36
LES ENJEUX LIES A L'UNIVERSITARISATION	37
<u>LE CHEMIN PARCOURU : NOS SUCCES</u>	38
<u>LES DEFIS QUE NOUS ALLONS RELEVER</u>	39
<u>OU VOULONS-NOUS ETRE EN 2028</u>	40
<u>UN CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE POUR 2028</u>	42
REDUIRE LES INEGALITES D'ACCES AUX SOINS SPECIFIQUES A LA GUYANE ET AMELIORER LES PRISES EN CHARGE	43
ORGANISER DES PARCOURS QUI REpondENT AUX ATTENTES DES GUYANAIS	45
FAIRE LE CHOIX DE L'EFFICIENCE POUR DES SERVICES DE SANTE DURABLE DE QUALITE EN GUYANE	48
DONNER A CHAQUE GUYANAIS DAVANTAGE DE MAITRISE DE LEUR SANTE ET LES OUTILS POUR L'AMELIORER	52
AMELIORER LA VEILLE, L'EVALUATION ET LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES EN GUYANE	53
<u>INDEX</u>	54

La méthode : concertation et consultation

Un projet élaboré dans un cadre concerté

Le premier projet régional de santé (PRS 1) arrivera à son terme fin 2018. Au 1^{er} janvier 2019, le PRS2 prendra la relève dans un cadre renové.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système a renforcé le cadre stratégique du PRS en l'inscrivant sur une temporalité de 10 ans.

L'ARS devra traduire ses orientations dans un schéma unique de santé, afin de développer une approche plus intégrée et territorialisée du système de santé, au plus près des besoins de la population.

Contenu du nouveau Projet Régional de Santé

Le décret du 26 juillet 2016 (n°2016-123) relatif au projet régional de santé établit une architecture organisée autour de trois documents constitutifs pour tous les PRS de deuxième génération :

- le cadre d'orientation stratégique (COS), détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats à 10 ans, en lien avec la Stratégie Nationale de Santé, pour améliorer l'état de santé de la population guyanaise et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région ;
- le schéma régional de santé (SRS), est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine les prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médicosocial. Il a une durée de 5 ans ;
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies (PRAPS) est une déclinaison spécifique du SRS en vue de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

Le PRS 2 peut contenir des composantes thématiques et spécifiques :

- le schéma interrégional de santé et le schéma régional de santé spécifique. Il peut prévoir en fonction des caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques des régions et des besoins des populations un regroupement différent de régions pour les activités de soins, de prévention ou médico-sociales, ou équipements matériel lourd ;
- la coopération avec les pays voisins, certaines organisations lorsqu'un accord cadre international le permet, d'une coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin par convention de coopération.

Un diagnostic en cours de réalisation

L'ARS de Guyane élabore un diagnostic régional composé des éléments suivants :

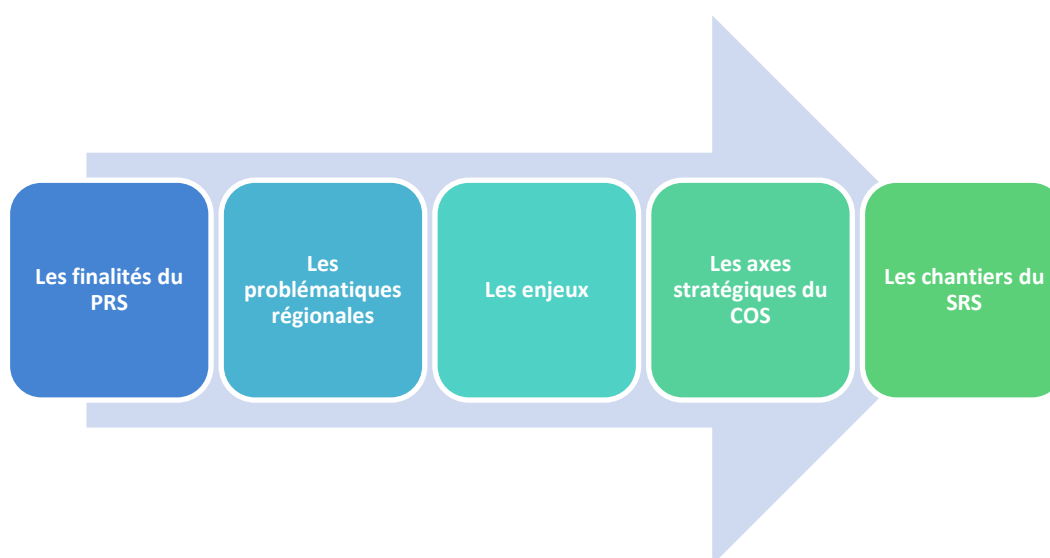
- un état de santé de la population ;
- une étude de l'impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médicosociale de Guyane ;
- un bilan du PRS sur les années 2012-2016 ;
- un bilan de la démographie médicale en Guyane (dont ordonnance 2005) ;
- un lexique.

Une démarche partenariale

Le PRS en lui-même est arrêté par le directeur général de l'Agence après une consultation de trois mois du Préfet de région, des collectivités locales, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, et du conseil de surveillance de l'Agence.

En amont de cette consultation réglementaire, des concertations régulières seront organisées à partir de février 2017 avec la CRSA, ses commissions spécialisées, les conseils territoriaux de santé, ainsi que les autres partenaires majeurs de l'Agence notamment la Collectivité Territoriale de Guyane, la Préfecture, l'Assurance maladie et le Service Santé des Armées dont la Loi de janvier 2016 de Modernisation du Système de Santé renforce la place en tant qu'acteur du service public de santé. Dans ce contexte, toutes les compétences du Service Santé des Armées présentes en Guyane sont engagées dans cette nouvelle coopération qui inclut l'offre de soins, l'enseignement, la recherche, la veille épidémiologique et la gestion des risques sanitaires.

Le cadre logique du PRS



Les finalités du PRS

- Améliorer l'état de santé de la population guyanaise
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région

La santé en Guyane

Les grandes caractéristiques



Des caractéristiques favorables

- Une démographie vigoureuse
- Une espérance de vie qui augmente chaque année
- La baisse de la mortalité infantile
- La mortalité due au VIH-SIDA qui diminue (succès thérapeutique)
- Le contrôle du paludisme



Des caractéristiques moins favorables

- Une population peu diplômée vivant dans une grande précarité
- Une population qui recourt peu et tard aux soins
- Une forte prématurité
- Une population touchée par les maladies chroniques plus tôt que dans l'Hexagone
- Une population qui doit faire face aux maladies infectieuses : VIH/SIDA, maladies vectorielles,...

L'ARS Guyane, Notre vision, nos buts, nos valeurs

Vision

La santé accessible à chaque guyanais

Buts

Réduire les inégalités de santé

Valeurs



Atouts contraintes et défis : santé et système de santé en Guyane

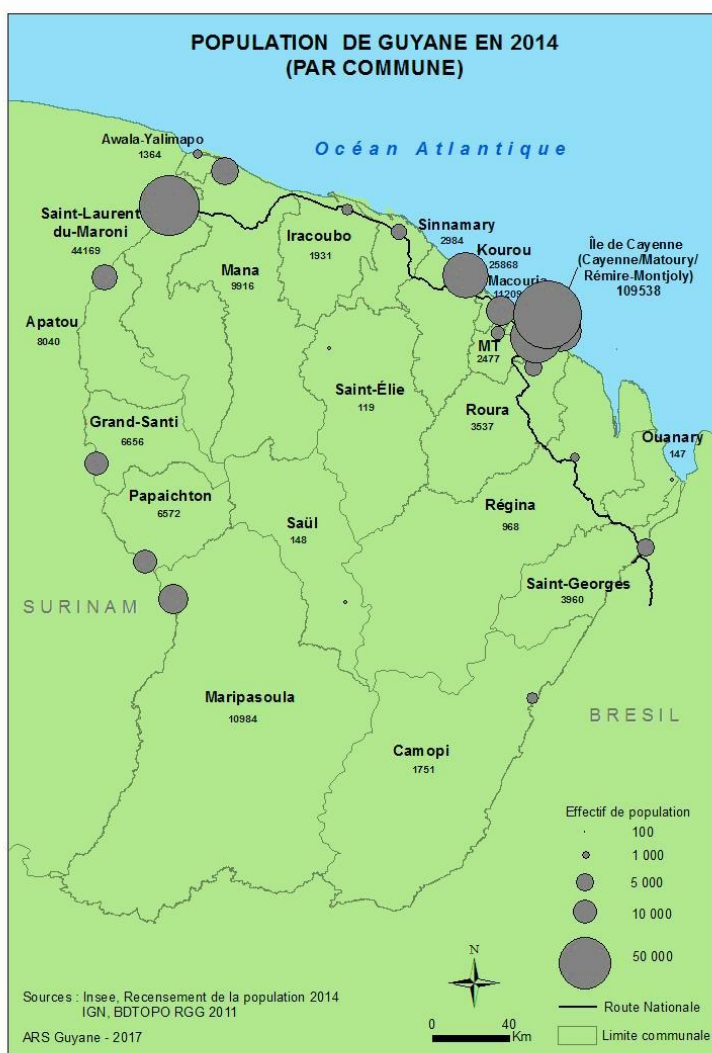
Un vaste territoire

La Région Guyane, s'étend sur un vaste territoire de 86 504 km² dont l'essentiel est recouvert par la forêt amazonienne. La Guyane compte au 1^{er} janvier 2014, 252 338 habitants¹, c'est la deuxième région la moins peuplée de France après Mayotte, alors qu'il s'agit de la plus vaste région en km², c'est aussi la moins peuplée. La densité d'habitants au km² est de 2,7. Elle se compose de trois bassins de population : Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, reliés par l'unique axe routier régional, et de 22 communes.

Dans le nord-est de l'Amérique du Sud, entre le Surinam et le Brésil, la Guyane française constitue à la fois une région et un département français d'outre-mer, à l'instar de la Martinique et de la Guadeloupe dans les Antilles, ainsi que de Mayotte et de La Réunion dans l'océan Indien.

La Guyane constitue une collectivité territoriale de la République régie par l'article 73 de la Constitution qui exerce les compétences attribuées à un département d'outre-mer et à une région d'outre-mer, et toutes les compétences qui lui sont dévolues par la loi pour tenir compte de ses caractéristiques et contraintes particulières². En tant que département et région d'outre-mer, la Guyane fait partie de l'Union Européenne et constitue plus précisément une « région ultrapériphérique » de l'Europe, ce qu'on appelle une RUP. Or, une RUP, c'est un territoire d'un pays membre de l'Union européenne situé en dehors du continent européen. À ce titre, la Guyane bénéficie de « mesures spécifiques » qui adaptent le droit communautaire en tenant compte des caractéristiques et contraintes particulières de ces régions.

La population de la Guyane est concentrée à 80 % le long des 320 kms de bande côtière bordée par l'océan Atlantique, ce qui correspond à environ



¹ Source INSEE : recensement au 1^{er} janvier 2014

² Loi n°2015-1268 du 14 octobre 2015 d'actualisation du droit des outremer. Art. L 7111-1

10 % du territoire. D'ailleurs, le réseau routier ne dessert pratiquement que cette frange côtière, et ce, du nord-ouest au nord-est en reliant les villes de Saint-Laurent-du-Maroni (à l'extrémité ouest : 44 169 habitant) jusqu'à Saint Georges (à l'est : 3 960 habitants), en passant notamment par les communes de Sinnamary (2 984 hab.), de Kourou (25 868 hab.) et la capitale, Cayenne (55 817 hab.), avec sa banlieue de Matoury (31 934) et de Rémire-Montjoly (21 787).

La croissance démographique des dernières décennies a permis l'apparition de trois pôles urbains : l'agglomération de Cayenne (ou « Communauté d'agglomération de Centre Littoral »), l'agglomération de Saint-Laurent-du-Maroni et l'agglomération de Kourou. Le premier pôle regroupe quelques 120 000 habitants et concentre presque la moitié de la population de la Guyane. Le second pôle, Saint-Laurent-du-Maroni, se situe dans l'ouest du territoire (à l'inverse des deux autres) et réunit 18 % de la population, à la frontière surinamienne.

Cependant, la croissance démographique est bien plus élevée dans l'Ouest guyanais en raison à la fois d'une plus forte immigration (surtout du Surinam) et d'une fécondité plus élevée. Ainsi, entre 2007 et l'année 2012, Saint-Laurent-du-Maroni a connu une croissance annuelle moyenne de 3,5 %, contre 1,2 % pour l'agglomération de Cayenne et une évolution légèrement négative pour celle de Kourou. Cette croissance démographique plus élevée touche l'ensemble des localités situées le long du fleuve Maroni, et a favorisé l'apparition de petites villes dans la forêt amazonienne, accessibles seulement par voie fluviale ou aérienne, comme Maripasoula (9 970 hab.). À plus long terme, Saint-Laurent-du-Maroni pourrait devenir la ville la plus peuplée du département, au milieu des années 2020. En projection, la population de la Guyane française devrait dépasser celle de la Guadeloupe et de la Martinique vers 2030 ; elle se rapprocherait alors progressivement de celle du Suriname (plus de 460 000 habitants). La Guyane atteindrait une masse critique nécessaire au développement de nombreuses activités économiques.

Tout l'arrière-pays (90 % du territoire) est couvert de forêts tropicales denses et n'est accessible, hormis la voie aérienne, qu'en bateau grâce aux fleuves Maroni (qui sépare le Surinam et la Guyane), Mana, Sinnamary, Approuague et Oyapock (qui séparent la Guyane et le Brésil). En raison des nombreux sauts et dangereux rapides, la pirogue (habituellement à moteur), généralement taillée dans un grand tronc d'arbre, demeure l'embarcation la plus utilisée pour accéder d'abord dans le massif central, puis dans les montagnes de Camopi et enfin dans les monts Tumuc-Humac du Sud guyanais (à la frontière du Brésil).

Un autre aspect est la présence d'orpailleurs clandestins dans la forêt qui alimentent criminalité et trafics en tous genres. Seuls les Amérindiens habitent le sud de la Guyane en permanence. Ils subissent l'orpaillage clandestin qui pollue les rivières et intoxique les populations par le mercure.

Une région jeune et démographiquement dynamique

La population de la Guyane est beaucoup plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges en deçà de 20 ans sont très largement supérieures à la moyenne nationale. Cette surreprésentation se poursuit dans une moindre mesure jusqu'à 40 ans. À partir de 40 ans, la population de l'ensemble des classes d'âges est inférieure à ce qui est observé au niveau national et décroît fortement ensuite.

L'indice de vieillissement est le plus faible observé en France³ : il est de 10,5, pour une moyenne nationale de 72,2.

La Guyane a un des plus fort taux de croissance démographique. Au 1^{er} janvier 2014, la Guyane compte 252 338 habitants. Avec 2,9 habitants au km². Depuis 2009, la Guyane a gagné près de 27 870 habitants, soit une progression de 2,4% par an. Si les tendances démographiques du début de

³ Rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans

la décennie en termes de fécondité, de mortalité et de migrations se prolongeaient, la Guyane compterait 316 000 habitants en 2030, soit 72 000 de plus qu'en 2013. L'accroissement de la population à l'horizon 2030 serait essentiellement porté par le solde naturel.

La croissance de la population masque de grandes disparités au sein de la région.

Avec 83 412 habitants, **la Communauté de communes de l'Ouest Guyanais (CCOG)** est le territoire le plus dynamique de Guyane avec une croissance annuelle moyenne de 4,8 % entre 2008 et 2013. S'il rassemble seulement 33,7 % de la population, ce territoire assure à lui seul 70,4 % de la croissance démographique régionale. C'est aussi la seule zone de Guyane à afficher un solde migratoire positif.

Plus de la moitié de la population de l'ouest (57 %) a moins de 25 ans et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est très faible (2,1 % de la population). Dans cette intercommunalité, 40,5 % de la population a entre 25 et 65 ans. Du fait de cette jeunesse, l'âge moyen est particulièrement faible : 23,6 ans.

La Communauté d'agglomération du Centre Littoral (CACL) reste le principal territoire et rassemble 50,4 % de la population régionale (123 085 habitants). Entre 2008 et 2013, la croissance démographique de 1,3 % par an est en forte baisse par rapport à celle observée jusqu'au milieu des années 2000. La baisse de la croissance s'explique en premier lieu par un solde migratoire déficitaire et ensuite par l'érosion de la natalité. La proportion des jeunes de moins de 25 ans est en dessous du niveau régional et le vieillissement de la population est le plus marqué (5,5 % de la population a au moins 65 ans). Près de la moitié de la population (49,5 %) a entre 25 et 65 ans. C'est le territoire où l'âge moyen est le plus élevé de Guyane : 30,7 ans.

Avec 30 921 habitants, **la Communauté de commune des Savanes (CCS)** représente 12,7 % de la population de la Guyane. C'est la seule zone de Guyane dont la population baisse entre 2008 et 2013 (- 0,4 % par an). Même s'il est en baisse, le taux de natalité est encore élevé et la baisse de la population s'explique par un solde migratoire fortement négatif, de loin le plus négatif de Guyane.

La part des jeunes de moins de 25 ans est identique à celle du niveau régional (50,3 %) et 3,1 % de la population ont plus de 65 ans. Les 25-65 ans représentent 46,6 %. L'âge moyen atteint 27,9 ans.

La communauté de communes de l'Est Guyanais (CEEG) est la moins peuplée de Guyane (6 700 habitants). Elle rassemble seulement 2,7 % de la population régionale. Entre 2008 et 2013, la croissance annuelle de la population est de 1,3 % par an. Comme pour la CACL, la croissance démographique ralentit du fait du solde migratoire négatif et de la diminution de la natalité. Ce territoire est le plus jeune (59,3 % de la population a moins de 25 ans, 50,3 % au niveau régional) et compte le moins de personnes âgées de 65 ans et plus (2,9 % de la population, 4,4 % au niveau régional). L'âge moyen est en dessous de la moyenne régionale : 24 ans.

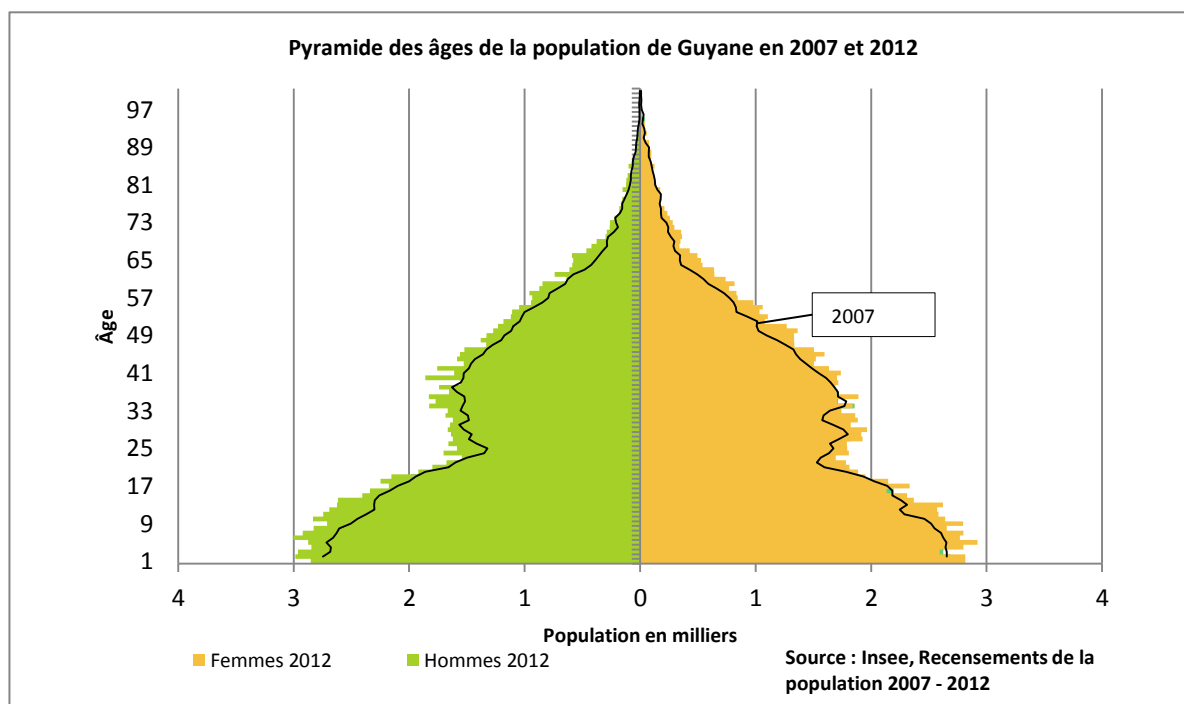
La natalité est le principal moteur de la croissance démographique⁴

Le début de la transition démographique⁵, avec le passage à un régime de faible mortalité, est acquis en Guyane, tandis que la baisse récente de la fécondité indiquerait l'amorce de la deuxième phase de la transition démographique : le passage à un régime de faible natalité. Après une longue période d'augmentation modérée de sa population, la Guyane enregistre depuis le début des années 1980 une forte croissance démographique. L'impulsion en revient, pour l'essentiel, à la natalité. Combinée

⁴ Xavier Baert. Insee. Analyses Guyane. No 12. 19/01/2016

⁵ La transition démographique marque le passage d'un régime élevé à un régime faible de mortalité et de natalité. Alors que le régime de faible mortalité est acquis en Guyane, sa natalité reste élevée. Achevée aux Antilles, cette transition s'y est déroulée à un rythme trois fois supérieur à celui observé en Europe (50 ans contre 150 ans en moyenne européenne).

à une immigration historiquement importante, cette natalité a favorisé la forte croissance de la population.



Non seulement la fécondité en Guyane est nettement supérieure à celle observée en France métropolitaine (3,52 vs 1,98 enfant par femme), mais elle est aussi la plus élevée du continent. La Guyane devance ainsi le Guatemala (3,3 enfants par femme) et Haïti (3,1) et distance nettement ses voisins, le Surinam (2,4) et le Brésil (1,8).

Néanmoins, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF⁶) est en baisse en Guyane. Le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 3,93 en 1994 à 3,52 en 2012, soit une baisse de 10,4 %.

Alors que les Antilles font face au vieillissement de leur population, la Guyane n'est que très peu confrontée à ce phénomène. C'est la région française la plus jeune. L'indicateur de jeunesse est plus de cinq fois plus élevé qu'en France métropolitaine avec 6,1 jeunes de moins de 20 ans pour une personne âgée de plus de 60 ans.

Le solde naturel demeure le principal moteur de la croissance de la population. La Guyane présente une triple spécificité : plus grand département français par sa superficie, il est le moins peuplé (244 118 habitants) des départements d'Outre-mer (DOM), mais affiche le taux de croissance annuel moyen le plus élevé (+ 2,2 % par an). Dans les autres DOM, la population stagne en Guadeloupe, augmente à La Réunion (+ 0,7 % par an) et diminue en Martinique (- 0,6 % par an).

Une population particulièrement jeune

La population en Guyane est particulièrement jeune et le resterait avec, en moyenne, 3,4 enfants par femme à l'horizon 2030⁷. La structure par âge de la population guyanaise ne serait pas

⁶ L'indicateur Conjoncturel de Fécondité (ICF) mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

⁷ Agathe GROS, William BOTTARO, Hélène DUPLAN, Nathalie MARRIEN, Soizick CAZAUX, Fabien LALEU, Julie BARON, Marike GLEICHMANN, Faustine FAURE. Etude prospective quel impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médicosociale de Guyane. Note technique AFD-ARS. 2017.

fondamentalement modifiée en 2030, mais le ratio du nombre de seniors pour 100 jeunes serait plus favorable aux plus de 65 ans.

La Guyane compte 42,9 % de jeunes de moins de 20 ans en 2013 contre moins de 5 % de seniors (65 ans et plus). À l'horizon 2030, en dépit d'un fort accroissement de la population âgée de 65 ans et plus, la population guyanaise demeurerait jeune (37 % de moins de 20 ans contre 9,5 % de seniors). En 2030, La Guyane compterait 26 seniors pour 100 jeunes. La Guyane resterait, après Mayotte, la région française la plus jeune avec un âge moyen de 32 ans à l'horizon 2030.

On trouve en Guyane de très nombreuses multipares : environ 15% de femmes de Guyane ayant accouché en 2013 accouchaient pour la 6^{ème} fois au moins ; ce phénomène de grande multiparité est stable sur la dernière décennie et touche toutes les communes de Guyane même si les plus isolées et celles de l'Ouest semblent plus touchées.

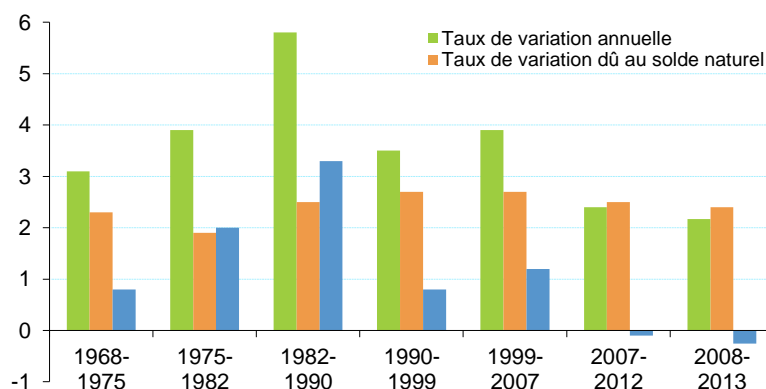
Les mères sont domiciliées pour plus de 43% sur l'île de Cayenne et près de 42% dans l'Ouest Guyanais. La part des naissances de l'Ouest Guyanais augmente sur la dernière décennie de près de 6 points.

La Guyane se distingue par des maternités précoces : 27% des femmes nées entre 1980 et 1999 avaient au moins un enfant à 20 ans en 2010 (4% en métropole) et, en 2011, 7% des mères étaient mineures (2% aux Antilles, 0,5%).

Les empreintes liées aux flux migratoires continuent de façonner la société guyanaise même si la croissance de sa population n'est à présent plus due à l'immigration

Le solde migratoire diminue en Guyane. Si le solde naturel reste le principal moteur de la croissance démographique en Guyane, l'autre moteur, le solde migratoire, montre des signes de faiblesse. Le solde migratoire avait toujours contribué à l'augmentation de la population soit de manière importante comme dans les années 1980, soit de manière plus limitée. Depuis 2007, le phénomène s'est inversé et le nombre de sorties est plus important que celui des entrées.

Depuis la fin des années 60', jusqu'au début des années 2010, le solde apparent des entrées-sorties en Guyane a contribué à environ un tiers de la croissance de la population guyanaise, prenant même le dessus sur le solde naturel entre 1975 et 1990. Pour la première fois entre 2007 et 2012, les sorties ont été plus nombreuses que les entrées, faisant du solde naturel le seul moteur de la croissance de la population.



Les entrées se font majoritairement depuis la France métropolitaine et les autres DOM, le reste venant de l'étranger. En Guyane, en 2008, 13 040 personnes résidaient dans une autre région française en 2003 et 9 050 résidaient à l'étranger. Les sorties sont nombreuses vers le reste de la France. En 2008, 13 490 habitants de la France métropolitaine et 1 770 des autres DOM résidaient en Guyane cinq ans auparavant. En revanche, le nombre de sorties vers les pays étrangers est plus difficile à évaluer.

Le solde migratoire varie selon l'âge. Ainsi, entre 15 et 25 ans, les sortants sont beaucoup plus nombreux que les entrants. Les jeunes quittent la Guyane pour faire leurs études et démarrer leur vie active.

Plus d'un tiers de la population de nationalité étrangère. Plus du tiers des habitants (35,1 %) est de nationalité étrangère. Trois nationalités fournissent, à elles seules, la grande majorité de ces étrangers (89 %) : les Surinamais (37 %), les Brésiliens (27 %) et les Haïtiens (25 %). L'immigration brésilienne, la plus ancienne, s'est développée dès les années 60. Les flux en provenance du Surinam ont, eux, fortement augmenté durant la guerre civile dans ce pays (1982-1992), alors que l'immigration haïtienne entamée dans les années 80 avec les premiers troubles politiques s'est accrue dans les années 90 avec les regroupements familiaux. En 2014, un peu moins d'une naissance sur deux en Guyane était issue d'une mère de nationalité étrangère (3 187 naissances issues de mères étrangères pour 3 430 issues de mères françaises), contre 15 % en métropole.

Le secteur spatial, principal moteur de la croissance guyanaise⁸

En 2014, la croissance guyanaise est de + 4,0 % (+ 0,2 % pour la France entière). Cette croissance exceptionnelle s'explique par une activité spatiale intense, avec 11 lancements de fusées au lieu de 7 en 2013. Les exportations, constituées à plus de 80 % par le spatial, augmentent de 5,5 %. Hors lancements de fusées, elles diminuent de 15,2 %. L'ensemble des importations diminue de 6,5 %. Les autres moteurs de l'économie sont moins dynamiques que le secteur spatial. Les évolutions modérées de la consommation des ménages et de celle des administrations publiques témoignent d'une certaine prudence des agents économiques. La consommation des ménages augmente de 1,9 % en volume, soit à un rythme inférieur à la croissance de la population, dans un contexte de faible inflation (+ 0,5 %).

Emploi Salarié, timide progression de l'emploi en 2015. L'emploi salarié marchand a augmenté de 1 % en moyenne annuelle en 2015, par rapport à l'année 2014. Quoique positive, cette évolution est limitée. Elle est le fruit de tendances contradictoires entre la bonne tenue du secteur tertiaire marchand et la mauvaise santé de celui de la construction.

Chômage, un taux de chômage élevé mais stable. En Guyane, en 2015, le taux de chômage est stable à 21,9 %. Les femmes sont plus touchées. Leur taux de chômage est de neuf points supérieur à celui des hommes. Fin 2015, le nombre de demandeurs d'emploi toutes catégories confondues s'élève à 25 300, en progression de 3,6 % sur un an. Malgré ces difficultés sur le marché du travail, le nombre de contrats aidés est en baisse entre 2014 et 2015.

Prix, un faible niveau d'inflation. En Guyane, les prix ont diminué modérément en fin d'année 2015, par rapport à 2014. Ce résultat est dû à la forte baisse des prix des produits pétroliers. Elle compense les hausses observées dans d'autres postes importants dans la consommation des ménages guyanais.

Une région marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales⁹

La Guyane a le PNB par habitant le plus élevé d'Amérique Latine et attire de nombreux étrangers à la recherche d'une vie meilleure. Sur le plan de la Santé, le niveau de prise en charge est souvent bien meilleur que celui retrouvé en Amérique latine, avec des droits et des moyens financiers alloués sans équivalent sur le continent. Paradoxalement, en comparaison avec les autres départements Français,

⁸ INSEE conjoncture. Le bilan 2015. L'économie guyanaise en attente de nouveaux moteurs. N°2. Juin 2016.

⁹ Mathieu Nacher. Le renoncement aux soins en Guyane : Enquête baromètre santé. CIC INSERM 1424. Cayenne. 2017

la Guyane fait face à de nombreux défis : la croissance démographique, (taux de croissance de la population qui est le plus élevé du continent) ; les problèmes socio-économiques (taux de chômage important, taux d'illettrisme important, un niveau de précarité important), diversité linguistique et culturelle (près de 30% d'immigrés), une proportion élevée de personnes n'ayant pas de droits ouverts, ce qui restreint leur accès à la santé et aux soins ; l'offre de transports en commun est insuffisante ; **sur le plan sanitaire, il existe un retard structurel par rapport à l'hexagone avec une démographie des professionnels de santé en souffrance, notamment en ce qui concerne les spécialistes complété d'une grande hétérogénéité sur le territoire Guyanais.**

Inégalités de santé en Guyane

En Guyane, on retrouve des inégalités pour toute une palette de pathologies, qu'elles soient infectieuses, non transmissibles, chroniques ou aiguës, chez l'enfant ou l'adulte. Les maladies infectieuses telles le paludisme, le VIH, la tuberculose, l'histoplasmosse, la lèpre touchent de façon disproportionnée des populations étrangères.

Les études réalisées en Guyane ont déjà montré que les immigrés sans papiers avaient un moins bon état de santé que les autres, cet état se dégradant au cours du temps, les immigrés sont également dépistés plus tard pour le VIH, ils sont également plus susceptibles d'interrompre le suivi et le traitement de leur infection VIH ; pour les cancers, les immigrés ont des stades plus avancés et de moins bon pronostic de cancer du col de l'utérus et une survie bien inférieure pour le cancer du sein. Aux urgences de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni, la gravité et le taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les personnes sans papiers. Une épidémie de cardiopathies carencielle de type Beri Beri a été observée chez des orpailleurs clandestins.

Les premières analyses de l'étude INDIA, réalisée au CIC Antilles Guyane et au CIC de Dijon ont permis de montrer un impact significatif de la précarité (mesurée par un score Epices>301) sur la sévérité initiale de l'AVC, ce qui implique une invalidité et une mortalité plus lourde chez les personnes les plus précaires. Pour l'insuffisance rénale terminale, la moitié des patients en dialyse sont d'origine étrangère, ce qui suggère un retard au diagnostic des pathologies aboutissant à une insuffisance rénale. Les étrangers ont un risque d'insuffisance rénale 2.17 fois plus important (IC95% 1.7-2.7, P<0.0001) que les français. La proportion de risque attribuable en population totale serait de 26% (ce que l'on pourrait éviter en éliminant la surmortalité chez les étrangers) et serait chez les étrangers de 54% (la moitié des cas d'insuffisance rénale terminale sont liés au fait d'être étranger). Ici l'hypothèse est que les étrangers ont un retard à la prise en charge de la pathologie sous-jacente. Il n'y a cependant pas de différence en termes de mortalité entre patients dialysés Français et étrangers, ni en termes de néphropathie causale (diabète, HTA, infectieux). Une étude au centre hospitalier de Cayenne montrait qu'en néonatalogie les enfants nés de mère ayant une couverture de type AME, étaient significativement plus représentés pour divers diagnostics (décès et nouveau nés avec problème sévère). Au total, 69% des nouveau-nés avec AME étaient des nouveau-nés de petit poids de naissance avec des problèmes significatifs, sévères ou majeurs alors qu'ils n'étaient que 15% des nouveau-nés sans AME à correspondre à ce profil. La durée moyenne de séjour était le triple de celle des mères ayant une couverture autre que l'AME. Le fait de prendre le statut d'étranger comme indicateur repose sur l'hypothèse de leur plus grande vulnérabilité sociale, et ce, en l'absence de variables socioéconomiques permettant d'englober les personnes françaises socialement précaires qui sont sans doute également concernées par les inégalités de Santé.

On vit en moyenne moins vieux que dans le reste de la France. Avec une espérance de vie à la naissance de 83,1 ans chez les femmes et 76,7 ans chez les hommes, la Guyane se caractérise par une espérance de vie inférieure à celle constatée sur le territoire métropolitain (85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes).

On observe en Guyane un taux de mortalité prématurée supérieur à la France, toutes causes de mortalité confondues, et en particulier chez les hommes et les femmes pour causes circulatoires et pour accidents et traumatismes externes. A l'inverse on observe une sous-mortalité par cancer chez les guyanais.

Le taux de mortalité infantile régional est très significativement supérieur à la moyenne nationale. Il s'élève à 8,6 pour 1000 naissance (vs 3,4 ‰ en moyenne métropolitaine).

La région est fortement frappée par le VIH, les hépatites et la tuberculose. Les découvertes de séropositivité en Guyane sont plus de 10 fois supérieures à la moyenne nationale (78,24 ‰ vs 6,25 ‰). Concernant la tuberculose, le nombre de cas déclarés est de plus de trois fois supérieur à la moyenne nationale en 2014 (24,58 ‰ vs 7,28 ‰) et aurait très nettement progressé au cours de l'année écoulée.

La région est peu touchée par la consommation de tabac, mais fortement touchée par la consommation de crack. En 2014, parmi les 15-75 ans, le tabagisme quotidien est 2 à 3 fois moins fréquent dans les DOM qu'en métropole. On compte 12 % de fumeurs quotidiens en Guyane, contre 28 % en métropole. La Guyane est particulièrement touchée par la consommation de crack. Si elle reste circonscrite à une population très marginalisée, cette consommation est présente et visible parfois même en pleine rue, en particulier dans les agglomérations de Cayenne et Saint Laurent du Maroni. L'âge moyen de l'expérimentation du crack est de 24 ans et, dans environ un tiers des cas, la consommation régulière débute la même semaine que la première prise.¹⁰

Des inégalités chez les jeunes¹¹, selon qu'ils soient en études ou en insertion se répercutent sur la santé. Les jeunes qui ne sont ni en emploi, ni en formation initiale ou continue ont une moins bonne couverture sociale, et sont en moins bonne santé que les jeunes de la population générale. En Guyane, les jeunes commencent très tôt leur activité sexuelle. Ces comportements sexuels aboutissent à de nombreuses grossesses précoces. Le taux de fécondité des mineures en Guyane reste bien plus élevé que celui de la France entière (12 ‰ en Guyane vs 8 ‰ en France entière chez les moins de 18 ans. Chez les 15-17 ans le taux s'élève à 75 ‰ en Guyane). Dans un rapport du CRPV¹² sur la santé des jeunes il existe un risque plus élevé dans la population des jeunes non scolarisés (vs scolarisés) ; d'être victime de violence physique (23% vs 14%) ; d'être auteur de violence physique (70% vs 54%) ; d'avoir des comportements sexuels à risques voire de se prostituer ; de consommer des substances psychoactives ; d'avoir une infection à VIH ; d'être en surpoids, voire obèse (27,3% vs 20%) ; d'avoir des idées suicidaires (15% vs 12%) , voire de passer à l'acte (19,7% vs 11,3%).

Du point de vue de la violence, la Guyane est plus proche de l'Amérique du Sud que de la France. Le taux d'homicides est de 30,1 pour 100 000 habitants (0,6 ‰ en France, 7,7 à Marseille). Les facteurs sociaux expliqueraient cette situation : « *la modélisation statistique finale montre que trois grands facteurs expliquent les variations du taux d'homicide : le pourcentage de jeunes dans la population ; le niveau de vie tel que mesuré par le PIB ; et le degré d'inégalité de la redistribution des revenus* »¹³.

Un taux de chômage élevé. En 2013, 21% des actifs de plus de 15 ans sont touchés, les moins de 25 ans étant les plus touchés (45%). Ce taux s'avère légèrement inférieur à celui mesuré dans les autres DOM, mais plus de deux fois supérieur au taux métropolitain (10%). Il est supérieur de près de 10 points parmi les femmes (27% vs 17% pour les hommes), cette situation distinguant fortement le

¹⁰ François Beck, Ivana Obradovic, Stanislas Spilka. *Addictions en outre-mer*. Note 2016-02. OFDT. 2016

¹¹ CRPV. *La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane*. Etudes et Perspectives Collection jeunesse. 2014.

¹² ibid

¹³ Marc Ouimet. *Un monde d'homicides. Champ Pénal/Penal Field, vol. VIII, 2011*. In CRPV p.12 op.cit.

territoire, des Antilles et de la France hexagonale. Le diplôme se révèle la meilleure protection contre le chômage, mais la population guyanaise apparaît moins scolarisée et encore peu diplômée, malgré une augmentation sensible depuis 1990. En 2008, la moitié des jeunes de 15-25 ans étaient scolarisés (60%). En 2007, 44% des 25-64 ans étaient diplômés de l'enseignement secondaire (71%). En 2011, la part de jeunes non-insérés atteignait 48% (22%).

Un fort taux d'illettrisme. Par ailleurs, 20% des Guyanais âgés de 16 à 65 ans étaient en situation d'illettrisme (difficultés de lecture, de compréhension d'un texte simple ou d'écriture) en 2009, et plus d'un quart des jeunes (26%) ayant participé à la Journée défense et citoyenneté en 2013 présentaient de graves difficultés de lecture (4%).

Les indicateurs de précarité sont particulièrement élevés en Guyane. La part de la population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) y est, comme dans les autres DOM, bien plus élevée (26% vs 7%), celle couverte par la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C) atteint 29% (30% dans les DOM, 7% en métropole). Le revenu net moyen par foyer fiscal y est très inférieur (17 500 euros vs 25 000 euros) et, en 2006, plus de 36% des Guyanais vivaient sous le seuil de bas revenus (13%). A l'instar des autres DOM, la Guyane comporte une forte proportion de familles monoparentales (20% vs 8%), plus souvent touchées par les difficultés sociales et économiques. Elle comporte également une part conséquente de personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (20% des recettes hospitalières).

Près d'un quart des logements en Guyane sont insalubre et/ou illicites. L'INSEE estime à 81 392 le nombre total de logements en Guyane en 2014. Selon l'IEDOM¹⁴, le nombre de logements insalubres et illicites serait de l'ordre de 19 000. Par ailleurs, le nombre de demandes de logements sociaux non satisfaites serait de 13 000 et le pourcentage de la population éligible à ce type d'habitat de 80 % de la population guyanaise¹⁵.

La qualité bactériologique de l'eau distribuée est très satisfaisante¹⁶ avec plus de 99% de la population desservie buvant une eau de très bonne qualité. Le progrès est notable si on se réfère au bilan réalisé en 1999, sur les années 1994 à 1998, où seulement 79% de la population desservie avait une eau de très bonne qualité. Cependant, au moins 20% de la population n'a pas accès à l'eau potable en Guyane.

Une grande partie de la population guyanaise n'a pas accès à l'eau potable. En Guyane, on estime que plus de 46000 personnes ne bénéficient pas d'un accès direct à un service d'eau potable¹⁷. Les populations concernées sont celles qui sont réparties entre les sites isolés des communes de l'intérieur. En zone urbaine, les résidents des quartiers « d'habitat spontané » n'ont pas toujours accès à des bornes fontaines.

Une région dont les indicateurs de santé sont plus dégradés qu'en moyenne nationale et qui s'améliorent plus lentement que pour le reste de la France

Le poids de la mortalité prématurée évitable

Les taux de mortalité révèlent également une mortalité prématurée plus élevée en Guyane que sur l'ensemble du territoire français et même que dans les trois autres DOM : alors que sur le territoire,

¹⁴ L'Institut d'Emission des Départements d'Outre-Mer

¹⁵ DEAL. Plan Logement Outremer. Déclinaison en Guyane. 2015.

¹⁶ ARS Guyane. Bilan qualité des eaux destinées à la consommation humaine. 2013-2015. 2016

¹⁷ Office de l'eau de la Guyane.

la mortalité est entre 2,5 et 3 fois moins élevée que sur l'ensemble du territoire français, la mortalité des moins de 65 ans, est quant à elle près de 30% plus élevée en Guyane que sur l'ensemble du territoire national. Dans une moindre mesure, les mêmes constats sont observés entre la Guyane et les 3 autres DOM. Plus de 50% des décès survenus en Guyane sur la période 2011-2013 sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les causes externes de blessures ou d'empoisonnement. Ces causes ne diffèrent pas fondamentalement de celles observées dans l'Hexagone. Mais les similitudes s'arrêtent là :

- **Les causes externes de blessures et d'empoisonnement représentent tous sexes et tous âges confondus plus de 2 fois plus de décès en Guyane que dans l'Hexagone** (14,8% vs 6,7%) ;
- **Les tumeurs représentent en Guyane une part beaucoup plus faible des décès que dans l'Hexagone** (18,3% vs 29,1%), chez les femmes (19% vs 24,9) comme chez les hommes (17,8% vs 33,3%). Cette différence est encore plus flagrante chez les moins de 65 ans (14,9% vs 41,3%), chez les femmes (19,5% vs 48,6%) comme chez les hommes (12,7% vs 37,8%) ;
- **Les décès pour maladies de l'appareil circulatoire surviennent beaucoup plus tôt** expliquant ainsi une surmortalité prématurée en Guyane comparativement à la métropole.

Enfin, on note :

- **une surmortalité infantile élevée** comparativement à la Métropole (taux de mortalité infantile sur la période 2009-2011 : 10,1 pour 1 000 naissances vivantes en Guyane contre 3,6 en Métropole) dont une part importante de ces décès survenus dans la période néonatale précoce ;
- **une surmortalité liée au VIH/SIDA** comparativement à la Métropole (âge de mortalité lié au VIH/SIDA : 11,2 pour 100 000 habitants sur la période 2011-2013 en Guyane contre 0,6 dans l'Hexagone sur la même période).

Les suicides : une cause de mortalité moins fréquente que dans l'Hexagone, spécifique des populations amérindiennes...mais pas uniquement. Entre 2008 et 2012, 92 décès sont survenus par suicide en Guyane. On compte chaque année entre 15 et 20 décès par suicide sur ce territoire, les hommes étant plus touchés que les femmes. Sur la période 2008-2012, la plus grande partie des personnes décédées par suicide avaient entre 25 et 35 ans (28%). 25% avaient entre 15 et 24 ans et 16% entre 35 et 44 ans. Comparativement aux autres départements de France, la Guyane semble être moins touchée par les décès par suicide, tant chez les hommes que chez les femmes. Ces taux bas masquent de fortes disparités infrarégionales.

Un taux suicides entre 8 et 10 fois plus élevé chez les amérindiens¹⁸. Depuis le début des années 2000, la Guyane connaît une série dramatique de suicides parmi les jeunes et même très jeunes Amérindiens. Ces jeunes sont issus des 6 peuples autochtones qui vivent sur ce territoire, pour certains depuis le III^e siècle de notre ère au moins, et qui rassemblent autour de 10 000 personnes. Même si les statistiques ethniques sont interdites dans notre pays, les autorités sanitaires, alertées par des témoignages d'habitants et d'élus, procédant par inventaires et recoupements, confirment que le taux de suicide des jeunes semble 8 à 10 fois supérieur chez les populations de l'intérieur à ce qu'il peut être en moyenne en Guyane et en métropole. La plupart des « suicides aboutis » et des tentatives de suicide concernent les trois peuples qui vivent sur le haut des grands fleuves, au Sud de la Guyane. Il s'agit des Wayampis qui vivent sur le Haut Oyapock, des

¹⁸ Alice ARCHIMBAUD. Marie Anne CHAPDELAIN. Suicide des jeunes amérindiens en Guyane française : 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être. Rapport au premier ministre 30 novembre 2015

Wayanas qui vivent sur le Haut Maroni, des Tékos présents sur les rives des deux fleuves. Les peuples amérindiens côtiers (Kali'ña, Palikur et Arawack) sont également concernés, mais à moindre échelle.

Les autorités préfectorales et sanitaires de la région ne sont pas demeurées inertes. Un « plan suicide » a même été mis en place en 2011, avec des résultats si peu probants que le phénomène perdure, voire même à certains endroits s'amplifie, avec une suite de résurgences ou d'accalmies. Une telle situation n'a pas manqué d'alerter la vigilance des autorités sanitaires et publiques en général.

C'est pourquoi, par décret¹⁹, le Premier Ministre a nommé deux parlementaires, Mme Aline Archimbaud sénatrice de la Seine Saint-Denis et Mme Marie-Anne Chapdelaine, députée d'Ille-et-Vilaine, parlementaires en mission auprès de la Ministre des Outre-mer.

Dans leur rapport, elles indiquent que les causes d'une recrudescence de suicides sont multifactorielles. Il peut s'agir de raisons très diverses : isolement géographique, désœuvrement et absence de perspectives, raisons économiques et sociales, causes sanitaires, intrafamiliales, identitaires et culturelles. Le rapport les examine aussi minutieusement que possible, en essayant non seulement de les identifier mais aussi de faire le point sur ce qui avait été tenté par les services publics ou les populations elles-mêmes pour enrayer cet effrayant engrenage. Par suite, le rapport s'attache à faire 37 propositions concrètes pour remédier à cette situation dont 16 propositions jugées prioritaires par les deux parlementaires.

Espérance de vie « basse ». La mortalité prématurée explique l'écart persistant d'espérance de vie à la naissance observé entre la Guyane et l'ensemble du territoire français : sur les 15 dernières années, on observe un écart de 2 ans entre l'espérance de vie guyanaise et l'espérance de vie française.

Des évolutions malgré tout encourageantes. Les indicateurs de mortalité révèlent certes un retard par rapport à la métropole mais montrent également des évolutions encourageantes et constantes observées à travers ces mêmes indicateurs. A titre d'exemples, on note :

- que **l'espérance de vie croît de façon constante sur les 15 dernières années** : les filles nées en 2014 peuvent ainsi espérer vivre 3 ans de plus que les filles nées en 2000 et les garçons nés en 2014, 4 ans et demi de plus que ceux nés en 2000 ;
- que **la mortalité infantile et la mortalité néonatale baissent continuellement sur les 7 dernières années** (-4 points pour la mortalité infantile et -3 points pour la mortalité néonatale sur la période 2007-2014) ;
- que **la mortalité liée au VIH/SIDA est en baisse constante** (-15 points entre 2002-2004 et 2011-2013 pour le taux de mortalité standardisé sur l'âge lié au VIH/SIDA ; en 2003, près de 40 personnes décédaient à cause du VIH/SIDA en Guyane, une décennie plus tard, ils ne sont plus que 15) ;
- que **la mortalité liée aux causes externes de blessures et d'empoisonnement baisse sur la dernière décennie** : - 22 points concernant le taux de mortalité standardisé sur l'âge liée aux causes externes ; au début des années 2000, on comptait en moyenne 130 décès par an pour causes externes, dix ans plus tard, ce sont près de 20 personnes de moins qui décèdent de causes externes.

Une population touchée par les maladies chroniques plus tôt que dans l'Hexagone

Le nombre de diabétiques en Guyane a doublé en dix ans. En 2014, plus de 7 500 personnes sont traitées pour diabète en Guyane. La population de diabétiques traités a plus que doublé en 10 ans. Selon les projections les plus alarmistes, cet effectif devrait encore doubler d'ici 2030. A cela

¹⁹ En date du 30 mai 2015 pris en application des articles LO 144 et LO 297 du code électoral

s'ajoute-le fait que les personnes ne sont pas toujours dépistées, ou que les traitements ne sont pas toujours bien observés. Les hospitalisations pour complications liées au diabète (évitables lorsque les patients sont dépistés, suivis selon les recommandations de l'HAS et traités) sont très élevées en Guyane, la situation étant d'autant plus alarmante que ces complications surviennent dans la majorité des cas chez des personnes encore en âge d'activité (moins de 65 ans).

La précocité des décès ainsi que les chiffres d'hospitalisation pour maladie cardiovasculaire attestent, de façon indirecte, d'une lacune dans la prise en charge de ces pathologies. La population des hypertendus en Guyane progresse, de 9 080 en 2005 à 11 652 en 2008 (+28% en quatre ans), soit + 8,7% par an en moyenne (France métropolitaine : + 3,4% par an entre 2000 et 2006). Deux facteurs expliquent cette augmentation. Le facteur épidémiologique est dû à la forte prévalence du diabète et de l'obésité en Guyane. Ce sont des pathologies fréquemment associées à l'hypertension artérielle (HTA). L'amélioration de la prise en charge rend plus faible la part de l'HTA non diagnostiquée en France métropolitaine, et on peut supposer qu'il en est de même pour la Guyane. En 2008, la proportion des femmes est plus importante que celle des hommes (64%). Les hypertendus guyanais sont beaucoup plus jeunes que les patients traités dans l'hexagone : respectivement 58,1 ans (en 2008) et 66,6 ans (en 2006).²⁰. Les CDPS rapportent quant à eux le suivi de plus de 880 patients.

L'obésité, classiquement intriquée comme un risque majeur d'apparition du diabète et de l'hypertension, est très fréquente en Guyane : selon l'enquête PODIUM réalisée en 2008, le surpoids représenterait plus de 13% chez les enfants (moins de 14 ans) et plus de 30% chez les adultes, et l'obésité plus de 5% chez les enfants et près de 18% chez les adultes. Selon ces chiffres, plus de 4 000 enfants seraient touchés par l'obésité en Guyane, et plus de 25 500 adultes.

L'Insuffisance Rénale Chronique Terminale concerne des patients jeunes, et représente la première cause d'hospitalisation en Guyane

En 2013, le registre Rein comptait 227 patients souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale. Comme pour les autres pathologies, l'apparition de l'IRCT survient à un âge plus précoce que dans l'Hexagone (54 ans vs 67 ans). Selon l'ATIRG, le territoire de Saint-Laurent-du-Maroni semble être celui où l'apparition de cette pathologie survient à l'âge le plus précoce.

La dialyse représente la première cause d'hospitalisation en Guyane. Plus de 17 000 séjours/séances de dialyse étaient réalisés en Guyane en 2013. Cela devrait représenter plus de 20 000 séjours/séances en 2020 et plus de 26 000 en 2030 si le recours reste constant dans les années à venir.

L'incidence globale du cancer, moins fréquente que dans l'Hexagone, ne doit pas faire oublier la forte incidence du cancer du col de l'utérus

Les tumeurs malignes sont moins fréquentes que dans l'Hexagone : tous types de tumeurs malignes confondues, l'incidence d'ALD pour tumeur en Guyane est plus de 3 fois inférieure que celle observée dans l'Hexagone. Le sous-enregistrement de cette pathologie en Affection de longue durée et la structure d'âge de la population, peuvent expliquer ces faibles taux d'incidence et de recours par rapport au niveau national. Ces éléments ne doivent pas faire oublier la surreprésentation de l'incidence du cancer du col de l'utérus chez les femmes Guyanaises (pointée du doigt par le registre du cancer dès 2011) comparée à celle observée en métropole (18% des cancers incidents contre 2%).

²⁰ CONAN (C.), GIROT (J.-Y.). L'hypertension : un coût de plus en plus élevé en Guyane [en ligne]. In INSEE, *Antiane* n°71, Juin 2009, p. 44-45 ; in LOUPEC R. M. L'hypertension en Guyane. ORSG. Focus Information. 17 octobre 2013. P.10

Le grand défi de l'amélioration de la santé périnatale

La prématurité concerne 1 naissance sur 10. En Guyane, en 2013, 9,9% des enfants sont nés prématurément, contre 6,3% au niveau national. La Guyane est le département de France où la proportion d'enfants prématurés est la plus élevée. Ces enfants prématurés se répartissent en 2,3% d'enfants très grands prématurés, 1,2% d'enfants grands prématurés et 6,4% d'enfants prématurés. Ce phénomène est observé sur toutes les communes de Guyane, avec des proportions encore plus élevées dans l'ouest du département.

La situation est d'autant plus inquiétante que **le taux de prématurité est en augmentation sur les 10 dernières années** : la part d'enfants nés entre 33 et 36 semaines d'aménorrhée a augmenté de 2 points, la grande et la très grande prématurité baissent mais en proportion plus faible. On peut supposer que ces taux de prématurité élevés expliquent une part importante des décès infantiles, dont la moitié survient pendant la 1ère semaine de vie de l'enfant.

En lien avec cette proportion élevée d'enfants nés prématurément, 6,7% d'enfants naissent avec un poids inférieur à 2 500 g, cette proportion étant plus élevée que celle observée au niveau national (6,1%) mais de façon moins importante que pour la prématurité.

Les grossesses précoces, le suivi insuffisant des grossesses et la fréquence élevée des pathologies pendant la grossesse : les principaux éléments d'explication

- les grossesses précoces (moins de 18 ans) représentent 6,1% des issues de grossesse ;
- un suivi déficitaire des grossesses : 1 femme enceinte sur 4 n'avait pas fait sa 1ère consultation de grossesse durant le 1er trimestre en 2013 ; plus de 16% des femmes ayant accouché en 2013 n'avaient pas fait 3 échographies alors qu'elles étaient moins de 3% au niveau national ;
- une proportion élevée de pathologies pendant la grossesse : 2,5% des femmes ayant accouché en 2013 ont fait une pré-éclampsie ou encore 3,5% présentaient une HTA, ces taux étant parmi les plus élevés sur l'ensemble des départements français.

Aucune étude sur la population en Guyane pour permettre d'identifier le poids de chacun de ces éléments, ni la façon dont ils interagissent les uns avec les autres, ni même si d'autres facteurs devaient incriminés n'a cependant été réalisée à ce jour. L'enquête nationale périnatale, dont un échantillon représentatif a été collecté en Guyane, réalisée par l'INSERM récemment permettra d'apporter des éléments de réponse plus précis sur les déterminants de la prématurité en Guyane.

Des évolutions favorables méritent cependant d'être soulignées. Malgré ces indicateurs de la naissance défavorables, l'évolution de certains indicateurs, résultant des efforts réalisés notamment par l'ensemble des acteurs de la santé pour mieux entourer la femme enceinte, la naissance et le nouveau-né, est positive :

- **la part des grossesses précoces diminue** : alors qu'elle stagnait depuis 2004 à environ 14% de l'ensemble des naissances, elle est en diminution importante et régulière depuis 2010 ; ainsi les campagnes de prévention des risques sexuels et de la reproduction semblent donc porter peu à peu leurs fruits ;
- **le suivi des grossesses s'améliore** également : la part des femmes enceintes dont la première visite a eu lieu durant le premier trimestre a presque triplé entre 2006 et 2014 (27% vs 73%) ; la part des femmes enceintes ayant fait 3 échographies ou plus a augmenté de 16 points entre 2005 et 2014 (60% vs 76%). Les différentes campagnes de prévention menées auprès des femmes, mais aussi les récentes améliorations en matière d'ouvertures de droits, expliquent, au moins en partie, l'évolution favorable et visible du suivi des grossesses.

Un recours aux soins et à la prévention plus faible en Guyane ²¹

Les liens entre connaissances et accès aux soins. Selon l'étude ACCESS menée auprès des populations précaires de l'île de Cayenne, 44.3% des personnes ne savaient pas ce qu'est une mutuelle et 37.3% ne connaissaient pas la différence entre la CMU et l'AME. Pour autant, 84.4% des personnes interrogées savaient que les personnes couvertes par l'AME, la CMUc ou l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) devaient renouveler leurs droits chaque année. Les données montraient une utilisation du système de santé en dépit d'une mauvaise compréhension de ce dernier. La moitié des personnes pensaient que le test VIH était réalisé automatiquement à chaque prise de sang. Les demandes de test du VIH étaient plus nombreuses chez les patients les plus informés sur ce dépistage, sa réalisation et ses limites. A peine plus de la moitié des personnes déclaraient connaître l'utilité du numéro de téléphone du Centre 15. Il existait une association entre le score de connaissances de santé et le recours aux soins. Les connaissances en santé étaient un facteur associé à une couverture médicale et de soins réguliers de prévention (avoir un carnet de santé, des vaccins à jour, avoir déjà réalisé un bilan de santé, avoir eu des soins dentaires depuis moins de trois ans, avoir un médecin traitant et un suivi gynécologique régulier pour les femmes, hors grossesse). De meilleures connaissances en santé étaient également associées à une confiance dans le personnel médical et à un moindre renoncement aux soins. Il est tentant d'interpréter ces résultats comme reflétant les bénéfices des connaissances en matière de santé. On ne peut cependant éliminer le biais potentiel d'un plus grand intérêt pour sa santé aboutissant à de meilleures connaissances et à des recours plus réguliers.

Les priorités des soignants et celles des patients. Les priorités de santé publique visant les grandes causes de morbidité et de mortalité prématurée ne sont pas forcément au premier rang des préoccupations des populations qui y sont exposées. Ainsi, gagner sa vie, s'occuper de ses enfants sont souvent des priorités plus prégnantes pour les populations que des problèmes latents : condylomes et lésions précancéreuses du col, séropositivité pour le VIH, surpoids, intolérance aux hydrates de carbone, hypertension artérielle... autant de pathologies longtemps silencieuses qui sont ignorées ou négligées par des personnes qui sont souvent plus enclines à prendre le temps de consulter pour des problèmes aigus les empêchant de travailler ou de se déplacer. De plus, en Guyane la diversité des cultures et des représentations de la santé est susceptible d'introduire un décalage supplémentaire entre les priorités de santé publique et les demandes de la population.

Un taux de recours aux soins inférieur au national

Estimation du non-recours aux soins : « en 2014, 79 % (85 %) des Guyanais ont consulté, pour eux-mêmes, au moins une fois un médecin généraliste (71 % des hommes, 85 % des femmes), 43 % (56 %) ont vu au moins une fois un dentiste (36 % des hommes, 49 % des femmes), ces niveaux de consultations apparaissant les plus bas au sein des DOM. Une Guyanaise sur deux a consulté au moins une fois un gynécologue dans l'année, proportion comparable aux autres DOM et inférieure à la moyenne métropolitaine (57 %). Cet écart se révèle fortement lié à l'âge : les fréquences de consultations gynécologiques, comparables avant 45 ans (55 % vs 60 %), sont très inférieures en Guyane parmi les femmes plus âgées (37 % vs 54 %). Un quart des Guyanais (23 %) ont consulté au moins une fois un ophtalmologiste (27 % des femmes, 18 % des hommes), 12 % un kinésithérapeute (15 % des femmes, 9 % des hommes), 14 % un autre spécialiste (16 % des femmes, 13 % des hommes). Ces proportions se révèlent également bien inférieures à celles observées dans les autres territoires : la consultation d'un autre spécialiste est par exemple moitié moins fréquente que dans les autres DOM (27 %). »²²

²¹ Pr. Mathieu Nacher. op.cit. 2017.

²² INPES. Op.cit. 2014

Renoncement aux soins pour des raisons financières : en Guyane, au cours des 12 derniers mois, 30,9 % des personnes interrogées avaient renoncé pour des raisons financières, à au moins un des soins suivant : soins dentaires, optique, consultation chez un médecin, et autres soins. Les variables restant associées au renoncement pour motif financier après analyse multivariée étaient classiques : étaient plus susceptibles de renoncer, les femmes, les personnes qui déclaraient une moins bonne santé perçue, les personnes déclarant les situations financières les plus difficiles, et celles qui ne disposaient pas de complémentaire santé.

Motifs de renoncement aux soins non financiers : « concernant les raisons non financières de renoncement à des soins ou examens, 9 % des Guyanais ont renoncé en raison de l'éloignement du cabinet (7 %), et 23 % parce que le délai pour obtenir un rendez-vous était trop long (22 %), proportions du même ordre que celles observées en métropole. Les Guyanais se distinguent en revanche par une plus grande proportion de personnes ayant renoncé à des soins du fait de difficultés de transport pour s'y rendre : 12 % d'entre eux, contre 8 % dans les autres DOM et deux fois moins en métropole (6 %). Cette raison est par ailleurs plus souvent citée par les plus jeunes : 15 % des 15-30 ans (7 %), 12 % des 31-45 ans (5 %), 7 % parmi les plus âgés (6 %). »

Parmi ceux ayant déjà renoncé pour des raisons financières, 37,5% déclaraient avoir renoncé car les délais de rendez-vous étaient trop longs.

Lorsque l'on considérait les divers motifs renvoyant au temps (délai d'attente dans les salles d'attente, « pas de temps »,...), 24 % des personnes déclaraient avoir renoncé à des soins pour des motifs renvoyant au temps nécessaire pour aboutir à ses fins. Les facteurs indépendamment associés au renoncement aux soins pour des motifs renvoyant au temps, étaient le niveau de diplôme, la situation professionnelle et la perception de sa santé. Les résultats mettaient en évidence un profil particulier de personnes qui déclaraient renoncer aux soins pour des motifs renvoyant au temps ; il s'agissait des personnes qui étaient actives, ayant un niveau de diplôme égal ou supérieur à Bac+2, et ayant une bonne perception de leur santé.

Dépistage : En Guyane, les personnes interrogées déclaraient un moindre recours au dépistage de certains cancers par rapport à l'Hexagone, notamment du sein et du col de l'utérus, deux cancers dont il a été montré qu'il y avait un retard au dépistage et une perte de chance pour les femmes nées à l'étranger.

Le recours aux hospitalisations (MCO, SSR) est moins fréquent en Guyane qu'au niveau national.

Le recours à l'hospitalisation à domicile y est en revanche plus important. Cette caractéristique est notamment due à la géographie du territoire et aux difficultés de déplacement de la population, notamment dans les communes les plus reculées. Par ailleurs, les motifs d'hospitalisation diffèrent des autres territoires du fait :

- Du jeune l'âge de la population : ainsi on comptabilise davantage de séjours obstétricaux que sur d'autres territoires ;
- Des pathologies spécifiques à la Guyane (maladies infectieuses et parasitaires, etc.).

Par ailleurs, il existe un phénomène de « migrations pendulaires ». En effet, la localisation de la ville de Saint-Laurent-du-Maroni, à la frontière du Suriname, favorise l'existence de nombreux allers retours entre la Guyane et le Suriname limitrophe. L'étude « migrations et soins en Guyane » indique que « si migrations pour soin il y a, elles s'apparenteraient plus à des migrations ponctuelles qu'à des installations définitives. [...] Dans l'Ouest Guyanais, la perméabilité des frontières permet des déplacements au gré des besoins et les installations pour raison de santé sont faibles ». Toutefois, ces migrations ont un impact sur la demande et le recours aux soins, sans que celui-ci puisse être précisément quantifié.

Les principales causes d'hospitalisation. En dehors des séances (essentiellement des séances de dialyse), la principale cause d'hospitalisation en MCO concerne en 2012 les séjours pour complications de grossesse et accouchement (24%, soit près d'un quart des séjours). Hors séances et séjours pour obstétrique, les séjours qui représentent le principal motif de recours à l'hospitalisation MCO en Guyane sont les séjours pour maladies de l'appareil digestif. Par ailleurs, les séjours pour maladies de l'appareil circulatoire ont augmenté entre 2010 et 2012 (+1,2 points). Les autres causes d'hospitalisation sont restées relativement stables sur la période.

Des caractéristiques particulières qui exposent la région à des risques sanitaires, environnementaux, ainsi qu'à des situations sanitaires exceptionnelles

L'épidémiologie est marquée par la surreprésentation des maladies infectieuses et parasitaires

La Guyane doit régulièrement faire face à des épidémies liées aux arboviroses :

- **La dengue** : lors de la dernière épidémie en 2012-2013, 16 040 cas cliniquement évocateurs ont été recensés, 6 personnes sont décédées à cause de la dengue, et 689 cas ont nécessité une hospitalisation dont 83 dans un état grave ;
- **Le chikungunya** : la Guyane a été touchée pour la 1ère fois par une épidémie de chikungunya en 2014. Les premiers cas ont été détectés en février 2014. Au total, 16 010 cas cliniquement évocateurs ont été recensés, 484 cas ont été hospitalisés dont 15 présentant des symptômes sévères, et 2 décès mentionnant le virus comme cause principale ou secondaire ont été enregistrés ;
- **Le Zika** : on estime le nombre de cas cliniquement évocateurs à 8 970 sur l'ensemble du territoire depuis le début de l'épidémie ; 744 femmes enceintes ont eu un diagnostic biologique de zika (ce nombre étant probablement plus élevé) ; 4 cas de syndrome de Guillain-Barré positifs pour le Zika ont été répertoriés, ainsi qu'une autre forme neurologique sévère.

LE VIH/SIDA : une épidémie généralisée

Une épidémie encore active et qui devrait le rester. Avec un taux de prévalence moyen chez la femme enceinte supérieur à 1 % depuis plus de 10 ans, la situation épidémiologique correspond à la définition d'épidémie généralisée selon l'OMS ; elle est sans commune mesure avec celle des autres DOM et à fortiori de la métropole, y compris de l'île de France. L'activité de l'épidémie est hétérogène au plan géographique et populationnel. La prévalence maximale est observée sur le Maroni (pays amérindien mis à part, pour l'instant). A l'est, dans le bassin de l'Oyapock, le fait que la prévalence soit encore modeste chez les femmes enceintes ne doit pas rassurer : les récentes missions avancées d'infectiologies mettent en évidence une croissance de la file active avec des problématiques de prise en charges multiples et complexes : patients issus des camps d'orpaillage, mobilité de la population, difficultés d'accès aux droits, rareté des acteurs du champ médico-social du côté Guyanais, faiblesse et instabilité de l'offre de services de santé et médico-sociaux dédiés du côté Brésilien et politiques transfrontalières balbutiante... Une évolution explosive du type de celle qui a été observée à l'Ouest en pays bushinengue est donc à craindre. Au plan populationnel, l'épidémie est plus marquée dans des groupes « vulnérables » identifiés par les enquêtes du Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique Antilles-Guyane (CIC-EC) : travailleuses du sexe (TDS), consommateurs de crack, Homme ayant des relations Sexuelles avec des hommes (HSH), personnes incarcérées, migrants... et probablement d'autres groupes qui restent à explorer (par ex : orpailleurs).

Une épidémie aux moteurs identifiés mais complexes. Les séropositifs, appartenant ou pas aux groupes « clés », qui s'ignorent, ou ne sont pas rentrés dans les circuits de prise en charge, ou ont « disparu des radars » des services de prise en charge, jouent un rôle essentiel dans l'entretien de l'épidémie du fait que leur charge virale n'est pas tarie par la trithérapie. Cette « épidémie cachée », estimée entre 500 et 1 000 individus, pour une file active aux alentours de 2000 patients reflète notamment les insuffisances du dépistage (on dépiste beaucoup en Guyane mais pas partout et pas dans tous les groupes de la population) et les retards et interruptions de prise en charge résultant d'un faisceau de raisons intriquées : crainte du dévoilement de son statut lors du recours aux soins, obstacles administratifs à l'ouverture et renouvellement des droits ; difficultés d'observance liées à l'éloignement des services en communes isolées, à la précarité socio-économique et aux barrières linguistiques et culturelle faute de dispositif de médiation structurée dans le territoire. Une particularité de la Guyane est la réalimentation continue de l'« épidémie cachée » du fait d'un flux renouvelé de migrants originaires des pays hyper-endémiques (Haïti, Amapa, Surinam, Guyana) ; flux qui n'est pas prêt de ralentir du fait des crises économiques et/ou politiques affectant ces pays/régions. Des freins ont été identifiés à toutes les étapes de la prise en charge des PVVIH (dépistage, entrée dans le soin, mise sous traitement, maintien dans le soin avec prise en charge chronique de la pathologie en intégrant les comorbidités...). Chaque étape est susceptible d'engendrer des « perdus de vue », lesquels vont participer à la circulation du virus en population générale et dans des groupes « vulnérables ».

Cependant, ces chiffres ne doivent pas faire oublier que la prise en charge des PVVIH en Guyane s'améliore (+ 600 personnes suivies et traitées en 2 ans) témoignant ainsi d'une plus grande exhaustivité de la file active mais aussi d'une amélioration dans les bénéfices humains de la prise en charge (on meurt moins du sida aujourd'hui, même en Guyane). Enfin, malgré une activité de dépistage toujours soutenue et qui se développe (de l'ordre de 2 à 3 fois plus soutenue que dans l'Hexagone), on découvre de moins en moins de nouveaux cas de SIDA (alors qu'on découvrait 385 cas de VIH/SIDA en 2003, on en découvrait en 2013, 227, soit plus de 150 de moins par an).

L'incidence du VIH a régulièrement baissé depuis les années 2000. Le pourcentage d'infections non diagnostiquées a baissé à 15%, mais le nombre d'infections non diagnostiquées reste stable. Les objectifs 90-90-90 à l'horizon 2020 de l'ONUSIDA sont que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable, 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée. En 2015, la Guyane était à 85%-91%-91%, très près du but. Cependant, étant donnée la proportion de patients perdus de vue, le pourcentage de patients infectés par le VIH (diagnostiqués ou pas) dont la charge virale était supprimée représentait 52%, ce qui est encore loin de la cible. De plus, globalement, en observant le pourcentage de patients diagnostiqués, le pourcentage de traitements et le pourcentage de patients dont la charge virale est supprimée, la continuité des soins en Guyane est la même qu'en métropole.

Des tensions concernant l'offre de santé publique en raison de l'afflux massif de demandeurs d'asile Haïtiens.

La Guyane est confrontée depuis 2016 à un afflux massif de populations d'origine haïtienne recourant à la procédure de demande d'asile. Ce flux migratoire, suivi par l'ensemble des autorités de l'Etat et en premier lieu par la Préfecture, peut être caractérisé d'exceptionnel compte tenu du nombre important de demandeurs d'asile qui entrent sur le territoire chaque mois et des conséquences qu'il engendre sur la société civile Guyanaise. Outre les enjeux de sécurité, d'intégration, d'éducation et d'instruction liés à l'accueil même transitoire de cette population, les enjeux de santé publique sont importants.

En effet, selon les professionnels de santé interrogés et rencontrés, le profil des migrants sous-tend la survenue d'une tension progressive de l'offre de prise en charge dans les secteurs sanitaire,

ambulatoire voire médicosocial. Dans la mesure où l'offre globale de santé en Guyane, en dehors de toute situation exceptionnelle, est déjà caractérisée par une faible densité de professionnels et de nombreuses carences dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales, des tensions ont surgi dans plusieurs secteurs, notamment hôpitaux et centres de Prévention de la Croix Rouge Française concomitamment à l'installation même provisoire d'une population éloignée de l'offre de santé.

Le phénomène de tensions concerne essentiellement le pôle femme-enfant avec un quasi doublement des hospitalisations et consultations de ressortissantes d'origine haïtienne. Leur nombre a ainsi progressé de plus de 45 % entre 2015 et 2016 (alors que les chiffres étaient stables entre 2014 et 2015) passant de 511 à 940 hospitalisations. Concernant les consultations du pôle Femme-enfant, la tendance est encore plus marquée, la progression étant de + 60% au 1er juillet 2016 par rapport à la même période de 2015 (près de 6 000 consultations contre 3 800 en 2015). Cette croissance est d'autant plus inquiétante que cet établissement est confronté à une difficulté de recrutement de gynécologues et pédiatres qualifiés. Le service social (PASS), celui des urgences ainsi que le service de médecine font également le constat d'une sollicitation inhabituelle de ce public et qui ne cesse de progresser. Par ailleurs, des évolutions de file active ont également été rencontrées dans les deux autres établissements, à savoir le Centre Hospitalier de Saint Laurent du Maroni (CHOG) et le Centre Médico Chirurgical de Kourou (CMCK).

Une offre en santé guyanaise marquée par des zones de fragilité importantes

Une offre en dispositifs d'observation et de diffusion de connaissances en épidémiologie médicale et sociale qui doit être renforcée

Les données en épidémiologie médicale et sociale existent à l'échelle de la région, mais sont très parcellaires à l'échelle infrarégionale et quasiment inexistantes pour les territoires isolés. De plus lorsque des données sont produites : lors d'études, diagnostics et travaux universitaires, elles sont trop peu présentées et diffusées auprès des acteurs.

Une offre en prévention qui a besoin d'être consolidée et développée pour répondre aux besoins des guyanais

Une offre en prévention diversifiée, liée à l'historique de certaines pathologies, mais insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités et à la mobilisation potentielle des acteurs.

Il existe en Guyane des dispositifs de prévention individuelle denses mais mal répartis sur le territoire et dans certains cas insuffisamment coordonnés avec le reste du système de soins et des programmes de prévention collective et communautaires diversifiés mais dont l'amplitude des moyens ne répond pas encore aux besoins créés par les inégalités territoriales de santé et aux capacités des nombreux acteurs locaux.

Il existe également des établissements de prise en charge médico-psychosociale en direction des personnes présentant des conduites addictives ainsi que des personnes précaires atteintes de pathologies chroniques et invalidantes dont l'offre est à renforcer sur l'ensemble du territoire guyanais.

LA PREVENTION INDIVIDUELLE

En matière de **lutte contre la tuberculose**, il existe une offre de dépistage portée par la Croix Rouge Française, dont l'enjeu est essentiellement l'adaptation des stratégies de dépistage à l'évolution de l'épidémie.

Il semble que le **retard au dépistage des cancers** soit bien réel en Guyane, impliquant par conséquent des prises en charge lourdes, souvent réalisées hors de la région : 42% des séjours pour chimiothérapie de cancer entre 2008 et 2010 ont été réalisés aux Antilles ou en métropole ; la proportion de fuite pour les séjours de chirurgie du cancer du sein est encore plus élevée (71%). Les taux très faibles de participation aux campagnes de dépistage organisé attestent également de réelles difficultés liées au dépistage du cancer en Guyane.

Des couvertures vaccinales laissant à désirer : les couvertures vaccinales sont dans l'ensemble en deçà du niveau garantissant une « immunité communautaire », permettant d'éviter l'éclosion et la diffusion d'épidémies et de maladies évitables par la vaccination. Elles sont par ailleurs variables d'une commune à l'autre et fluctuent d'une période à l'autre. Une des principales barrières en matière d'offre est liée à la géographie de la Guyane : dispersion de la population, insuffisance des voies et moyens de transport, fragmentation de l'offre de services entre diverses institutions (PMI, CDPS, Centres de prévention de la CRF, médecins libéraux). L'opportunité de rattrapage représentée par le contrôle du calendrier de vaccination effectué par les services de santé scolaire est insuffisamment exploitée. Aux obstacles géographiques s'ajoute une barrière économique pour certains vaccins présents dans le calendrier vaccinal, tels le pneumocoque et le papillomavirus humain. En effet, une proportion non négligeable de la population en situation de précarité ne bénéficie pas d'une couverture de santé complète, et le reste à charge des vaccins est prohibitif.

Un certain nombre de circonstances font que l'année 2017 est, du point de vue du financement de la vaccination et donc de la prévention des maladies cibles, une année à haut risque. En effet le transfert du Conseil Général à la collectivité territoriale de Guyane (CTG) des compétences relatives à la Protection maternelle et infantile a induit une aggravation du sous financement des vaccins infantiles par rapport à 2016; le manque de médecin dans les PMI a entraîné la substitution de ces dernières par les CDPS pour la vaccination des moins de 6 ans, alors que la mission des CDPS est la vaccination des plus de 6 ans et que leur financement par Mig de l'ARS est calibré pour cela. Or la fourniture des vaccins infantiles – dont les CDPS ne disposent pas - par la PMI, n'est pas satisfaisante ; un arrivage massif de migrants augmente d'autant les besoins de rattrapage vaccinaux par les CPS et les CDPS.

La prévention, le dépistage et la prise en charge du VIH, des Hépatites, des Infections sexuellement transmissibles ont bénéficié en Guyane d'un plan d'action spécifique au cours du PRS1. Cette situation est aujourd'hui confrontée à l'exigence d'une évolution multiple : évolution des concepts par l'intégration de la dimension de santé sexuelle et des méthodes telle que l'émergence de la prévention diversifiée et de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), à fort enjeu en Guyane et la diversification des pratiques de dépistages. Le mouvement d'adaptation des implantations de structures à la dynamique de l'épidémie, engagé à l'occasion de la réforme des centres gratuits d'information et de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), doit se poursuivre.

Enfin, **les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)**, sont encore marqués par une très forte concentration hospitalière que l'ARS cherche à redéployer au plus près des populations et des territoires, au sein de structures sanitaires de ville, et dont l'exercice nécessite un profond processus de changement parmi l'ensemble des acteurs de santé et d'accompagnement social.

LA PREVENTION COLLECTIVE

La Guyane est marquée par le faible nombre des acteurs dans le champ de la prévention collective et un fort turn-over des équipes. Les collectivités locales sont engagées, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé, au-delà de leurs compétences obligatoires. Les associations existantes sont actives, qu'il s'agisse d'associations spécialisées citoyennes, ou de proximité.

L'efficacité de cette mobilisation est cependant obérée par deux phénomènes : d'une part, une répartition irrégulière sur le territoire régional, qui conduit à des inégalités de couverture en

promotion de la santé, parfois à des zones blanches. Et d'autre part, une fragilité des moyens mis en œuvre.

Deux points d'attention doivent être notés : d'une part, la nécessité de coupler l'adossé des programmes et actions aux référentiels existants de santé publique (par exemple dans le champ de la santé mentale ou de la santé des jeunes), avec l'expression des besoins des territoires. D'autre part, l'intrication de plus en plus forte entre prévention collective, prévention individuelle, et prise en charge (accès aux soins et parcours de santé). Cette intrication est particulièrement importante dans les champs de la périnatalité, de la santé mentale, de la prise en charge du VIH. Elle est également décisive, dans le contexte guyanais, pour les publics en situation de grande précarité concernés par le PRAPS.

Une offre ambulatoire très fragile avec de fortes disparités territoriales qui pourraient s'amplifier au regard des projections démographiques

La densité régionale en médecins généralistes tous modes d'exercice confondus est la plus faible de France. Par ailleurs, la démographie médicale et l'installation de nouveaux médecins constituent un enjeu pour le territoire dans la mesure où près d'un tiers des généralistes ont aujourd'hui plus de 60 ans. Ainsi, sans nouvelle installation, la démographie actuelle serait encore réduite. Au 1^{er} janvier 2016, le nombre de médecins généralistes recensés est de 322 (+58%/2007). La densité médicale est deux fois inférieure à celle de la métropole, malgré l'accord dérogatoire de 2005 qui autorise l'exercice de médecins à diplôme non européen (en 2011, la densité de médecin était de 200 médecins pour 100 000 habitants contre 308 en métropole). Cette carence actuelle en médecins pourrait s'aggraver dans les années à venir, dans la mesure où un tiers d'entre eux (dont près de la moitié des spécialistes) a plus de 60 ans et où leur renouvellement n'est pas intégralement assuré. Avec la croissance démographique, la densité médicale pourrait baisser de 11 % d'ici 2030 malgré le doublement du nombre de médecins prévu.

La répartition des médecins libéraux sur le territoire est inégale : elle est davantage concentrée dans la zone littorale, en particulier à l'Est du territoire, dans les zones d'emploi de Kourou et Cayenne, aux dépens de la Zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (12 médecins spécialistes pour 100 000 habitants contre 78 à Cayenne) et des communes guyanaises plus isolées. Cette situation a poussé l'ARS, en partenariat avec les Collectivités territoriales, la CGSS, l'URPS et les établissements de santé à mettre en place un plan d'actions en faveur des professionnels de santé dont les orientations principales sont de dynamiser la politique d'accueil et d'attractivité des professionnels de santé en Guyane.

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire ne correspond pas à la dynamique démographique et donc aux besoins de la population : la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni dispose d'une densité en professionnels de santé bien inférieure à la moyenne guyanaise alors que c'est elle qui connaît le boom démographique le plus important

Concernant la densité des médecins spécialistes, tous modes d'exercice confondus, est encore plus faible, elle est plus de deux fois inférieure à la densité de la métropole. Là aussi les inégalités territoriales sont fortes et suivent un mouvement de polarisation : Cayenne dispose d'une densité en médecins spécialistes supérieure au reste de la Guyane.

Ces inégalités de densité médicale sont d'autant plus problématiques que, de façon générale, elles se traduisent ainsi : plus l'état de santé d'un territoire est fragilisé par ses caractéristiques socio-économiques populationnelles, plus faible est la densité.

Les densités de professionnels paramédicaux sont bien moindres en Guyane par rapport à d'autres territoires de comparaison, hormis pour les sages-femmes. Ce constat est dû au fort taux de natalité et à la relative jeunesse de la population, par rapport à d'autres territoires.

Une offre hospitalière guyanaise en cours de développement et de transformation

Le CHAR²³ est le principal établissement hospitalier de la Guyane, mais ne couvre pas l'ensemble des besoins hospitaliers du territoire. Les trois autres structures hospitalières ne comportent pas de lits de soins critiques. Ainsi des évacuations sanitaires sont faites régulièrement, en urgence ou en programmé vers les Antilles (principalement la Martinique) et la métropole. Ses équipes médicales sont hétérogènes, d'autant plus que la Guyane bénéficie, contrairement aux Antilles d'une ordonnance de 2005 permettant l'exercice de la médecine à des diplômés hors Union européenne.

Le CHOG et le CHAR doivent faire face à un isolement géographique par rapport aux Antilles et à la métropole. L'état fédéré brésilien, l'Amapa est l'un des plus pauvres du pays et la capitale régionale (Macapa) à plus de 600 km par la route de Cayenne ; la capitale du Suriname est plus proche, à 140 km de Saint-Laurent-du-Maroni. Les deux villes possèdent une université et un hôpital universitaire.

La consommation en MCO. Trois pôles d'attraction regroupent globalement les séjours consommés sur l'ensemble de la Guyane :

- Cayenne : attractivité sur le sud et de l'est de la Guyane
- Saint-Laurent-du-Maroni : attractivité sur l'ouest du département
- Kourou : attractivité sur le nord du département

La consommation du territoire a augmenté significativement, avec globalement peu de fuites. En 2015 plus de 16 000 séjours ont été consommés en Médecine, plus de 9 000 en chirurgie et plus de 11 000 en obstétrique. La majorité des soins est réalisée dans les 4 établissements guyanais : CHAR, CHOG, CMCK et clinique Véronique.

Les séjours en MCO sont réalisés globalement dans le public. Avec 17 000 séjours, le CHAR, est le premier établissement où les guyanais vont se soigner. Plus de 3 000 séjours sont réalisés en dehors de Guyane.

L'obstétrique est le domaine d'activité le plus consommé avec 11 000 séjours. Hors obstétrique, le digestif (6 000 séjours) et l'orthopédie (3 000 séjours) sont les plus demandés.

Excepté les maladies infectieuses et l'hématologie, la consommation de soins a augmenté sur l'ensemble des domaines d'activité entre 2014 et 2015.

Seul le domaine des cathétérismes vasculaires a un taux de fuites important : +39%.

Offre de soins du territoire

Les structures de soins sont concentrées au nord du département, dans les communes les plus peuplées et en particulier sur Cayenne et alentours.

La Guyane possède un nombre de lits et places en chirurgie pour 100 000 habitants légèrement en dessous de celui de la France métropolitaine (383 vs 408 en lits hospitaliers).

Le CHOG et le CHAR font tous les deux l'objet de restructurations importantes, depuis quelques années et qui sont encore en cours.

Le CHAR a fait l'objet d'importants travaux d'extension qui se sont achevés en 2012 afin d'augmenter la capacité de la structure de 81 lits et lui permettre d'accueillir un service de chirurgie pédiatrique, un hôpital de jour de gynécologie, une nouvelle cuisine et une nouvelle pharmacie, dans des locaux neufs (l'ouverture d'un nouveau pôle femmes-enfants a eu lieu fin 2013). En 2016, le CHAR a été mis en administration provisoire (de mai à novembre) ce qui a permis de renouer le

²³ Rapport universitarisation B. Roerich

dialogue en interne entre les soignants, les médecins et l'administration, et de faire émerger le plan d'investissement à court terme. Le bilan de l'administration provisoire s'articule autour :

- d'un plan d'urgence tel qu'annoncé par le CHAR verra se réaliser dès la fin de l'année 2016 pendant un an de travaux les nécessaires réhabilitations et restructurations qui permettront de sécuriser, humaniser et améliorer l'offre de santé existante à court terme ;
- d'aides exceptionnelles versées par le Ministère de la Santé (15 millions d'euros en 2016) ont permis au CHAR de retrouver une trésorerie mobilisable, indispensable pour payer à nouveau les fournisseurs et sécuriser les processus de renouvellement des équipements
- d'un dossier majeur d'investissement devant être présenté et validé devant le Comité Interministériel de la Performance et de la Modernisation (COPERMO), qui autorise les investissements et accorde le cas échéant une aide financière qui fera l'objet d'une instruction en 2017.



Le CHOG a quant à lui fait l'objet d'un vaste projet de reconstruction qui devrait faire passer ses capacités d'accueil d'environ +65% dans le cadre d'un projet ambitieux dont l'achèvement est prévu pour 2018. Ce projet doit notamment pouvoir répondre aux besoins et au développement croissant de la population dans les prochaines années. Il prévoit la mise en place d'un véritable pôle de santé publique pour tout l'Ouest Guyanais, comprenant des équipements technologiques adaptés. Le coût total du projet s'élève à plus de 110 millions d'euros et le projet porte en particulier sur une augmentation de capacités en chirurgie, pédiatrie, médecine, néonatalogie, gynécologie.

La répartition des autorisations d'activité et d'équipements a évolué, en lien avec les orientations nationales, dans un objectif de renforcement de la qualité des prises en charge.

L'offre en médecine et chirurgie est restreinte. Au 31 décembre 2012, **le taux d'équipement en lits et place pour la médecine et la chirurgie est près de 2 fois moins élevé en Guyane que dans l'Hexagone** : en médecine il est de 1,8 pour 1 000 habitants contre 2,3 en France métropolitaine, en chirurgie il est de 0,7 pour 1 000 contre 1,5 en Métropole (SAE 2012). Ce taux diminue au rythme de l'accroissement de la population : entre 1990 et 2011 les capacités d'accueil hospitalières pour des courts séjours ont progressé de 31 % alors que sur la même période la population a doublé. La situation est particulièrement préoccupante pour la chirurgie, dont le taux d'équipement a baissé de 2 points entre 2007 et 2012. Cette tendance à la diminution des capacités dans le secteur de la

chirurgie, même si elle suit celle observée également en métropole, et même si elle s'explique en partie par le développement de la chirurgie ambulatoire, risque d'aggraver encore l'écart entre les besoins de la population en matière de prise en charge chirurgicale et l'offre qui lui est proposée en Guyane.

Par ailleurs, **les hôpitaux guyanais garantissent un accueil médico-chirurgical général, mais l'offre de service spécialisé n'est pas exhaustive. Cela conduit à un recours important à l'évacuation sanitaire urgente ou programmée vers des hôpitaux métropolitains ou antillais.** Chaque année, les hospitalisations en dehors de la région représentent près de 10% de l'ensemble des séjours de patients guyanais réalisés en MCO. La répartition des séjours hors Guyane est de 11% aux Antilles, 62% en Île-de-France, 27% autres régions métropolitaines.

L'offre en gynécologie obstétrique est quant à elle 2 à 3 fois plus élevée en Guyane que dans l'Hexagone et continue à se développer. La réponse aux besoins liés à la forte natalité de la Guyane est présente, même si l'augmentation des naissances (près de 100 de plus chaque année) représente une augmentation non négligeable sur la charge de travail des professionnels de santé des deux principales maternités du Centre Hospitalier de Cayenne et du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais. Par ailleurs, en termes d'activité, la gynécologie et l'obstétrique, représente, après les séances pour dialyse, la seconde cause d'hospitalisation en Guyane. Le taux de recours en gynécologie obstétrique en Guyane représente plus de 2,5 fois celui observé en France métropolitaine.

Les efforts pour développer l'offre de SSR en Guyane sont considérables depuis bientôt une décennie mais ne suffisent pas encore à couvrir l'ensemble des besoins. Les capacités hospitalières en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ont plus que triplé sur la dernière décennie, passant de 0,2 lits et places pour 1 000 habitants en 2005 à 0,7 en 2015. Cette augmentation ne permet cependant pas de rattraper l'écart existant entre la Guyane et la France métropolitaine en matière d'équipement pour le SSR. Par ailleurs, l'augmentation de ces capacités n'empêche pas la population guyanaise de fuir la Guyane pour ses hospitalisations en SSR : on estime ainsi en 2012 à plus de 50% les hospitalisations en SSR de patients guyanais réalisées ailleurs qu'en Guyane. Capacités demeurant encore trop faibles au regard des besoins de la population, sous-utilisation des établissements SSR de la région sont des réalités, certes contradictoires, qu'il faudra continuer à combattre pour couvrir d'avantage les besoins de la population, notamment dans un contexte où les maladies de l'appareil circulatoire et les causes externes constituent une part non négligeable de la mortalité et des hospitalisations en Guyane, mais aussi dans un contexte où le nombre de personnes âgées augmentera considérablement dans les années à venir (les projections de l'Insee indiquent un triplement du nombre de personnes de plus de 65 ans entre 2010 et 2030).

Les efforts de développement de l'offre en psychiatrie ont permis de réduire les écarts avec la métropole, mais doivent être poursuivis. Les capacités en psychiatrie générale (incluant l'hospitalisation complète, partielle et l'accueil familial thérapeutique) se sont accrues de près de 20% sur les 5 dernières années, passant ainsi de 94 lits et places en 2010 à 112 en 2015. Ce développement a ainsi permis de réduire l'écart de taux d'équipement avec la métropole de 3 points entre 2010 et 2015, même s'il reste encore 2 fois plus faible que dans l'Hexagone.

L'évolution de l'offre en psychiatrie infanto-juvénile est encore plus importante : les capacités se sont ainsi multipliées par près de 8 entre 2010 et 2015, passant de 5 lits et places en début de période à 39 au 1er janvier 2015. Cette évolution a été plus importante que la croissance de la population des enfants : les taux d'équipement sont ainsi passés de 0,1 à 0,4 lits ou places pour 1 000 enfants et l'écart avec la métropole s'est réduit, passant de 9 à 2 fois moins élevé qu'en France métropolitaine.

Le développement rapide de l'HAD place la Guyane au premier rang des taux de recours à ce type d'hospitalisation. Plus récente qu'en métropole, l'Hospitalisation A Domicile (HAD) s'est développée en Guyane au point d'atteindre plus de 50 000 journées en 2014. Entre 2009 et 2014, l'activité de

l'HAD a été multipliée par plus de 3,5. Le taux de recours à l'HAD en Guyane, standardisé sur l'âge, est le plus élevé de France.

Les soins palliatifs (27,6%), la surveillance des grossesses à risque (25,6%), représentent la majorité des motifs de pris en charge en HAD en 2014. A taux de recours égal à celui de 2013, on projette 53 000 journées HAD pour 2020 et plus de 67 000 journées pour 2030. Face à ce développement fulgurant, témoignant d'un réel besoin de prise en charge et qui paraît adapté aux spécificités de la population guyanaise, de nombreux acteurs pointent du doigt l'attractivité « abusive » de ce mode de prise en charge ; l'HAD est ainsi accusée de prendre en charge des patients ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière, même à domicile. Ces constats ne sont à ce jour pas objectivés par des chiffres. Des analyses plus approfondies, sur l'activité et le profil des patients pris en charge seraient nécessaires.

La prise en charge de 1^{er} recours des populations des communes isolées repose essentiellement sur les CDPS. Dans les communes isolées, la permanence des soins est assurée par 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) qui dépendent du Centre Hospitalier de Cayenne. Ces CDPS ayant réalisé en 2013 170 000 consultations, présentent une situation dégradée en termes d'infrastructures, d'équipements et de logement pour leur personnel. De plus en raison des difficultés de recrutement, la plupart des centres sont tenus par des infirmiers et sages-femmes sans la présence de médecins.

La couverture aérienne du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation de Cayenne est tributaire des conditions météorologiques et de la possibilité technique des requérants de pouvoir appeler les secours. Pour pallier ces insuffisances, la Région travaille depuis une dizaine d'années sur le développement d'un réseau de télé-médecine entre les CDPS et les hôpitaux de Cayenne et entre les hôpitaux de Guyane et ceux des Antilles (deux projets d'envergure ont vu le jour : imagerie et expertise neuro-vasculaire).

La majorité des communes du département n'ont pas accès à un service d'urgences en moins de 30 minutes. 3 services d'urgences sont recensés sur la totalité du territoire de la Guyane. La Loi HPST recommande que chaque commune de France puisse accéder en moins de 30 minutes à un service d'urgences. Les conditions d'accès étant difficiles pour les communes du sud du département, les moyens du SMUR seront déterminants pour prendre en charge à temps les urgences vitales. Plusieurs filières sont développées sur le territoire. Le CHAR participe à la filière pédiatrique et néonatale, la filière cardio et neuro-vasculaire, la filière gynéco-obstétricale (niveau3), le réseau ville hôpital, les EVASAN intra et hors département, la filière du patient critique dont le polytraumatisé.

Les médecins à diplôme hors U.E. sont une caractéristique de la Guyane. Ils sont recrutés dans le cadre de l'ordonnance de 2005. L'article L. 4131-5 du code de la santé publique permet au représentant de l'Etat en Guyane, par arrêté, de laisser exercer un médecin étranger à l'espace économique européen « ou titulaire d'un diplôme de médecine, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu ». Cette autorisation est accordée à titre dérogatoire pour la Guyane. Elle permet aux établissements de santé de Guyane de recruter des médecins de plein exercice alors qu'ils ont un diplôme hors union européenne qui ne leur permettrait pas d'exercer en plein exercice dans une autre région. En 2015, 19% des médecins du CHAR et 26% des médecins du CHOG exerçaient au titre de l'Ordonnance 2005. Cette autorisation a été mise en place en vue de pallier au déficit en professionnels médicaux sur le territoire. Les faiblesses de l'application de l'ordonnance : sont que la pérennisation des postes est difficile, qu'il a fallu ajouter un cadre plus contraignant (avec des limites temporelles et spatiales), qu'il peut y avoir une concentration des recrutements dans certaines spécialités. Si le recours à cette catégorie de médecins ne pouvant exercer qu'en Guyane et à Mayotte (depuis peu) a dû apparaître comme une solution efficace à un début de pénurie de médecins (fin du service national et donc à celle des volontaires de l'aide technique), la concentration dans certains services (la pédiatrie au CHAR et la Gynécologie obstétrique au CHOG)

est devenue un blocage au recrutement de jeunes spécialistes. La mise en place d'assistants spécialistes en temps partagé en gynécologie-obstétrique (par exemple), ne serait possible que si des praticiens hospitaliers diplômés dans la spécialité exerçaient dans le service; en effet, comme les chefs de clinique-assistants des hôpitaux, les assistants spécialistes sont en formation et il est donc nécessaire qu'ils puissent s'appuyer sur un praticien senior.

Le recours à cette ordonnance, devant relever de l'exception, s'avère être la règle dans certains services hospitaliers tant l'attractivité du territoire pour ces spécialités est encore très dégradée. Ceci a pour conséquence l'apparition d'un certain « communautarisme » par service jugé peu propice à la venue de professionnels de l'hexagone.

Un rattrapage et un rééquilibrage de l'offre médicosociale qui doit se poursuivre

La Guyane accuse un retard important dans le taux d'équipement en établissements médico-sociaux et de services tant en direction des enfants que des adultes en situation de handicap. Ce retard a justifié la mise en place d'un plan de rattrapage sur la période 2010- 2015.

Dans le champ du handicap, 304 places ont été créées sur l'ensemble de la durée du premier projet régional de santé (171 mineurs, 133 adultes).

Le développement de la prise en charge du handicap est un défi majeur pour la Guyane, le taux d'équipement est nettement inférieur à celui des Antilles et de la métropole pour les adultes (3,7 pour 1000 vs 9,3 en France). Ce sous-équipement est aggravé par les disparités infrarégionales, les structures étant concentrées sur Cayenne et Kourou. A l'inverse, le taux en structures enfants est le même que celui de France (9,4 pour 1000). Il faut noter que des efforts importants ont été faits, dans un premier temps, en matière de services ambulatoires et la Guyane a rattrapé son retard pour les SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile).

Pour ce qui concerne la prise en charge et l'accompagnement des adultes handicapés, on compte sur le territoire 2 ESAT, 1 Foyer d'Accueil de jour (ou foyer occupationnel), 2 MAS, 3 SAMSAH et 1 SAVS. Ces derniers sont localisés pour la plupart à Cayenne, sauf un ESAT et une MAS à Kourou. La Guyane ne comprend ni FAM, ni foyer d'hébergement (pour travailleurs handicapés). En 2013, la capacité d'accueil du dispositif (places en établissements et services installées) est de 431 places pour adultes.

L'analyse des taux d'équipement en structures d'accueil et places de services pour enfants et adolescents handicapés sur le territoire guyanais montre que celui-ci est inégalement doté selon les types de structures et handicap pris en charge : le territoire apparaît nettement déficitaire en IME par rapport aux moyennes Outre-Mer et France. A l'inverse, il dispose de taux d'équipement convenables voire supérieurs aux moyennes pour les établissements accueillant un public déficient sensoriel (auditif et visuel) ainsi que pour les services d'accompagnement à domicile type SAAD ou SESSAD. En 2014, la capacité d'accueil du dispositif (places en établissements et services installées) est de 969 places pour enfants.

En ce qui concerne les personnes âgées, 133 ont été ouvertes sur la même période. Selon la publication de 2012 de l'INSEE ANTILLES GUYANE et ARS, la Guyane comptera trois fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030. 900 personnes dépendantes en 2007, elles seront 3 000 en 2030. Cet accroissement va générer des besoins supplémentaires en personnel à domicile et en institution.

Les enjeux liés à l'universitarisation

Il va de soi, cela est partagé par les partenaires de l'ARS de Guyane, que l'universitarisation du Centre Hospitalier de Cayenne devra conduire, à l'issue de la période de mise en œuvre de ce nouveau PRS, à poser la question de la préfiguration d'un CHU en Guyane.

Toutefois, pour atteindre cet objectif, il conviendra, d'ici cette échéance, que la politique de recherche en matière de santé soit renforcée, que les modalités d'enseignement soient améliorées et que les conditions d'attractivité pour l'ensemble des professionnels de santé soient optimales. Outre la formation des professionnels, il convient de rappeler que les universitaires en santé orientent avant tout leurs affectations géographiques en fonction des conditions d'exercice en matière de recherche (voir développements SRS).

Le chemin parcouru : nos succès

Les principales améliorations mises en évidence lors de l'évaluation du PRS 1

- La mise en œuvre d'actions non programmées, souvent sur l'impulsion des acteurs de terrain.

Elles sont essentiellement liées à :

- la création d'unités, dispositifs ou équipes (financés sur des budgets des plans et programmes nationaux) ;
- à l'implication des professionnels et du tissu associatif s'impliquant dans des collaborations pour trouver cohérence et efficacité ;
- au pilotage de l'ARS

- La mise en œuvre d'actions innovantes adaptées à la spécificité du territoire

- l'expérimentation de la dialyse péritonéale sur le fleuve Maroni
- les TROD dans les cabinets médicaux de ville et chez les mineurs

- Le développement de la télémédecine et de la télé-expertise

- Les progrès dans le dépistage et la prise en charge dans le champ de la santé sexuelle et reproductive : VIH/SIDA et périnatalité

Les défis que nous allons relever

3 Grands défis à relever en Guyane

- **Lutter contre les inégalités de santé**
 - entre la Guyane et la France hexagonale
 - lever les obstacles sociaux et économiques d'accès à la santé
 - garantir les soins sur l'ensemble du territoire
- **Mettre en place une politique de promotion de la santé dans tous les milieux et tout au long de la vie**
 - renforcer les capacités de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres
 - coordonner les politiques publiques en vue d'agir sur les contextes de vie des guyanais
 - donner aux personnes et aux groupes les moyens pour agir sur les déterminants de leur santé
 - favoriser une approche écologique et systémique de la santé
- **Mettre en place un espace de réflexion éthique régional**
 - Certains sujets spécifiques à la Guyane demandent des réponses spécifiques et adaptées demandant une réflexion autour d'enjeux éthiques, déontologiques, juridiques et sociaux

Où voulons-nous être en 2028

Le cadre d'orientation stratégique a pour ambition de fixer les contours de notre politique de santé régionale pour les 10 années à venir. Il s'agit de définir les objectifs et les résultats attendus afin de faciliter au quotidien le parcours de santé des guyanais, d'améliorer la réponse aux besoins de la population, en renforçant en particulier la prévention et la promotion de la santé, de favoriser l'accès à l'innovation pour contribuer à la pérennité et l'équité du système de santé, de contribuer à rendre chaque guyanais acteur de sa santé pour renforcer la démocratie en santé et de mobiliser les politiques publiques au service de la santé. L'agence s'est pour cela fixé trois principes structurants :

Premier principe : la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement est un objectif qui doit se décliner dans tous les projets

En Guyane, la cohabitation des deux logiques de construction des inégalités sociales et territoriales impose de construire une politique publique conforme aux recommandations de l'OMS : nous devons mettre en œuvre avec effectivité le principe d'universalisme proportionné, seul capable de répondre au gradient social, ce qui signifie piloter des politiques universelles mais fortement renforcées dans tous les territoires ou à l'égard de populations moins favorisées ; et nous devons mettre en place une approche adaptée – notamment en termes de passerelles – en direction des personnes les plus précarisées. Ces deux approches sont interdépendantes (l'universalisme proportionné bénéficie aussi aux plus pauvres ; et les actions en direction des plus pauvres sont en général de puissants leviers de transformation du système de santé), mais ne doivent pas être confondues.

Ainsi, les modes d'intervention doivent permettre de réduire les inégalités :

- **les inégalités entre la Guyane et la France hexagonale** : afin de rattraper les niveaux d'offre métropolitains dans le sanitaire et le médicosocial ; d'organiser les évasions vers les autres DOM et/ou vers l'hexagone ; d'organiser l'accueil et/ou hébergement des guyanais qui nécessitent de soins hors de Guyane
- **les inégalités de santé** : en développant la connaissance et en élaborant des réponses en matière de prévention et de soins
- **les inégalités territoriales** : en animant les territoires ; en développant la connaissance des besoins ; en veillant à l'accessibilité de la prévention, du dépistage, du soin et de l'accompagnement des populations les plus isolées.

Deuxième principe : il est nécessaire de positionner la prévention et la promotion de la santé au cœur de nos actions, notamment en mobilisant l'ensemble des politiques publiques

La définition de la santé par l'organisation mondiale de la santé comme un « état de bien-être total » conduit à élargir les préoccupations largement au-delà de la seule approche par la pathologie. La préoccupation des politiques de santé doit être, avant tout, d'éviter la survenue de la maladie. La prévention constitue donc le premier objectif en la matière : elle doit permettre, dès le plus jeune âge, de réduire les facteurs de risques qui pèsent durablement sur la santé tout au long du parcours

de vie. La promotion de la santé doit donner de nouveaux outils, notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres.

La protection des populations s'étend au cadre et à la qualité de vie, et suppose un renforcement des actions sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé en s'appuyant en particulier sur une dynamique de coordination des politiques publiques. Là encore le renforcement des dispositifs de surveillance, de diagnostic local, le partage de l'information devront être développés, les coopérations et coordination avec les autres opérateurs publics et privés renforcées.

Il s'agit de développer une approche écologique et systémique qui vise à agir sur la qualité et les conditions de vie, de travail, sur l'accès aux produits, aux infrastructures et aux services essentiels.

Troisième principe : certains sujets spécifiques à la Guyane demandent des réponses spécifiques et adaptées demandant une réflexion autour d'enjeux éthiques, déontologiques, juridiques et sociaux

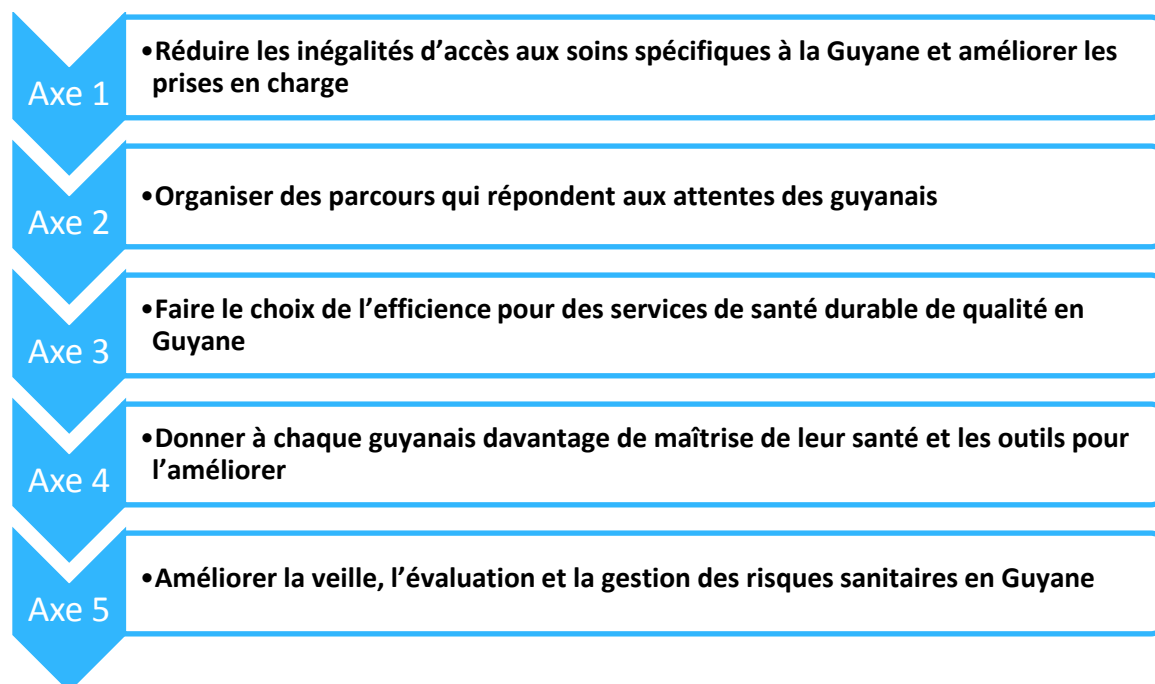
Les problématiques de santé que rencontrent les guyanais demandent des réponses spécifiques et adaptées au territoire qui parfois peuvent nécessiter des adaptations originales. Cette adaptation nécessite de porter une réflexion éthique sur les sujets.

Un cadre d'orientation stratégique pour 2028

Le cadre d'orientation stratégique est une feuille de route partagée entre l'agence et l'ensemble des acteurs concernés. Outre la nécessaire association de l'ensemble des partenaires ou acteurs de santé concernés lors de la phase d'élaboration et de construction, il s'agit en premier lieu de faire émerger une représentation commune du diagnostic, des objectifs prioritaires et des résultats attendus. Aussi, le bilan, le suivi, les ajustements éventuels et l'évaluation des projets doivent être une partie inhérente de la démarche.

Le cadre d'orientation stratégique doit permettre d'orienter prioritairement les moyens et outils au service des objectifs retenus. Il convient de faire évoluer nos méthodes de travail et d'organisation au regard des objectifs prioritaires retenus, au plus près des usagers, dans le cadre d'une démarche qui évoluera selon le temps et les besoins. Cela impliquera une plus grande transversalité, en particulier un fonctionnement en mode projet, et une priorisation au bénéfice d'une meilleure coordination.

Des orientations stratégiques



Orientation stratégique 1

Réduire les inégalités d'accès aux soins spécifiques à la Guyane et améliorer les prises en charge

<i>Ce que nous allons faire</i>	<i>Quels résultats attendus</i>
<i>Accès aux droits aux soins en Guyane</i>	<i>Renforcer l'accès aux droits sociaux à la couverture maladie</i> <i>Porter une attention particulière aux publics les plus fragiles en informant sur leurs droits</i> <i>Poursuivre les simplifications des démarches des assurés</i> <i>Lutter contre le phénomène de refus de soins par les professionnels de santé</i> <i>Lutter contre le phénomène de renoncement aux soins</i> <i>Développer la médiation santé dans les services de soins</i> <i>Accompagner la transition numérique</i> <i>Faciliter les coopérations et les coordinations entre les acteurs</i>
<i>Accès aux soins de santé primaire sur tout le territoire guyanais</i>	<i>Renforcer la présence médicale et soignante dans les territoires isolés</i> <i>Généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances</i> <i>Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover en promouvant le développement d'actions innovantes</i> <i>Lutter contre les pathologies liées aux situations de grande précarité</i> <i>Repérer les situations de handicap, de troubles psychiques ou psychiatriques, et de perte d'autonomie des personnes éloignées des structures de santé</i> <i>Développer la prévention de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées incarcérées, et faciliter leur accès aux actions de prévention et de promotion de la santé</i> <i>Assurer l'accès aux médecins spécialistes (en ville et à l'hôpital) en développant leur articulation avec les soins de premier recours</i>
<i>Conditions des transports sanitaires (terrestres, fluviaux, aériens) sur l'ensemble du territoire</i>	<i>Réguler les demandes et modalités de transfert</i> <i>Garantir la faisabilité des transferts et EVASAN sur le département</i> <i>Protocoler avec la CGSS les transferts : PEC des transferts, des retours, ...</i>

	<p><i>Favoriser l'hébergement des personnes transférées vers des services de soins</i></p> <p><i>Favoriser le retour d'information vers les CDPS</i></p>
<p>Condition des Evacuations Sanitaires vers les DOM et la Métropole</p>	<p><i>Intégrer les Evasan dans les filières de soins</i></p> <p><i>Sécuriser l'organisation des EVASAN</i></p> <p><i>Organiser les EVASAN non conventionnelles (patients obèses, ECMO/ECLS, patients à la frontière, EVASAN de masse dans un contexte de catastrophe)</i></p>

Orientation stratégique 2

Organiser des parcours qui répondent aux attentes des gyanais

<i>Ce que nous allons faire</i>	<i>Quels résultats attendus</i>
<i>Parcours à mettre en œuvre en Guyane</i>	<i>Parcours de vie territoire de l'intérieur</i> <i>Parcours de vie parents-enfants</i> <i>Parcours de vie handicap</i> <i>Parcours de vie santé mentale</i> <i>Parcours de santé jeunes</i> <i>Parcours de santé nutrition-santé</i> <i>Parcours de santé cancer</i> <i>Parcours de santé VIH/SIDA</i> <i>Parcours de santé addictions</i> <i>Parcours de soins AVC</i>
<i>Organiser les dynamiques territoriales autour des parcours</i>	<i>Repérer sur chaque territoire d'actions les initiatives locales fédérant et intégrant les acteurs sur les problématiques prioritaires de santé en cohérence avec le PRS</i> <i>Susciter les dynamiques locales dans les territoires où les besoins existent mais pas les acteurs-moteurs</i> <i>Suivre les projets locaux à partir des instances de gouvernance locales</i> <i>Informier le Conseil Territorial de Santé pour mobiliser l'ensemble des acteurs institutionnels et coordonner au niveau départemental les politiques publiques</i>
<i>Consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé des personnes les plus éloignées</i>	<i>Renforcer les compétences psychosociales des personnes et le pouvoir d'agir des personnes</i> <i>Développer une démarche renforcée de prévention et de promotion de la santé auprès des populations les plus vulnérables</i> <i>Former les professionnels au repérage des besoins en santé des personnes</i> <i>Favoriser le partage entre pairs</i>

<p>Développer le repérage précoce et favoriser la construction de parcours de santé individualisés</p> <p>(souffrance psychosociale, vulnérabilités)</p>	<p><i>Diffuser la culture du repérage et élargir le cercle des personnes susceptibles de repérer (place des aidants, des éducateurs, des travailleurs sociaux...)</i></p> <p><i>Développer des stratégies de repérage précoce partagées, adaptées aux spécificités locales</i></p> <p><i>Coordonner les actions de dépistage et de repérage</i></p> <p><i>Faciliter et organiser les coopérations entre les acteurs</i></p> <p><i>Inscrire le repérage comme séquence du parcours de santé individualisé dans une logique de continuité, de la prévention aux soins</i></p> <p><i>Imaginer des stratégies conjointes interinstitutionnelles de repérage précoce impliquant l'assurance maladie, les collectivités territoriales, l'éducation nationale, les services de santé au travail...</i></p>
<p>Permettre un accès aux soins primaires à tous les guyanais</p> <p>Et faciliter l'accompagnement des maladies chroniques, l'accès aux traitements, aux spécialistes...</p>	<p><i>Offrir des soins de santé primaire (ou de premier niveau) dans toutes les communes (CDPS, MPS, EMP,...)</i></p> <p><i>Inscrire l'ETP dans une logique de proximité, au plus près des lieux de vie</i></p> <p><i>Accompagner les professionnels dans la mise en place de programmes au plus près des patients dans les zones déficitaires en offre</i></p> <p><i>Mettre en place une coordination locale entre les différents dispositifs d'accompagnement et notamment entre ceux de prévention, les expérimentations et les programmes ETP</i></p>
<p>Assurer la continuité des parcours de vie aux âges-chaînières</p>	<p><i>Renforcer la coordination entre les acteurs du dépistage et de l'accompagnement des 0-6 ans</i></p> <p><i>Accompagner les 14-25 ans dans la construction et la réalisation d'un parcours adapté</i></p> <p><i>Anticiper les conséquences du vieillissement et adapter les accompagnements</i></p>
<p>Garantir l'accès à un panier de soins et de services pour faciliter l'inclusion des personnes</p>	<p><i>Favoriser une prise en charge précoce adaptée et favoriser l'accès à la prise en charge médico psycho sociale notamment sur les territoires de l'intérieur</i></p> <p><i>Développer l'inclusion scolaire</i></p> <p><i>Favoriser l'insertion professionnelle</i></p> <p><i>Développer une offre diversifiée de logements adaptés</i></p> <p><i>Favoriser l'accès aux activités qui permettent de construire du lien social</i></p>

<p><i>Promouvoir, recomposer et simplifier les modalités d'appui territorial aux parcours des patients en situation complexe</i></p>	<p><i>S'assurer que les patients puissent bénéficier de soins sans ruptures, adaptés aux variations de leur situation et visant leur maintien de l'autonomie et de leur vie à domicile</i></p> <p><i>Permettre aux professionnels de santé de se concentrer sur leur cœur de métier en les aidant et /ou les soulageant dans la réalisation de démarches auxquelles ils ne sont pas habitués</i></p> <p><i>Garantir pour les acteurs de la régulation le maintien des prises en charges et de soins de qualités par un usage efficient des ressources existantes sur le territoire</i></p>
<p><i>Déployer les usages du numérique pour faciliter les parcours, rapprocher les ressources et les acteurs de la santé (notamment) au plus près du domicile</i></p>	<p><i>Construire des outils numériques efficaces et appropriés par les organisations de santé</i></p> <p><i>Déployer une plateforme territoriale de services numériques</i></p> <p><i>Déployer les usages de la télémédecine</i></p> <p><i>Définir une stratégie d'appui à l'usage des objets connectés en santé</i></p>
<p><i>Expérimenter des modes de financement permettant d'éviter les ruptures induites par les modes de tarification</i></p>	<p><i>Mobiliser les dispositifs existants sous-utilisés (fongibilité, dispositifs conventionnels, ...)</i></p> <p><i>Dégager des marges de manœuvre permettant de financer des expérimentations sur les dotations pilotées par l'agence Identifier, prioriser et mettre en œuvre les expérimentations envisageables</i></p>

Orientation stratégique 3

Faire le choix de l'efficience pour des services de santé durable de qualité en Guyane

Ce que nous allons faire

*Observer et connaître : les besoins et la qualité des réponses
Développer la recherche, l'innovation*

Quels résultats attendus

Identifier et actualiser avec les acteurs concernés les besoins de connaissance à combler en priorité dans les champs suivants : démographie des professionnels, inégalités de santé, besoins en matière de handicap, soins non programmés

Identifier et actualiser les sources d'information existantes permettant de répondre aux besoins de connaissance et mettre en place des registres, des observatoires, des études de cohortes, des enquêtes, des systèmes d'information (en lien avec les acteurs concernés) permettant de combler ces besoins, ainsi que les besoins de connaissances pour les pratiques complexes et innovantes et favoriser les recherches issues des données de santé

Intégrer les démarches de diagnostic territorial dans la stratégie de production de données et d'analyses de l'agence

Structurer le suivi et l'évaluation sur certains sujets clefs et en particulier sur les thématiques prioritaires et les projets du PRS par une production de tableaux de bord et d'analyse médico-économique

Diffuser à l'ensemble des acteurs les nouvelles connaissances et sources d'information permettant la production de connaissance

Soutenir le développement des interactions entre équipes de soin ou acteurs de prévention et équipes de recherche

Soutenir l'animation, la structuration et la coordination des efforts de recherche en santé publique

Développer la recherche interventionnelle et l'évaluation des actions menées pour l'aide à la décision des acteurs et des responsables des politiques de santé

<p><i>Prioriser les moyens en fonction des besoins notamment sur les territoires en sous-offre (notion de rééquilibrage)</i></p>	<p><i>Rééquilibrer les ressources des dispositifs de prévention individuelle et médicalisée en direction des territoires actuellement sous-dotés</i> <i>Développer des soins de santé primaire pour une meilleure réponse de proximité</i></p> <p><i>Développer des services d'urgence sur les territoires où se trouvent les CDPS de niveau 4</i></p> <p><i>Porter une réflexion dans le temps du PRS sur le développement d'un accès aux accouchements à Maripasoula</i></p> <p><i>Conduire une politique de rééquilibrage territorial de l'offre à destination des personnes âgées en perte d'autonomie</i></p> <p><i>Conduire une politique de rééquilibrage territorial de l'offre répondant aux besoins des personnes en situation de handicap</i></p> <p><i>Réduire les inégalités territoriales de recours aux soins psychiatrique</i></p>
<p><i>Restructurer les plateaux techniques dans une logique territoriale et de gradation des soins</i></p>	<p><i>Structurer l'offre en établissements de santé pour concilier proximité et accessibilité des plateaux techniques et expertises de recours</i></p> <p><i>Structurer le virage ambulatoire et développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle</i></p> <p><i>Développer l'accès aux plateaux techniques pour les soins non programmés</i></p> <p><i>Assoir un projet médical commun de territoire dans la perspective de la mise en place de groupement hospitalier de territoire</i></p> <p><i>Réviser le droit des autorisations et des conditions techniques de fonctionnement</i></p> <p><i>Investir dans la modernisation et l'interopérabilité des systèmes d'information</i></p>

Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge

Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers

Faire évoluer les outils de mesure de la qualité et de la sécurité des soins et des PEC et développer la transparence vis-à-vis des professionnels et des usagers en publiant ces indicateurs

Accompagner le développement de l'expertise et la qualité au bénéfice des établissements et services médico sociaux

Contribuer au développement de la culture de sécurité

Développer les dispositifs de médiation en santé

Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations

Rendre accessibles les recommandations de bonnes pratiques

Faire évoluer les modèles de financement pour qu'ils incitent à la qualité et à la pertinence des soins

Promouvoir le bon usage des produits de santé en établissements et en ville

Rattraper le retard en matière de présence et de formation professionnelle dans le sanitaire et le médicosocial

Adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux

Développer dès la formation une culture pluri-professionnelle et du travail en équipe et une plus grande proximité avec les autres professions

Développer et diversifier l'offre de stages en ambulatoire au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales

Concrétiser l'« universitarisation » des formations médicales, sociales et paramédicales

Réaffirmer les valeurs des métiers de la santé et la nécessité de faire converger les devoirs et les responsabilités des acteurs de santé

Faire progresser les compétences tout au long de la vie professionnelle

Consolider et assurer la promotion du dispositif de développement professionnel continu

Adapter le contenu des formations aux priorités de santé publique, aux évolutions importantes des spécialités et à l'émergence de nouveaux métiers

Développer des modalités de re-certification des compétences

Améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médico-sociaux

***Renforcer les coopérations :
internationale, interrégionale
et entre DOM/COM***

Avoir un cadre juridique favorable à la coopération

Renforcer le système de santé

Veille et sécurité sanitaire

Formation et recherche

Promotion de la santé et approche communautaire

Orientation stratégique 4

Donner à chaque guyanais davantage de maîtrise de leur santé et les outils pour l'améliorer

<i>Ce que nous allons faire</i>	<i>Quels résultats attendus</i>
<i>Développer la prévention universelle afin de créer un environnement favorable à la sante pour tous</i>	<i>Professionaliser et impulser le partage d'une culture commune en promotion de la santé</i> <i>Structurer et coordonner l'offre en matière de prévention universelle</i> <i>Développer un message pour tous en prenant en compte la littératie en santé</i>
<i>Développer des programmes au plus proche des populations et des territoires</i>	<i>Comprendre et connaître les populations et leurs besoins</i> <i>Pérenniser l'offre de prévention auprès des populations</i> <i>Offrir des parcours adaptés sur les territoires</i>
<i>Inciter le pouvoir d'agir individuel et collectifs des populations</i>	<i>Connaitre et renforcer les savoirs des populations</i> <i>Renforcer les capacités de chacun à agir pour sa santé et celle des autres à chaque âge de la vie (renforcer les compétences psychosociales)</i> <i>Développer la santé communautaire et la médiation en santé</i>
<i>Soutenir la participation des habitants au cœur de la politique de santé</i>	<i>Renforcer l'animation territoriale de la démocratie sanitaire sur les territoires</i> <i>Communiquer sur les territoires</i> <i>Soutenir les programmes de recherche action</i>

Orientation stratégique 5

Améliorer la veille, l'évaluation et la gestion des risques sanitaires en Guyane

<i>Ce que nous allons faire</i>	<i>Quels résultats attendus</i>
<i>Favoriser un environnement propice à la santé et réduire les expositions particulières (eau potable, habitat insalubre, exposition au plomb, exposition au mercure)</i>	<i>Permettre à tous un accès à l'eau potable</i> <i>Permettre l'accès à un habitat sain</i> <i>Vivre dans un environnement extérieur sans risque pour la santé</i>
<i>Faire évoluer les plans de prévention et de lutte contre les maladies zoonotiques (arboviroses : dengue, chikungunya, zika, ...), leptospirose, paludisme, ...</i>	<i>Réduire l'impact (morbidité et mortalité) des maladies à transmission vectorielle et zoonotiques</i> <i>Prévenir l'installation de la transmission des maladies émergentes vectorielles et zoonotiques</i>
<i>Consolider la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, prioritairement pour les maladies infectieuses émergentes et les catastrophes naturelles</i>	<i>Définir l'organisation opérationnelle de l'ARS et de l'ensemble des acteurs locaux pour la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles.</i> <i>Identifier l'ensemble des partenaires sur la Guyane et sur la zone de défense et définir leur rôle pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.</i> <i>S'assurer de la préparation adéquate des établissements sanitaires en Guyane</i>
<i>Renforcer le dispositif de veille et sécurité sanitaire</i>	<i>Promouvoir la culture du signalement pour l'ensemble des évènements sanitaires</i> <i>Renforcer la surveillance des maladies transmissibles et notamment des maladies nosocomiales</i> <i>Développer la surveillance des évènements indésirables liés aux soins</i> <i>Assurer une meilleure réponse aux problèmes sanitaires identifiés</i>

Index

ACS	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
AFD	Agence Française de Développement
ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIRG	Association Traitement Insuffisance Rénale en Guyane
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CACL	Communauté d'Agglomération du Centre Littoral
CCEG	Communauté de Communes de l'Est Guyanais
CCOG	Communauté de Communes de l'Ouest Guyanais
CCS	Communauté de Commune des Savanes
CDPS	Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CGSS	Caisse Guyanaise de Sécurité Sociale
CHAR	Centre Hospitalier André Rosemon
CHK	Centre Hospitalier de Kourou
CHOG	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CIC-EC	Centre d'Investigation Clinique – Epidémiologie Clinique
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNRS	Centre national de la Recherche Scientifique
COM	Collectivité d'Outre-Mer
COPERMO	Comité interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
CTG	Collectivité Territoriale de Guyane
CTS	Conseil Territorial de Santé
CRF	Croix Rouge Française
CRPV	Centre de Ressources Politique de la Ville
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
DEAL	Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DOM	Département d'Outre-Mer
ECLS	Extra-Corporeal-Life-Support
ECMO	Extra-corporeal-Membrane-Oxygenation
EMP	Equipe Mobile psychiatrie
EPICES	SCORE Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ETP	Education Thérapeutique du Patient
EVASAN	Evacuation Sanitaire
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HDR	Habilitation à Diriger des Recherches
HPST	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
HTA	Hyper Tension Artérielle

IEDOM	Institut d'Emission des Départements d'outre-Mer
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPG	Institut Pasteur de Guyane
IRC	Insuffisance Rénale Chronique
IRCT	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRD	Institut de Recherche et de Développement
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISS	Inégalités Sociales de Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LMNSS	Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MCUPH	Maître de Conférences des Université Praticien Hospitalier
MPS	Maison Pluri professionnelle de Santé
ONUSIDA	Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA
ORSG	Observatoire Régional de la Santé de Guyane
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACES	Première Année Commune des Etudes de Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEC	Prise En Charge
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PUPH	Professeur des universités Praticien Hospitalier
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RSA	Revenu de Solidarité Active
RUP	Région Ultrapériphérique
SAAD	services d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIGAPS	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SRS	Schéma Régional de Santé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TDS	Travailleuses Du Sexe
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

POUR EN SAVOIR +

SUR LE PRS GUYANE 2018-2027
www.guyane.ars.sante.fr

