

Projet Régional de Santé Guyane 2011-2015

Plan Stratégique Régional de Santé

- SOMMAIRE GENERAL-

I. DIAGNOSTIC REGIONAL DE SANTE	p. 3
II. PLAN STRATEGIQUE REGIONAL DE SANTE	p. 60

Projet Régional de Santé Guyane 2011 – 2015

Partie I : Diagnostic Régional de Santé

- SOMMAIRE -

1. ESPACE GUYANAIS

1.1. Eléments géographiques	p. 7
1.1.1. Un grand espace peu disponible	p. 7
1.1.2. Un climat chaud et humide	p. 8
1.1.3. Vulnérabilité aux aléas naturels	p. 9
1.2. Eléments démographiques	p. 10
1.2.1. Une population jeune et en forte croissance	p. 10
1.2.2. Une mosaïque de populations	p. 12
1.2.3. Une population inégalement répartie	p. 14
1.2.4. Le défi des perspectives démographiques	p. 14
1.3. Espace et économique et social	p. 15

2. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

2.1. Mortalité :	p. 16
2.1.1. Mortalité générale	p. 16
2.1.2. Mortalité prématurée	p. 20
2.1.3. Mortalité infantile	p. 21
2.2. Morbidité	p. 22
2.2.1. Santé maternelle et infantile	p. 22
2.2.2. Maladies infectieuses transmissibles	p. 23
2.2.3. Cancers	p. 24
2.2.2. Recours aux soins	p. 24

3. PROMOTION DE LA SANTE

p. 28

4. FORMATION ET RECHERCHE

p. 30

5. OFFRE DE SOINS

5.1. Ressources humaines	p. 32
5.1.1. Médecins	p. 32
5.1.2. Autres professionnels	p. 35
5.2. Structures d'hospitalisation	p. 36
5.2.1. Une offre déficitaire	p. 36
5.2.2. Une offre inégalement répartie	p. 39
5.2.3. Santé mentale	p. 40
5.3. Secteur ambulatoire	p. 41
5.3.1. Professions libérales	p. 41
5.3.2. Réseaux de santé	p. 42
5.3.3. Centres délocalisés de prévention et de soins	p. 42
5.3.4. Protection maternelle et infantile	p. 43
5.3.5. Croix Rouge Française	p. 43
5.3.6. Education Nationale	p. 44

6. OFFRE MEDICO SOCIALE

6.1. Prise en charge des personnes âgées ou handicapées	p. 46
6.2. Prise en charge des addictions	p. 50

7. SANTE ENVIRONNEMENTALE

7.1 Accès à l'eau et maladies entériques	p. 53
7.2 Maladies vectorielles	p. 55
7.2.1. Paludisme	p. 55
7.2.2. Dengue	p. 56
7.3 Pollution environnementale	p. 57
7.3.1. Pollution mercurielle	p. 57
7.3.2. Activités spatiales	p. 58

Quelques chiffres clefs sur la Guyane (année 2009)

Population :

Population en 2010 : 232 223 – Projection pour 2030 : 442 000

Variation annuelle moyenne depuis 1999 : + 3,9%

Taux de natalité : 29,9‰ – Taux de mortalité : 3,4‰

Densité : 2,7 hab./km²

Santé :

Espérance de vie à la naissance (homme) : 75,4 ans (en 2007)

Espérance de vie à la naissance (femme) : 81,3 ans (en 2007)

Taux de mortalité infantile : 10,4‰

Taux de mortalité prématurée : 293,9/100 000

1^{ère} cause de décès : maladies cérébro-vasculaires

1^{er} motif d'hospitalisation (par le nombre de séjour) : obstétrique (17,6%)

1^{ère} classe thérapeutique remboursée par l'Assurance Maladie : antirétroviraux (VIH)

Economie :

PIB régional : 3,2 milliards d'€ soit 14 028 €/hab.

Revenus disponible : 9 837 €/hab.

Taux d'inflation : 0,6 %

Chômage* : 21,1% de la population active

Bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat* : 9,3 % population

Bénéficiaires de la CMUc* : 31,6 % de la population

Dépense de l'état : 1,075 milliards d'€ - Recette : 0,131 milliards d'€

Exportation de biens: 0,124 milliards d'€ - Importation : 0,765 milliards d'€

* années 2010

1. ESPACE GUYANAIS

1.1. Eléments géographiques

La Guyane est un territoire équatorial d'Amérique du sud situé entre les 2^{ème} et 6^{ème} degrés de latitude nord, et ouvert sur l'Océan Atlantique. Ses frontières fluviales est (fleuve Oyapock) et ouest (fleuve Maroni) la séparent respectivement du Brésil et du Suriname.

Administrativement, ce territoire est une région mono départementale française (Département Outre Mer depuis 1946, Région depuis 1982), et une Région Ultra Périphérique de l'Union Européenne. Il est représenté dans l'Association des Etats de la Caraïbes dont la France est membre, et est géographiquement situé à la croisée de trois espaces économiques : l'Union Européenne dont il fait partie, le Mercosur et le Caricom auxquels il n'est pas intégré.

1.1.1. Un grand espace à aménager

Près de quatre vingt quatorze pour cent des 84 000 km² du territoire guyanais sont recouverts de forêts, primaires pour l'essentiel. Seule la bande côtière, une plaine alluvionnaire étroite de quelques dizaines de kilomètres, est aménagée ; y sont implantés trois bassins urbains distants les uns des autres (Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni), la quasi-totalité des services et de l'activité économique, et l'unique axe routier régional, étendu d'ouest en est du Suriname au Brésil auquel il doit être relié en 2011.

Les trois quarts sud de la région, qualifiés d'espaces « intérieurs », abritent 7,2 %¹ de la population et ne sont accessibles que par voies aériennes ou fluviales, règlementairement non navigables. Trois aéroports permettent les dessertes aériennes régulières, non quotidiennes, des bourgs de Maripasoula, Grand-Santi et Saül. Les cours supérieurs des fleuves frontaliers Maroni, à l'ouest, et Oyapock, à l'est, ne sont pas desservis.

Plus de 90% du foncier est propriété de l'Etat. Les conditions de cession, concession ou mise à bail sont prévues par l'ordonnance foncière du 2 septembre 1998. Toutefois l'occupation illégale de ce foncier public est un fait non rare, aussi bien en site urbain que forestier où prolifèrent respectivement les zones d'habitats spontanés et les activités clandestines, notamment d'orpaillage.

¹Populations recensées par l'INSEE en 2008 dans les communes de Camopi, Grand-Santi, Maripasoula, Ouanary, Papaïchton, Sainte-Elie et Saül, soit 16 009 habitants. La commune d'Apatou (6489 habitants en 2008) n'est pas prise en compte car desservie par voie routière depuis 2010.

L'infrastructure limitée de la région et l'indisponibilité du foncier d'Etat handicapent le développement de l'offre de soins en Guyane :

- Le cloisonnement et l'éloignement géographique des bassins de vie imposent une logistique coûteuse, renchérissant la construction et le fonctionnement des services ;
- Les transports sanitaires utilisant des moyens « non réguliers » ne sont pas pris en charge par l'assurance Maladie, faisant supporter d'importantes charges financières aux établissements déployés dans les communes isolées.

1.1.2. Un climat chaud et humide²

Soumis à l'influence de la zone inter tropicale de convergence, le climat guyanais comprend un cycle régulier de saisons que distinguent les variations de l'amplitude thermique quotidienne (en moyenne 8,5° Celsius avec des extrêmes à 17°C.), elles-mêmes modulées par la nébulosité et à la ventilation. La région est exempte de risque cyclonique.

Tab 1 : caractéristiques des valeurs moyennes annuelles du climat guyanais

Température	26,5°C. (de 16° à 36° selon la saison et le lieu)
Amplitude thermique quotidienne	8,5°C. (jusqu'à 17°C. en forêt)
Humidité relative	75 à 85 %
Amplitude quotidienne	50 à 100% (saison sèche) et 75 à 98% (saison humide)
Pluviométrie	3000 mm sur le littoral, 2500 mm à l'intérieur
Insolation	2200 heures
Vitesse du vent	10 à 15 km/h (vitesse maximale enregistrée : 80 km/h)

²GROUSSIN J., Le climat guyanais, in *Atlas illustré de la Guyane 4^{ème} édition*, Laboratoire de cartographie de la Guyane IESG, 2010;45-49

1.1.3. Vulnérabilité aux aléas naturels

Plus des deux tiers³ de la population sont exposés à au moins l'un des trois principaux aléas suivants : inondation, mouvement de terrain, et littoral (submersion et variation du trait de côte). Les séismes et feux de forêts sont rares et circonscrits. Il n'y a pas de cyclone.

Les années 2006 et 2008 sont marquées par d'importantes inondations sur le cours inférieur du Maroni. L'agglomération de Cayenne elle-même est en partie située en zone inondable. La cinétique lente de ces phénomènes, qu'explique une faible déclivité des cours d'eau incriminés, les rend toutefois peu dangereux.

Les mouvements superficiels de terrain constituent un risque croissant dans l'agglomération cayennaise, où la pression démographique favorise l'occupation - volontiers spontanée - et la déstabilisation de collines, que l'infiltration des eaux de pluie achève de fragiliser. A ce jour, un évènement mortel est connu : le glissement de terrain du mont Cabassou à Cayenne en avril 2000 (10 morts).

Le plateau guyanais est un craton quasiment dépourvu d'activité tectonique et sismique. Toutefois la secousse de magnitude 5,2 ressentie le 8 juin 2006 et dont l'épicentre se situe à 60 km au sud est de Cayenne, atteste la possibilité de réactivations épisodiques de failles anciennes le parcourant. L'Institut de Physique du Globe estime à plusieurs siècles le risque de récurrence de séismes potentiellement destructeurs, de magnitude supérieure à six.

Enfin, bien que la Guyane ne soit le siège d'aucune activité volcanique, sa desserte aérienne, moyen quasi exclusif d'approvisionnement urgent et d'évacuation sanitaire, est soumise aux aléas volcaniques caribéens et européens comme le rappelle les fermetures transitoires des liaisons vers les Antilles françaises en février 2010 puis vers la métropole en avril 2010, leurs espaces aériens étant fermés suite aux éruptions respectives de la soufrière de Montserrat et du volcan islandais Eyjafjöll.

³68% en 2006 selon l'INSEE

1.2. Eléments démographiques

La population guyanaise, 232 223⁴ individus au 1^{er} janvier 2010, est jeune et croit très rapidement. Elle est par ailleurs pluri culturelle et inégalement répartie sur le territoire.

1.2.1. Une population jeune et en forte croissance

La population guyanaise connaît l'une des croissances démographiques plus élevée au monde avec un taux de variation annuel moyen de + 3,9 %.

Tab 2 : Population : effectif et taux de variation annuel moyen de la population guyanaise depuis 1974

Année	Population totale	Période	Croissance annuelle moyenne	Part du solde naturel	Part du solde migratoire
1974	55 125				
1982	73 022	1974-82	3,9 %	48,7 %	51,3 %
1990	114 678	1982-90	5,8 %	39,6 %	60,4 %
1999	157 213	1990-99	3,6 %	75,0 %	25,0 %
2007	213 029	1999-07	3,9 %	71,8 %	28,2 %

Le doublement de la population attendu dans les vingt prochaines années ne devrait guère modifier sa répartition par âge. En 2007, les moins 20 ans représentent 44,3 % de l'effectif ; l'âge moyen est de 26,4 ans. Néanmoins l'effectif des plus de 80 ans aura lui aussi doublé d'ici 2020, et quadruplé d'ici 2030.

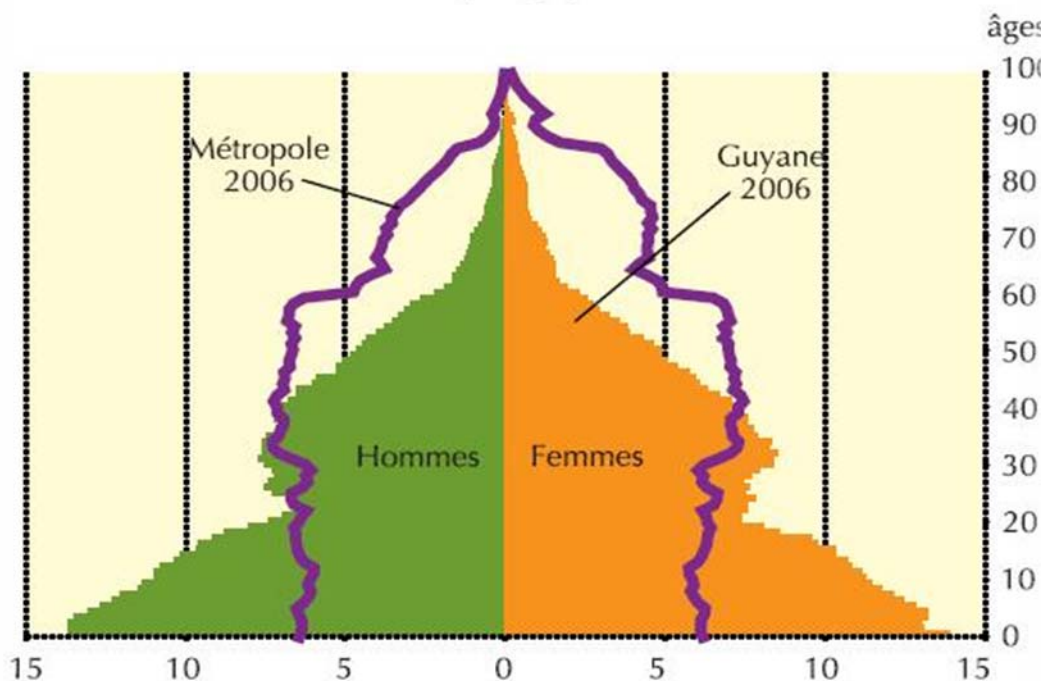
Tab 3 : Population guyanaise : répartition par âge en 2008

	0 - 4 ans	4 - 14 ans	15 - 34 ans	35 - 64 ans	65-74 ans	75 et plus	Total
Effectif	27607	49356	70377	65643	5062	3455	221500
	0 – 20 ans		20 – 59 ans		60 et plus		
Effectif	97710 (44,1%)		110542 (49,9%)		9793 (6%)		221500

⁴INSEE : projection de population régionale réalisée avec le modèle Omphale 2010 selon un scénario central

Une dynamique démographique exceptionnelle

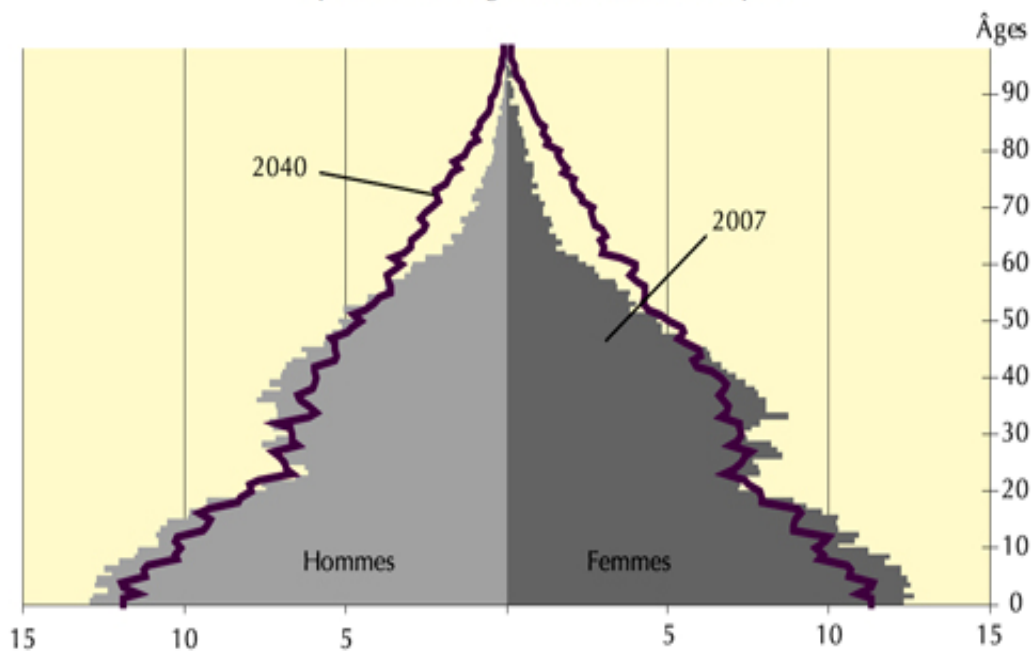
Effectif de chaque âge pour 1000 habitants



Source : Insee - estimations de population

Pas de bouleversement de la structure par âge

Pyramides des âges en structure en Guyane



Effectif de chaque âge pour 1000 habitants

Source : Insee, Omphale 2010

Tab 4 : Population guyanaise : indicateurs démographiques

	2007
Taux de natalité	29,9°/00
Nombre d'enfants par femme	3,7
Taux de mortalité	3,4°/00
Taux de mortalité infantile	10,4°/00 (moyenne 2005/2007 : 11,8°/00)
Taux de mortalité périnatal	13,6 °/00* (moyenne 2005/2007 : 15,8°/00)
Espérance de vie à la naissance (homme)	75,4 ans
Espérance de vie à la naissance (femme)	81,3 ans
Espérance de vie à 60 ans (homme)	21,8 ans
Espérance de vie à 60 ans (femme)	25,1 ans

* en 2008

1.2.2. Une mosaïque de populations

En 2007, 38,3 % des habitants ne sont pas français de naissance. Trois nationalités représentent 88 % des étrangers recensés : surinamais (38,7 %), haïtiens (25,7 %) et brésiliens (25,7 %). Les français de nationalité sont eux même une mosaïque d'ethnies (six groupes communautaires amérindiens et quatre groupes de noirs marrons) et d'ensembles culturels où se mêlent créoles guyanais et caribéens, minorités commerçantes descendant de chinois et libanais, et autres migrants d'origine métropolitaine, sud américaine ou Hmong.

Tab 5 : population guyanaise, répartition en % par nationalité en 2007 (INSEE)

Français	61,7
Français de naissance	56,1
Français par acquisition	5,6
Etrangers	38,3
Surinamais	14,8
Haitiens	9,8
Brésiliens	9,0
Guyaniens (Guyana)	1,8
Chinois	0,6
Dominiquais (république dominicaine)	0,4
Péruviens	0,3
Autres étrangers (Union européenne)	0,4
Autres étrangers d'Amérique	0,5
Autres	0,5

Une enquête⁵ transversale sur la prévalence de l'obésité conduite auprès des enfants scolarisés en deuxième année de cours élémentaire en 2009 – 2010 rend compte, d'un point de vue linguistique, de cette variété : les langues parlées dans leurs foyers sont le français (43,8 % des pères et 41 % des mères), puis le sranatango (respectivement 28,0% et 22,8%). Les créoles (au moins cinq à base française ou anglaise) et le portugais sont parlés chacun dans près de 10% des foyers, suivis de l'anglais, des dialectes amérindiens, de l'espagnol, du chinois et du hmong.

La réalité de la situation des personnes en situation irrégulière est difficile à apprécier : les flux migratoires sont permanents, favorisés par le caractère naturel et peu contrôlable des frontières guyanaises, et certains bassins de vie, notamment sur le Maroni, sont historiquement transfrontaliers. Elle est de plus éminemment conjoncturelle, influencée par l'instabilité politique et les disparités économiques du continent sud américain et de la Caraïbe. En 2009, près de 11500 ressortissants étrangers en situation irrégulière sont interpellés et 9000 reconduits aux frontières⁶.

Ces flux migratoires continus et la diversité ethnique et culturelle de la population posent plusieurs défis aux systèmes de santé :

- la multitude des langages et des représentations culturelles du corps ou de la maladie limite l'impact des programmes volontiers standardisés de prévention et promotion de la santé, ainsi que l'information sur l'accessibilité du système de soins ;
- la méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations et, parfois, des acteurs sociaux de santé explique l'absence de droit ouvert d'une partie des patients pris en charge par des structures de soins ainsi confrontées à des difficultés de recouvrement auprès des organismes d'Assurance Maladie ;
- le caractère conjoncturel de ces mouvements migratoires rend ardu l'exercice prospectif de planification de l'offre régionale de soin (voir 1.2.4)

⁵Prévalence de l'obésité chez les élèves du cours élémentaire 2 scolarisés durant l'année 2009-2010 en Guyane Française- NutriEI. Observatoire régional de la Santé de Guyane

⁶Rapport public annuel Cour des Comptes 2011

1.2.3. Une population inégalement répartie

L'essentiel du territoire guyanais est inoccupé, du moins de manière légale et pérenne. Plus de 90 % de la population vit dans l'une des trois agglomérations dispersées sur 300 km d'une étroite bande littorale : Cayenne, Kourou ou St Laurent.

La densité de la population recensée est de 2,7 hab./km² pour la région, variant de 0,04 à Saül, à près de 2500 à Cayenne. La réalité de l'occupation des espaces forestiers est difficile à apprécier compte tenu de la progression de l'orpaillage clandestin animé par une population estimée à plusieurs milliers d'individus.

1.2.4. Le défi des perspectives démographiques

Durant les années quatre vingt, le développement économique, en partie imputable à l'activité du centre spatial de Kourou, puis l'arrivée de milliers de réfugiés fuyant la guerre civile au Suriname ont profondément remanié la distribution de la population en favorisant d'importants courants migratoires économiques ou politiques de populations jeunes et fécondes.

L'explosion démographique actuelle n'est pas homogène et affecte particulièrement le bassin urbain de Saint Laurent du Maroni, probable ville la plus peuplée de Guyane d'ici 10 ans et dont la population pourrait quintupler d'ici 2030. L'agglomération pourrait alors accueillir la moitié du peuplement régional.

L'INSEE base ses projections démographiques sur la prépondérance de la croissance naturelle et un flux migratoire constant. Toutefois, de nombreuses incertitudes économiques et politiques pèsent sur la région Caraïbe et sud américaine ; leur répercussion démographique sur la Guyane est difficile à appréhender, comme l'est l'impact de l'ouverture en 2011 de l'axe routier Cayenne – Macapà (Brésil) symbolisé par l'inauguration du premier pont transfrontalier sur le fleuve Oyapock prévue en 2011.

1.3. Espace économique et social⁷

L'économie guyanaise connaît une forte expansion économique dont l'impact social est limité voire annihilé par une croissance démographique encore plus forte. Ainsi l'écart social avec les autres régions françaises se creuse, et ses indicateurs régressent.

- le PIB progresse annuellement de 5,2% entre 1993 et 2006, mais le revenu par habitant en valeur réelle stagne (+0,1% par an sur la même période) et recule par rapport à la métropole dont il est inférieur de 52% en 2007 ;
- le taux de chômage demeure élevé (20,3% de la population active en 2007) malgré le doublement (+105%) du nombre des emplois observés entre 1982 et 2005, cette progression étant inférieure à la croissance de la population d'actifs (+146% sur la même période) ;
- le taux de logement équipés régresse malgré une forte progression en valeur absolue du nombre de constructions

Ce paradoxe d'une Guyane progressant vite sans rattraper son retard voire l'aggravant, se retrouve dans l'évolution de l'offre de soins et des indicateurs de morbidité.

La proportion importante de bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle complémentaire (31,2 % de la population en 2010⁸) et de l'Aide médicale d'Etat est un indicateur de précarité de la population guyanaise (9,3 % de la population en 2010⁹). Fin janvier 2011, un mois après la mise en place du revenu de solidarité active (RSA), le Conseil général estime à 17000 le nombre de ses bénéficiaires, soit 7,3 % de la population.

Les procédures d'avis d'autorisation de séjour pour étrangers malades – 1524 en 2009 dont 689 haïtiens, 426 surinamais et 160 brésiliens - révèlent une autre forme de précarité. Un projet de loi adopté le 12 mai 2011 sur l'immigration durcit les règles d'éloignement des étrangers sans papier. Préoccupée par son impact sur leurs accès aux soins, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie exprime, lors de sa séance plénière du 24 mai 2011, le souhait de bénéficier d'un bilan régulier de ces demandes d'avis.

⁷HECQUET V., MORIANNE E. Guyane : un développement sous contraintes. *AntianeEchos* n°11. INSEE, 2008

⁸D'après la Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane

2. ETAT DE SANTE DES POPULATIONS

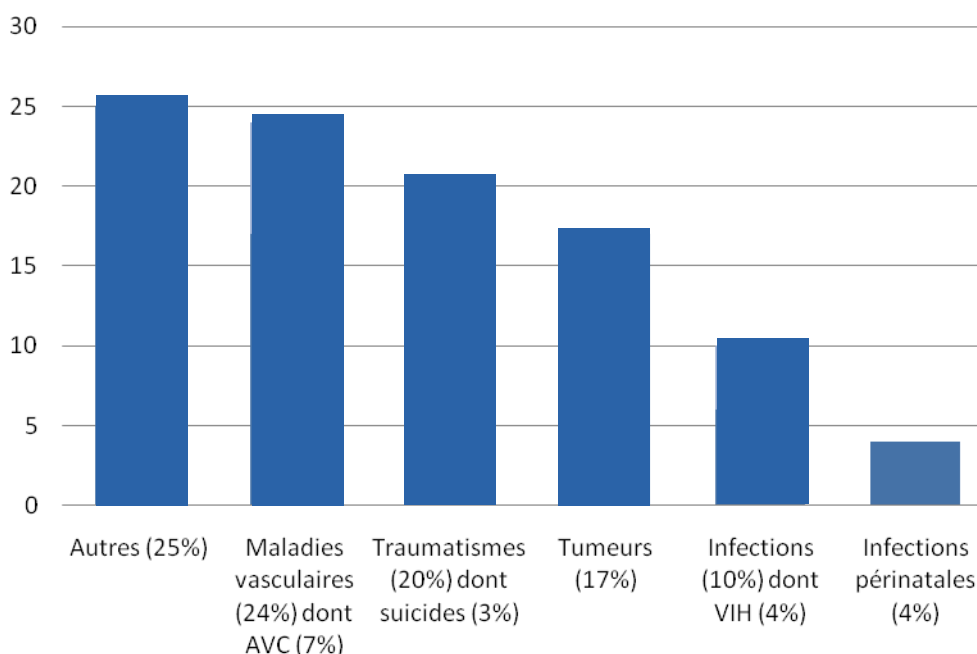
2.1. Mortalité

L'analyse des causes de décès survenus en Guyane entre 2005 et 2007 doit tenir compte de leur faible effectif, en moyenne 235 par an : pour de nombreuses pathologies, une discrète modification du nombre réel de décès peut se traduire par une forte variation statistique. Une autre limite est la proportion élevée (14%) de certificats de décès inexploitable car mentionnant une « cause inconnue » ou un « symptôme et état morbide mal défini ».

2.1.1. Mortalité générale

L'examen des causes de décès selon les catégories simplifiées de la classification CIM⁹ objective la prépondérance des maladies vasculaires ; l'analyse détaillée des causes place les maladies cérébro-vasculaire en première position (6,8 % de l'ensemble des décès).

Tab 6 : Distribution en % des principales catégories de causes parmi les 705 décès enregistrés en Guyane entre 2005 et 2007¹⁰



⁹CIM : Classification International des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les catégories génériques ont été reconstituées en regroupant les code CIM (version 10) suivants : maladies vasculaires : I00-I99 - traumatismes : V01-Y89 – tumeurs : C00-D89 - Infections A00-B99 et J10-J18 - Infections périnatales P00-P96

¹⁰Exploitation ARS des données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM)

- Compte tenu de la jeunesse de la population guyanaise - 26,4 ans d'âge moyen - la prééminence des maladies vasculaires, dont près des deux tiers sont d'origine ischémique, est le probable reflet indirect d'une forte et précoce prévalence de facteurs de risques classiques et volontiers intriqués : surpoids, hypertension artérielle et diabète, cette dernière pathologie représentant directement à elle seule 3% de la mortalité régionale.

Tab 7 : Incidence des hospitalisations d'accidents vasculaires cérébraux et facteurs de risques associés (année 2005 à 2007, source : PMSI)

Pathologie	Nombre annuel moyen d'AVC entre 2007 et 2009	%
AVC	191	100
AVC & HTA sans diabète	93	49
AVC & diabète sans HTA	8	5
AVC & HTA & diabète	38	20
AVC avec HTA ou diabète ou les deux	139	74

- Le poids apparent des pathologies tumorales doit être relativisé : cet ensemble hétérogène regroupe plusieurs dizaines d'entités - tumeurs malignes et bénignes de tous les organes - distinctes en termes d'étiologie, populations à risque ou traitements. Individuellement, chaque type de cancer pèse peu sur la mortalité générale ; le plus fréquent d'entre eux, celui de la prostate, n'entraîne en moyenne que 4 décès annuels, soit 0,6% des causes de mortalité.
- Près de la moitié de la mortalité infectieuse est due aux complications du VIH, dont le taux de mortalité standardisé sur l'âge est 15,9 fois supérieur à celui observé en métropole.

Tab 8 Taux de mortalité des dix principales causes de décès parmi les 705 survenus entre 2005 et 2007 en Guyane (exprimés pour 100000 habitants)

	Taux bruts			Taux standardisés ¹¹ sur l'âge			
	homme	femme	total	Guyane			métropole
	homme	femme	total	homme	Femme	total	Total
AVC	23,4	23,3	23,4	31,5	21,7	29,9	17,7
Cardiopathie non ischémique	17,8	18,2	18,0	23,3	20,7	20,7	22,4
Accidents (hors transport)	34,3	8,6	21,3	36,3	9,1	22,4	9,3
Mal. de l'appareil circulatoire ¹²	15,8	15,7	15,7	22,8	17,5	20,6	17,2
Infection périnatales	16,5	13,7	15,1	20,8	18,4	19,6	5,4
SIDA et VI	17,8	11,5	14,6	19,9	12,3	15,9	1,0
Accident de transport	25,1	4,5	14,6	26,2	4,1	14,8	7,4
Diabète	7,9	12,8	10,4	10,5	17,5	14,1	6,6
Autres maladie infectieuses	13,2	8,0	10,6	16,7	10,1	12,9	4,7
Cardiopathie ischémique	11,5	5,8	8,6	14,8	6,6	10,9	23,1
Suicides	13,2	7,0	10,1	13,8	6,7	10,1	12,5

Tab 9 Comparaison par sexe des taux brut de mortalité des principales causes de décès parmi les 705 décès survenus en Guyane entre 2005 et 2007

Femmes	Taux	Hommes	taux
AVC	23,3	Accidents (hors transport)	43,2
Cardiopathies non ischémiques	18,2	Accidents transport	34,2
Autres maladie de l'appareil circulatoire	15,7	AVC	25,1
Infections périnatales	13,7	Maladies liées au VIH	17,8
Diabète	12,8	Cardiopathie non ischémiques	17,8
Maladies liées au VIH	11,5	Infections périnatales	16,5
Accidents (hors transport)	8,6	Homicides	16,1
Autres infections	8,0	Autres maladie de l'appareil circulatoire	15,8
Mal. de l'appareil digestif (hors tumeurs et hépatites)	7,7	Autres infections	13,2
Tumeur maligne du sein	7,0	Suicides	13,2
Suicides	7,0	Cardiopathies ischémiques	11,5
Cardiopathies ischémiques	5,8	Tumeurs de la prostate	11,5
Maladies endocrinienne (hors diabète)	5,4	Diabètes	7,9

¹¹Standardisation sur la population européenne eurostat 1976 (analyse ARS)

¹²A l'exception des cardiopathies et accidents vasculaires cérébraux

La comparaison des taux de mortalité standardisés sur l'âge de Guyane et de France métropolitaine est limitée par le faible effectif des décès enregistrés en Guyane ; parler par exemple d'un risque de mortalité par méningite accru de 479 % n'a guère de sens, son calcul portant sur moins d'un cas annuel. Cette limite étant rappelée, l'examen comparatif des causes de surmortalité observée en Guyane identifie des domaines sanitaires où un potentiel d'amélioration doit être recherché :

- maladies infectieuses, notamment le VIH et infections périnatales
- causes externes de traumatismes
- maladies vasculaires - AVC notamment - et leurs facteurs de risque
-

Tab 10 : Principales causes de surmortalité observées en Guyane et estimation du nombre de vie perdues par rapport à la situation sanitaire métropolitaine¹³

	Effectif des décès	Nombre de décès en excès	Proportion des décès évitables
Complications liées au VIH	30	28	93 %
Accidents (hors transport)	44	26	59 %
Infection périnatales	31	22	71 %
AVC	48	20	42 %
Homicides	18	17	94 %
Accidents de transports	30	15	50 %
Mal. Infectieuses, hors VIH et périnatalité	22	14	64 %
Diabète	21	11	52 %
Intoxication accidentelles	11	9	82 %
Maladie de l'appareil circulatoire (hors cardiopathies et AVC)	32	5	16 %

Tab 11 : comparaison des taux brut de mortalité (pour 100 000 hab.) de métropole et Guyane par classe d'âge (moyenne des années 2005 à 2007)

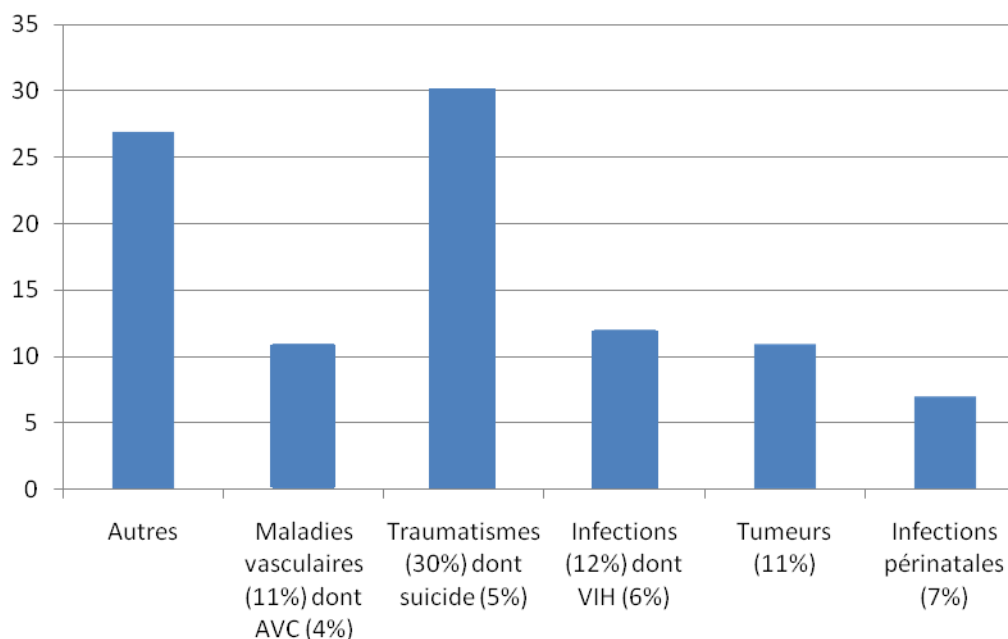
	< 1 an	1-4	5 -14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	>95 ans
Métropole	366,9	19,8	10,1	44,9	66,6	142,8	373,5	717,2	1540,5	4133,7	12303,7	30783,45
Guyane	1251,3	109,4	40,5	100,7	180,2	271,1	344,8	666,0	1677,5	3956,3	7335,8	14931,2
Rapport Guy/mé	3,4	5,5	4,0	2,2	2,7	1,9	0,9	0,9	1,1	1,0	0,6	0,5

¹³Estimation basée sur la comparaison des taux de mortalité standardisés sur l'âge (population européenne - Eurostat IARC 1976) de la Guyane et de la France métropolitaine, sur la période 2005 à 2007

2.1.2. Mortalité prématurée

L'étude de la mortalité prématurée, celle affectant les moins de 65 ans, retrouve les mêmes causes principales de décès qu'en population générale ; le poids des causes externes de traumatismes y est plus important. La mortalité par maladies vasculaires demeure élevée pour une telle tranche d'âge.

Tab 12 : Distribution en % des principales causes parmi les décès avant 65 ans enregistrés en Guyane entre 2005 et 2007



Tab 13 : taux de mortalité prématurée pour 100 000 habitants, standardisées sur l'âge (ans 2005-07)

	Total
Causes externes de traumatismes et empoisonnement	61,9
Maladie de l'appareil circulatoire	26,9
dont AVC	10,7
Maladies infectieuses et parasitaires	26,6
dont VIH	13,5
Tumeurs	26,2
Infections périnatales	19,6

2.1.3. Mortalité infantile¹⁴

L'analyse des 51337 naissances survenues en Guyane entre 2000 et 2008 révèle une mortalité infantile (décès survenant avant un an) 3,1 fois supérieur à la métropole. Près de la moitié de ces décès survient avant 7 jours de vie (mortalité néonatale précoce). Le taux élevé de prématuré, 14,3% dont 3,8% pour les moins de 32 de semaines¹⁵, est l'un des facteurs avancés pour l'expliquer (ce taux est moitié moindre en métropole).

La mortalité périnatale (fœtus d'au moins 28 semaines de gestation mort nés et nourrisson de moins de 6 jours) a diminué de moitié ces vingt dernières années, passant d'une trentaine de cas pour mille naissances au début des années quatre vingt dix à 15,8^o/₀₀ sur les années 2005 à 2007.

Tab 14 : Effectifs, parts et taux de mortalité infantile selon l'âge en Guyane et métropole entre 2000 et 2008

	Naissances	% des décès (n = 607)				Taux de mortalité pour 1000 nés			
		Effectif	< 7 jours	7 à 27 jours	> 28 jours	< 1 an	< 7 jours	7 à 27 jours	> 28 jours
Guyane	51337	45,5	17,6	36,9	100,0	5,37	2,08	4,37	11,82
Métropole	6976170	45,7	20,1	34,3	100,0	1,75	0,77	1,31	3,82

Tab 15 : répartition des décès et taux de mortalité infantile par grands groupes de causes entre 2000 et 2008

	Répartition des décès en % par cause		Taux de mortalité pour 100000	
	Guyane	Métropole	Guyane	Métropole
Affections de la période périnatale	47,1	48,3	551,1	181,5
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	15,7	21,1	183,5	79,3
Symptômes inconnus ou mal définis	16,2	14,5	191,2	52,3
Morts violentes	5,4	2,8	62,7	10,6
Maladies infectieuses	4,8	1,9	56,5	7,3
Autre	10,9	11,5	128,0	43,1

¹⁴D'après le rapport intermédiaire remis par le CEpiDC (INSERM) en décembre 2010 sur « les caractéristiques de la mortalité infantile dans les départements d'outre-mer – Comparaison avec les données métropolitaines – années 2000 – 2008 » (convention Inserm - DREES)

¹⁵Registre d'Information des Grossesses 2009

2.2. Morbidité

L'approche des états morbides en Guyane se heurte à plusieurs difficultés :

- quatre domaines pathologiques seulement font l'objet d'un enregistrement systématique et exhaustif de données :
 - o Le Registre d'Issue de Grossesses, créé en 1983 pour guider la stratégie régionale de réduction de la mortalité infantile. Administré par le Conseil Général, ce registre décrit de manière exhaustive l'ensemble des grossesses survenant en Guyane ;
 - o Le Registre des Cancers, certifié en 2010 par l'Institut de Veille Sanitaire, initialement mis en œuvre par l'Union Régionale des Médecins Libéraux¹⁶. Les premières données publiées couvrent la période 2005 à 2007.
 - o REIN, registre sur l'insuffisance rénale terminale, mis en place en 2011 au Centre d'Investigation Clinique Epidémiologie Clinique (centre hospitalier de Cayenne).
 - o Les maladies à déclaration obligatoire
- Les données des Affections « Longue Durée » sont peu exploitables, car les bénéficiaires de l'AME, de la CMU ou des soins urgents, soit près de la moitié de la population guyanaise, sont rarement inscrits parallèlement dans un dispositif d'ALD ;
- Les rares enquêtes épidémiologiques d'envergure sont généralement ponctuelles.

2.2.1. Santé maternelle et infantile¹⁷

Tab 16 : description des 6325 grossesses survenues en Guyane en 2009 (source : Registre d'Issue de Grossesse – Conseil Général)

Age moyen des parturientes : 27,2 ans ; 417 (7,2%) sont mineures et 40 (0,6%) ont moins de 15 ans
 Parité : 34,5% des mères ont 4 enfants et plus ; 13,6% ont 6 enfants et plus - Mauvais suivi prénatal¹⁸ : 38.36 %
 Taux de césarienne : 20,3 %

Complications hypertensives 6,4% - Diabète 1,3 %

Prématurés : 14,3 % (3,8% ont moins de 32 semaines)
 Hypotrophie : 13,2 % (1,4% d'hypotrophie sévère < 1000g)

Prévalence de quelques infections maternelles VIH : 1,1 % - hépatite B : 1%, HTLV-1 : 1%

¹⁶Commuée en 2010 en « Union Régionale des Professions de Santé » (collège des médecins)

¹⁷Voir chapitre 2.1.3 consacré à la mortalité infantile

¹⁸Défini par l'un des critères suivants : moins de 4 consultations prénatales, première consultation tardive (à partir du second semestre) et ou moins de deux échographies (étude Malinguy « fréquence, déterminants et conséquences du mauvais suivi des grossesses en Guyane française », portant sur 1444 grossesses en 2008)

En Guyane, plus d'un tiers des femmes majeures ont eu au moins une interruption volontaire de grossesses (IVG) ; un quart en ont eu plus de trois. En 2010, 2010 IVG sont réalisées (22% d'augmentation en 6 ans), principalement en milieu hospitalier (16,8 % au Centre de Planning et d'Education Familiale, et 4,5% en médecine ambulatoire). L'accès à l'IVG paraît inégalitaire : 59,5% sont réalisées à Cayenne et seulement 23,7% à St Laurent, alors que le nombre d'accouchements dans ces deux villes est similaire.

2.2.2. Maladies infectieuses transmissibles

- **Infection par le VIH** : plus d'un pour cent des parturientes sont infectées par le VIH, ce qui place la Guyane en situation épidémique selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le COREVIH estime l'incidence à plus de 250 cas annuels. La file active en milieu hospitalier - environ 1500 patients en 2009 - augmente de 7% par an. Le diagnostic est volontiers tardif : un tiers l'est au stade SIDA (deux tiers à St Laurent du Maroni). Le taux de mortalité est quinze fois supérieur à celui connu en métropole.

D'importants progrès sont réalisés ; par exemple, le taux de succès thérapeutique des patients sous anti rétroviraux a doublé depuis 2002, et est aujourd'hui comparable à celui de la métropole (80%). Néanmoins, ces efforts sont peu apparents en termes d'incidence ou de précocité du diagnostic, du fait d'une surreprésentation des ressortissants étrangers (près de 80% des cas incidents) : l'isolement et le renouvellement de ces populations limitent l'impact des campagnes de prévention et dépistage.

En 2009, la Haute Autorité de Santé puis le plan vih-sida-ist outre mer 2010/2014 souligne les caractéristiques épidémiologiques particulières de l'infection par le VIH en Guyane et insiste sur la nécessité d'y mettre en œuvre des stratégies de dépistage spécifiques et volontaires, reposant sur une proposition régulière du test de dépistage à l'ensemble de la population.

- **Tuberculose** : en 2007, l'incidence de la tuberculose est de 23,3 pour 100 000 habitants (8,9 en métropole). Selon le CISIH, 15 à 20% des sujets séropositifs pour le VIH sont co-infectés ; la tuberculose est la seconde affection opportuniste au stade SIDA. La lutte anti tuberculeuse est déléguée à la Croix Rouge ; la progression de l'activité suite à une récente redynamisation de son programme de lutte laisse penser que la prévalence de la maladie est sous estimée (données non encore disponibles).

2.2.3. Cancers

Tab : 17 : Incidence des cancers en Guyane entre 2003 et 2005 (registre des cancers, URML)

Localisation*	Homme		Femme	
	Taux brut	Taux standardisé	Taux brut	Taux standardisé
Prostate (+)	91,7	162,0	-	-
Sein (-)	-	-	38,1	44,8
Col utérin invasif (+)	-	-	25,5	30,3
Colon rectum	11,0	16,5	13,3	17,7
Poumon, bronche, trachée(-)	14,9	22,9	6,3	8,3
Estomac (-)	13,5	22,2	5,6	7,7
Oropharynx	12,8	17,7		

* (-) localisation plus rare qu'en métropole ; (+) localisation plus fréquente en Guyane

Le cancer du col de l'utérus est provoqué par une infection sexuellement transmissible à *Papilloma Virus* oncogène. Il est la première cause de décès par cancer chez la femme en Amérique latine, et, en Guyane la seconde localisation maligne féminine après l'atteinte mammaire.

Son incidence est 4,3 fois supérieure à celle de métropole (taux standardisé = 30,3 pour 10000) alors que ce cancer est en grande partie évitable par un dépistage précoce des lésions cervicales pré cancéreuses. Faute de progrès dans les pratiques collectives de prévention, une femme sur trente pourrait en développer un avant l'âge de 75 ans.

2.2.4. Recours aux soins

Une approche du recours aux soins est appréciée au travers du PMSI¹⁹ et des bases SNIRAM²⁰. Malgré sa limite, cette exploitation retrouve certains traits caractéristiques des besoins de santé en Guyane comme l'importance de l'obstétrique dans le volume d'activité hospitalière (Tab. 17), ou l'importance de l'épidémie de VIH que reflète le volume de remboursement consacré aux médicaments anti rétroviraux par l'Assurance Maladie (Tab18).

¹⁹Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations, administré par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

²⁰Système National d'Information Inter Régions de l'Assurance Maladie

Tab 18 : répartition des séjours MCO en fonction de la catégorie majeure de diagnostic en 2009 (source : PMSI)

CMD	Libellé	Nombre de séjour effectués en Guyane	Nombre de séjours effectués hors Guyane	Nombre total de séjours
28	Séances	11 128	1 848	12 976
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	9 699	66	9 765
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	6 140	35	6 175
6	Affections du tube digestif	5 014	290	5 304
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	3 063	399	3 462
18	Maladies infectieuses et parasitaires	2 427	46	2 473
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 526	569	2 095
9	Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins	1 875	182	2 057
1	Affections du système nerveux	1 521	269	1 790
4	Affections de l'appareil respiratoire	1 576	150	1 726
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1 507	111	1 618
11	Affections du rein et des voies urinaires	1 330	153	1 483
2	Affections de l'œil	1 151	135	1 286
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1 089	188	1 277
13	Affections de l'appareil génital féminin	1 095	150	1 245
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1 048	132	1 180
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	906	70	976
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	580	70	650
12	Affections de l'appareil génital masculin	519	44	563
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	520	19	539
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	254	244	498
25	Maladies dues à une infection par le VIH	362	8	370
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	268	13	281
19	Maladies et troubles mentaux	219	24	243
22	Brûlures	73	5	78
90	Erreurs et autres séjours inclassables	46	11	57
26	Traumatismes multiples graves	31	3	34
27	Transplantations d'organes	1	11	12
Total		54 968	5 245	60 213

Tab 19 : principales familles de médicaments vendues en Guyane et prise en charge par l'Assurance Maladie en 2009 (source : SNIRAM)

MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LE REGIME GENERAL (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes)					
<i>Comparaison Guyane 2009 / France métropolitaine 2008</i>					
<i>Tris décroissants</i>					
France métropolitaine (source MEDICAM)	Données 2008	CGSS Guyane (source ERASME régional)			Données 2009
	Montants remb	CLASSE EMPHRA	cf m ét ro uy po le	G uy an e	Montants remb
CLASSE EMPHRA		CLASSE EMPHRA			
STATINES (INHIBITEURS DE LA HMG-CoA REDUCTASE)	1 760 923 136	INHIBITEURS DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE NUCLEOSIDIQUES ET NUCLEOTIDIQUES	1		5 360 761
INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	2 693 825 016	INHIBITEURS DE PROTEASE	2		2 932 460
ANALGES.NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES	3 601 428 215	AUTRES ANTMIRAUX VIH	3		982 895
INHIBITEURS AGREGATION PLAQUETTAIRE ANTAGONISTES RECEPTEURS ADE	4 452 031 596	ASSOCIATIONS ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II ET DIURETIQUES	7	4	893 571
ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II NON ASSOCIES	5 362 006 512	INHIBITEURS DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE NON NUCLEOSIDIQUES	5		890 722
ASSOCIATIONS DE BETA 2 STIMULANTS ET DE CORTICOIDES, A INHALER	6 346 303 666	ANALGES.NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES	3	6	845 416
ASSOCIATIONS ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II ET DIURETIQUES	7 346 222 950	INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	2	7	834 031
ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES	8 320 449 438	STATINES (INHIBITEURS DE LA HMG-CoA REDUCTASE)	1	8	756 827
ANTIRHUMATISMAUX SPECIFIQUES	9 293 192 749	ANTAGONISTES CALCICIQUES NON ASSOCIES	9		720 897
ANTINEOPLASIQUES INHIBITEURS PROTEINE KINASE	10 283 904 283	INHIBITEURS AGREGATION PLAQUETTAIRE ANTAGONISTES RECEPTEURS ADE	4	10	564 043
ERYTHROPOIETINE ET SIMILAIRES	11 276 040 148	INSULINES HUMAINES ET ANALOGUES D'ACTION LENTE	11		530 369
INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION NON ASSOCIES	12 270 448 533	ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II NON ASSOCIES	5	12	448 061
Non retrouvés en Guyane		Non retrouvés en métropole			

Tab 20 : principales familles de médicaments vendues en Guyane en 2009 en nombre de boîtes (source : SNIRAM)

MÉDICAMENTS REMBOURSES PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL (Régime Général - hors Sections Locales Mutualistes)					
<i>Comparaison Guyane 2009 / France métropolitaine 2008</i>					
<i>Tris décroissants</i>					
France métropolitaine (source MEDICAM)	Données 2008	CGSS Guyane (source ERASME régional)			Données 2009
CLASSE EMPHRA	Dénombrement	CLASSE EMPHRA	cf m ét G ro uy po an le e		Dénombrement
ANALGES.NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES	1 346 681 167	ANALGES.NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES	1	1	493 422
TRANQUILLISANTS	2 57 316 278	ANTHELMINTHIQUES, SCHISTOSOMICIDES EXCLUS		2	108 116
ANTIRHUMATISMAUX NON STERODIENS NON ASSOCIES	3 40 658 202	PENICILLINES ORALES A LARGE SPECTRE	5	3	91 885
INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	4 40 179 068	ANTIRHUMATISMAUX NON STERODIENS NON ASSOCIES	3	4	65 812
PENICILLINES ORALES A LARGE SPECTRE	5 35 877 092	ANTIFONGIQUES TOPIQUES A USAGE DERMATOLOGIQUE		5	61 016
STATINES (INHIBITEURS DE LA HMG-CoA REDUCTASE)	6 35 543 614	ANTIHISTAMINIQUE SYSTEMIQUE	8	6	59 161
HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES NON ASSOCIES	7 32 381 339	ANTISEPTIQUE ET DESINFECTANT		7	54 345
ANTIHISTAMINIQUE SYSTEMIQUE	8 32 071 534	CORTICOIDES SANS ANTIINFECTIEUX A USAGE NASAL		8	44 922
BETABLOQUANTS NON ASSOCIES	9 31 932 388	INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS	4	9	44 123
ANALGES. NARCOTIQUES	10 30 568 663	ANTIRHUMATISMAL TOPIQUE		10	41 528
ANTIDEPRESSEURS INHIBITEURS SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE	11 27 267 404	ANTITUSSIFS NON ASSOCIES		11	40 940
AUTRES LAXATIFS	12 23 863 434	ANTAGONISTES CALCIQUES NON ASSOCIES		12	40 467
Non retrouvés en Guyane		Non retrouvé en métropole			

3. PROMOTION DE LA SANTE

L'éducation et la promotion de la santé en Guyane n'échappent pas aux enjeux et difficultés nationales. La prédominance du curatif dans le système de santé français peine à intégrer les approches préventives, non médicalisées, autre que dépistage ou vaccination. La loi HPST accorde une place plus importante à la prévention, mais la traduction dans les faits et le changement des habitudes doivent se poursuivre.

Une confusion entoure les concepts de « prévention », « éducation pour la santé » et de « promotion de la santé ». L'éducation pour la santé offre à chacun la possibilité d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens lui permettant de promouvoir sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité. La prévention ambitionne d'éviter la survenue de maladies ou de limiter leurs conséquences. La promotion de la santé est un concept positif et global. Il met en avant les facteurs sociaux, économiques et environnementaux. Il n'appréhende pas seulement les comportements individuels, mais l'ensemble des déterminants de santé. La question de la démocratie sanitaire est ici centrale.

La tâche la plus complexe reste de loin la coordination, particulièrement en Guyane compte de l'étendue du territoire et les difficultés de chaque secteur ou structure à accomplir ses missions propres. Les axes d'une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle doivent être formalisés, et dépassent le seul cadre des professionnels de l'éducation ou des soignants. Les réseaux de santé jouent un rôle important dans l'intégration de ces acteurs et contribuent à décloisonner les approches hospitalières, ambulatoires et associatives ; secteur mutualiste et Assurance Maladie jouent également un rôle important dans l'appui à des dispositifs voire des programmes régionaux dédiés. L'acteur incontournable de la promotion de la santé est la population elle-même. Son implication à tous les niveaux, du diagnostic et décisions stratégiques à l'action et l'évaluation, est décisive.

Les défis particuliers à la Guyane, comme l'importance des inégalités sociales et territoriales, le nombre insuffisant des professionnels qualifiés, ou l'explosion démographique accentuent la nécessité de construire des solutions partagées et pérennes. La Guyane peut s'appuyer sur ses capacités d'adaptation, de contextualisation et d'innovation des politiques, développées en raison justement de ses particularités. Certaines réussites témoignent de la dynamique engagée :

- Ateliers Santé Ville (ASV) : cinq communes pourraient en bénéficier dans le cadre du développement social et urbain en faveur des habitants de quartiers en difficulté reconnus comme prioritaires : Cayenne, Kourou, Matoury, Rémire-Montjoly, et Saint-Laurent-du-Maroni. En pratique, deux ASV sont opérationnels.
- Lutte contre le VIH : ses acteurs sont relativement nombreux et bénéficient du support d'un COREVIH, d'un réseau de santé et de deux coordinations territoriales de prévention des risques sexuels (ouest guyanais et littoral-centre) ainsi qu'une coordination transfrontalière Brésil-Guyane. Une formation universitaire de troisième cycle est créée en 2010 à Cayenne pour développer les compétences en matière d'approche communautaire de cette lutte.
- Le bassin de Saint-Laurent-du-Maroni bénéficie d'un ASV, d'une coordination de la prévention des risques sexuels et d'acteurs particulièrement dynamiques et proches. L'expérience des associations de lutte contre le VIH/Sida ou les conduites addictives, centrées sur la place des usagers, ou le recours large aux outils de médiation interculturelle et linguistique, garantit la participation de la population dans ce bassin de vie complexe.

Trois enjeux se dessinent :

- L'importance du rôle des médiateurs dans une région aux importantes inégalités sociales et à la grande diversité culturelle et linguistique ;
- La capitalisation des expériences et le développement des compétences des acteurs est essentielle et peut utilement être soutenu par le déploiement d'un plan de formation, initiale et continue et d'accompagnement ; les centres de ressources sont d'autres outils, indispensables à perpétuer voire à développer sur des thématiques particulières (addictions par exemple) ;
- Une exigence d'évaluation et d'amélioration de la qualité doit accompagner les actions de promotion de la santé et implique, là encore, la participation des bénéficiaires.

4. FORMATION ET RECHERCHE

La Guyane recèle de nombreux problèmes de santé publique originaux. A la présence d'agents pathogènes inédits, s'ajoute une diversité de populations aux caractéristiques immunitaires et métaboliques façonnées par des origines et histoires évolutives variées. Les contrastes géographiques et socioéconomiques importants, les flux migratoires constants, la persistance de zones de non droit et la biodiversité, créent une multitude de complexes homme – environnement originaux et multiplient les possibilités d'émergence de nouveaux pathogènes.

Alors que sur le littoral la transition épidémiologique est faite, l'intérieur de la Guyane demeure affecté par la pression des maladies infectieuses. L'orpaillage illégal et ses conséquences environnementales et sanitaires sont une autre préoccupation pour la santé des populations établies dans ces territoires (contamination mercurielle de la chaîne alimentaire, détérioration de la santé mentale, développement des conduites addictives et maladies vectorielle comme le paludisme...).

Le Centre Hospitalier de Cayenne, bien qu'il comporte à ce jour deux services universitaires rattachés à l'Université Antilles Guyane (dermatologie et parasitologie), n'est pas un hôpital universitaire. Depuis 2008, il est le siège du pôle Guyane du Centre d'Investigation Clinique Antilles Guyane dans sa version épidémiologie clinique (CICEC), labéllisé par l'INSERM. Cet établissement est par ailleurs impliqué avec l'Université Antilles Guyane dans l'organisation du Centre d'Etude de la Biodiversité en Amazonie (CEBA), qui vient d'être reconnu « laboratoire d'excellence » suite à l'appel à projet au titre du Grand Emprunt. Enfin, notons l'importance de sa production scientifique : selon le SIGAPS (Système d'interrogation, de gestions et d'analyse des publications scientifiques), 1,5% des points produits en publications hospitalières en France le sont par le centre hospitalier de Cayenne.

D'autres institutions conduisent des travaux plus ou moins directement dans le champ de la santé : comme l'Institut Pasteur de Guyane (centre national de référence « arbovirus et virus influenza région Antilles Guyane », et pour les « chimiorésistances du paludisme »), et l'Institut de Recherche et Développement.

La recherche en santé en Guyane manque d'équipes de recherche locales performantes et ou suffisamment disponibles pour initier des travaux scientifiques originaux. Dans le cadre hospitalier ou celui de l'Institut Pasteur, les chercheurs sont volontiers débordés par leurs missions sanitaires de routine, ce qui nuit à l'approfondissement des questions scientifiques. Au-delà de la nécessaire formalisation de plages horaires, voire de postes dédiés à de telles activités, il faut anticiper les ruptures d'activité liées aux départs de personnel. Le label INSERM est très exigeant et la pérennité de structures comme le CICEC peut être menacée par de telles incertitudes sur la disponibilité et la continuité d'action des chercheurs.

Le développement de formation universitaire de haut niveau, Master par exemple, est limitée par ce même constat. En termes de formation initiale, la région comprend :

- Une antenne de la faculté de médecine de l'Université Antilles Guyane assurant l'enseignement de premier cycle ; les centres hospitaliers de Cayenne, St Laurent du Maroni et le centre médico chirurgical de Kourou sont par ailleurs agréés pour accueillir des internes ;
- un Institut de Formation aux Soins Infirmiers limité à 50 places (Cayenne) ;
- une structure de formation aux auxiliaires de puériculture de 15 places (Cayenne) ;
- deux structures de formation aux aides soignants de 15 places, à Cayenne, et 20 places à St Laurent (en 2010).

5. OFFRE DE SOINS

Le système de soins guyanais est confronté à plusieurs défis :

- Une population longtemps insuffisante pour permettre l'implantation d'une offre de soins variée, notamment en spécialités, facteur limitant lui-même l'installation de nouveaux professionnels de santé ;
- Une offre quantitativement insuffisante, dont le déficit relatif pourrait s'aggraver par la conjonction d'une forte croissance démographique régionale, et du vieillissement d'un corps médical peinant à se renouveler ;
- Des moyens inégalement répartis, au profit presque exclusif des agglomérations urbaines de Cayenne et Kourou, et, dans une moindre mesure, de Saint Laurent du Maroni.

5.1. Ressources humaines

5.1.1. Médecins

L'étude de 343 médecins exerçant en Guyane au 1^{er} janvier 2008 permet d'en dresser le portrait type : c'est un homme (65,3%) de 47,4 ans, généraliste (58,1%) et salarié (63%).

Les médecins exerçant en Guyane sont rares, peu spécialisés et volontiers salariés :

- rares : en 2011²¹ leur densité est de 200,2 médecins pour 100000 habitants contre 308,8²² en métropole, situation à relativiser avec la jeunesse de la population de la Guyane aux besoins moindres qu'une population vieillissante.

²¹Recensement du Conseil départemental de l'ordre des médecins de Guyane au 19 janvier 2011 (465 médecins en exercice), rapporté à la population générale estimée en 2010 soit 232 223 habitants

²²Au 1^{er} janvier 2010

- peu spécialisés : à la rareté générale de l'offre spécialisée s'ajoute une répartition²³ par métiers très inégale ; à côté des spécialités les plus exercées (21 gynécologues, 17 psychiatres, 10 anesthésistes, 10 chirurgiens généraux, 10 biologistes....) certaines spécialités sont menacées car exercées par un seul médecin (anatomie pathologie, médecine physique et de réadaptation, neurologie, pneumologie, rhumatologie...) tandis que d'autres n'existent pas (chirurgie maxillo-faciale, chirurgie thoracique, endocrinologie, génétique, hématologie, neurochirurgie, oncologie, radiothérapie...).
- salariés : seulement 37,0% des médecins généralistes et 29,1% des spécialistes exercent une activité libérale exclusive. La surreprésentation des omnipraticiens dans l'exercice salarié s'explique par l'importance des structures de soins primaires (centres délocalisés de prévention et de soins en sites isolés, dépendant du centre hospitalier de Cayenne, services de PMI du Conseil Général ou centres de prévention de la Croix Rouge), et leur implication dans l'exercice hospitalier de spécialités médicales.

Tab 21 : recensement des médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins de Guyane en 2011²¹

Médecins	Nombre	Proportion
Salariés	234	50,3 %
Libéraux	163 ²⁴	35,1 %
Médecins à diplôme non européens	68	14,6 %
Total	465	

Trois autres caractéristiques pourraient rapidement aggraver la carence actuelle en médecin :

- Un tiers des médecins, dont près de la moitié des spécialistes, ont plus de 60 ans ; leur renouvellement dans un contexte national de pénurie et de contraction d'effectif n'est pas assuré :

Tab 22 : Age moyen et distribution des médecins exerçant en Guyane en 2008

	Moyenne d'âge	Proportion des plus de 40 ans	Proportion des plus de 55 ans
Généralistes	47,4 ans	74,8 %	27,2 %
spécialistes	52,6 ans	85,8 %	46,8 %

²³ Les données suivantes décrivent la situation au 1^{er} janvier 2008

²⁴ Au 1^{er} juin 2011, le syndicat CSMF de la Guyane comptabilise 136 médecins exerçant en activité libérales

- La croissance démographique régionale pourrait être trop rapide pour permettre de stabiliser une densité médicale déjà faible : celle-ci pourrait même baisser de 11% d'ici 2030, malgré le doublement du nombre de médecins projetés à cette date²⁵.
- L'inégalité de répartition des médecins, héritée d'un passé récent où Cayenne concentrait l'essentiel de la population guyanaise, s'aggrave rapidement au détriment du bassin de St Laurent du Maroni, porté par une croissance démographique plus forte que dans le reste de la région.

Tab 23 : Evolution relative de la répartition de la population générale et des médecins (en % de l'effectif régional) dans les principales agglomérations de Guyane dans les 20 prochaines années²¹

	Cayenne	Kourou	St Laurent
Situation en 2010 : 200,2 médecins pour 100 000 hab.			
Médecins généralistes	71,3	13,9	14,8
Médecin Spécialistes	78,0	9,2	12,8
Projection pour 2030 : 136 médecins pour 100 000 hab.			
Médecins généralistes	68,5	10,3	21,2
Médecin Spécialistes	74,8	4,8	20,4

²⁵Service d'Etudes Statistiques Antilles Guyane, ARS Martinique

5.1.2. Autres professionnels

La densité des professionnels de santé par habitant est 2 à 5 fois moindre qu'en métropole selon les métiers. La situation est d'autant plus préoccupante que ces ressources humaines sont concentrées sur les agglomérations de Cayenne et Kourou. Le cas des sage femmes est caricatural compte tenu de la forte natalité et de la mortalité périnatale rencontrées en Guyane : la région en compte une pour 72 naissances, la métropole une pour 42.

Tab 24 : densité des professions de santé en 2009 – comparaison Guyane et métropole

	Guyane (1 ^{er} janvier 2009)		Métropole	
	Effectif		Densité (pour 100000 hab.)	
Médecins	397		175,9	
Généralistes	236		104,5	
Spécialistes	161		71,3	
Pharmacien	95		42,1	
Chirurgiens dentistes	42		18,6	
Infirmier	961		425,7	
Sages femmes	86		38,1	
Masseurs kinési.	60		26,6	
Orthophoniste	19		8,4	
Psychomotricien	10		4,4	
Pédicures-podologue	6		2,7	
Ergothérapeutes	5		2,2	
Orthoptistes	4		1,8	

* rapportée aux 225751 habitants estimés par l'INSEE pour 2009

L'offre ambulatoire est limitée, particulièrement en médecine spécialisée, et concentrée sur l'agglomération cayennaise. La progression des effectifs enregistrée ces dernières années est encourageante mais ne suffit pas à rattraper le retard accusé par la région, d'autant que la croissance démographique générale porte aussi sur les populations âgées dont les besoins de soins sont classiquement plus importants.

Tab 25 : Variation du nombre de professionnels de santé libéraux installés en Guyane depuis 2006

	Année 2006	Année 2010	variation 2006-2010
Population générale	201996	232223	+ 15,0 %
Médecins généralistes	69	88	+ 27,5 %
Médecins spécialistes	41	48	+14,6 %
Chirurgien dentistes	35	45	+ 28,6 %
Sages femmes	8	13	+ 38,5 %
Infirmiers	112	178	+ 58,9 %
Masseurs kinési.	47	55	+ 17,0 %
Orthophonistes	10	15	+ 50,0 %

5.2. Structures d'hospitalisation

5.2.1. Une offre déficitaire

L'offre de soin en court séjour MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) repose sur deux centres hospitaliers - à Cayenne et Saint Laurent - et quatre établissements privés, dont trois à Cayenne ; celui de Kourou participe au service public.

Le taux d'équipement en lits MCO est inférieur d'un tiers (38,3%) à celui de la métropole, et régresse au fur et à mesure que la population croît : il a diminué de moitié depuis 1990, principalement en chirurgie ; l'effet sur l'offre obstétricale est moindre, le nombre de lits autorisés dans cette spécialité ayant été relevé de 20% depuis 2006. La comparaison de l'offre hospitalière avec la métropole doit tenir compte des moindres besoins d'une population guyanaise encore jeune.

Tab 26 : Court séjour hospitalier : nombre de lits MCO autorisés en Guyane au 1/01/2010 et comparaison avec l'année 1990

	Nombre de lits autorisés				taux d'équipement*
	médecine	chirurgie	obstétrique	total	
Offre en 1990	272	211	112	595	5,2/00
Offre en 2010	315	187	145	647	2,8/00
centres hospitaliers (2)	226	92	98	416	
établissements privés (4)	89	95	47	231	

* nombre de lits pour 1000 habitants (calculé sur la population estimée en 2010 soit 232300 habitants); taux métropolitain : 4,07

Ces établissements garantissent un accueil médico-chirurgical général, notamment en obstétrique et soins urgents, mais ne bénéficient pas d'une offre exhaustive en services spécialisés ; l'absence d'unité de soins intensifs cardio ou neuro-vasculaires est un exemple inquiétant dans une région où les maladies vasculaires constituent la première cause de mortalité. Des alternatives sont développées comme la télé-expertise ou la banalisation du recours aux évacuations sanitaires urgentes ou programmées vers des centres hospitaliers antillais ou métropolitains²⁶.

²⁶ Parmi les services spécialisés inexistants en région au 1^{er} janvier 2011, citons les soins intensifs cardiologiques ou neuro-vasculaires, la radiologie interventionnelle, la chirurgie thoracique, la neurochirurgie, la chirurgie maxillo-faciale, la radiothérapie, l'hématologie clinique. D'autres spécialités sont peu accessibles et menacées car assumées par un nombre très restreint de médecins voire un seul (endocrinologie, pneumologie, rééducation fonctionnelle...).

Tab 27 : Externalisation des soins : part des séjours MCO de patients guyanais effectués en dehors de la Guyane en 2009 (source : PMSI)

CMD	Libellé	Nombre de séjours effectués en Guyane	Nombre de séjours effectués hors Guyane	Nombre total de séjours en 2009	% de séjours effectués en Guyane
27	Transplantations d'organes	1	11	12	8%
17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	254	244	498	51%
5	Affections de l'appareil circulatoire	1 526	569	2 095	73%
90	Erreurs et autres séjours inclassables	46	11	57	81%
1	Affections du système nerveux	1 521	269	1 790	85%
23	Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	1 089	188	1 277	85%
28	Séances	11 128	1 848	12 976	86%
13	Affections de l'appareil génital féminin	1 095	150	1 245	88%
8	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	3 063	399	3 462	88%
10	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1 048	132	1 180	89%
7	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	580	70	650	89%
2	Affections de l'œil	1 151	135	1 286	90%
11	Affections du rein et des voies urinaires	1 330	153	1 483	90%
19	Maladies et troubles mentaux	219	24	243	90%
9	Affections de la peau, des tissus sous cutanés et des seins	1 875	182	2 057	91%
26	Traumatismes multiples graves	31	3	34	91%
4	Affections de l'appareil respiratoire	1 576	150	1 726	91%
12	Affections de l'appareil génital masculin	519	44	563	92%
16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques	906	70	976	93%
3	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1 507	111	1 618	93%
22	Brûlures	73	5	78	94%
6	Affections du tube digestif	5 014	290	5 304	95%
20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	268	13	281	95%
21	Traumatismes, allergies et empoisonnements	520	19	539	96%
25	Maladies dues à une infection par le VIH	362	8	370	98%
18	Maladies infectieuses et parasitaires	2 427	46	2 473	98%
14	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	9 699	66	9 765	99%
15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	6 140	35	6 175	99%
Total		54 968	5 245	60 213	91%

- Les centres hospitaliers sont confrontés à des difficultés managériales et conjoncturelles :
 - recruter et fidéliser des professionnels de santé, malgré certaines adaptations réglementaires comme la faculté de recruter des médecins à diplôme non européen²⁷ ; la mise en place d'un plan d'accueil des professionnels de santé dans le cadre d'un partenariat stratégique associant ARS, collectivités territoriales, CGSS, URPS et établissements de santé doit dynamiser la politique d'accueil et d'attractivité médicale et paramédicale de la Guyane.
 - garantir leurs équilibres financiers dans un contexte récent de passage à la tarification à l'activité (1^{er} janvier 2010) et de difficile recouvrement²⁸ de frais engagés pour l'accueil de patients sans droits ouverts, situation que les restrictions²⁹ nationales d'accès à l'Aide Médicale d'Etat devraient aggraver en 2011 ;
 - nécessité d'engager d'importants programmes d'investissements immobiliers pour s'adapter à l'explosion démographique régionale, comme à St Laurent du Maroni dont le centre hospitalier doit être reconstruit à court terme. Le Projet Régional de Santé est l'occasion d'engager une réflexion prospective sur l'évolution de ces plateaux techniques d'ici 2030 pour anticiper l'évolution des pratiques de santé, et les besoins d'une population appelée à doubler et vieillir d'ici là ;
 - définir des projets médicaux d'établissements cohérents pour un moyen terme difficile à appréhender compte tenu d'une prospective démographie incertaine (voir 1.2.4). Le défi démographique auquel est confrontée la Guyane – le doublement de sa population d'ici 2030 – implique une anticipation pragmatique et adaptée de son impact sur le système de santé au sens large.

²⁷ Spécificité que permet l'ordonnance 2005

²⁸ La tarification à l'activité est en place depuis le 1^{er} janvier 2010 dans les établissements hospitaliers guyanais

²⁹ Instauration d'un forfait d'accès à 30 € par an et apposition d'une photographie sur la carte de bénéficiaire

- La Croix Rouge française gère un établissement médicochirurgical d'intérêt collectif à Kourou. Il doit trouver un équilibre grâce à son extension actuellement engagée dans le cadre du plan Hôpital 2012
- Les établissements privés sont de taille modeste - de 45 à 73 lits - et, pour deux d'entre eux, gérés par des particuliers. Cette fragilité financière du secteur libéral pèse sur l'offre régionale.

Il est fortement attendu d'une part, la mise en place de complémentarités entre les établissements privés et publics, et, d'autre part, un développement des modes ambulatoires d'hospitalisation.

5.2.2. Une offre inégalement répartie

L'actuelle concentration de l'offre de soins sur l'agglomération de Cayenne reflète la distribution régionale de la population prévalant jusque dans les années quatre vingt.

Les bouleversements démographiques en cours annoncent d'importants déséquilibres à court terme, notamment au détriment de Saint Laurent du Maroni, appelé à devenir la première ville de Guyane d'ici une quinzaine d'années. D'ores et déjà, la maternité de son centre hospitalier est la première de la région par le nombre d'accouchements.

Tab 28 : Court séjour MCO : comparaison entre offre de soin et population desservie, et prospective

	Part de l'offre de soins MCO en 2010	Part de la population en 2010	Part de la population estimée en 2020
Agglomération de Cayenne	74,8 %	53,6 %	47,5 %
Agglomération de Kourou (dont Sinnamary, Iracoubo et Saint-Elie)	10,5 %	14,7 %	13,8 %
Bas Maroni : agglomération de St Laurent (dont Awala, Mana, et Apatou)	14,7 %	23,9 %	30,9 %
Haut-Maroni (Grand Santi, Maripa-soula, Papaïchton)	0 %	4,9 %	4,6 %
Est (Régina et bassin de l'Oyapock)	0 %	2,8 %	3,2 %

La permanence de soins dans les communes isolées, soit quinze à trente mille habitants réguliers ou clandestins, est assurée par :

- les centres délocalisés de prévention et de soins administrés par le centre hospitalier de Cayenne (19 dont 8 ne sont pas accessibles par voie terrestre) ;
- des centres de protection maternelle et infantile géré par le Conseil général, présents sur le littoral et les communes du Maroni, mais absents du cours supérieur de l'Oyapock ;
- la couverture aérienne du SMUR de Cayenne, quoique tributaire des conditions météorologiques et, pour les requérants, de leur possibilité technique d'appeler les secours (l'essentiel du territoire intérieur n'est pas couvert par un réseau téléphonique).

Le plan régional de télé-médecine, élaboré par l'ARS et ses partenaires d'ici fin 2011, doit favoriser la mutualisation de l'offre hospitalière et ambulatoire, publique et privée, et contribuer à l'efficacité d'une permanence de soins la plus exhaustive possible malgré les ruptures géographiques et la rareté des professionnels de santé en Guyane.

5.2.3. Santé mentale

La région comprend trois secteurs psychiatriques : le bassin du Maroni dépend du centre hospitalier de St Laurent, ceux de Kourou-Cayenne et de l'Oyapock dépendent du centre hospitalier de Cayenne.

Il existe deux structures d'hospitalisation et six centres médico-psychologiques (CMP). Une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est coordonnée depuis le centre hospitalier de Cayenne mais souffre de capacités logistiques de projection limitées.

Tab 29 : capacité d'accueil hospitalier en psychiatrie au 1^{er} mai 2011

	Cayenne	St Laurent	Kourou	Total
Accueil des adultes				
Lits d'hospitalisation	84	12	0	96
Place en hôpital de jour	15	10*	0	25
CMP	2	1	0	3
Accueil des mineurs				
Lits d'hospitalisation	0	4*	0	4
Place en hôpital de jour	10	15	0	25
CMP	2	1	1	4

* ouverture prévue en mai 2011

La rareté des relais ambulatoires et des structures médicosociales spécialisées contribuent à un accueil insuffisant des usagers et à figer les inégalités territoriales d'offre de soins dans ce domaine. Depuis février 2011, l'Agence Régionale de Santé finance la permanence d'un infirmier psychiatrique sur le bassin de l'Oyapock, en lien avec le centre hospitalier de Cayenne et envisage un dispositif similaire sur le Maroni en lien avec le centre hospitalier de Saint Laurent. Au-delà des moyens qui lui sont alloués, et de la rareté des ressources humaines spécialisées, la prise en charge psychiatrique, d'essence occidentale, se heurte au problème particulier de son abord en situation transculturelle dans une région riche d'une trentaine de groupes ethniques et culturels distincts.

La santé mentale est une discipline au carrefour des problématiques sanitaires, sociales et médico-sociales. Il convient de s'assurer du rôle de chacun des acteurs de ces trois champs, et de favoriser leur approche coordonnée et intégrée afin de garantir la prise en charge la plus adaptée des individus en souffrance, qu'ils soient adultes ou mineurs.

5.3. Secteur ambulatoire

5.3.1. Professions libérales

L'effectif de professionnels libéraux, particulièrement en dehors des agglomérations de Cayenne et Kourou, est faible (chapitre 5.1.1). Malgré son augmentation régulière, leur densité est amenée à diminuer compte tenu de la rapidité de la croissance de la population régionale.

Le développement de structures d'exercice collectif est encouragé par l'ARS. Deux sont d'ores et déjà implantées : la maison pluridisciplinaire de Saint Georges, et la maison médicale de garde animée par l'association Araveg à Cayenne.

Les Unions Régionales des Professions de Santé mises en place fin 2010 doivent contribuer à la réflexion sur la structuration de l'offre de soins ambulatoire, la mutualisation des moyens et la coordination inter disciplinaire des acteurs étant une réponse pertinente au besoin de continuité de prise en charge des patients dans un contexte, à priori durable, de déficit quantitatif d'offre de soins.

5.3.2. Réseaux de santé

La Guyane dispose de huit réseaux de santé, partageant certains objectifs comme, au sein de leur thématique, la coordination des acteurs de soins et de l'accompagnement médicosocial, le développement des complémentarités entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, la diffusion de l'information auprès des professionnels et des patients. Ils bénéficient depuis 2007 du support administratif d'une institution transversale : la maison des réseaux.

Avec divers degrés de maturité, quatre réseaux régionaux sont dédiés à l'accompagnement de pathologies spécifiques : VIH, diabète, drépanocytose et cancer. Trois autres se consacrent à des groupes particuliers de populations : parturientes et nouveaux nés (périnatalité), adolescents (maison des adolescents), personnes âgées. Un réseau contribue à appuyer la veille sanitaire (réseau sentinelle) et la permanence des soins non programmés dans le secteur ambulatoire.

5.3.3. Centres délocalisés de prévention et de soins

Les centres délocalisés de prévention et de soins sont administrés depuis l'an 2000 par le centre hospitalier de Cayenne et financés désormais au titre d'une Mission d'Intérêt Général par l'ARS. Eléments essentiels de la permanence des soins en territoires isolés, ils sont davantage organisés pour la prise en charge des besoins aigus, que le suivi de pathologies chroniques ou les activités de prévention (activités dont le développement est inscrit dans le contrat d'objectif établi entre l'ARS et le centre hospitalier de Cayenne en 2010) :

- Quatorze des dix-neuf centres ne bénéficient pas de la permanence quotidienne d'un médecin ; les missions mobiles de médecins spécialistes³⁰ sont rares et irrégulières. Il n'existe pas de support et d'archivage numérique des dossiers médicaux individuels. Il y aura lieu d'améliorer la coordination interne au sein du CHAR sur les missions de spécialités.

³⁰De nouveaux calendriers sont envisagés pour 2011, notamment en soins dentaires et psychiatriques

- Aucun ne dispose de laboratoire diagnostic ou de moyen radiodiagnostic (à l'exception d'échographes) ; en revanche, ils disposent tous de moyens satellitaires de transmission d'images (électrocardiogrammes, photographies...) et sont connectés au serveur de résultats du laboratoire hospitalier.
- A l'exception des bourgs littoraux, et de Maripasoula, Saül et Grand Santi, l'absence de moyens de transport régulier - donc remboursables par l'Assurance maladie - limite les possibilités de transfert de malades chroniques ne relevant pas de prises en charge urgentes, mais de suivis dans des structures spécialisées (hôpital de jour, hôpital de semaine....).

5.3.4. Protection maternelle et infantile

Les missions de protection et promotion de la santé maternelle et infantile sont assurées par le Conseil Général sur l'ensemble du territoire à l'exception de l'est (sauf St George), de Saül et Saint-Elie.

Ce service³¹ assure le suivi et la prise en charge des examens biologiques de surveillance d'un tiers des grossesses en région, plus des deux tiers des bilans de santé des enfants de 3 à 4 ans, et près de la moitié des vaccinations BCG (toujours en vigueur en Guyane) et contre la fièvre jaune des moins de 6 ans. Le Conseil Général dispose par ailleurs d'un centre de planification et d'éducation familiale à Cayenne.

5.3.5. Croix Rouge française

En plus de la gestion directe du centre médico-chirurgical de Kourou, la Croix Rouge française déploie en Guyane un important dispositif régional de prévention avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé. Il est principalement consacré à la lutte anti tuberculeuse, au dépistage d'infections sexuellement transmissibles (trois centres de dépistage anonyme gratuit) et à la vaccination.

Un contrat pluri annuel va être mis en place en 2011 entre l'ARS et la Croix Rouge Française permettant de fixer des objectifs de santé publique sur ce champ de la prévention.

³¹183 personnes dont 23 médecins, 13 sages femmes, 12 puéricultrices, 29 infirmiers et 37 auxiliaires soins

5.3.6. Santé scolaire

En 2010, 71386 élèves sont scolarisés dont 40 371 en classes pré élémentaires ou élémentaires³² ; cela représente 30,7% de la population générale. Son positionnement unique, à l'intersection des toutes les strates sociales et culturelles de la société guyanaise fait du réseau de médecins et infirmiers de l'Education Nationale (50 IDE et 5 médecins en 2011) un dispositif incontournable dans l'observation de la santé et sa promotion, d'autant qu'elle est implantée sur l'ensemble du territoire, y compris dans ses bourgs les plus isolés.

Cet outil privilégié peut contribuer à la connaissance de certains traits morbides en région pour lesquels seules les files actives de structures spécialisées sont connues, mais ne prennent pas en compte la réalité des besoins de ceux qui n'y ont pas accès, ou ne se savent pas atteints. A titre d'exemple, durant l'exercice 2009 – 2010, 750 visites médicales sont conduites parmi les 4819 élèves de 6^{ème}.

- dépistage des troubles du langage : 164 élèves examinés (21,8%) relèvent d'une consultation spécialisée (orthophonie, orthoptie, consultation médio-psychologique) ;
- 135 (18%) révèlent des troubles de l'apprentissage
- 21 sont victimes de troubles psychologiques

La vulnérabilité de ces jeunes populations rend la capacité d'observation des services scolaires essentielle pour apprécier certains comportements ou situation à risque et les interrompre. Durant ce même exercice 2009 - 2010, et sur l'ensemble de la région :

- 58 demandes de contraception d'urgence émanent des élèves (dont 57 mineurs) : 38 sont délivrés par le service de santé scolaire ; 20 demandeurs sont orientés vers un centre de planification familiale ;
- 221 situations préoccupantes sont signalées (87 violences physiques, psychiques ou sexuelles) ; 145 d'entre elles font l'objet d'un signalement au Procureur de la République.

³²40 371 en 1^{er} degré, 20 030 en collèges, 5 737 en formations générales et technologiques, 5248 en formation professionnelles (source : rectorat de Guyane)

L'école est avant tout un lieu de formation. En marge des programmes scolaires, plusieurs projets ponctuels d'éducation et promotion de la santé à l'échelle d'une classe ou d'un établissement, sont organisés chaque année, et volontiers menés en partenariat avec d'autres partenaires locaux de santé (professionnels de santé, association, ARS, CGSS...). De plus, des formations au secourisme sont organisées (en 2010, 223 élèves obtiennent le PSC1 et 50 l'APS).

Un plan régional de santé scolaire est arrêté par le recteur. La loi HPST invite à la recherche de cohérence avec le Projet Régional de Santé.

6. OFFRE MEDICO SOCIALE

Le nombre d'établissements et de services pour personnes handicapées ou âgées est limité en Guyane, conséquence notamment d'un nombre restreint de porteur de projet, du difficile accès aux ressources foncières et à l'investissement, et de la rareté des ressources humaines spécialisées, difficiles à recruter et à fidéliser (les rares candidats sont rarement établis en Guyane).

Au 1^{er} janvier 2011 la Guyane compte 30 établissements et services : 24 prennent en charge le handicap (dont 18 sont destinés aux enfants, 6 aux adultes), et 6 accueillent les personnes âgées, soit 1482 places installées (1129 pour personnes handicapées et 353 pour personnes âgées).

6.1. Prise en charge des personnes handicapées ou âgées

La Guyane est engagée dans une logique de rattrapage, particulièrement dans le champ des personnes handicapées, où le taux d'équipement est quatre fois moindre à celui de métropole. Tous les types de déficiences sont concernés ; il n'y par exemple aucune place d'accueil pour autistes adultes spécialisée.

Ce sous équipement est aggravé par de fortes disparités infra régionales. A l'exception d'une MAS de 33 places, toutes les structures sont ambulatoires et concentrées sur la frange littorale de la Guyane, principalement dans les agglomérations de Cayenne et Kourou. L'ouest guyanais n'offre qu'un tiers des places du département alors que les besoins y sont très élevés.

Dans le champ des personnes âgées, le taux d'équipement apparait mieux corrélé aux besoins, encore limités par le faible effectif des personnes de plus de 75 ans. En 2008 :

- le taux d'équipement en structures d'hébergements - 82,86 lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans - est supérieur à celui de la Martinique ou de la Guadeloupe, mais moindre qu'en métropole (120,91) ;
- la disponibilité en EHPAD est proche de celle en métropole (94,16 lits/1000 hab. de plus de 75 ans *versus* 96,11) ;
- les SSIAD - 18,83 lits/1000 hab. – sont plus nombreux qu'en métropole ou aux Antilles.

Tab 30 : prise en charge des personnes âgées ou handicapées, capacité installée en établissement médicosocial en Guyane au 1^{er} janvier 2011³³

type de structure	nombre de structures	STATUT	DENOMINATION	type de public	Places autorisées	Places installées	Nombre de places par secteurs			Total
							Ile de Cayenne	Kourou	Saint-Laurent	
Personnes handicapées enfants										
IME	4	CHAR	CME "les Citronnelles"	DI prof	33	33	145.			145
		DEPARTEMENT	IMED "Léopold HEDER"	DI	100	80				
		ADAPEI	IME "les Clapotis"	Autisme/TED	20	12.				
		APAJH	IME	Polyhandicap	70	20				
CMPP	2	ADPEP	CMPP "les Awalys"	Ttes déf.	80	80.	80		65.	145
		ADPEP	CMPP og	Ttes déf.	80	65.				
CAMSP	2	ADPEP	CAMSP "Kayenn"	Ttes déf.	80	80	80		65	145
		ADPEP	CAMSP og	Ttes déf.	80	65				
SAFEP/SAAAIS	1	APAJH	SESAM 973 enfants	DV	80	80	80			80
SSAD	1	APAJH	SSAD polyhandicap	Polyhandicap	35	35	35			35
SESSAD	5	ADPEP	SESSAD "Makandra"	DO	80	80	189.		80	269.
		ADPEP	SESSAD DM	DM	80	40				
		SOS-I/A	SESSAD "le Colibri"	+-	30	24				
		ADPEP	SESSAD "Ibis"	DI	80	80				
		APADAG	SESSAD "AMARANTE"	DA	45	45				
IEM	1	ADPEP	IEM	DM	60	15.	15			15
ITEP	1	SOS-I/A	ITEP	TCC	30	13	13			13
CR	1	CHAR	Centre de Ressource Autisme	Autisme/TED	0	0				
sous total	18				1063.	847.	637	0.	210.	847

33

Recensement de l'Agence Régionale de Santé au 1^{er} avril 2011

type de structure	nombre de structures	STATUT	DENOMINATION	type de public	Places autorisées	Places installées	Nombre de places par secteurs			Total
							Ile de Cayenne	Kourou	Saint-Laurent	
Personnes handicapées adultes										
ESAT	2	EBENE	ESAT "EBENE"	Toutes déficiences	89.	89	89	60		149
		ADAPEI	ESAT "MATITI"	Toutes déficiences	60.	60				
SAMSAH	3	APADAG	SAMSAH	DA	40	40	100 pl.			100
		APAJH	SESAM 973 adultes	DV	40.	40				
		AGMN	SAMSAH DM	DM	20.	20				
MAS	1	EBENE	MAS EBENE	Toutes déficiences	60.	33l.	33			33
sous total	6				309.	282	222	60.	0	282
Personnes âgées (offre médico-sociale)										
SSIAD	1	EBENE	SSIAD EBENE	PAD	121	121	121			121
EHPAD	3	AGAPA	EHPAD "St. PAUL"	PAD	44	44	182			182
		EBENE	EHPAD "Jean-Serge GERANTE"	PAD	38	38				
		CHAR	EHPAD "Edmar LAMA"	PAD	100	70.				
Maison de Retraite	1	CHOG	Maison de Retraite "Frank JOLY"	PAD	50	50			50	50.
sous total	6				353	323.	303.	0	50	353.
Total	30				1725	1452	1162.	60.	260	1482
Personnes âgées (offre sanitaire)										
USLD	1	CHAR	Unité de Soins Longue Durée	PAD	30	30			30	30.

En 2010, les enveloppes financières consacrées à ces deux secteurs représentent plus de 30 millions d'euros : 6 millions sur l'enveloppe ONDAM personnes âgées et 24 millions pour les personnes handicapées dont la dotation Etat destinée aux ESAT.

Le document d'Orientation budgétaire 2009-2013 évalue à plus de 900 places supplémentaires le besoin de rattrapage.

S'appuyant sur un plan de rattrapage opérationnel soutenu par le secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, l'ARS conduit avec la CNSA un plan d'ouverture de 419 nouvelles places sur le secteur du handicap sur 6 ans, dont 80 sont d'ores et déjà installées depuis 2010. La création d'établissements mobilise aussi des crédits au titre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA. L'ARS est par ailleurs engagée dans l'incitation et l'accompagnement des projets du secteur associatif médicosocial (aide au montage technique et financier). Cette dynamique doit bénéficier d'une réflexion avec les collectivités locales pour améliorer l'accès à l'investissement.

L'organisation de l'offre destinée aux personnes âgées implique la prise en compte de trois enjeux :

- le développement d'actions de prévention des situations de dépendance (structures d'accueil de jour, haltes répit...)
- la nécessaire structuration des acteurs de la dépendance, que l'implantation du plan Alzheimer peut favoriser (développement du réseau gérontologique, mise en place d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ;
- l'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes âgées, à laquelle certains outils innovants comme la télémédecine peuvent contribuer.

En 2011, le partenariat établi avec le Conseil Général permet d'engager conjointement le développement planifié du secteur médicosocial en s'appuyant sur la mise en œuvre d'une première génération de Schéma d'Organisation Médico Social (SOMS 2011 – 2015).

6.2. Prise en charge des addictions

Dix structures de prise en charge des victimes d'addictions opèrent à partir des trois agglomérations urbaines de Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni. Le développement d'équipes mobiles et la recherche de relais associatifs doit permettre l'implantation durable de leurs actions dans les zones littorales hors de ces centres urbains.

Tab 31 : prise en charge des addictions, capacité installée en établissement médicosocial en Guyane au 1^{er} janvier 2011

Type de structure	Nombre de structures	STATUT	DENOMINATION	Type de public	Places autorisées	Places installées	Nombre de places par secteurs			File active 2009
							Ile de Cayenne	Kourou	Saint-Laurent	
Addictions : Adultes ambulatoires										
CAARUD	3	Relais Drogue solidarité	*CAARUD RDS	Adultes	30	30	30	20	20	184
		AKATIJ	CARRUD AKATIJ	Adultes	20	20				162
		IN'PACT	CAARUD IN'PACT	Adultes	20	20				167
CSAPA	3	CHAR	CSAPA du CHAR	Adultes	—	—	x	35	x	411
		AKATIJ	*CSAPA KOUROU	Adultes	35	35				155
		AKATIJ	CSAPA ST LAURENT	Adultes	—	—				101
sous total	6									
Addictions : hébergements										
CSAPA	2	AKATIJ	*CSAPA de KOUROU	Adultes	2	2	35	2	0	4
		SOS DI	Communauté Thérapeutique CSAPA SOS Drogue International	Adultes	35	35				61
CAARUD	1	Relais Drogue solidarité	*CAARUD RDS	Adultes	20	20	20	0	0	188
ACT	2	SOS Habitat et soins	ACT SOS H&S	Adultes	30	30	20	10	12	
		AIDES	ACT AIDES	Adultes	12	0				**
LHSS	1	SAMU SOCIAL	LHSS SAMU SOCIAL	Adultes	6	6	6	0	0	**
sous total	6						81	12	12	
TOTAL										

*2 structures mixtes : ambulatoire et hébergement ; ** non installés en 2009

Cette offre médico-sociale dédiée à la prise en charge des addictions est complétée :

- d'une unité de sevrage complexe en milieu hospitalier – l'unité « Amarante » - de 10 lits, au sein du pôle psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne, mais dépourvue d'équipe de liaison ;
- des dispositifs spécifiques pour les jeunes consommateurs et leurs familles : deux maisons des adolescents, et un point d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ).
- des associations de prévention de proximité.

Il n'existe pas de réseau ville hôpital, ni de centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD).

Les travaux participatifs d'élaboration du Projet Régional de Santé mettent en exergue la nécessaire amélioration du travail en réseau de ces acteurs, entre eux, et en lien avec un secteur hospitalier dont le renfort est souhaité. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur une stratégie départementale concertée entre les différentes institutions impliquées dans la conduite de ces politiques (ARS, la DJSCS, préfecture...).

Plusieurs pistes d'amélioration sont ainsi proposées :

- **Prévention** : développer les actions de prévention des conduites addictives chez les jeunes (milieux scolaires et universitaires, milieux diffus), et les adultes ; mettre en place les activités de repérage précoce et d'intervention brève en addictologie (RPIB) ;
- **Prise en charge** : renforcer la prise en charge au sortir des CSAPA et du service de sevrage hospitalier (développement de structures de post cure, de foyers d'accueil médicalisés, d'appartements relais...) ; développer l'approche par genre dans les dispositifs afin de prendre en compte les problématiques des femmes et des mères avec enfants ;
- **Coordination** : mettre en place des équipes de liaison ; améliorer la coordination avec le Ministère de la Justice ; améliorer la coordination des équipes assurant la prise en charge entre le milieu carcéral et le milieu libre ;

- **Réseau** : développer un réseau d'acteurs pour articuler et coordonner les actions de prévention et de soins ; mettre en place des protocoles de prise en charge harmonisés et valides ; assurer la fluidité des prises en charge des patients que ce soit sur le plan sanitaire ou médico-social.

- **Intégration avec les autres politiques publiques** : lien avec la MILDT pour développer les formations (CIFAD), l'amélioration des données épidémiologiques (mise en place des enquêtes sur les comportements et les usages OFDT...).

7. SANTE ENVIRONNEMENTALE

7.1. Accès à l'eau et maladies entériques

Malgré l'abondance de ressources hydriques³⁴, plus de 15% de la population n'a pas accès à une eau potable³⁵, y compris dans les agglomérations urbaines telle que Cayenne où de telles situations perdurent avec la croissance démographique, dont l'expansion des zones d'habitats spontanés est un corolaire. Ces carences constituent un enjeu important de santé publique compte tenu des risques de maladies entériques induits.

Sur le littoral et dans les bourgs de l'intérieur, les populations desservies le sont selon des standards européens par le réseau de la Société Guyanaise Des Eaux (SGDE). Dans les écarts des communes de l'intérieur - quelques milliers d'habitants - le SGDE recourt à des forages et une désinfection par hypochlorite de calcium. Les populations non desservies par ces réseaux bénéficient parfois de dispositifs alternatifs dont l'ARS assure la promotion : pompes à motricité manuelle (22 en service en 2011), dispositifs de récupération d'eau de pluie (130 installés), voire, dans les zones urbaines, des bornes fontaines monétiques (19 en service) installées à l'initiative des communes dans l'attente d'un raccord définitif à un réseau.

Les eaux distribuées sont habituellement de bonne qualité chimique et bactériologique, à l'exception de certains bourgs isolés tel que Kaw, Ouanary, Roura (Favard) ou Saül, victimes de défauts de maintenance récurrents, d'une mauvaise gestion voire d'un refus de la chloration³⁶.

L'absence non rare d'accès à l'eau potable et de système d'élimination des excréta contribue à la résurgence régulière de foyers épidémiques de maladies entériques. En territoires isolés, les données recueillies par le système de surveillance syndromique des centres délocalisés de prévention et de soins atteste l'impact, notamment chez les enfants, de ce problème : au cours des 2 dernières années, 1 389 cas de diarrhées sont ainsi recensés, dont 575 chez les moins de 1 an.

³⁴L'UNESCO classe la Guyane au second rang mondial en terme de disponibilité d'eau douce par habitant 800000m³/an/hab pour une moyenne mondiale de 1800m³/an/hab.

³⁵Préfecture de Guyane. Plan Régional Santé Environnement de la Guyane. Rapport. 2007

³⁶Selon Agence Régionale de Santé Guyane

Chaque année³⁷ des foyers de typhoïde sont déclarés ; depuis 1995, 100 cas sont notifiés dont 95 concernent des communes isolées, dites de l'intérieur. Il s'agit le plus souvent de cas groupés. Ce risque existe également en zones urbaines, comme le rappelle les 3 cas de shigellose, dont un décès, survenus en 2011 dans l'agglomération de St Laurent.

Le contexte épidémique sud américain³⁸, notamment en matière de choléra - l'épidémie survenue en Haïti en 2010 est la seconde que connaît la région en 20 ans – donne un relief particulier à l'accès non universel à l'eau potable en Guyane, en faisant peser un risque de propagation régionale d'autant plus grand que les flux migratoires continus, entrants et sortants, rendent difficile la mise en œuvre de mesures de contrôle sanitaire aux frontières.

³⁷Mansotte F, Ravachol F, Ardillon V. et. al. Les épidémies de typhoïde en Guyane française, 13 ans de veille et de gestion sanitaires, *Bull. d'Information en Santé Environnementale*, 2009;20:2 :1-5

³⁸D'après l'Organisation Panaméricaine de la Santé, l'épidémie de choléra apparue en octobre 2010 en Haïti (près de 300 000 victimes et 5000 décès estimés en mai) a entraîné des cas sporadiques importés dans divers pays de la zone Caraïbes dont le Venezuela.

7.2. Maladies vectorielles

La grande variété des vecteurs potentiels d'agents infectieux constitue une double menace pour la population guyanaise :

- la possible émergence d'épidémies de maladies éradiquées (fièvre jaune), géographiquement éloignées (Chikungunia...) ou nouvelles et, donc, difficiles à identifier précocement ;
- l'impact socio économique potentiellement lourd des deux principales maladies vectorielles rencontrées en Guyane : le paludisme, endémique, et la dengue, aux épidémies récurrentes.

7.2.1. Paludisme

L'endémie de paludisme, à *Plasmodium Falciparum* pour un tiers des cas (37% des cas confirmés en 2010) et *P. Vivax* pour deux tiers, entraîne plusieurs centaines d'hospitalisations chaque année et stagne alors qu'elle est en phase de pré élimination au Suriname. De 2004 à 2009, l'incidence annuelle oscille entre 3000 et 4500 cas. La forte réduction observée récemment ne semble qu'apparente : depuis 2008, le nombre des cas diagnostiqués au Suriname chez des sujets venant du territoire français – lieu présumé de l'infestation – augmente, jusqu'à représenter l'essentiel des cas « surinamais ». Cette situation étant concomitante du renfort des opérations françaises de répression contre l'orpaillage clandestin, l'occupation clandestine du territoire forestier apparaît comme un facteur de persistance de foyers d'infestation palustre en Guyane, ce que l'absence de programme de prévention à destination des populations de ces sites peut expliquer.

Tab 32 : incidence comparée du paludisme en Guyane française et au Suriname (ARS & ministère de la santé surinmais)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SURINAME (520 000 habitants)							
Nbre de cas annuels	8378	9131	3289*	1104*	2086	1371	
Dont cas contractés en Guyane	141	208	186	297	611	1116	
Nbre de décès annuels	7	2	0	1	0	0	
GUYANE FRANCAISE (232 000 habitants)							
Nbre de cas annuels	3038	4479	4079	3291	3276	3345	1577
Dont cas hospitalisés			291	257	377	352	
Nbre de décès annuels		4	4	2	1	2	1

* l'effondrement de l'incidence à partir de 2005 coïncide avec l'implantation d'un ambitieux programme de lutte par le Suriname soutenu par le Fond Mondial et l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les variations infra régionales du niveau d'endémie et de la répartition des espèces plasmodiales semblent aussi corrélées à l'existence de foyer de populations d'orpailleurs : les communes impactées par ces activités, comme Sainte Elie, St Georges et Saül connaissent une augmentation de la proportion d'infection à *P. Falciparum*. A l'ouest, indépendamment de l'effet indirect des opérations militaires françaises évoqué précédemment, la franche diminution observée sur le bassin du Maroni est probablement en partie imputable à l'efficacité du programme national de lutte anti palustre mené au Suriname.

Sur la zone littorale, les cas signalés sont généralement des cas importés depuis les foyers endémiques de l'intérieur ; toutefois, certaines zones à transmission autochtone sont identifiées dans des quartiers de l'île de Cayenne - à Matoury notamment - ou à Kourou, sur la route du Degrad Saramaca.

7.2.2. Dengue

Le virus de la dengue circule sur un mode endémo-épidémique en Guyane provoquant certaines années des épidémies importantes à l'échelle du territoire, comme en 2006, 2009 ou 2010 où respectivement 15700, 13 900 et 9400 cas de syndromes cliniques évocateurs sont dénombrés. Le nombre de décès par la dengue est faible. Le psage adopté en 2010 est un élément fort de coordination des politiques publiques de lutte contre la dengue.

Tab 33 : description des épidémies de dengue survenues en Guyane depuis 2005 (CIRE/InVS)

Période (année-semaine)	Nombre de cas estimés		Sérotype	Nombre de cas hospitalisés	Nombre de décès
	Cliniquement évocateurs	Biologiquement confirmés			
2006-01 à 2006-34	15700	2230	DENV-2	204	4
2009-01 à 2009-38	13900	4129	DENV-1	241	2
2009-53 à 2010-38	9400	2431	DENV-4 & 1	92	1

7.3. Pollution environnementale³⁹

7.3.1. Pollution mercurielle

L'impact sanitaire de la pollution environnementale par le mercure est un sujet de préoccupation depuis les années quatre vingt dix. Les techniques d'orpillage employées en Guyane érodent et lessivent les sols, mobilisant le mercure minéral s'y trouvant naturellement en quantité, en moyenne 150gHg/kg⁴⁰. Son dépôt sédimentaire, puis sa méthylation, le commuent en une forme toxique absorbable par certains poissons dans la chair desquels il s'accumule.

L'exposition alimentaire chronique des parturientes au second et troisième trimestre de grossesse peut entraîner des altérations modérées du développement neurologique de l'enfant à naître (capacité de raisonnement et d'organisation visuelle spatiale, coordination motrice fine)⁴¹. En revanche, les études épidémiologiques menées dans les années 2000 au sein de ces populations exposées exonèrent cette pollution du risque de malformations congénitales, dont la plus grande fréquence observée semble refléter un suivi insuffisant des grossesses (notamment échographique), conséquence d'un accès plus difficile aux soins.

Les complications neurologiques par toxicité fœtale concernent les populations les plus exposées : communautés amérindiennes établies sur les cours supérieurs des fleuves Oyapock et Maroni. Un programme de surveillance de l'imprégnation mercurielle en début de grossesse élaboré par la cellule inter régionale d'épidémiologie Antilles-Guyane et financé par l'Agence Régionale de la Santé doit y être implanté en 2011 pour prévenir ces risques neurologiques, l'imprégnation, et donc sa toxicité fœtale, étant réversible à l'arrêt de l'exposition qu'un changement provisoire de régime alimentaire permet de réaliser.

³⁹Un diagnostic plus exhaustif des risques environnementaux est en préparation dans le cadre du Projet Régional de Santé Environnement 2011 - 2015

⁴⁰LAPPERCHE V., MAURY-BRECHET R., BLANCHARD F. et. al. Répartition régionale du mercure dans les sédiments et les poissons des six fleuves de Guyane. Rapport. *BRGM*. RP-55965-FR

⁴¹CARDOSO T., BLATEAU A., CHAUD P., et. al. Le mercure en Guyane française : synthèse des études d'imprégnation et d'impact sanitaires menées de 1994 à 2005. *BEH* 2010;3:117-120

7.3.2. Activités spatiales

Les lancements de fusées depuis le centre spatial guyanais de Kourou entraînent le rejet atmosphérique de produits de combustion du propergol solide (perchlorate d'ammonium et acide chlorhydrique) durant deux minutes, entre 0 et 50 km d'altitude. Les retombées au sol sont théoriquement limitées à une zone de trois kilomètres autour du pas de tir, éloigné des zones habitées.

Ces rejets atmosphériques d'acide chlorhydrique, estimés à moins de 20 tonnes par tirs, semblent négligeables au regard des rejets naturels : volcans et océans en émettent respectivement, 5000 et 300 000 000 tonnes chaque année. Néanmoins, les communes riveraines du centre spatial font l'objet d'une attention particulière vis-à-vis d'un éventuel impact sanitaire lié à ces activités, notamment dans le cadre du Secrétariat Permanent pour la Prévention des Pollutions Industrielles du Centre Spatial guyanais.

« *Il n'est de richesse que d'hommes* » (J. Bodin)

Le diagnostic santé de la Guyane met en avant la nécessité de s'appuyer sur des professionnels de santé en nombre suffisant et enthousiastes pour exercer leur passion au service de la population.

Ce diagnostic conduit à la définition des axes stratégiques qui vont constituer pour les cinq ans à venir le cadre d'action de la politique régionale de santé. Ce document fédérateur implique une mobilisation quotidienne de tous, dans un contexte inévitablement contraint. Cela sous-entend des efforts de coordination et de meilleure articulation entre l'ensemble des acteurs de la santé, ainsi qu'une réflexion sur les modes de coopération entre les professionnels de santé.

Le Projet Régional de Santé 2011 - 2015 s'inscrit dans le cadre d'un territoire unique de santé⁴². Toutefois, l'Agence Régionale de Santé souhaite animer des démarches pragmatiques de projets de territoire sur Saint Laurent du Maroni et Saint Georges. Par ailleurs, les travaux participatifs d'élaboration du plan stratégique régional de santé jettent les bases d'un plan d'action « santé » en direction des communes isolées, servant de cadre à la conduite de l'action stratégique de l'ARS dans les domaines de la prévention et de la prise en charge sanitaire des populations.

⁴²Dans sa séance plénière d'installation, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie s'est prononcée en faveur de la constitution d'une unique Conférence de Territoire pour la Guyane.

Projet Régional de Santé Guyane 2011 – 2015

Partie II : PLAN Stratégique de Santé

- SOMMAIRE -

1. METHODOLOGIE	p. 63
2. AXES STRATEGIQUES 2011 – 2015	p. 65
(dont un axe transversal sur la démographie des professionnels de santé)	
2.1. Inégalités de santé	p. 67
2.2. Veille et sécurité sanitaire	p. 68
2.3. Santé mentale et addiction	p. 69
2.4. Périnatalité et enfance	p. 70
2.5. Maladies chroniques	p. 71
2.6. Handicap et perte d'autonomie	p. 72

L'Agence Régionale de Santé de Guyane souhaite adopter cinq principes d'action dans l'élaboration puis l'implantation du Projet Régional de Santé 2011 – 2015.

1) Coordination :

La coordination des acteurs est essentielle dans un territoire de santé comme la Guyane. Elle garantit la lisibilité des parcours de soins en assurant la complémentarité des établissements, et la continuité d'un parcours de santé intégrant les dimensions préventives, sanitaires et d'accompagnement médicosociale. L'ARS joue dans ce cadre un rôle d'ensemblier favorisant la mise en œuvre de la complémentarité des acteurs et des actions sur l'ensemble du territoire.

2) Performance :

La mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements d'hospitalisation introduit la notion de performance. La nécessaire recherche de qualité des prises en charges invite à une adaptation des dispositifs aux particularités de la Guyane. Le champ de la prévention et du médico-social n'échappe pas à cette logique d'efficience prenant en compte la préoccupation constante de la qualité et coût des interventions proposées. L'ARS se dote d'une cellule performance chargée de travailler avec les acteurs sur des thèmes partagés. Ainsi, la question de l'importance des durées moyennes de séjour dans les établissements de santé de court séjour peut être l'occasion d'ouvrir un débat plus large sur le problème de l'hébergement en centre hospitalier impliquant les collectivités locales, la CGSS et les opérateurs.

3) Evaluation :

L'implantation du Projet Régional de Santé et son efficacité implique une évaluation continue par des indicateurs de suivi de ses objectifs. Ce principe implique une réflexion inter institutionnelle sur l'architecture des systèmes d'informations à mettre en œuvre. Au-delà des services directement rendus aux patients et à leurs soignants, le futur espace régional numérique de santé déployé par l'ARS avec ses partenaires en sera un des outils.

4) Territorialisation :

La Guyane comprend un unique Territoire de santé, au sens juridique du terme. Il est toutefois essentiel de tenir compte des spécificités infra régionales en adoptant une approche pragmatique en territoire de projet, particulièrement dans les bassins du Maroni et de l'Oyapock

5) Innovation :

L'éloignement et la dimension singulière de la Guyane implique de dépasser les modèles courants de projet et d'administration de la santé, par une réflexion ouverte sur l'innovation. Ce laboratoire d'idées doit amener les acteurs à repenser leurs pratiques professionnelles, tant dans leurs approches réglementaires que technologiques. L'ARS joue un rôle essentiel d'accompagnement ces partenaires.

1. METHODOLOGIE

Dès son installation, en avril 2010, l'ARS constitue un comité d'orientation associant les représentants des principaux groupes d'acteurs impliqués dans la santé : pouvoirs publics, structures publiques et privées de soins et d'accompagnement, réseaux de santé, usagers et secteur associatif⁴³.

Ce comité, appuyé par l'équipe projet de l'ARS, prépare la démarche d'élaboration du Projet Régional de Santé et identifie une dizaine de thèmes justifiant, de part leur importance et ou leur prise en compte insuffisante, une réflexion participative au sein de groupes de travail dédiés : « addictions », « démographie des professions de santé », « égalité d'accès à la santé », « handicap et perte d'autonomie », « santé bucco dentaire », « santé mère enfant », « santé en commune isolé », « risques vasculaires » et « télémédecine ». Un groupe généraliste est spécifiquement consacré au bassin de Saint Laurent du Maroni.

Ces thèmes sont proposés sur la base d'une ébauche du diagnostic régional de santé, et de consultations informelles auprès des partenaires que représentent les membres du comité.

⁴³ Organisation membre du comité d'orientation : ARS, Assurance Maladie, Conseil Général, Conseil Régional, préfecture, rectorat – Association Guyanaise des Directeurs d'Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux, Centre hospitalier de St Laurent, Centre Médico-Chirurgical de Kourou, clinique Véronique, Fédération Hospitalière de France, Union Régionale des Médecins Libéraux – Maison des réseaux – Association Guyane Promo Santé – personne qualifiée représentant les usagers.

Le 17 juin 2010, plus de 170 personnes⁴⁴ représentant un grand nombre d'acteurs de la santé, notamment associatifs, sont invités à intégrer ces différents groupes thématiques de travail. Ceux-ci sont co-animés par un professionnel du secteur et un référent technique de l'ARS ; ils s'étoffent de dizaines d'organisations ou personnes qualifiées absentes lors de la journée de lancement de juin. Une quarantaine de rencontres pluri disciplinaires se déroule durant le second semestre 2010 à Cayenne, Kourou, Iracoubo et St Laurent du Maroni, permettant de préciser pour chaque thème des objectifs d'intervention prioritaires, voire à proposer des actions pour les décliner.

Fort de ce travail, l'équipe projet de l'ARS opère une sélection tenant compte :

- des besoins de la population estimés au travers du diagnostic régional de santé (besoins « objectifs », mesurés) et de la rémanence de certains sujets dans les débats publics et les médias (besoins « subjectifs » ressentis par la population) ;
- des orientations stratégiques nationales et outre-mer : travaux préparatoires à l'actualisation de la politique nationale de santé, plan de santé outremer, mesures santé issues du Comité Inter Ministériel de l'Outremer dans les suites de la consultation populaire de 2009 ;

⁴⁴ Parmi les participants, citons par ordre alphabétique : Action pour le Développement l'Education et la Recherche (ADER), Appartement de Coordination Thérapeutique Guyane (ACT Guyane), Asso. Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (ADAPEI), Asso. Dép. des Pupilles de l'Enseignement Public (ADPEP), Asso. Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC), Asso Guyanaise contre les Maladies Neuromusculaire (AGMN), Asso. Kourouciennne d'Aide aux Tl'Jeunes (AKATIJ), ARAVEG, APADAG, Asso. Pour Adultes et Jeunes Handicapés de Guyane (APAJH), Association pour le Réseau d'Accès aux soins de Veille sanitaire et Epidémiologique de la Guyane (ARAVEG), L'Arbre Fromager, Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane, Centre Communal d'Action Social de St Laurent, centres hospitaliers de Cayenne et St Laurent (direction & professionnels de santé), Centre Médico Chirurgical de Kourou, Centre médical St Paul, Centre de Ressources pour la Politique de la Ville, centre pénitentiaire, Chrétien et SIDA, Conseil Général (service centraux et divers centres de PMI), Conseil Régional, Conseil de l'ordre des chirurgiens dentistes, Conseil de l'ordre des médecins, Conseil, Comité Régional pour le VIH (COREVIH), Croix Rouge Française, CSAPA de Cayenne, Dir. Départementale de la Jeunesse et sport, Dir. Inter Armée de Service de Santé des Armées (DIASS), Dir. des services vétérinaires, DSDS, Ebene, Education Nationale (conseillers techniques et professionnels de santé de divers établissements), Entr'Aides, Fédération Nationale des Infirmiers (FNI), Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (FEGAPEI), Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), Fil Rouge, Fourka, Guyane base avancée, Groupe SOS, Guyane Promo Santé, Hospitalisation A Domicile Guyane, Institut de Formation aux Soins Infirmiers, In'Pact, INSEE, Maison de garde médicale, Mayouka, SIDA Info Service, Maisons des ados de Cayenne, Maison des Réseaux, Médecins Du Monde, MFP, Observatoire Régional de la Santé, Observatoire Régional de l'Air Guyane, Parc Amazonien de Guyane, Préfecture, Relai Drogue Solidarité, Rectorat, Réseau Diabète, Réseau Périnatal, SAMU, SAMU social, Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux...

- du réalisme des perspectives humaines, techniques ou financières de déclinaisons régionales de ces propositions ;
- de l'opportunité de concentrer les efforts des acteurs de la santé sur un nombre restreint d'objectifs, ce qui n'exclut toutefois pas la poursuite de programmes antérieurs ou la prise en compte conjoncturelle d'autres problèmes de santé.

2. AXES STRATEGIQUES DE SANTE

Trois priorités nationales transversales guident l'élaboration des projets régionaux de santé :

- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé, ce qu'implique la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de prévention, à la fois médicale et comportementale ;
- Promouvoir l'égalité devant la santé entre hommes et femmes, groupes sociaux et territoires géographiques ;
- Développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient, ce qui invite à une réflexion, d'une part sur la mutualisation des offres de soins hospitalières et ambulatoires, et médico-sociales, et, d'autre part sur la nécessaire évolution des modes d'exercices professionnels et la promotion de leurs bonnes pratiques.

Ces priorités sont communes aux cinq domaines d'action prioritaires de la politique nationale de santé en cours d'actualisation, que les Agences Régionale de Santé doivent décliner en région : périnatalité et enfance, veille et sécurité sanitaire, maladies chroniques, santé mentale et addictions, handicap et vieillissement.

En Guyane, la réflexion participative sur le projet régional de santé conduit à individualiser la promotion de l'égalité de l'accès à la santé comme un domaine spécifique d'intervention, tant l'ampleur des inégalités observée impacte la conduite de l'ensemble des programmes de santé et la gestion de l'offre, notamment hospitalière.

Ce projet stratégique de santé est présenté et débattu la CRSA en séance plénière les 12 avril et 24 mai 2011. Sa mise en œuvre implique la prise en compte d'un **axe transversal structurant essentiel** qui est une condition de la mise en œuvre du pars : **le renfort de la démographie des professionnels de santé**, aussi bien en matière de soins que d'accompagnement médico-social ou de prévention. Un programme d'accueil et d'accompagnement de ces professionnels (formation initiale ou continue, renforcer localement la formation des professionnels, simplification et aide à l'installation, recrutement) est engagé depuis 2009 par l'ARS, le Conseil Général, le Conseil Régional et l'URPS. Il doit être renforcé.

Le plan stratégique de santé, de même que les schémas sanitaires, médico-sociaux et de prévention le déclinant, doit faire l'objet d'une évaluation régulière, et d'une large communication susceptible de renforcer son appropriation par les acteurs de la santé. La concertation et les avis rendus par la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie sont ici essentiels.

Les déclinaisons opérationnelles des axes stratégiques inscrites dans les trois schémas régionaux d'organisation (sanitaire, médico-social et de prévention) doivent être associées à des indicateurs de suivi dont l'évaluation intermédiaire pourrait être annuelle et donner lieu à la publication d'un tableau synthétique de suivi largement diffusé.

INEGALITES DE SANTE

Objectif général : réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins

Les inégalités socio spatiales de santé doivent s'appréhender tant au niveau inter régional - entre métropole et Guyane - qu'à une échelle infrarégionale.

Un objectif du PRS 2011 - 2015 est de contribuer à rapprocher la qualité des soins disponibles en Guyane du niveau de ceux délivrés en métropole. D'ores et déjà, une logique de rattrapage prévaut dans l'implantation de nouvelles activités ou de professionnels ; ce mouvement étant initié, la lutte contre les inégalités infra régionale est une priorité tant leur impact est grand sur la stabilité opérationnelle des structures de soins existantes qu'en matière de gestion du risque assurantiel.

1.1 Faciliter l'accès au droit à l'Assurance Maladie des populations établies en Guyane

- Renforcer l'information des publics marginalisés et des professionnels de santé sur les dispositifs d'accès et de renouvellement des droits sociaux.
- Faciliter les procédures d'ouverture et le renouvellement des droits à l'Assurance maladie.
- Faciliter l'accès aux hôpitaux des populations vivants en territoires ruraux ou forestiers (transport, hébergement d'attente...).

1.2 Améliorer l'impact des programmes de promotion de la santé et de prévention auprès des populations géographiquement et ou socialement isolées

- Adapter les programmes régionaux de promotion de la santé et de prévention, aux spécificités linguistiques et culturelles des différents groupes humains ciblés.
- Prendre en compte les populations en situation irrégulière dans l'élaboration des programmes régionaux de promotion de la santé et de prévention

1.3 Faciliter l'accès aux soins, somatiques et psychiques, des populations géographiquement et ou socialement isolées

- Mutualiser et coordonner l'offre de soins dans les bassins de vie transfrontaliers, y compris avec les acteurs de la santé surinamais et brésiliens
- Développer la mobilité, y compris virtuelle (télémédecine), des professionnels des soins et de l'accompagnement médicosocial

VEILLE ET SECURITE SANITAIRE

Objectif général : réduire l'incidence des maladies infectieuses

2.1 Réduire l'incidence des infections par le VIH

- Réduire le nombre de personnes ignorant leur séropositivité.
- Réduire le potentiel de transmission chez les personnes infectées par le VIH connaissant leur statut
- Réduire les comportements à risque chez les personnes infectées par le VIH

2.2 Réduire l'incidence du paludisme et de la dengue

- Promouvoir les mesures individuelles de lutte intra et péri domiciliaires contre la prolifération des moustiques
- Harmoniser les stratégies transfrontalières de contrôle du paludisme, avec nos partenaires surinamais et brésiliens.
- Faciliter l'accès au diagnostic, à la prophylaxie et au traitement des accès palustres et des portages chroniques.

2.3 Réduire l'incidence des maladies diarrhéiques et leurs risques épidémiques

- Promouvoir des modes d'adduction et de stockage de l'eau adaptés aux différents milieux de vie.
- Promouvoir des modes d'éliminations des excréments sans risque pour l'environnement humain.
- Améliorer la réactivité du traitement des signaux sanitaires relatifs aux maladies diarrhéiques (signalement, réception, validation, évaluation) et la mise en œuvre des mesures de contrôle appropriées en cas de menace sanitaire.

2.4 Réduire l'incidence du cancer du col utérin

- Poursuivre les efforts de prévention contre les infections sexuellement transmissibles.
- Systématiser le dépistage des lésions cervicales pré-cancéreuses

SANTE MENTALE et ADDICTIONS

Objectif général : réduire la morbi-mortalité prématurée évitable liée à la souffrance mentale ou aux conduites addictives

L'objectif général en matière de santé mentale sera de diversifier l'offre de santé à la fois sur le plan géographique et sur le plan des dispositifs à mettre en place. Soutenus par de tels moyens, deux objectifs stratégiques doivent être atteints :

3.1 Limiter la morbidité liée à l'alcoolisme et aux autres addictions

- Améliorer la connaissance sur la consommation d'alcool et de drogues en Guyane : publics, usages et conséquences médicales et sociales.
- Développer la formation des publics d'usagers et des professionnels de santé sur les méfaits de l'alcoolisme et des drogues, et les filières dédiées d'accompagnement.
- Améliorer la coordination des acteurs de la prévention et de la prise en charge de l'alcoolisme et des autres addictions.

3.2 Réduire l'incidence du suicide

- Améliorer les connaissances épidémiologiques et sociales sur le suicide en Guyane.
- Renforcer le dépistage communautaire des personnes à risque suicidaire, notamment au sein des populations en situation sociale ou culturelle

PERINATALITE ET ENFANCE

Objectif général : réduire la mortalité périnatale et infantile

4.1 Réduire le nombre de grossesses non ou insuffisamment surveillées

- Garantir un accès précoce aux droits, et à l'accompagnement médico-social des parturientes en situation d'isolement.
- Développer une offre pluridisciplinaire et coordonnée de soins périnataux de proximité, notamment auprès des communautés géographiquement ou socialement isolées
- Identifier et corriger les intoxications maternelles à risque pour l'enfant à naître foetal : alcool, mercure, et aluminium tellurique (pemba).

4.2 Réduire le nombre de grossesses non désirées

- Informer les femmes, notamment jeunes et ou isolées, sur la maîtrise de leur sexualité et de leur fécondité
- Faciliter l'accès de toutes les femmes aux différents modes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse

4.3 Atteindre et maintenir un niveau élevé d'immunité de la population vis-à-vis des maladies à prévention vaccinale obligatoire ou recommandées en Guyane.

- Développer un système d'information pérenne et exhaustif sur la couverture des vaccinations obligatoires
- Améliorer et pérenniser la couverture vaccinale des enfants vis-à-vis des maladies à prévention vaccinales obligatoire ou recommandées en Guyane, dont la rougeole.

MALADIES CHRONIQUES

Objectif général : réduire l'incidence des maladies chroniques et de leurs complications

5.1 Réduire la fréquence et la gravité des principaux facteurs de risque vasculaire rencontrés en Guyane : hypertension artérielle, diabète et surpoids

- Renforcer les connaissances sur l'épidémiologie des maladies vasculaires et leur prise en charge en Guyane.
- Promouvoir une hygiène individuelle de vie basée sur une alimentation saine et une activité physique régulière.
- Développer le dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète et du surpoids, notamment en milieux hospitaliers, scolaires et professionnels.

5.2 Réduire la fréquence et la gravité des séquelles de maladies vasculaires cérébrales, cardiaques et rénales

- Renforcer l'information du public et des professionnels de santé sur la reconnaissance précoce et les filières de prise en charge des urgences vasculaires (syndromes coronariens et déficits neurologiques aigus)
- Développer les filières régionales intégrées dédiées à la prévention et à la prise en charge des complications vasculaires cérébrales, cardiaques ou rénales.
- Encourager une prise en charge responsable et autonome des patients en renforçant leur éducation thérapeutique.

5.3 Améliorer la précocité et la qualité des soins aux personnes atteintes de drépanocytose

HANDICAP ET DEPENDANCE

Objectif général : améliorer la prise en charge du handicap et de la dépendance

6.1 Améliorer la connaissance mutuelle des populations dépendantes et des acteurs de soins et de l'accompagnement médicosocial

- Développer le dépistage des handicaps neurosensoriels chez l'enfant
- Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles du caractère et du comportement des enfants et adolescents
- Améliorer l'identification des acteurs de santé et leur coordination

6.2 Prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

- Développer les moyens et compétences professionnelles pour le repérage des handicaps et maladies neuro-dégénératives (maladie de Alzheimer...).
- Favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes en développant l'offre ambulatoire de soins et de services médicosociaux, en lien avec les établissements de soins.
- Favoriser le développement de dispositifs de prévention, repérage et prise en charge en matière de handicap.

6.3 Réduire la morbi-mortalité prématurée évitable par traumatismes externes

- Appuyer la prévention active des risques professionnels en lien avec le Plan régional de Santé au Travail.
- Développer la capacité du public à répondre initialement à un traumatisme physique dans l'attente de soins spécialisés.
- Développer une filière régionale intégrée de prise en charge et d'accompagnement des traumatisés médullaires et crâniens.