

SYNTHESE DES CONTRIBUTIONS DE LA CRSA DE GUYANE AUX SEGRUR DE LA SANTE

JUIN 2020

Travaux accompagnés par le Bureau d'études



INTRODUCTION	3
LES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉPIDÉMIE A CORONAVIRUS EN GUYANE	5
PILIER N°1 : TRANSFORMER LES MÉTIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT	10
L'ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET PARAMÉDICALE EN GUYANE.....	10
L'UNIVERSITARISATION ET LA MISE EN PLACE À TERME DU CHU	11
PILIER N°2 : DÉFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DES SOINS	13
Sur l'ensemble du territoire	13
L'offre de soins dans l'est de la Guyane.....	17
L'offre de soins à Maripa Soula	18
PILIER N°3 : SIMPLIFIER RADICALEMENT LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES ÉQUIPES	19
PILIER N°4 : FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS	21
ANNEXES	25
Motion relative à l'organisation d'un Ségur de la santé spécifique à la Guyane à l'issue de la crise	26

INTRODUCTION

Inauguré le 25 mai 2020, le « Ségur de la Santé » a pour objectif principal d'élaborer « un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières ».

Ce plan devra reposer sur 4 piliers :

Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;

Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;

Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;

Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Une consultation a été lancée au début du mois de juin dans les territoires. En Guyane, cette consultation s'est déroulée par l'intermédiaire de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie - CRSA.

Le Ségur de la santé a été proposé comme un retour d'expériences à l'issue du confinement et de la période d'épidémie aiguë de COVID-19. Concernant la Guyane, un premier point est à relever : le calendrier mis en œuvre par le gouvernement implique pour les guyanais de **faire un retour d'expérience au plus fort de l'épidémie**. Et malgré la situation et le temps contraint, les acteurs de la Démocratie sanitaire en Guyane ont pris le temps d'élaborer un retour d'expérience basé sur des constats et des propositions concrètes destinées à apporter des améliorations sur leur territoire.

La CRSA a fait appel au bureau d'études Regards Santé pour organiser, analyser et synthétiser la remontée des réponses de ses membres et de personnes présentant une expertise particulière sur les thématiques interrogées.

Ainsi ont contribué individuellement par écrit et/ou par entretien:

- 15 membres de la CRSA,
- 5 experts (URPS, PUPH Université de Guyane, coordinateur Maison de santé, pédiatre de PMI, Médecin de santé publique)
- 9 autres contributeurs (Fonctionnaire Ministère de la culture, Infirmier santé publique promotion santé, Infirmier libéral, Médecin libéral, Bénévole associatif, Praticien hospitalier)

Des contributions institutionnelles sont venues compléter les réponses au questionnaire :

- AIDES Guyane
- APAJH Guyane
- Conseil de l'ordre des médecins
- FEHAP de Guyane
- France Assos Santé Guyane
- GPS Guyane Promo Santé
- SAMU Social de Guyane
- Université de Guyane



La Démocratie Sanitaire

La réponse de la CRSA s'articule autour des 4 piliers du Ségur du plan en appuyant sur certains points de façon plus spécifique. Notamment, les acteurs de Guyane insistent sur l'importance d'apporter des réponses concrètes et adaptées aux habitants dans le territoire où ils vivent.

L'utilisateur du système de santé doit être au centre de toutes les préoccupations des acteurs de santé.

C'est parce que les usagers de santé sont la première préoccupation de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie de Guyane que cette contribution est proposée au Ségur de la santé

LES ENSEIGNEMENTS DE L'ÉPIDÉMIE À CORONAVIRUS EN GUYANE

CONSTATS

DES DIFFICULTÉS À CONDUIRE LA MISSION DE SERVICE PUBLIC DE L'HÔPITAL

La politique de tarification à l'activité (dite T2A) doit être adaptée aux particularités d'un territoire de santé comme celui de la Guyane. Les modalités de financement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, publics et privés, ne correspondent pas aux besoins des personnes prises en charge autant que des professionnels qui les prennent en charge. Par conséquent, il est important de revoir le coefficient géographique appliqué à la Guyane dans le sens d'une péréquation de tout un chacun à avoir la même chance d'être correctement soigné.

La Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane a pris, dès le début de la crise, des dispositions pour faciliter l'activité des établissements pour éviter des pertes de ressources, sachant que les établissements étaient eux-mêmes touchés par des pertes de ressources liées à la situation de crise telles que des ruptures d'approvisionnement ou le confinement des personnels, qui auraient pu les amener à un manque de facturation. Ces solutions ont donc été apportées pour garantir la continuité financière nécessaire à leur fonctionnement.

En Guyane, la prise en charge dans les territoires, déjà complexe et fragile en temps normal, a été mise à mal pendant l'épidémie et a reposé uniquement sur la bonne volonté et le courage des acteurs de santé présents dans les territoires qui se sont épuisés pour permettre aux usagers de recevoir des soins. Ils ont manqué de soutien de la part des hôpitaux publics et de l'état.

La gouvernance des établissements de soin s'est éloignée du terrain et répond essentiellement à l'obligation de rentabilité et aux obligations administratives. Elle est ressentie comme « venant d'en haut ».

DIFFICILE ORGANISATION DE LA SANTÉ EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE

Le coronavirus est un révélateur des dysfonctionnements de l'hôpital public, il a généré une implosion des schémas organisationnels.

La gestion de la crise a été ressentie comme étant déconnectée des réalités de terrain « hors sol ». La Démocratie sanitaire, les associations de terrain, les acteurs de prévention promotion de la santé, les collectivités territoriales, n'ont pas été associées à la gestion de la crise, voire ont été mis de côté.

Les soignants de 1^{er} recours ont le sentiment que les représentants de l'état n'ont pas communiqué suffisamment sur les difficultés liées à la crise. Ils se sont sentis abandonnés à eux-mêmes : absence de directives, équipement, communication, ...

A cela s'ajoute le déficit de gestion des stocks de matériels, l'absence et/ou le retard de réaction de l'ARS lorsqu'elle est interpellée par des acteurs de terrain qui estiment que les leçons de la crise en métropole auraient pu servir.

COORDINATION DES ACTEURS DE SANTE

Le manque de coordination des professionnels de santé, sur un territoire dans lequel il y a des problématiques d'accès aux populations et d'accès aux soins, a joué un rôle majeur dans le manque de maîtrise dans la propagation de l'épidémie à Covid-19. Ce manque de coordination a généré un manque de réactivité. Par exemple l'offre de soins ambulatoire est parmi les points les plus faibles du territoire. Dans le dispositif de tracing contact, le médecin de ville, le secteur ambulatoire, joue un rôle majeur, puisque c'est lui qui pour l'essentiel reçoit le patient dit 0, le premier cas contact à partir duquel on recherche des cas contact. Quand on sait que les cabinets de ville ne sont pas assez nombreux et que le dispositif a été lancé sans l'appui de l'assurance maladie qui avait un rôle pivot et majeur dans le dispositif, on peut comprendre beaucoup mieux comment l'épidémie s'est fortement diffusée.

Pendant la crise COVID-19, une organisation entre acteurs du public et du privé s'est mise en œuvre afin d'accueillir des patients COVID-19 et de les prendre en charge.

ACCES AUX DROITS, ACCES AUX SOINS

La CGSS a pris dispositions dès le début de la crise pour que les personnes ayant potentiellement des droits : bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et AME soient automatiquement prolongés dans leurs droits. Les informations ont été données aux professionnels de santé pour qu'ils soient informés pour éviter toute rupture de droit qui pouvait menacer les conditions de sécurité, d'équilibre et de gestion de cette crise sanitaire. Cependant, l'ordonnance de mars 2020 qui prévoit cette possibilité est prévue jusqu'au 31 juillet 2022 et la Guyane est en état d'urgence jusqu'au 30 octobre 2020.

Enfin, les acteurs relèvent que la crise du Covid19 exacerbe les inégalités sociales de santé notamment chez les personnes non couvertes par des droits à la santé.

Pour répondre à la problématique des personnes non couvertes par des droits à la santé, la CGSS a mis en place un dispositif d'immatriculation fictive de type NIR qui a permis à tout médecin de ville ou tout établissement de pouvoir mettre à profit ce NIR de façon à faciliter la prise en charge, la prescription et le remboursement via l'assurance maladie.

COMMUNICATION INNADAPTEE

La diffusion d'informations contradictoires et inconstantes pendant la crise génère de l'incompréhension, une perte de confiance, et de la méfiance, vis-à-vis de la parole publique. Ainsi malgré une communication quotidienne de l'ARS de Guyane sur l'épidémie à COVID-19, le sentiment partagé est que la population est mal informée, que de nombreuses personnes vont chercher des informations sur les réseaux sociaux et que cela présente un risque supplémentaire.

La communication n'a pas été adaptée à une population dont le taux d'illettrisme est important, le niveau de littératie en santé quasiment nul, qui est plus dans la survie que dans la vie. La communication, c'est aussi la présence de gens sur le terrain pour accompagner la population et cela a manqué notamment au début de la crise.

Les professionnels ont souffert de manque d'information, ils ont le sentiment d'avoir été infantilisés et de n'avoir pas été associés quand certaines carences de matériel ont mis à mal la bonne gestion de l'épidémie.

MISES A L'ARRET SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE DES INSTANCES DE DEMOCRATIE EN SANTE

Durant la crise sanitaire, la plupart des instances de démocratie en santé ont été mises à l'arrêt sur l'ensemble du territoire.

Que cela soit les Commissions des Usagers (CDU), les Conseils de Surveillance, la CSDU de la CRSA, etc., aucune instance n'a fonctionné correctement et n'a pleinement intégré les Représentants d'usagers (R.U.) mandatés.

Le Conseil de Surveillance du centre hospitalier de Cayenne s'est par exemple réuni le 6 avril dernier, sans représentant des usagers.

PSYCHIATRIE

La fermeture des accueils de jour a entraîné une rupture de prise en charge des usagers, et engendré des difficultés pour les aidants.

De plus, peu d'information circule sur l'avancée des travaux imposés par le rapport du Contrôleur général les lieux de privation de libertés (CGLPL) en 2018, au pôle psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne.

UN ACCOMPAGNEMENT INSUFISANT DU SECTEUR MEDICOSOCIAL PENDANT LA CRISE

Dans la première phase du confinement, l'ARS a donné assez rapidement des consignes pour les établissements, cependant, les consignes sur la marche à suivre n'ont pas été suffisamment claires.

Des difficultés ont été relevées dans la distribution de masques et de matériel de protection.

Une partie des établissements médico-sociaux a fermé pendant la période de confinement ce qui a engendré l'isolement et l'abandon momentané des aidants et des personnes vulnérables notamment en situation de handicap.

A côté de cela, certains établissements médico-sociaux ont fait le choix de rester ouverts. Ils ont ainsi développé des capacités d'adaptation à une situation atypique. Cela les a obligés à mettre en œuvre de nouveaux modèles d'organisation et de fonctionnement. Les équipes ont fait preuve dans ces établissements d'une grande réactivité.

LES SOIGNANTS ONT DEPLOYE TOUTE LEUR ENERGIE ET LEURS COMPETENCES POUR FAIRE FACE

Tous les soignants du territoire se sont mobilisés. Ils ont fait face avec leurs moyens et leur bonne volonté à une crise d'une ampleur exceptionnelle.

Les professionnels de santé de 1er recours se sont coordonnés localement et ont communiqué efficacement entre eux.

Tous les soignants qui interviennent au lit du patient en hôpital auprès de patients COVID-19 sont volontaires pour intervenir.

Les professionnels des établissements de soins se sont adaptés dans tous les territoires de Guyane en augmentant la prise en charge, en accompagnant des patients y compris à domicile.

L'Agence Régionale de Santé de Guyane a fait un effort de communication médiatique locale.

La société civile et la population se sont mobilisées pour faire front face à la situation.



Points d'attention

Les risques à anticiper à l'issue de la crise :

- D'éventuels risques psycho-sociaux liés au confinement
- Les risques liés au retour vers les soins ambulatoires et les soins programmés lorsque ceux-ci ont été reportés
- Les risques liés aux soins et suivis en santé mentale et en particulier la reprise de contact avec des personnes qui seraient perdues de vue

PROPOSITIONS RELATIVES AUX ENSEIGNEMENTS DE L'EPIDEMIE A COVID-19

HOPITAL

- ➔ Revoir le coefficient géographique de financement des établissements de soins de Guyane afin de leur donner les moyens d'assurer leur rôle de service public et de sortir de la logique de rentabilité, notamment en leur donnant plus d'autonomie
- ➔ Revaloriser les revenus des personnels (privé et public)
- ➔ Décloisonner la ville et l'hôpital

ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

- ➔ Prolonger jusqu'au 30 octobre 2020 l'ordonnance de mars 2020 selon laquelle les personnes dont les droits à la protection complémentaire en matière de santé arrivent à expiration pourront disposer d'une prolongation de leurs droits de trois mois à compter de leur date d'échéance.

COORDINATION

- Recentrer l'ARS sur ses missions de santé publique et de régulation, notamment dans son rôle de définition des missions des différentes catégories d'acteurs en cas de crise et dans l'organisation l'offre de 1er recours.
- L'articulation entre l'état (les pouvoirs publics) et les acteurs de terrain doit être repensée et renforcée afin qu'en période de crise la prise en charge sur le terrain soit concertée et coordonnée
- En situation de crise d'urgence sanitaire il conviendrait de mobiliser l'ensemble des partenaires sur le terrain : le réseau associatif, les forces armées de Guyane, les étudiants en études médicales et paramédicales ; pour renforcer les ressources humaines nécessaires aux actions de terrain, en particulier, dans les quartiers défavorisés ou d'habitat informel.

GESTION DE CRISE

- La gestion des crises doit être repensée et améliorée, particulièrement concernant la capacité de réactivité des tutelles pour répondre aux alertes des professionnels de 1er recours, ainsi que la création de cellules de soutien éthique qui associent les représentants des usagers.
- Simplifier les règles administratives en temps de crise.

PLACE DES USAGERS

- Réaffirmer la place de représentants des usagers en temps ordinaire comme en temps de crise.

COMMUNICATION

- Rendre la communication effective et permanente entre tutelles et terrain, et entre acteurs de terrain.
- Développer une communication adaptée aux populations qui n'ont pas accès aux modes et moyens de communication :
 - Fracture numérique
 - Compréhension des messages
 - Manque de support en langue des signes
- La communication doit être transparente et faire appel à l'intelligence collective, les usagers sont en capacités de comprendre et d'entendre les difficultés liées à la gestion de la crise dès l'instant où ils sont associés.
- Mettre en œuvre, particulièrement en temps de crise une communication de terrain qui s'appuie sur la médiation santé.

PILIER N°1 : TRANSFORMER LES METIERS ET REVALORISER CEUX QUI SOIGNENT

Dans son programme régional de santé 2018-2027, la Guyane s'est donnée comme ambition de rattraper le retard en matière de présence et de formation professionnelle dans le sanitaire et le médicosocial.

La densité médicale en acteurs de 1^{er} recours et en spécialistes est la plus faible de France

L'ATTRACTIVITE MEDICALE ET PARAMEDICALE EN GUYANE

CONSTATS

Une pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux liée à des départs à la retraite des professionnels en poste, l'absence d'école et de formations et de ressources spécialisées dans les formations médicales et paramédicales.

Une faible attractivité du territoire due à de mauvaises conditions d'accueil des nouveaux professionnels, de trop faibles rémunérations au regard des contraintes du territoire, une non prise en compte de la pénibilité du travail.

Une cellule dédiée à l'ARS existe mais n'est pas opérationnelle.

Il semblerait que des personnes venues en Guyane dans le cadre de la réserve sanitaire n'ont pas été accueillies à l'aéroport, sont hébergées en centre-ville à Cayenne et se rendent à pied à l'hôpital faute de moyens mis à disposition pour leur déplacement. L'accueil des professionnels est également un outil de communication pour l'attractivité du territoire.

PROPOSITIONS RELATIVES A L'ATTRACTIVITE MEDICALE ET PARAMEDICALE EN GUYANE

- ➔ Un Plan de rattrapage de l'attractivité sur le territoire a été mis en œuvre dans le cadre du PRS2. Celui-ci doit être accéléré.
- ➔ Une organisation doit être mise en œuvre pour organiser l'attractivité sur le territoire qui coordonne l'ensemble des acteurs susceptibles d'apporter des solutions : ARS, CTG, communes, ordres, URPS, ...
- ➔ Créer une concertation régulière entre l'ARS de Guyane et les médecins dans chacune des disciplines, afin d'améliorer l'offre de soins par spécialité (Ressources humaines, équipements), à l'instar du Conseil National Professionnel par Spécialité (CNP). La Guyane étant très spécifique, il s'agit d'aborder les problèmes de santé à l'échelle du territoire.
- ➔ Les rémunérations de tous les acteurs : médicaux, paramédicaux et travailleurs sociaux doivent être revalorisées. Elles doivent prendre en compte la pénibilité du travail des soignants et notamment le fait qu'ils pallient en permanence les carences de professionnels sur le territoire tous modes d'exercice confondus.

- ➔ Etendre les conditions d'accès aux contrats de solidarité territoriale pour les médecins inscrits au tableau de Guyane pour pouvoir ouvrir un site distinct dans une zone fragile de Guyane, dans le cadre d'une convention tripartite ARS/CGSS/Médecin spécialiste.
- ➔ Il est essentiel de développer des plateaux techniques et chirurgicaux spécialisés pour attirer les spécialistes.
- ➔ Les conditions d'accueil des professionnels de santé doivent être améliorées. Les professionnels qui arrivent en Guyane doivent être accueillis à leur arrivée, logés le temps de trouver un logement, l'organisation de leur vie familiale doit être prise en compte, ... et lorsqu'ils terminent leur service en Guyane, ils doivent être raccompagnés à l'aéroport. Le bon accueil des professionnels est garant de la réputation de la qualité de vie au travail en Guyane et donc de l'attractivité du territoire.
- ➔ Les nouveaux outils prévus par la loi doivent être déployés et facilités en Guyane : la délégation de tâche entre soignants ; les infirmiers-ères en pratiques avancées. Les pratiques avancées doivent être étendues à d'autres spécialités (santé sexuelle, VIH, ...), voire systématisées sur les territoires très isolés en CDPS. Les professionnels doivent être rémunérés de façon adaptée.

L'UNIVERSITARISATION ET LA MISE EN PLACE A TERME DU CHU

CONSTATS

FORMATION MEDICALE ET PARAMEDICALE

L'université de Guyane a été historiquement rattachée à l'**Université de Pointe à Pitre : Université des Antilles**. Avec la scission de l'université Antilles-Guyane en 2015, l'université de Guyane a pu avoir une PACES liée au département de recherche en médecine tropicale et un Numerus clausus propre. Celui-ci est passé de 5 à 22 étudiants guyanais entre 2015 et aujourd'hui.

La 1ère année de médecine se fait en Guyane en lien avec les Antilles et Bordeaux. Les 2ème et 3ème années de médecine se font en Guadeloupe. L'externat (4, 5, et 6èmes années) se fait en métropole, puis, l'internat se fait au Antilles et en Guyane avec une circulation des étudiants sur les 3 départements.

Il manque un CHU en Guyane pour bien développer la formation.

La Guyane a développé plusieurs DU :

- VIH
- Dermatologie
- Médiation santé
- Autisme
- Epidémiologie
- Diabétologie
- Médecine tropicale (en voie de démarrage)

Il y a une accélération de l'universitarisation, mais cela ne va pas assez vite. La problématique réside dans le nombre d'universitaires en Guyane. Et cela même si le nombre de PUPH a fortement augmenté. La faculté de médecine de Guyane est passée de 3 PUPH en 2015, à 6 en 2020. Et 3 nouveaux postes vont être pourvus en septembre 2020. La forte augmentation de PUPH permet de créer des postes d'assistants, d'augmenter le nombre de recherches et le nombre de publications, d'améliorer la qualité, de développer la connaissance sur les patients et des maladies.

RECHERCHE

La Guyane est très performante en termes de recherche médicale tant au niveau des équipes (unité INSERM CIC-EC, UMR TIBIP, ...) que du nombre et de la qualité des publications dans des revues à comité de lecture.

Un centre de recherche en médecine tropicale est en cours de construction au CHC avec des crédits FEDER

La recherche en médecine tropicale est un des moteurs de l'universitarisation.

En Guyane, la recherche est contextualisée : elle se fait sur le terrain, au plus près des patients. Elle est utile pour les patients et dans le monde tropical.

La recherche est un facteur facilitant l'attractivité : elle permet d'augmenter la qualité des soins et connaissance.

CHU

Il n'est plus entendable en Guyane de dire qu'un CHU est impossible. Des adaptations sont envisageables.

Pour la mise en œuvre d'un CHU il existe de nombreux freins : la taille de la population, le manque de certaines spécialités médicales, la faible dotation en postes de chef de clinique et d'universitaires.

La création d'un CHU est envisageable, en collaboration avec les Antilles en raison de l'effet de seuil.

PROPOSITIONS RELATIVES A L'UNIVERSITARISATION

- ⇒ Créer rapidement une structure adaptée qui sera susceptible d'évoluer vers le CHU.
- ⇒ Construire un pôle de formation en santé sur le Campus universitaire à Troubiran (IFSI, Pratiques avancées, Licences et DU santé, Kinésithérapie, Centre de simulation)
- ⇒ Créer un institut de formation en masso-kinésithérapie à l'intérieur de ce pôle pour former de 10 à 20 kinésithérapeutes par an
- ⇒ Créer une école de formation de sages-femmes

- ➔ Créer un internat au CH de Cayenne pour augmenter l'attractivité de l'hôpital pour les internes, voire les externes
- ➔ Créer des postes de chefs de clinique autant que de PU-PH
- ➔ Poursuivre l'universitarisation des services ; poursuivre la création de postes universitaires et même encourager la venue d'universitaires déjà nommés ; accéder à des postes de professeurs associés pour les PH ayant un rayonnement important et qui ne sont pas dans un cursus de PU-PH
- ➔ Les métiers paramédicaux doivent être revalorisés en Guyane, notamment par l'ouverture de passerelles universitaires.
- ➔ La formation médicale et paramédicale doit être développée sur le territoire : les jeunes qui partent en métropole faire leurs études ont du ma là revenir exercer en Guyane
- ➔ Le nombre d'enseignants universitaires : PUPH, MCPH, et chefs de clinique doit être augmenté en même temps que le nombre de spécialités dans les hôpitaux et la création d'un externat, tout en maintenant un partenariat Antilles-Guyane.

PILIER N°2 : DEFINIR UNE NOUVELLE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE FINANCEMENT AU SERVICE DES SOINS

SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

CONSTATS

INVESTISSEMENT

La Guyane en est à son deuxième plan de rattrapage dans le médicosocial. L'état doit prendre conscience du fait que les établissements sociaux et médico-sociaux l'aident à mettre en œuvre ses politiques. Les ESMS évoluent sur le territoire au grès de l'évolution des populations qu'ils accompagnent. Ils prennent en compte l'évolution des personnes accompagnées puisque les personnes sont suivies tout au long de leur vie. Les politiques d'investissement relatives aux ESMS gagneraient à être organisées de façon beaucoup plus claire : aujourd'hui les établissements se sentent mis en concurrence lors des appels à projet et cela est susceptible de nuire à la qualité des accompagnements proposés, et ce alors que les besoins du territoire ne sont pas couverts.

FINANCEMENT

La tarification à l'acte à l'hôpital a montré ses limites, encourageant certains soins aux détriments d'autres et ce, de façon plus importante encore en Guyane où une grande partie de la population n'a pas de couverture maladie. Les actions de prévention sont difficilement valorisables par ce mode de

financement qui prend peu en compte les coûts évités. Enfin, la T2A ne prend pas en compte les variables liées notamment à l'éloignement géographique (les patients des communes isolées).

La CTG existe depuis 2016 et a pris du retard dans la mise en œuvre du CTPS (Conseil Territorial de Promotion de la Santé) de Guyane dont l'objectif est de vérifier que les décisions prises par l'état en matière de santé sont conformes à l'intérêt du territoire.

Les établissements de santé sont en état de sous-dotation chronique et enregistrent des déficits très conséquents dus aux diverses réformes d'austérité des dernières années (T2A, réforme des soins urgents, réforme du SMUR...). Le mode de financement actuel de l'hôpital ne prend pas en compte les réalités économiques, structurelles et géographiques des territoires.

La dotation des établissements sociaux et médicosociaux de Guyane n'est pas réaliste au regard du coût des salaires et du coût de la vie sur place, en fonction du type de handicap.

La réforme de la Puma et l'attribution de droits à priori a été un progrès, néanmoins, le processus d'affiliation reste lourd pour les personnes les plus précaires et sans présomption de droits. Ces difficultés alimentent le recours à l'hôpital pour les soins primaires, faute d'autres portes d'entrée dans le système de soins.

COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

La Guyane nécessite la mise en œuvre d'une politique coordonnée d'investissement et de financement des soins

PROXIMITE ET CONNAISSANCE DU TERRAIN

Le mode d'organisation des ARS est un échec. La loi de 2009 qui a institué les ARS s'appelle « Hôpital Patients Santé et Territoires ». Et sur le territoire, l'ARS ne sait pas faire. Non en raison des acteurs sur le terrain, mais plutôt en raison de ce que l'état a fait de cet outil. L'état en a fait un outil de contrôle alors qu'il s'agissait d'un outil de régulation. Les ARS n'ont pas été utilisées dans l'esprit de la loi de 2009. Les ARS se comportent plus comme des ARH que comme des ARS.

La Loi de 2009 a également institué les CRSA et a donné aux usagers plus de place dans les territoires. Les moyens n'ont pas suivi pour satisfaire la mise en œuvre de la CRSA.

De plus, l'ARS de Guyane démontre une réelle difficulté à être présente sur l'ensemble des territoires, pour exemple la mise en œuvre des CTS a été impossible en Guyane et l'animation territoriale dans les territoires de démocratie sanitaire voulue par la CRSA n'a pas été soutenue.

En effet, les acteurs déplorent le fait que depuis la mise en œuvre de ce mode d'organisation voulue par la loi de 2009, la tutelle a perdu la vision et la connaissance des réalités de terrain, la transversalité nécessaire à la mise en œuvre de toute politique publique, et la capacité à accompagner les acteurs.

Il y a peu de continuité dans la mise en œuvre des politiques publiques en santé par l'ARS en raison du fort turn-over des agents et de l'absence de définition d'une stratégie de continuité organisationnelle.

OBSTACLES A L'INSTALLATION

Dans les obstacles à l'installation d'acteurs de santé et/ou d'établissements, il est remarquable en Guyane de constater une absence de mise à disposition du foncier. Les institutions n'accompagnent pas les acteurs à la recherche de financement pour l'investissement.

Il y a un grave déficit de ressources humaines.

La cohérence des projets et des partenaires n'est pas accompagnée sur les territoires.

DISPOSITIFS ADAPTES

Les PASS – Permanences d'Accès aux Soins de Santé – sont des portes d'entrée vers l'hôpital et les soins primaires indispensables pour les publics les plus précaires, notamment les migrants-es

Les CDPS – Centres de Délocalisés de Prévention et de Soins – permettent un accès territorialisé à la santé

PROPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT ET AUX INVESTISSEMENTS

INVESTISSEMENTS

- ➔ Pour favoriser les nouvelles installations il sera pertinent de définir un plan d'investissement quinquennal avec des objectifs clairs et réalistes.
- ➔ Les ESMS ont besoin de rétablir le lien de confiance avec les tutelles

FINANCEMENT

- ➔ Il est nécessaire d'intégrer la problématique sociale dans le financement des hôpitaux en Guyane. En effet, le nombre de patients en situation de précarité pris en charge à l'hôpital est beaucoup plus élevé que dans la moyenne nationale. La durée de séjour de ces patients est beaucoup plus importante que la durée moyenne de séjour et le surcoût généré n'est pas pris en compte par la T2A.
- ➔ La CTG doit mettre en place le CTPS Conseil Territorial de Promotion de la Santé (article L.71-122-1 du code général des collectivités territoriales).
- ➔ Le financement de la santé est un objectif ambitieux et essentiel, il constitue un investissement à long terme. En Guyane le coût de la vie et la nécessité d'attirer des compétences sur le territoire induit de mettre en œuvre une politique de financement volontariste intégrant un coefficient de péréquation par rapport à la métropole pour financer le surcoût du fonctionnement du soin et du médicosocial en Guyane (40% de supplément de salaire, billets d'avion, turn-over, chambres d'hôtel, ...)
- ➔ La rémunération au parcours doit être encouragée, en ce qu'elle favorise une prise en charge globale.

COORDINATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

- Mettre en place une conférence des financeurs dédiée à l'installation de professionnels et d'établissements.
- Coordonner les acteurs autour de projets structurants en vue d'accélérer et d'autonomiser la réalisation des projets en Guyane.
- Développer la coopération internationale

PROXIMITE ET CONNAISSANCE DU TERRAIN

- La proximité et la connaissance du terrain sont garantes d'une réponse adaptée aux besoins de santé et d'accompagnement des usagers de la santé. Dans cette optique, un travail de lien entre les tutelles et les acteurs de terrain doit être mis en œuvre afin de rétablir la confiance et l'interconnaissance mutuelles, notamment entre l'ARS et les ESMS.
- Le turn-over des agents est important en Guyane dans toutes les institutions : tutelle comme terrain. Une stratégie doit être collectivement pensée et mise en œuvre afin de garantir la pérennité des organisations efficaces et la continuité des politiques publiques notamment en ARS.
- Les communes ont leur place dans la réalisation la réflexion et à l'élaboration de projets. Elles doivent être informées des difficultés des citoyens et travailler avec l'ensemble des partenaires (Institutions, associations...).

DEVELOPPER LE PREMIER RECOURS

- Organiser la prise en charge de proximité sur tout le territoire en incluant la continuité et la permanence des soins de façon programmée ou non est un des premiers objectifs affichés dans le PRS2. Ainsi il est essentiel de rendre le territoire attractif pour favoriser l'installation et le maintien d'acteurs de santé en soins primaires, en poursuivant le déploiement de Centres de santé et de Maisons de santé pluriprofessionnelles.

AMELIORER LES CONNAISSANCES SUR L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION DES TERRITOIRES

- La recherche qu'elle soit clinique, interventionnelle ou organisationnelle, doit continuer d'être menée dans les établissements publics et doit faire l'objet de financements transparents et suffisants.

DISPOSITIFS ADAPTES

- Les Permanences d'accès aux soins des hôpitaux constituent des portes d'entrée vers l'hôpital et les soins primaires indispensables pour les publics les plus précaires, notamment migrants-es. Elles doivent être correctement dotées et organisées pour assurer leur fonction et permettre de faire le lien avec la médecine de ville et les autres services de l'hôpital.
- Des activités de santé, menées par des acteurs-trices non-soignants-es doivent être mieux valorisées et ses métiers reconnus :

- L'interprétariat en santé par téléphone ou en présentiel et doivent être accessibles et financés. Il améliore et facilite le suivi des personnes.
- La médiation en santé doit être reconnue et financée.
- L'éducation thérapeutique doit également être vue comme un investissement, pleinement intégrée au suivi des maladies chroniques, qu'elle soit assurée en ville et à l'hôpital, par des soignants-es ou non. Dans son prolongement, les projets d'accompagnement à l'autonomie en santé, dont certains sont actuellement expérimentés suite à la loi santé 2016, doivent trouver leur place dans les modalités de financement sur la base d'un cadre national pérenne adapté.
- Des réponses permettant d'aller-vers les personnes, de type « équipe mobile » doivent être développées afin d'adapter le parcours selon les difficultés, les besoins, l'évolution de la personne.
- Le déploiement de la télémédecine doit être poursuivi toujours dans l'objectif d'amener le soin au plus près des personnes.
- Avoir un accès internet performant et stable sur tous les territoires de la Guyane, condition sine qua non de l'accès aux méthodes actuelles de diagnostic et de prise en charge des patients.

INEGALITES SOCIALES DE SANTE

- Les procédures d'affiliation à l'Assurance maladie et à l'AME doivent être allégées pour que, dans les hôpitaux et les lieux de soins, la prise en charge globale soit effective. Le travail social ne peut pas se résumer à l'ouverture de droits à la couverture maladie mais doit aussi permettre d'aborder les questions d'hébergement et de droits sociaux en général, essentielles pour assurer la continuité des soins et le suivi post hospitalisation.
- Alors que la crise du Covid19 a mis en évidence les inégalités sociales de santé l'intégration de l'AME à l'Assurance maladie serait une mesure de justice sociale et de simplification de notre système de santé.
- Les restes à charge doivent être réduits, en particulier pour les personnes les plus modestes et en ALD sur le budget desquelles ils pèsent de manière disproportionnée. L'enjeu de l'accès facilité à une complémentaire santé doit être poursuivi, notamment en ce qu'il contribue à réduire les reports et les renoncements aux soins, générateurs in fine de surcouts pour le système de santé.

L'OFFRE DE SOINS DANS L'EST DE LA GUYANE

CONSTATS

L'est de la Guyane (bassins de vie de St Georges, Régina, bas et haut Oyapock) est totalement défavorisé par rapport au reste de la Guyane. Il n'y a pas d'hôpital. Aujourd'hui une commune telle que Régina ne dispose même pas d'un Centre de Santé.

A Saint Georges et plus généralement dans l'est de la Guyane, le déficit de professionnels médicaux et paramédicaux est encore plus important qu'à Cayenne. Cela entraîne parfois des recrutements hasardeux de professionnels qui au mieux ne restent pas.

Le CDPS de Saint Georges est sous-dimensionné au regard des besoins grandissants de la population.

Quelques professionnels de santé sont présents à Saint Georges de longue date. Cela facilite la connaissance du territoire, des habitants, des cultures, ...

A Saint Georges il y a peu d'acteurs mais ils ont l'habitude de travailler ensemble : CDPS, Maison de Santé, Libéraux, associations, la municipalité ...

Au niveau du Centre délocalisé de prévention et de soins -CDPS-, la prise en charge des urgences est bien organisée.

La prise en charge des patients chroniques s'est améliorée tant en CDPS qu'en médecine de ville.

PROPOSITIONS RELATIVES A L'OFFRE DE SOINS DANS L'EST DE LA GUYANE

- ➔ A Saint Georges, le CDPS doit être redimensionné en hôpital de proximité qui aura pour mission d'intervenir sur l'ensemble de l'Est.
- ➔ Des missions de spécialistes doivent être organisées pour le territoire de Saint Georges.
- ➔ L'installation durable de personnel soignant doit être organisée en améliorant les conditions d'accueil, d'exercice et de rémunération dans les territoires éloignés.

L'OFFRE DE SOINS A MARIPA SOULA

CONSTATS

Le CDPS de Maripa Soula est sous-dimensionné au regard des besoins grandissants de la population. Et l'implantation d'une maternité de niveau 1 s'impose.

A Maripa Soula, il y a un problème d'affiliation des nouveau-nés lors de la naissance en raison de l'absence d'un professionnel d'état-civil dans le bourg.

Le CDPS dépend de l'entité hospitalière, ce qui induit une priorisation de l'administratif sur le soin, et retarde souvent des prises en charge indispensables.

Le coût de la procédure d'évasan des femmes enceintes est exorbitant. Il est évalué à plus de 3.000.000,00 € / an (500€/j x 30j x 200 patientes, en estimant qu'environ 50 patientes accouchent toujours à MPA ou sont évanescentes par le SAMU). Une redistribution de ce financement permettrait le recrutement pérenne d'une équipe obstétricale avec anesthésiste, l'équipement et le fonctionnement d'une salle d'obstétrique conforme à une maternité de niveau 1, et respect des us et coutumes locaux

Les professionnels de santé du territoire sont motivés et impliqués. Le CDPS est opérant. Le territoire est doté d'un tissu associatif en développement.

Une grande partie des usagers de Maripa Soula ne souhaite pas être soignée au CDPS en raison de la porte d'entrée unique pour les urgences et pour la médecine de ville, qui induit une priorisation des urgences et une attente très importante, voire une non prise en charge de soins courants et maladies chroniques.

La HAD est présente à Maripa Soula permettant aux patients du territoire de rentrer chez eux lorsqu'une HAD est possible.

PROPOSITIONS RELATIVES A L'OFFRE DE SOINS A MARIPA SOULA

- Redimensionner le CDPS en hôpital de proximité (avec 1 service d'imagerie médicale, 1 service d'urgences, 1 laboratoire de biologie médicale, des consultations spécialisées, la télémédecine et un centre périnatal de proximité)
- Organiser la prise en charge à Maripa Soula en différenciant les urgences et la prise en charge des soins courants et maladies chroniques.
- Prévoir l'hébergement en hospital (projet qui doit voir le jour depuis 2014) des usagers des communes isolées qui sont pris en charge au CHC.
- Mettre en œuvre une maternité de niveau 1 dotée d'une équipe complète (1 comptable-gestionnaire ; 1 gynécologue obstétricien : accouchements eutociques en collaboration étroite avec les sages-femmes, + remplaçant désigné pour ses congés au CHC, CHOG ou CHK ; 2 internes en médecine toute l'année ; 18 IDE ; 1 cadre infirmier ; 2 puéricultrices ; 2 urgentistes-réanimateurs : urgences et anesthésie d'induction + remplaçant désigné pour ses congés au CHC, CHOG ou CHK ; 3 sages-femmes ; 4 AS ou AMT ; 4 médecins omnipraticiens : compétents en pédiatrie, santé publique, obstétrique, urgences - 1 en poste 'tournant' à Talwen ; 2 Assistants-es sociaux-les ; 2 médiateurs-trices ; 4 secrétaires ; 3 femmes de ménages)

PILIER N°3 : SIMPLIFIER RADICALEMENT LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES EQUIPES

CONSTATS

A L'HOPITAL

Le GHT n'est pas opérationnel et ce n'est pas un outil adapté à un territoire comme la Guyane sauf si l'ensemble des structures : publiques, privées et ESMS y est associé. La Guyane est un territoire qui a des spécificités et pour lequel des adaptations réglementaires doivent être pensées. Il revient à l'ARS de relayer les besoins d'adaptation réglementaires

Les 3 CH manquent de coordination et d'articulation des spécialités.

Le territoire souffre de carences notamment en infrastructures adaptées, en moyens humains et matériels, ...

Les équipes paramédicales sont en souffrance au travail. Cet état de fait ne permet pas de fidéliser les salariés ni de rendre le territoire attractif, cela favorise le turn-over. Une des causes de la souffrance au travail est liée à des difficultés de management par carence de formation adaptée. De plus, la parole des équipes de première ligne est peu prise en compte à l'hôpital.

DMP

Il y avait beaucoup d'attentes de la part des professionnels de ville notamment autour du DMP, cependant, force est de constater qu'il existe encore des carences de communication de la part des hôpitaux. Par exemple dans le cadre de la prise en charge en kinésithérapie, le DMP n'est pas utilisé pour communiquer avec l'offre de ville et les informations de type radiologie, compte-rendu d'hospitalisation, ... ne figurent pas dans le dossier du patient.

AMELIORATION DE L'OFFRE HOSPITALIERE

La Guyane compte aujourd'hui sur 3 centres hospitaliers publics, dont un qui vient d'être reconstruit.

DEVELOPPEMENT DE LA PLURIDISCIPLINARITE

De nombreux efforts ont été réalisés ce qui a permis l'émergence d'équipes pluridisciplinaires en Guyane. Les plateformes de coordination mises en place permettent un travail inter-associatif.

UNE TRES BONNE COMMUNICATION ENTRE LES ACTEURS DE 1ER RECOURS

Chaque professionnel de santé développe au fil du temps un réseau bien souvent informel avec d'autres professionnels du territoire. C'est de cette manière que les situations complexes sont solutionnées car cela évite des procédures trop lourdes et trop longues.

PROPOSITIONS POUR SIMPLIFIER LES ORGANISATIONS ET LE QUOTIDIEN DES EQUIPES

HOPITAL

- ⇒ Mieux adapter la gouvernance des établissements de santé en priorisant la médicalisation des décisions au lieu de privilégier des aspects économiques : concertation indispensable sur le budget de l'équipement biomédical, sur les ressources humaines médicales et paramédicales, etc...Repenser le secteur hospitalier public en Guyane en priorisant une logique médicale

- ⇒ Utiliser au mieux les capacités publiques et privées pour assurer les prises en charge : accès aux plateaux techniques, partage des équipes d'astreinte ou de garde sur un même territoire, formation des équipes, accès des professionnels du privé au public et réciproquement
- ⇒ Compte-tenu des besoins en Guyane, le GHT doit intégrer les structures privées et les ESMS dans le partage des achats, le recrutement des médecins et la mutualisation des ressources

QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES EQUIPES PARAMEDICALES

- ⇒ Développer la formation, et l'accompagnement des professionnels d'encadrement pour améliorer les compétences en management.
- ⇒ Associer et impliquer les agents dans la vie de l'hôpital : horaires de travail, communication et échanges dans les services. Les informer des choix politiques de leur établissement.
- ⇒ Un accompagnement psychologique doit être mis en œuvre pour chaque professionnel ayant accompagné des patients pendant la crise sanitaire.

DOSSIER MEDICAL PARTAGE

- ⇒ La mise en œuvre du DMP sur le territoire doit permettre d'améliorer la communication des différents acteurs de santé autour du dossier du patient. Il faudra accompagner les patients à la mise en place de leur DMP, notamment dans les territoires isolés en veillant aux problématiques de fracture numérique.
- ⇒ Un système plus souple doit faire sa place aux approches communautaires en santé, qui permettent aux personnes de construire collectivement leur parcours de soins et de s'appuyer sur des acteurs-trices en santé formés-ées non soignants-es. Cette approche a fait ses preuves dans la prévention et le suivi du VIH et des IST, notamment pour l'accès à la Prep, et pourrait être étendue, particulièrement pour le suivi des maladies chroniques et la prévention à l'hôpital et en ville.

DEVELOPPER DES APPROCHES PLUS SOUPLES

- ⇒ Les outils numériques et notamment la télémédecine peuvent permettre d'améliorer le suivi et l'accompagnement de certains publics, notamment dans le cadre des maladies chroniques. Cependant, ils ne doivent être exclusifs pour ne pas renforcer la fracture numérique. Le consentement des personnes à leur utilisation et à l'éventuelle utilisation de leurs données doit faire l'objet d'une attention particulière.

PILIER N°4 : FEDERER LES ACTEURS DE LA SANTE DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

CONSTATS

COORDINATION DES DIFFERENTS ACTEURS DU TERRITOIRE

Les CH éprouvent encore des difficultés à mettre en œuvre une communication opérante avec les acteurs de 1er recours : lorsque les patients sortent de l'hôpital le médecin traitant n'est pas informé des soins réalisés par exemple.

Le sanitaire, le social et le médicosocial travaillent en tuyau d'orgues et éprouvent des difficultés à se coordonner.

INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

En communes isolées il est difficile de trouver les soins indispensables en temps normal et cela est exacerbé en temps de crise.

Les procédures d'affiliation à l'Assurance maladie et à l'AME sont trop complexes pour les usagers.

Les usagers des communes isolées, notamment, souffrent de l'absence de relais de proximité et de la fracture numérique.

L'organisation des transports sanitaires depuis les communes isolées vers Cayenne reste complexe et méconnue notamment en ce qui concerne sa prise en charge financière, les modalités d'accueil à l'aéroport Felix Eboué pour les personnes fragiles et pour les mineurs.

Il s'avère difficile de mettre autour de la table les différents acteurs institutionnels de l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière (Préfecture (titre de séjour pour soin), OFII, Sécurité Sociale, ARS, ...) et d'obtenir une réponse coordonnée face aux nombreuses situations complexes et problématiques.

DEMOCRATIE SANITAIRE

En Guyane, il a été institué 4 territoires de démocratie sanitaire a été adopté lors de la mise en œuvre du PRS2. Il est stipulé par arrêté N° 2017-151/ARS/DS du 4 octobre 2017, que les compétences d'un CTS unique soient portées par la CRSA qui a pour mission d'animer les 4 territoires de proximité. Cette mission d'animation territoriale n'a pas reçu d'échos à ce jour de la part de la direction de l'ARS.

L'avis de la CRSA est aujourd'hui purement consultatif. La seule obligation de la direction de l'ARS lorsqu'elle prend une décision contraire à l'avis émis, est de la motiver.

Les budgets alloués à la CRSA sont aujourd'hui à la discrétion de la direction de l'ARS sans visibilité ni autonomie pour celle-ci dans leur gestion. Les collaborateurs de la démocratie sanitaire sont mis partiellement à disposition par l'ARS ce qui ne permet pas un fonctionnement autonome de la CRSA.

LES USAGERS NE SONT PAS ASSOCIES AUX SOINS

Peu d'informations sont transmises à l'utilisateur en attente de soins à l'heure actuelle (incertitude quant à la reprogrammation, informations sur les conséquences de ces reports par rapport à leur pathologie, non renouvellement des ordonnances, ...). Des patients sortent de l'hôpital avec beaucoup de questions sans réponse, et ne reçoivent aucune lettre de sortie.

Les délais légaux pour la communication des dossiers médicaux ne sont pas systématiquement respectés.

Des plaintes de patients sont laissées sans suite pendant des mois, voire des années parfois.

La médiation santé est sous utilisée dans les établissements de santé.

Les Commissions des Droits des Usagers ne sont pas encore pleinement efficaces. En effet, elles existaient et fonctionnaient sans représentants des usagers régulièrement désignés. Les sièges de titulaires ont été régulièrement pourvus seulement en 2019. Pas de culture (voire pas d'information) du droit des usagers dans les hôpitaux et chez soignants.

LES PARCOURS DE SANTE N'ONT PAS ETE MIS EN ŒUVRE

Les parcours de santé sont à élaborer et à mettre en œuvre en Guyane.

PROPOSITIONS POUR FEDERER LES ACTEURS

REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTE

- ➔ Pour réduire les inégalités territoriales de santé il serait pertinent de développer, promouvoir et accompagner l'animation territoriale et la démocratie sanitaire.
- ➔ La coordination entre acteurs doit être accompagnée et développée sur les territoires afin d'assurer un maillage cohérent.
- ➔ Renforcer la coopération sanitaire entre les professionnels de Santé de Guyane et ceux des Etats Voisins (Brésil, Surinam, Guyana) et Haïti. Les réalités sociales de la Guyane nous invitent à repenser la prise en charge de nos patients. Les modèles actuels semblent à bout de souffle. Nos concitoyens professionnels de santé d'origine brésilienne, haïtienne, ou du Surinam sont un bel atout. Nous avons à apprendre les uns des autres pour le Vivre Ensemble.
- ➔ Développer les CPTS - communautés professionnelles territoriales de santé - qui constituent une avancée encourageante dans leur approche populationnelle.

PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE

- ➔ La prévention et la promotion de la santé doivent être accessibles pour tous les habitants de Guyane. L'institution en Guyane la plus proche des habitants est la Collectivité Territoriale de Guyane, elle doit assurer sur l'ensemble du territoire la mission de prévention.
- ➔ Le Développement d'une approche non prescriptive de type réduction des risques (addictions, sexualité) est efficace et répond aux enjeux d'inégalités sociales de santé.
- ➔ L'approche communautaire en santé doit être privilégiée sur le territoire, y compris en mobilisant la coopération transfrontalière

DEMOCRATIE SANITAIRE

- ➔ La CRSA doit être dotée des moyens nécessaires à son fonctionnement en toute visibilité, autonomie et initiative.

- Le pouvoir d'action de la démocratie sanitaire doit être renforcé. La CRSA doit pouvoir assurer sa mission d'animation territoriale sur les territoires en développant des partenariats avec les acteurs, notamment associatifs, implantés localement.
- La CRSA doit pouvoir émettre des avis opposables, avec une majorité qualifiée.
- Les moyens doivent être donnés aux commissions des usagers (CDU) des établissements de santé de fonctionner correctement avec tous les représentants des usagers, y compris ceux en situation de handicap
- Faire participer les associations d'usagers (RU, patients-experts, représentants associatifs, etc.) à la rédaction des projets médicaux-soignants partagés au sein de notre Groupement Hospitalier Territorial (CHC/CHK/CHOG)
- S'appuyer sur les associations de patients-es et d'usagers-ères qui ont une connaissance fine des territoires et des populations. Ressource essentielle pour construire des actions en santé à l'échelle d'un territoire et répondre de manière adaptée aux besoins de santé des populations.

RENFORCER CHEZ LES PROFESSIONNELS LE RESPECT D'INFORMATION DU PATIENT

- Inciter les professionnels à respecter l'information du patient et notamment, le délai d'envoi de la lettre de sortie prévue par la loi, rendre obligatoire la transmission par les praticiens de ville d'une « lettre d'entrée » lors de l'admission en service hospitalier, par messagerie sécurisée /courrier.
- Apporter des réponses précises concernant les améliorations en faveur du respect de la dignité du patient notamment et prioritairement dans le secteur psychiatrique.

PARCOURS DE SANTE

- Financer et accompagner la mise en œuvre de dispositifs innovants répondant à une logique de parcours comprenant des gestionnaires de cas ou référents parcours de santé pour aider les personnes, notamment âgées ou en communes isolées, à connaître et comprendre l'offre et les parcours de soins et de santé, à disposition sur notre territoire.
- Développer l'aller-vers à domicile ou en institutions, avec des équipes mobiles gériatriques, soins palliatifs, soins en santé mentale par exemple, qui se rendent au plus près des usagers.

MOTION RELATIVE A L'ORGANISATION D'UN SEGUR DE LA SANTE SPECIFIQUE A LA GUYANE A L'ISSUE DE LA CRISE

La CRSA de la Guyane s'est réunie ce jour vendredi 26 juin en formation plénière pour faire la synthèse des retours d'expérience territoriaux voulus par le premier ministre dans le cadre du Ségur de la santé visant à établir les accords de la santé.

Le document final a été approuvé à l'unanimité, preuve que tous les acteurs de la démocratie sanitaire appellent à une meilleure organisation du système de santé sur le territoire de la Guyane.

Ils regrettent cependant que l'organisation des travaux du Ségur de la santé, destinés à « tirer collectivement les leçons de ... [la COVID 19] ... et faire le lien avec les orientations de Ma Santé 2022, pour **bâtir les fondations** d'un système de santé encore plus moderne, plus résilient, plus innovant, plus souple et plus à l'écoute de ses professionnels, des usagers et des territoires, avec des solutions fortes et concrètes. » n'ait pas tenu compte de l'actualité de la pandémie qui est en pleine extension sur le territoire guyanais et en Amérique du sud en général.

La conférence régionale de santé et de l'Autonomie

Affirme que l'organisation du système de santé en Guyane ne permet pas de répondre efficacement aux besoins de santé des Guyanais au quotidien.

Constata que la gravité de la crise est largement amplifiée par ce système de santé sous-dimensionné et inadapté aux bassins de vie et aux populations du territoire.

Regrette que les acteurs de la démocratie en santé, entièrement mobilisés par la situation sanitaire catastrophique, n'aient pas encore pu tirer les enseignements d'une crise sanitaire qui durera encore plusieurs semaines, avec des conséquences encore incalculables aujourd'hui.

Exigent que soit organisée, à l'issue de l'épidémie sur le territoire, une version guyanaise du Ségur de la santé afin de donner au gouvernement toutes les indications tirées collectivement des leçons de la COVID 19 nécessaires à l'émergence d'un système de santé à la hauteur des besoins des usagers du système de santé de la Guyane.

Yves BHAGOOA

Président de la CRSA de Guyane