

Etude prospective : quel impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médico-sociale de la Guyane ?



Auteurs	William BOTTARO (EQR/Mazars), Pierre Vincent GUERET (SPQR), Agathe GROS (EQR/Mazars), Hélène DUPLAN (ARS), Nathalie MARRIEN (ARS), Soizick CAZAUX (ARS), Fabien LALEU (ARS), Julie BARON (AFD), Marike GLEICHMANN (AFD), Faustine FAURE (AFD)
Coordination	Hélène DUPLAN (Agence Régionale de Santé de Guyane) - Julie BARON/Yann YVERGNIAUX/ Faustine FAURE/ Marike GLEICHMANN (AFD)
Comité de pilotage de l'étude	ARS : Hélène DUPLAN, Nathalie MARRIEN, Soizick CAZAUX, Fabien LALEU AFD : Julie BARON, Marike GLEICHMANN, Yann YVERGNIAUX, Faustine FAURE CTG : Béatrice BERNUS, Claude ROSNEL

AUTEURS

William BOTTARO (EQR/Mazars), Pierre Vincent GUERET (SPQR), Agathe GROS (EQR/Mazars), Hélène DUPLAN (ARS), Nathalie MARRIEN (ARS), Soizick CAZAUX (ARS), Fabien LALEU (ARS), Julie BARON (AFD), Marike GLEICHMANN (AFD), Faustine FAURE (AFD)

RÉSUMÉ

Les dynamiques démographiques en cours constituent un véritable défi pour l'offre de soin et l'offre médico-sociale en Guyane. Dans ce contexte, l'étude pilotée par l'Agence Régionale de Santé de Guyane (ARS), l'Agence Française de Développement (AFD) et l'ancien Conseil général de Guyane devenu la Collectivité Territoriale de Guyane au 1^{er} janvier 2016, a permis d'établir un état des lieux de la situation actuelle et de présenter plusieurs scénarii pour les besoins futurs.

L'état des lieux réalisé dans cette étude dresse le portrait sociodémographique de la Guyane et présente la situation actuelle en termes d'accès aux droits à une couverture maladie, d'état de santé de la population, ou encore de recours au secteur sanitaire et médico-social et au secteur libéral et ambulatoire. Sur cette base, des projections à horizon 2020 et 2030 ont été réalisées pour évaluer les besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale et les capacités de prise en charge nécessaires pour répondre à ces besoins (équipements, dépenses de fonctionnement, ressources humaines). Trois scénarii de projection des besoins de renforcement des dispositifs de prise en charge sont ainsi proposés, en fonction de l'objectif de taux d'équipement retenu et du niveau d'efficience des offreurs de soins.

Les projections font ressortir un besoin important d'augmentation des capacités sanitaires et médico-sociales, ainsi qu'un besoin de renforcement des dispositifs de prévention et de coordination des acteurs. L'étude fournit de la sorte une base pour des arbitrages qui seront à opérer pour prioriser les investissements, notamment en termes d'ouverture de lits/places aux endroits les plus adéquats, et de validation d'appels à projet.

LANGUE ORIGINALE

Français

ISSN

2492-2838

DÉPÔT LÉGAL

4^e trimestre 2017

AVERTISSEMENT

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou de l'Agence Régionale de Santé.

Les *Notes techniques* sont téléchargeables
sur le site de l'AFD : <http://editions.afd.fr>

Sommaire

AUTEURS	1
Sommaire	2
Préambule	4
Liste des abréviations	6
Enjeux et objectif	7
<i>Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse » ; Calculs et réalisation : EQR</i>	8
<i>Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse » ; Calculs et réalisation : EQR</i>	8
Méthodologie	10
1.1. Méthode de projections des besoins de prise en charge	10
1.2. Méthode de projections des besoins de dispositifs	11
Estimation des besoins de prise en charge dans le domaine hospitalier	12
1.1. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)	12
1.2. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	14
1.3. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)	14
1.4. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur psychiatrique.....	15
1.5. Projections 2020 et 2030 d'effectifs de professionnels de Santé (PS) libéraux.....	17
1.6. Projections 2020 et 2030 des besoins et de l'offre en centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS).....	18
Estimation des besoins de prise en charge médico-sociale	20
1.1. Projections (en 2020 et 2030) des coûts afférents au développement de l'offre en direction des personnes âgées.....	20
1.2. Projections (en 2020 et 2030) des coûts afférents au développement de l'offre en direction des personnes en situation de handicap	21
1.3. Projections (en 2020 et 2030) des besoins afférents au développement de l'offre en direction des personnes confrontées à des difficultés spécifiques	23
Estimation des besoins d'offre de prévention	24
Perspectives	26

Préambule

Fin 2014, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane a initié son travail d'élaboration d'un nouveau Projet Régional de Santé (PRS) destiné à prendre la suite du PRS 2011-2015. En parallèle, l'Agence Française de Développement (AFD) a financé l'élaboration d'une étude, parue en 2016, de « *Prospective territoriale à Saint-Laurent du Maroni : quels futurs inventer face aux enjeux démographiques* », destinée à accompagner la commune de Saint-Laurent-du-Maroni dans sa capacité à « penser son avenir, afin de répondre aux défis qui l'attendent ». Cette étude s'inscrivait dans la volonté plus large de l'AFD d'accompagner le développement des politiques publiques en Guyane, auprès des autorités locales. Enfin, l'ARS de Guyane et l'AFD ont signé en 2013 un accord de partenariat afin d'officialiser et de renforcer leur coopération, à travers notamment la production de connaissances sur les problématiques de la santé et du médico-social à l'échelle du Plateau des Guyanes.

C'est dans ce contexte que le projet d'étude « *Impact des dynamiques démographiques sur l'offre de santé et médico-sociale en Guyane* », est né, en 2014.

L'étude a été pilotée conjointement par l'ARS, l'AFD et la Collectivité Territoriale de Guyane. Elle témoigne de la volonté conjointe de ces trois acteurs de chiffrer l'impact des dynamiques démographiques sur l'offre de soins et médico-sociales et de fournir une base pour la réflexion et l'élaboration d'une réponse adaptée aux besoins de la Guyane.

Plus spécifiquement, les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- L'élaboration de plusieurs scénarios d'évolution de la demande de soins aux horizons 2020 et 2030 à partir des besoins et de la demande de prise en charge actuelle dans les secteurs sanitaire et médico-social ;
- La formulation de propositions opérationnelles pour le renforcement de l'offre de services basées sur l'estimation du nombre de places supplémentaires à créer, les dépenses annuelles et les besoins de ressources humaines (effectifs de professionnels, formation, qualification, aux différents échelons territoriaux) ;
- L'outillage des politiques publiques régionales : appui aux réflexions pour l'élaboration du nouveau PRS et du plan d'investissement afférent ainsi qu'à l'élaboration d'appels à projets sur le secteur médico-social.

L'étude a établi un état des lieux de la situation aujourd'hui (portrait sociodémographique, accès aux droits, état de santé de la population, recours au secteur sanitaire et médico-social, secteur libéral et ambulatoire), et proposé des projections à horizon 2020 et 2030 sur les besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale et sur les capacités de prise en charge nécessaires pour répondre à ces besoins (équipements, dépenses de fonctionnement, ressources humaines). Trois scénarii de projection des besoins de renforcement des dispositifs de prise en charge, sont proposés, en fonction de l'objectif de taux d'équipement retenu et du niveau d'efficience des offreurs de soins.

Les projections obtenues font ressortir un besoin important d'augmentation des capacités sanitaires et médico-sociales, ainsi qu'un besoin de renforcement des dispositifs de prévention et de coordination des acteurs. L'étude fournit de la sorte une base pour des arbitrages qui seront à opérer pour prioriser les investissements, notamment en termes d'ouverture de lits/places aux endroits les plus adéquats, et de validation d'appels à projet.

Le mouvement social de mars-avril 2017 a relayé les préoccupations des guyanais, notamment en termes d'accès aux services de base comme la santé.

L'accord de Guyane du 21 avril 2017 – Protocole « Pou Lagwiyann dékolé », signé à la suite du mouvement par l'Etat et différents acteurs de la région Guyane, et paru au journal officiel de la République Française le 2 mai 2017 mentionne : « L'exceptionnelle croissance démographique de la Guyane, l'immensité de son territoire, les ressources naturelles dont elle dispose commandent de penser son développement en des termes différents, innovants et adaptés. ». Cet accord entérine la nécessité de mesures à prendre en urgence, ainsi que la nécessité d'une réflexion qui portera des ambitions à plus long terme pour la Guyane. Parmi les mesures d'urgences, certaines concernent plus ou moins directement le domaine de la santé : « Abandon du projet de cession du CMCK en faveur d'un projet s'inscrivant dans le secteur public ; Délégation en urgence de 20 millions d'euros au CHAR pour paiement de ses fournisseurs et 40 millions d'euros supplémentaires pour moderniser l'hôpital ; Attribution de 25 millions d'euros au CHOG pour renforcer son budget d'investissement ; Mise en place d'un plan exceptionnel de 5 millions d'euros pour les politiques du handicap ; Installation d'un échographe à l'aéroport Félix Eboué afin de lutter contre le trafic de stupéfiants ».

Ce contexte donne aujourd'hui un relief particulier à la publication de cette étude et souligne sa nécessité pour penser l'avenir sereinement.

L'étude a été menée et rédigée de novembre 2014 à novembre 2016 par le cabinet EQR.

Liste des abréviations

AME : Aide Médicale d'Etat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues

CDPS : Centre délocalisé de prévention et de soins

CH : Centre hospitalier

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

COREVIH : Comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ETP : Equivalent Temps Plein

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

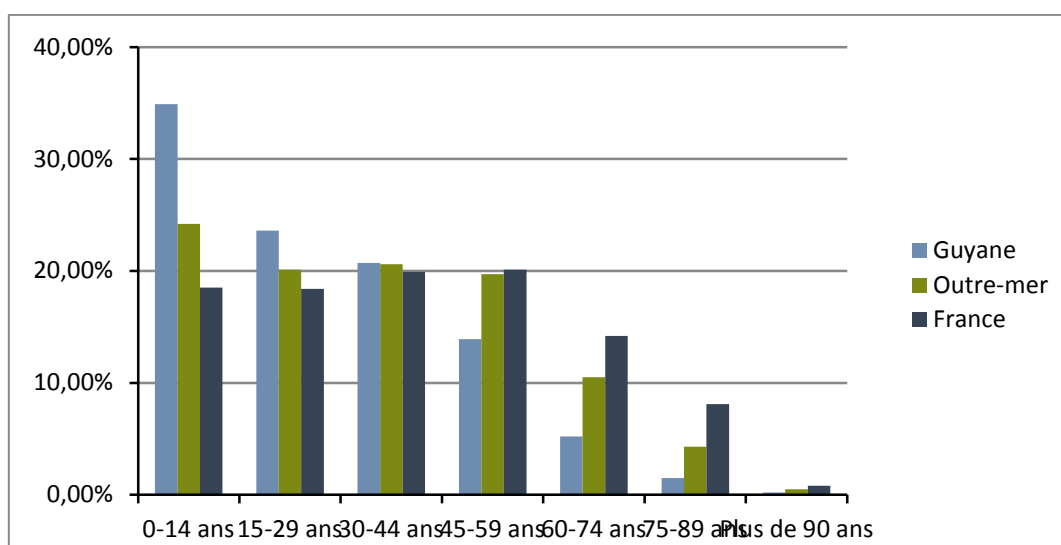
SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à la Personne

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Enjeux et objectif

La Guyane est un département français d'outre-mer dont 85% de la population vit sur le littoral, tandis que certaines communes sont très enclavées et difficilement accessibles. Entre 1968 et 2011, sa population a plus que quintuplé (44 392 à 237 549 habitants). Si cette évolution est plus importante dans les communes de l'Ouest, notamment à Saint-Laurent-du-Maroni (+35,6% dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni entre 2006 et 2011), c'est encore la zone de Cayenne qui concentre aujourd'hui plus de la moitié de la population (53,8% en 2011). La population guyanaise est globalement jeune (en 2011 près des deux-tiers de la population (58,5%) est âgée de moins de 30 ans) et fait face à des problématiques de précarité, de chômage et de logement.

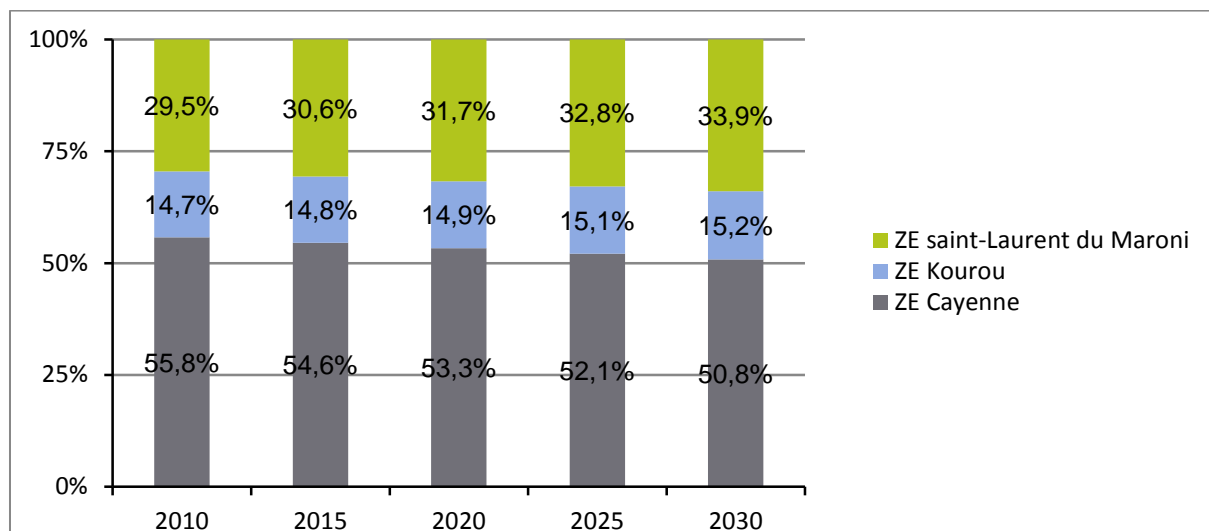
Populations par tranches d'âges au regard de la moyenne nationale et outre-mer en 2011



Source : Insee – RP 2011 ; Calculs et réalisation : EQR

Les prévisions démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) anticipent entre 2010 et 2030 une augmentation de la population guyanaise de +66,2% avec une hausse plus marquée dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (+91,1% pour la même période).

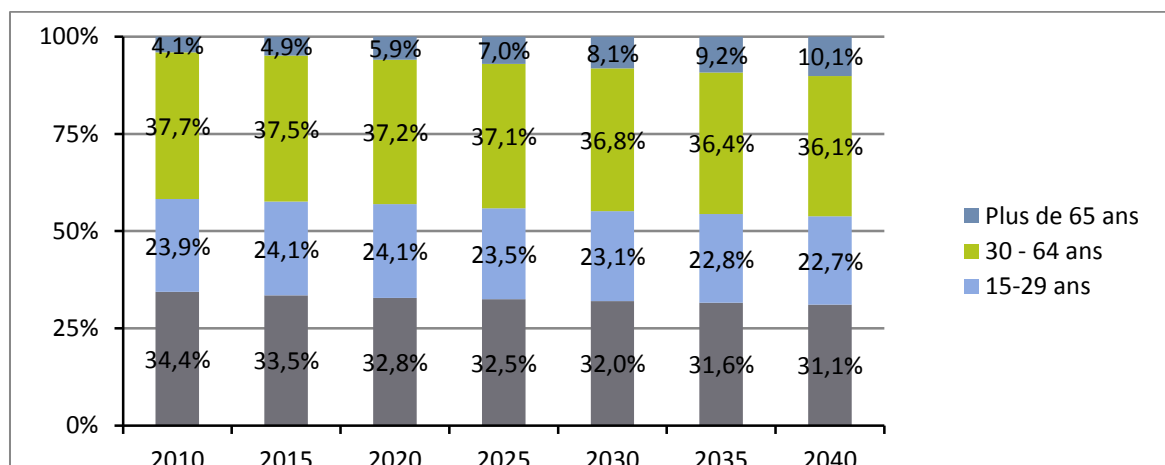
Evolution de la population de Guyane selon les zones d'emplois (en %)



Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse » ; Calculs et réalisation : EQR

Cette croissance s'accompagnera également d'un vieillissement notable de la population : compte-tenu de la structure démographique actuelle, le nombre de séniors devrait tripler d'ici 2030¹ en valeur absolue. Ce vieillissement entrainera de plus en plus de besoins liés à la prise en charge de la dépendance, notamment au domicile des guyanais.

Répartition de la population guyanaise par grands groupes d'âges à horizon 2040



SOURCE : INSEE, Omphale 2010, SCENARIO « MIGRATION BASSE » ; CALCULS ET REALISATION : EQR

Cette importante croissance démographique du territoire guyanais soulève des questions d'aménagement et d'adaptation des dispositifs publics aux dynamiques populationnelles. Cet enjeu apparaît d'autant plus préoccupant que la croissance démographique est inégalement répartie sur le territoire et que les indicateurs sociaux et d'état de santé apparaissent défavorables, et entraînent des besoins de prise en charge croissants et disparates. Sur les plans sanitaire et médico-social, à la capacité d'absorption du dispositif s'ajoutent également des

¹ INSEE - ARS Guyane « En Guyane, trois fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 » décembre 2012

problématiques spécifiques (part importante de la population couverte par les dispositifs de Couverture Maladie Universelle et d'Aide Médicale d'Etat (AME)², forte prévalence de maladies vectorielles et infectieuses, forte natalité). De plus, l'offre actuelle de prise en charge, tant sur les plans sanitaires que médico-sociaux, est insuffisante en comparaison avec les taux d'équipements métropolitains et nationaux.

L'étude d'impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médico-sociale de la Guyane s'inscrit dans ce contexte et a vocation à élaborer plusieurs scénarii, aux horizons 2020 et 2030, d'évolution de la demande de soins et d'évolution nécessaire des dispositifs pour répondre à cette demande à partir de la demande de prise en charge actuelle dans les secteurs sanitaire et médico-social. Ce travail vise à éclairer la prise de décision en vue d'un renforcement de l'offre sur le territoire.

² L'AME est le dispositif de prise en charge des dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressource, résidant en France depuis plus de trois mois

Méthodologie

L'étude établit un état des lieux de la situation en 2015 (portrait sociodémographique, accès aux droits, état de santé de la population, recours au secteur sanitaire et médico-social, secteur libéral et ambulatoire) et propose des projections à horizon 2020 et 2030

- Des besoins de prise en charge sanitaire et médico-sociale d'une part ;
- Et des dispositifs de prise en charge nécessaires pour répondre à ces besoins d'autre part, avec des recommandations d'investissements et d'évolutions des dispositifs en conséquence.

1.1. Méthode de projections des besoins de prise en charge

Pour la projection des besoins, le travail a porté sur la projection d'une quarantaine d'indicateurs à horizon 2020 et 2030 portant à la fois sur :

- le recours aux soins des populations (hospitalisations, nombre d'accouchements, consultation chez le dentiste, etc.) ;
- les besoins de prise en charge dans le domaine sanitaire (évolution des pathologies) ;
- les besoins de prises en charge dans le secteur médico-social (personnes âgées, handicapées ou en difficultés spécifiques).

Ces indicateurs ont pu être calculés à partir des données collectées dans le cadre de l'étude auprès de l'ARS de Guyane, de la Collectivité Territoriale de Guyane et de l'ensemble des acteurs partenaires du territoire.

Le modèle de projection utilisé s'appuie sur des travaux menés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé, DREES (*Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030* parue en 2008) selon deux méthodologies de projection :

- Une méthodologie 1 à « caractéristiques constantes » (« scénario de constance ») : cette méthode prend en compte comme seule variable, les dynamiques d'évolution de la population à horizon 2020 et 2030. A l'exception de cette évolution démographique, les indicateurs restent inchangés par rapport à leur niveau de 2013. Lorsque les données recueillies sont disponibles et le permettent, l'évolution de l'indicateur est calculée par rapport à l'évolution de la population par zones d'emploi, par sexe et/ou par tranches d'âge. Cependant, cette méthode ne prend pas en compte la tendance d'évolution de l'indicateur sur les dernières années précédant 2013.
- Une méthodologie 2 qui repose sur la poursuite à l'identique des tendances observées pour chaque indicateur entre 2009 et 2013. Cette période a été choisie car elle correspond à une durée suffisamment significative pour pouvoir analyser des tendances sur une période récente. Ainsi, elle permet de prendre en compte l'évolution de l'indicateur sur la période mais ne prend en revanche pas spécifiquement en compte les projections d'évolution de population de l'INSEE à horizon 2020 et 2030.

Les projections démographiques ont été réalisées sur la base des données OMPHALE (outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves) de l'INSEE. Lorsque les données le permettent, les projections ont été faites par zones d'emploi, tranches d'âge et sexe.

L'utilisation de deux méthodes de projection pour chacun des indicateurs de l'étude permet de disposer d'une double indication (analyse des tendances passées d'une part et projections basées sur les projections de population d'autre part) sur chacun des indicateurs de l'étude et de nuancer les résultats de projection retenus. Les chiffres ainsi obtenus ont vocation à donner une indication quant à l'évolution possible des indicateurs à horizon 2020 et 2030.

Pour chacun des indicateurs, le rapport propose une orientation vers le résultat obtenu avec la méthodologie qui apparaît la plus probable. En sus, un recensement des facteurs externes pouvant influencer sur l'évolution de chaque indicateur (à la hausse ou à la baisse) est présenté. Ce recensement a été réalisé sur la base de données issue d'autres rapports et d'échanges avec les professionnels de terrain mais n'a pas vocation à être exhaustif. Il permet simplement de disposer d'éléments de décision et de compréhension du contexte local.

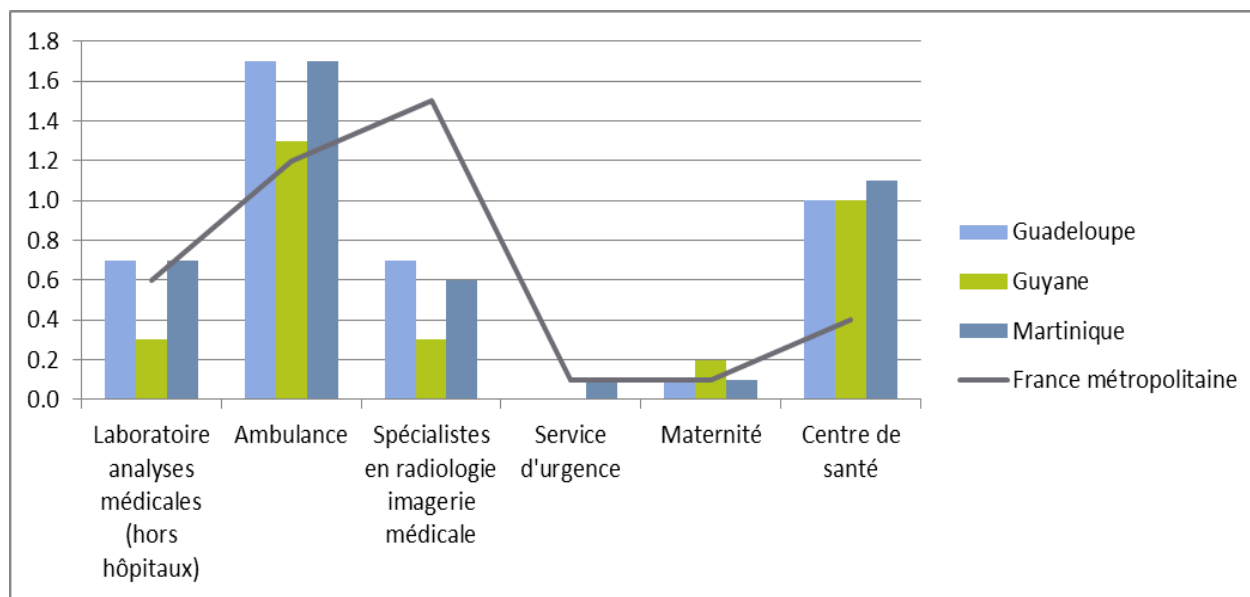
1.2. Méthode de projections des besoins de dispositifs

Un second niveau d'analyse a été réalisé pour projeter les dispositifs nécessaires, en termes de lits et places, de nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) et de coûts d'investissement et de fonctionnement, à mettre en place pour répondre à cette demande et ces besoins futurs. Trois scénarii sont présentés. Le premier consiste à projeter l'évolution nécessaire des dispositifs existants en s'appuyant uniquement sur les résultats des projections de la demande et des besoins. Le second consiste à intégrer, en plus de cette demande future, un rattrapage des niveaux d'équipement guyanais vers les niveaux hexagonaux. Le dernier scénario consiste à intégrer non pas une hypothèse de rattrapage, mais une hypothèse d'amélioration de l'efficacité du dispositif à mettre en place.

L'année de référence des données de l'étude est 2014. Certaines évolutions récentes ne sont donc pas reflétées par l'étude.

Estimation des besoins de prise en charge dans le domaine hospitalier

Comparaison des taux d'équipement en établissement de santé (pour 1000 habitants de 15 ans et plus) en 2013



Sources : ARS et Drees, SAE ; Insee, estimations de population Insee 2012 ; *Calculs et réalisations* : EQR Conseil

1.1. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)

Le secteur guyanais hospitalier est centré autour des trois hôpitaux de Kourou, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni. Le recours aux hospitalisations (Médecine Chirurgie Obstétrique, Soins de Suite et de Réadaptation) est moins fréquent en Guyane qu'au niveau national. Le recours à l'hospitalisation à domicile y est en revanche plus important. En 2013, la majeure partie de l'activité MCO est réalisée dans la zone d'emploi de Cayenne (60% des séjours/séances).

Le nombre de séjours en médecine chirurgie obstétrique (MCO) va augmenter de près de 64% d'ici 2030. En effet, on comptait en 2009 plus de 60 200 séjours MCO et en 2014, près 70 350. Si cette tendance d'augmentation du taux de recours se poursuit, il y aura en 2030 près de 115 800 séjours MCO.

Pour couvrir ce besoin et à taux d'équipement constant, le besoin supplémentaire en lits et places d'hospitalisation MCO est estimé à +149 lits d'ici 2020 et à +469 lits d'ici 2030. Les données recueillies ont permis d'évaluer la dépense moyenne annuelle en Guyane par lit/place à 275K€ en 2014. Sur la base de ces éléments, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre dimensionnée aux besoins s'élève à +40 M€ en 2020 et + 129M€ en 2030.

La comparaison des taux d'équipement avec les moyennes métropolitaines et antillaises montre que le territoire est fortement déficitaire pour les infrastructures hospitalières de médecine et de chirurgie, à l'inverse du taux d'équipement en gynécologie-obstétrique supérieur aux moyennes nationales, qui s'explique notamment par le fort taux de natalité de la population. Ainsi, l'effort à fournir dans une optique de rattrapage de l'équipement en MCO aux taux d'équipements de l'hexagone et d'une poursuite des tendances d'évolution de la demande en MCO telle qu'observée sur la période 2009-2014, est évalué à +186 lits et places en 2020 et entre +586 lits d'ici 2030. La dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre selon cette hypothèse est évaluée entre +51M€ d'ici 2020 et +161 M€ à horizon 2030.

Une amélioration de l'efficacité, appréhendée à travers la baisse de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) en MCO, à un rythme équivalent à celui observé entre 2009 et 2014 conduirait à un besoin supplémentaire plus faible que dans les deux scénarios précédents. Ainsi 139 lits et places supplémentaires devraient être créés d'ici 2030, engendrant une dépense annuelle supplémentaire de 120 M€ d'ici 2030.

Les projets de restructuration du dispositif devront prendre en compte le fait que les centres hospitaliers de Cayenne (CHAR) et Saint Laurent du Maroni (CHOG) font d'ores et déjà tous les deux l'objet de restructurations importantes depuis quelques années. Le CHAR a notamment fait l'objet d'importants travaux d'extension qui se sont achevés en 2012 afin d'augmenter la capacité de la structure. Le CHOG fait quant à lui l'objet d'un projet de reconstruction qui devrait faire augmenter ses capacités d'accueil d'environ 65% (+110 lits et places) et dont l'achèvement est prévu pour 2018. Ces projets ont d'ores et déjà vocation à anticiper l'évolution démographique Guyanaise et les besoins de la population, en particulier sur l'Ouest Guyanais.

Enfin, depuis quelques années, les objectifs d'amélioration de la performance hospitalière en Guyane s'accompagnent également d'une stratégie de coopération inter-établissements permettant de mettre en place des parcours de soins coordonnés, des filières cohérentes et des mutualisations et optimisations de moyens. Cette logique de coopération dépasse le simple cadre hospitalier puisque des coopérations avec les secteurs médico-social et associatif sont également promues par l'ARS, notamment à travers la signature d'un certain nombre de conventions.

Nombre de places MCO nécessaires et leur coût, dans un scénario de constance

MCO		2014	2020	2030	Augmentation 2014-2030
Scénario de constance	Places	726	875	1195	+65%
	Coût annuel de fonctionnement	199 M€	240 M€	328 M€	+65%

Source : ARS ; tableau réalisé par l'ARS / AFD sur la base des résultats de l'étude réalisée par EQR

1.2. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

L'étude a également permis d'objectiver les forts besoins de prise en charge en SSR, notamment du fait du vieillissement de la population avec un enjeu de spécialisation du secteur, en gériatrie notamment. Le dispositif SSR actuel s'appuie sur 130 lits et places au centre médical Saint-Paul, au CHAR, à la clinique Saint-Adrien, au CHOG. On compte en 2012 plus de 26 000 journées réalisées en SSR, dont près des trois quart ont été réalisées par la Clinique Saint-Paul en hospitalisation complète. Le CHOG recrute quant à lui la quasi-totalité de sa patientèle dans les communes proches de Saint-Laurent-du-Maroni, à l'Ouest du territoire. La Clinique Saint-Paul recrute davantage à l'Est du territoire et au Sud.

Selon les projections d'activité SSR s'appuyant sur la seule projection d'augmentation de la population, le nombre d'hospitalisations complètes et partielles passerait d'environ 26 000 en 2012 à 31 000 en 2020 et 40 000 en 2030, soit une augmentation de +57%. Pour couvrir cette demande, le besoin de création de lits/places supplémentaires est estimé à +26 lits/places à horizon 2020 et +69 lits/places à horizon 2030, à l'échelle de toute la Guyane. Sur la base des données de coûts actuelles disponibles pour la Guyane, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +1,7M€ d'ici 2020 et à + 4,5M€ à horizon 2030. Les effectifs supplémentaires nécessaires pour le fonctionnement de cette offre nouvelle sont compris entre 16 et 42 ETP, tous types de personnels confondus. Ces effectifs permettraient de maintenir les taux d'encadrement observés à ce jour dans le secteur SSR en Guyane.

En outre, le taux d'équipement de la Guyane en SSR est de 0,6 pour 1 000, alors que celui de la France métropolitaine est de 1,3. Un rattrapage aurait donc pour conséquence une hausse importante des places et des moyens associés. Le scénario de rattrapage fait ainsi apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires estimé à +56 lits/places SSR à horizon 2020 et +149 lits à horizon 2030. Dans ce scénario, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +3,7 M€ à horizon 2020 et à + 9,8M€ d'ici 2030 en coûts 2014. Sur la base de cette nouvelle hypothèse, les effectifs supplémentaires nécessaires pour le fonctionnement de cette offre s'élèvent à 35 ETP d'ici 2020 et 92 ETP d'ici 2030.

1.3. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur de l'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'HAD connaît une forte demande sur le territoire guyanais. Entre 2010 et 2013, un quasi-doublement des journées HAD réalisées sur le territoire a été observé, signe d'une forte demande pour ce type de prise en charge, mais également d'un fort développement récent de l'activité. Le nombre de journées réalisées par l'HAD en 2013 s'élève plus de 44 000. En 2020 si le taux de recours à ce type d'hospitalisation reste constant, près 52 600 journées seront réalisées et en 2030, ce sera près de 67 400.

Selon les données actuelles, la dépense moyenne annuelle par journée ressort à 244€. Sur cette base, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +2 M€ d'ici 2020 et de +6 M€ d'ici 2030.

De même que l'activité médecine des établissements MCO, l'HAD a connu une amélioration sensible de sa performance entre 2010 et 2014, caractérisée par une baisse de 18% de sa durée moyenne de séjour. La poursuite de cette amélioration, telle qu'appuyée par les politiques sanitaires et les établissements, permettrait d'absorber une partie du besoin supplémentaire de prise en charge au sein de l'offre actuelle, et réduirait donc de 18 % la dépense nouvelle. Les projections corrigées avec ce paramètre évaluent la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle à +1,8 M€ en 2020 et +4,7 M€ en 2030.

En bref : Une des solutions alternatives l'hospitalisation à domicile (HAD)

La Guyane a un taux de recours à l'HAD particulièrement élevé par rapport à la moyenne nationale

- 2 structures de HAD avec des antennes à Cayenne, Kourou et Saint Laurent
- Une activité de près de 45 000 journées de HAD en 2013
- Des besoins supplémentaires de près de 20% d'ici 2020 et de plus de 50% jusqu'en 2030.

- Un coût supplémentaire de 2 M€ en 2020 et de près de 6 M€ en 2030



1.4. Offre de soins hospitalière aujourd'hui et à horizon 2020, 2030 – secteur psychiatrique

En psychiatrie, les besoins de prise en charge de la population se sont révélés difficiles à identifier, en raison de l'insuffisance des données disponibles. L'analyse de l'évolution du nombre de journées entre 2009 et 2012 a montré que l'activité n'a pas fortement évolué sur la période, notamment pour les hospitalisations à temps complet. Le nombre de journées à temps partiel a en revanche augmenté, et en particulier pour la psychiatrie infanto-juvénile.

L'offre de prise en charge en psychiatrie est aujourd'hui largement concentrée sur la zone d'emploi de Cayenne : le Centre Hospitalier (CH) de Cayenne compte 84 lits d'hospitalisation, des places en hôpital de jour dont un accueil spécifique pour les mineurs. La zone compte également 5 structures ambulatoires (Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou unité de consultation des services de psychiatrie), dont 5 structures pour adultes et 6 structures infanto-juvéniles. Douze places d'hospitalisation ont également été ouvertes au CHOG, à Saint-Laurent-du-Maroni, dont 8 pour les adultes et 4 pour les enfants. La zone

ne comprend pas de structures ambulatoires comme des CMP, unité de consultation des services de psychiatrie ou Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel. La zone d'emploi de Kourou ne compte quant à elle aucune structure d'hospitalisation ou ambulatoire. L'offre reste globalement largement déséquilibrée et insuffisante. Notamment pour y pallier, l'ARS finance des infirmiers psychiatriques dans des zones plus reculées du territoire (bassin de l'Oyapock par exemple). La psychiatrie connaît en outre des taux de fuite importants hors du territoire guyanais. Un rapport de la DREES datant de 2001³ notait déjà des taux de fuite de 8,9% en Guyane en 2001, contre 3,8% en Guadeloupe, 2,1% en Martinique, et 2,3% à la Réunion la même année.

Les projections font apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030 estimé entre +26 et +63 en psychiatrie selon l'échéance retenue. La dépense moyenne annuelle par lit/place ressort en 2014 à 274 K€. Sur cette base, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +7 M€ en 2020 et + 17M€ en 2030. Sur la base des taux d'encadrement observés actuellement, les effectifs supplémentaires pour faire fonctionner cette offre nouvelle, sont compris entre 4 et 10 ETP, tous types de professionnels confondus.

De même que pour les autres secteurs, la Guyane connaît des taux d'équipements en psychiatrie plus faibles qu'au niveau national (le taux guyanais en psychiatrie adulte est de 0,8 pour 1 000 habitants vs. 1,5 au niveau métropolitain). Un rattrapage aurait pour conséquence une hausse importante des places et des moyens associés. Avec cette nouvelle hypothèse, la projection effectuée fait apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030 : le besoin est estimé à +48 lits/places pour 2020 et +118 lits/places pour 2030. Dans ce scénario, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +13 M€ (2020) et + 32M€ (2030) en coûts 2014. Les effectifs supplémentaires nécessaires pour le fonctionnement de cette offre nouvelle sont compris entre 7 et 18 ETP selon l'échéance.

En bref : Les besoins supplémentaires en milieu hospitalier pour 2020 et pour 2030 (MCO, SSR et psychiatrie)

- + 200 lits en places en 2020
- + 400 lits en places en 2030



- + 50 Mlits en p
- + 150 Mits en pl



³ Document de travail - *Etat de santé, offre de soins dans les départements d'Outre-Mer* n°14-juin 2001

1.5. Projections 2020 et 2030 d'effectifs de professionnels de Santé (PS) libéraux

La Guyane est actuellement fortement sous-dotée en professionnels de santé. L'absence de formation initiale en médecine sur le territoire ne favorise pas l'installation de médecins. Par ailleurs, l'offre est concentrée dans la zone d'emploi de Cayenne. Pour autant, les besoins sont importants et la situation menaçante puisque la moyenne d'âge des médecins est élevée. Ainsi, il y a urgence à remplacer les départs à la retraite par de nouvelles installations.. Cet enjeu est également valable pour les autres professions médicales et paramédicales : les besoins en médecins spécialistes, en infirmiers, en sages-femmes et en kinésithérapeutes apparaissent également importants.

Au niveau libéral seulement et à densité constante de professionnels de santé par habitant, il faudrait, en sus du maintien du niveau actuel de professionnels, favoriser l'installation de 71 médecins généralistes (il y en avait 116 en 2015), 33 dentistes (54 en 2015), 13 sages-femmes, 162 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) (21 en 2015), 50 kinésithérapeutes (82 en 2015), 10 orthophonistes (16 en 2015), 10 psychomotriciens (1 en 2015), 7 pédicures-podologues (11 en 2015) et 1 ergothérapeute (2 en 2015) à horizon 2030.

L'attractivité du territoire pour les médecins et professionnels de santé constitue donc un enjeu majeur en Guyane, compte-tenu de l'absence de formation médicale sur le territoire. Par ailleurs, l'analyse des densités des professionnels met aussi en exergue des inégalités dans la répartition des professionnels sur le territoire. Pour répondre à cet enjeu, l'ARS a mis en place un plan d'action en faveur des professionnels de santé pour la période 2012 – 2015, visant principalement à améliorer l'accueil et l'attractivité, renforcer et développer la formation et faciliter l'exercice. L'évaluation à venir de ce plan permettra de tirer des enseignements précieux sur la pertinence des actions menées et celles qui doivent être poursuivies.

Estimation du nombre d'installations de professionnels de santé nécessaires à horizon 2020 et 2030, dans l'hypothèse d'un alignement sur la densité de professionnels observée au niveau national

Profession	Nombre libéral 2015	Densité Guyane 2015	Densité France	Aujourd'hui	2020	2030
Médecin généraliste	116	129	149	357	452	576
Chirurgien-dentiste	54	23	62	149	188	240
Sage-femme	21	216	137	328	415	529
IDE	265	598	909	2 178	2755	3 512
Masseur kinésithérapeute	82	43	119	285	361	460
Orthophoniste	16	10	33	79	100	127
Psychomotricien	1	6	14	34	42	54
Pédicure-podologue	11	6	19	46	58	73
Ergothérapeute	2	8	13	31	39	50

1.6. Projections 2020 et 2030 des besoins et de l'offre en centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)

A date d'étude, le territoire compte 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) administrés depuis 2000 par le centre hospitalier de Cayenne. Les centres ont pour objectifs d'assurer une médecine de proximité. Ils sont répartis à différents endroits du territoire, en particulier dans des zones reculées et difficiles d'accès. Leur taille est variable. Les CDPS répondent à une demande en pleine expansion, en particulier dans certains secteurs territoriaux, comme Maripasoula et Papaïchton, où le nombre d'actes réalisés mensuellement par les CDPS a fortement augmenté entre 2012 et 2013.

En 2013, la demande se concentre davantage dans les centres de Maripasoula, (15,8% de l'ensemble de l'activité en 2013), Apatou (14,2% de l'activité), Grand-Santi (12%), Saint-Georges (10,7%) et Papaïchton (10,2%). Ainsi, plus des deux tiers de l'activité des CDPS est aujourd'hui réalisé dans la zone du fleuve Maroni (64,4%). Un peu plus d'un quart est réalisé à l'Est du territoire, dans le secteur de l'Oyapock (28,5%) et 7,2% sur la zone littorale. En 2013, le motif de recours principal dans les CDPS est la médecine générale.

Aujourd'hui, plus de 163 000 consultations sont réalisées chaque année dans les CDPS, dont plus de la moitié (108 622) dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni. D'ici 2030, pour répondre aux besoins de la population ressortis des projections, leur activité devrait doubler. En 2020, ce seront plus de 200 000 consultations (+25% par rapport à leur activité 2013) et en 2030 plus de 250 000 consultations à assurer, qui auront de plus en plus tendance à se concentrer dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (qui assurera 72,9% des consultations en 2030 contre 66,4% aujourd'hui). Les plus gros centres resteront ceux de Maripasoula, Apatou, Grand-Santi, Saint-Georges, Papaïchton et Camopi.

Estimation du nombre de consultations 2020 et 2030 par CDPS selon la méthode de « constance »

	Consultations 2013		Consultations 2020	Consultations 2030
Maripasoula	26 396	15,8%	31 678	40 375
Apatou	23 827	14,2%	28 595	36 446
Grand-Santi	20 149	12,0%	24 181	30 820
Saint-Georges	17 939	10,7%	21 529	27 439
Papaïchton	17 055	10,2%	20 468	26 087
Camopi	13 617	8,1%	16 342	20 829
Iracoubo	9 466	5,7%	11 360	14 479
Jahouvey	9 252	5,5%	11 103	14 152
Trois sauts	7 439	4,4%	8 928	11 379

Awala	4 845	2,9%	5 814	7 411
Cacao	4 479	2,7%	5 375	6 851
Régina	3 590	2,1%	4 308	5 491
Antécum pata	3 238	1,9%	3 886	4 953
Talhuen	2 968	1,8%	3 562	4 540
Organabo	915	0,5%	1 098	1 400
Saul	892	0,5%	1 070	1 364
Kaw	727	0,4%	872	1 112
Ouanary	656	0,4%	787	1 003

Source : rapport d'activité CDPS 2013 ; Omphale

En 2013, le rapport d'activité des CDPS dénombrait pour les CDPS 21 médecins salariés, 2 internes, 4 sages-femmes, 4 aides-soignantes et 46 infirmiers d'Etat. Le rapport mentionne que les effectifs 2013 apparaissent déjà réduits pour l'activité de CDPS et que le recours aux remplaçants doit régulièrement être engagé pour couvrir les diverses absences et les postes non pourvus.

Selon les projections globales d'activité réalisées à horizon 2020 et 2030, les besoins de recrutement en professionnels de santé seront de 18 professionnels de santé supplémentaires en 2020 et 43 en 2030, principalement marqués pour les IDE (26 recrutements à prévoir d'ici 2030, en sus du maintien du niveau actuel d'ETP) et les médecins généralistes (12 recrutements supplémentaires à effectuer par rapport à aujourd'hui, alors que des tensions sur les effectifs médicaux sont déjà prégnantes), soit une augmentation des besoins en professionnels d'un quart en 2020 et de 55% en 2030. Toutefois, les CDPS se sont d'ores et déjà fixés comme objectif l'amélioration des conditions de travail dans les centres, afin de favoriser le recrutement de professionnels de santé.

Estimation des besoins de prise en charge médico-sociale

1.1. Projections (en 2020 et 2030) des coûts afférents au développement de l'offre en direction des personnes âgées

Le vieillissement prévu de la population guyanaise va induire d'importants besoins de prise en charge de la dépendance. Les trois quart des personnes actuellement bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (600 personnes en 2013) vivent à domicile, qui reste le mode d'hébergement le plus fréquent. D'ici 2030, le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA sera de plus de 1 700 si leur proportion dans la population reste identique à celle de 2013. De plus, le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est aujourd'hui près de 2 fois inférieur au taux métropolitain.

Le dispositif devra également prendre en compte le développement de pathologies spécifiques au grand âge comme les maladies neurodégénératives ou Alzheimer, etc. Par projection d'une étude du SESAG, le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer devrait atteindre 1 415 en 2020 et 2 535 en 2030 contre 745 aujourd'hui, soit 3 fois plus de cas d'Alzheimer parmi les plus de 65 ans.

Fin 2014, la Guyane compte quatre Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dont 3 se situent à Cayenne et 1 à Saint-Laurent-du-Maroni. Au total, 199 places sont ainsi réparties sur le territoire, dont plus des trois-quarts à Cayenne. Un service USLD de 30 places est également situé à Cayenne. En établissement, les effectifs autorisés connus s'élèvent à 162,55 ETP.⁴ Ils sont répartis comme suit : majoritairement au CHAR (53), au CHOG (29,6), à l'EHPAD Saint-Paul (37,25), à l'EHPAD EBENE (42,5).

La projection des besoins en places fondée sur le maintien des constantes actuelles en matière de taux d'équipements et d'encadrement induit un besoin de 69 places supplémentaires en établissement en 2020 et 240 places supplémentaires en 2030, générant une dépense annuelle supplémentaire de fonctionnement de 4,3M€ (2020) et 15,2M€ (2030), et nécessitant le recrutement de 36 et 126 professionnels d'ici 2020 et 2030.

Une projection a également été effectuée pour tenir compte d'un rattrapage du taux d'équipement avec la moyenne nationale (40% de personnes âgées bénéficiaires de l'APA en établissement, 60% à domicile) : sur la base du coût moyen de la place en EHPAD en Guyane (69 379€), les investissements nécessaires pour rattraper les taux métropolitains seraient de créer 223 places en établissement en 2020 et 496 en 2030, générant une dépense annuelle supplémentaire de l'ordre de 14M€ d'ici 2020 et 31M€ d'ici 2030. Avec le maintien des taux d'encadrement actuels, ce scénario de rattrapage du taux d'équipement national nécessiterait le recrutement de 116 professionnels d'ici 2020 et de 258 d'ici 2030.

Le dispositif connaît également le développement de différents services et associations au service de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie : il s'agit de Services d'Aide et d'Accompagnement à la Personne (SAAD), de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), un Centre Local d'Information et de Coordina-

⁴ Source : données « Comparatif EHPAD 26 juin 2014 » transmis par le Conseil Général

tion (CLIC), ou encore la structuration d'une filière gériatrique. Le maintien de ce dispositif est également confronté à l'enjeu de recrutement de professionnels spécialistes du vieillissement, en établissement (médecins coordonnateurs par exemple), à l'hôpital ou en libéral (gériatres).

Le vieillissement à l'horizon 2030 nécessite la mise en place de la filière gériatrique coordonnée entre sanitaire et médico-social.

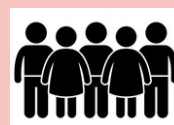
En bref : les besoins supplémentaires pour les personnes âgées

- + 69 places en 2020
- + 261 places en 2030



- + 4 M€ en 2020
- + 15 M€ en 2030

- + 36 professionnels à recruter d'ici 2020
- + 125 professionnels à recruter d'ici 2030



1.2. Projections (en 2020 et 2030) des coûts afférents au développement de l'offre en direction des personnes en situation de handicap

La mesure des besoins de prise en charge du handicap est très difficile, dans la mesure où le handicap ne donne pas systématiquement lieu à une reconnaissance administrative pouvant ouvrir des droits à des prestations ou des dispositifs d'accompagnement spécifiques. L'analyse des taux d'équipement actuels par rapport aux besoins estimés (par calcul du nombre de personnes atteintes du handicap à partir de taux de prévalence nationaux, ou par exploitation des données de la Maison Départementale des Personnes Handicapées) montre que le territoire est déficitaire en structure d'accueil pour personnes handicapées. A l'inverse, il dispose de taux d'équipement convenables pour les établissements accueillant un public déficient sensoriel (auditif et visuel) ainsi que pour les services d'accompagnement à domicile.

En 2013, la capacité d'accueil du dispositif (places en établissements et services installées) est de 431 places pour adultes et de 1 012 places pour enfants. Les projections du nombre de journées basées sur les projections de population (caractéristiques constante du recours à l'offre de prise en charge) font apparaître un besoin de près 57 700 journées supplémentaires à horizon 2020 à plus de 73 500 journées supplémentaires pour la prise en charge

dans le secteur du handicap à horizon 2030. Le besoin est estimé entre +232 et +615 places selon l'échéance retenue, tout type d'établissement ou service handicap confondu, avec un effort particulier dans la zone d'emploi de Cayenne. Aussi, à iso répartition entre types d'établissements, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +7 M€ (2020) et + 18 M€ (2030) en coûts 2014.

Le taux d'équipement en structures handicap adultes est de 3,7 pour 1 000 en Guyane, contre 9,3 au niveau national. A l'inverse, le taux en structures enfants est le même que celui national (9,4 pour 1000). A donc été simulé un rattrapage ciblé sur les places adultes (212 actuellement) et le besoin global ainsi estimé s'élève à +258 et +684 places adultes respectivement en 2020 et 2030. Les besoins de développement sont donc évalués à +7,6 M€ pour 2020 et + 20,2 M€ pour 2030 en coûts 2014.

Nombre de places nécessaires et leur coût, pour la prise en charge médico-sociale, dans un scénario de constance

Médico-social		2014	2020	2030	Augmentation 2014-2030
Personnes âgées	Places	199	268	440	+131%
	Coût annuel de fonctionnement	13 M€	17M€	28 M€	+121%
Personnes handicapées	Places	1 161	1 393	1 776	+53%
	Coût annuel de fonctionnement	34 M€	41 M€	52 M€	+54%

Source : ARS ; tableau réalisé par l'ARS/AFD sur la base des résultats de l'étude réalisée par EQR

En bref : les besoins supplémentaires pour les personnes handicapées

- + 232 places en 2020
- + 615 places en 2030



- + 7 M€ en 2020
- + 18 M€ en 2030

1.3. Projections (en 2020 et 2030) des besoins afférents au développement de l'offre en direction des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Une part importante de la population guyanaise vit en situation de précarité et d'exclusion. Actuellement, la région dispose uniquement de 6 places de lits halte soins santé (LHSS) et de 52 places en appartement de coordination thérapeutique (ACT) réparties entre Cayenne et Saint-Laurent. Des dispositifs de prise en charge à destination de ce public comme des places de lits haltes soins santé (LHSS), de lit d'accueil médicalisé (LAM) ou encore d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) sont donc à développer.

Concernant la problématique des addictions, trois substances dominent largement l'espace de consommations du territoire guyanais : l'alcool, l'herbe de cannabis et la cocaïne-crack. Souvent associés en poly consommations, ces produits sont présents dans tous les milieux de la société guyanaise, de façon plus ou moins visible. Le territoire dispose de 8 structures médico-sociales dédiées (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues/CAARUD, Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie/CSAPA, communauté thérapeutique, ainsi que 10 places dédiées dans la Maison d'Accueil Spécialisée de Kourou). La file active de ces structures représente près de 2 150 personnes en 2013, équivalent à une augmentation du nombre de personnes prises en charge entre 2009 et 2013 de plus de 700 personnes. Si cette tendance d'augmentation de la file active se poursuit, près de 4 400 personnes devraient être prises en charge en Guyane pour addictions en 2020 et plus de 12 000 en 2030. Selon les projections de la file active à caractéristiques constantes (s'appuyant uniquement sur les chiffres de la file active de 2013 et sur les projections de population) l'effectif de la file active de ces structures devrait atteindre environ 2 600 personnes en 2020 et environ 3 300 personnes en 2030, impactant ainsi le dimensionnement du dispositif actuel et les enjeux de travail en réseau des acteurs.

Estimation des besoins d'offre de prévention

Il existe de nombreux enjeux en termes de prévention en Guyane. Sur le plan sanitaire, le territoire est marqué par la forte prévalence de maladies infectieuses et parasitaires (paludisme, tuberculose, VIH, etc.). Le dénombrement précis des cas est complexe, du fait de l'isolement et du manque de suivi de certaines populations. Ces pathologies font d'ores et déjà l'objet d'une surveillance accrue de la part des acteurs de la santé à travers différents dispositifs (déclaration obligatoire, dispositif de surveillance épidémiologique (plan paludisme, PSAGE, etc.) et d'importants budgets de prévention y sont consacrés. Selon les projections, le nombre de cas incidents de tuberculose devrait passer de 70 en 2013 à 84 d'ici 2020 et 107 d'ici 2030. Parallèlement, par projection des données actuelles du Comité de coordination régionale de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), le nombre de personnes atteintes du VIH-SIDA devrait passer de 1 327 en 2013 à 1 500 en 2020 et 1 900 d'ici 2030, avec des besoins qui se concentrent dans les zones de Saint-Laurent-du-Maroni et de Cayenne essentiellement.

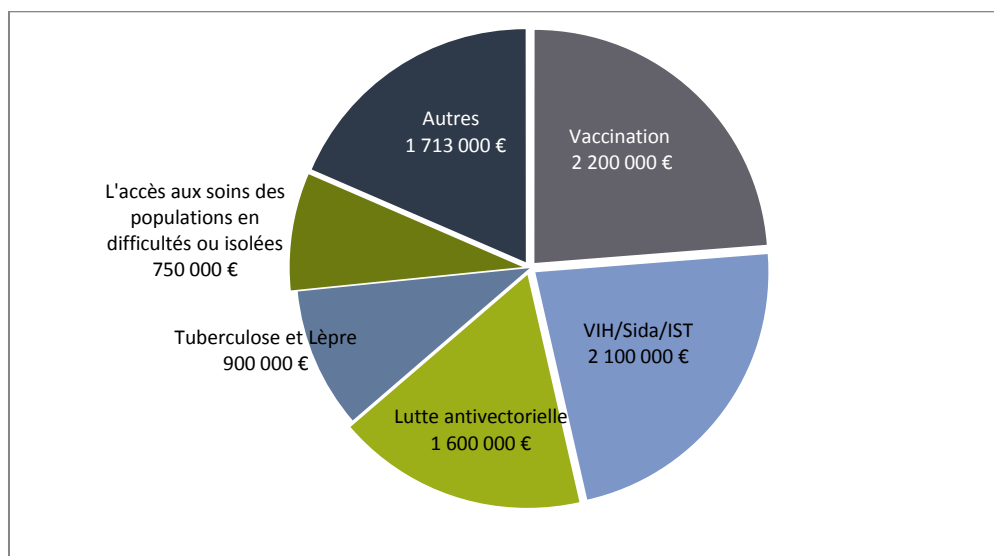
Un autre défi identifié est celui de la prise en charge des maladies chroniques et les complications associées : obésité, diabète, hypertension artérielle, risque d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). La prévalence de ces maladies a déjà été en augmentation ces dernières années et devrait l'être encore. Les projections (à caractéristiques constantes) tablent sur plus de 8 000 personnes diabétiques d'ici 2030, 6 600 en surpoids ou obèses d'ici 2030, 500 hospitalisations pour AVC. La recrudescence de ces pathologies a une incidence en terme de politiques publiques sur : le suivi des patients (patients diabétiques en CDPS par exemple), les hospitalisations associées, les actions de prévention, d'éducation thérapeutique, etc.

Compte-tenu de la jeunesse de sa population et de son fort taux de natalité, la Guyane est également caractérisée par de forts besoins en matière de prise en charge de la périnatalité. On dénombrait environ 6 300 issues de grossesses en 2009 et plus de 6 600 en 2013. Si ces tendances se poursuivent dans les années à venir, il y aura environ 7 000 issues de grossesses en 2020 et près de 8 000 en 2030. La Guyane compte également beaucoup de cas de grossesses pathologiques, malformations, hypotrophies, etc. Cette dynamique va donc entraîner des besoins de prises en charge de plus en plus importants en termes de suivi des grossesses. Le projet d'agrandissement du CHOG devrait temporairement pouvoir couvrir ces besoins.

L'étude a mis en exergue une diminution du nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) à la fois en ville et à l'hôpital (1 135 réalisés à l'hôpital et 510 en ville en 2013). A l'inverse, l'étude montre une augmentation du nombre d'IVG en Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) avec 677 IVG réalisées en 2013. Si le taux de recours à l'IVG en CPEF reste identique à celui de 2013, le nombre d'IVG réalisés en CPEF devrait s'élever à plus de 800 en 2020 et plus de 1 000 en 2030.

Tout ceci plaide pour renforcer la politique de prévention des maladies chroniques (éducation thérapeutique du patient, actions de prévention et de promotion de la santé, etc.) et les parcours patients (dépistage, diagnostic, etc.) par une meilleure coordination des acteurs. L'ARS est déjà engagée dans cette direction : les montants accordés en subvention aux actions de prévention ont monté en charge ces dernières années : elles sont passées de 7 123 118 € en 2010, à 9 263 000 € en 2014, soit une augmentation d'environ 30%.

Répartition des montants de subventions accordés en 2014 pour la prévention par thématique



Source : ARS Guyane

La question de l'environnement sanitaire et des déterminants de santé a été prise en compte, notamment en matière de recommandations de programmes de prévention. En Guyane, on observe des inégalités quant aux déterminants de santé du fait de la précarité dans laquelle vit une partie de la population, entraînant des problèmes d'insalubrité de l'habitat, de développement de maladies, d'isolement social, et de dégradation de l'état de santé (drogues, etc.). Un certain nombre d'enjeux a donc été repéré en matière de prévention. Le schéma régional d'organisation des soins 2011 – 2015 avait notamment mis en exergue les difficultés à intégrer les approches préventives, non médicalisées, autres que le dépistage ou la vaccination, à coordonner les acteurs locaux et à assurer une offre sur l'ensemble du territoire compte-tenu du faible nombre de professionnels, et enfin à impliquer la population. Les actions de préventions peuvent s'appuyer sur différents types d'acteurs comme les CDPS, les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), le réseau d'éducation pour la santé, les réseaux de santé, les ateliers santé ville, les associations. Les sujets de prévention à développer semblent concerner la prise en charge des maladies chroniques (éducation thérapeutique du patient, actions de prévention et de promotion de la santé, etc.) et les parcours patients (dépistage, diagnostic, etc.) par une meilleure coordination des acteurs.

Perspectives

En conclusion, la Guyane est confrontée à un double défi de réponse aux besoins de l'évolution de sa population sur les plans :

- quantitatif, c'est-à-dire en ajustant le nombre de places du dispositif aux besoins quantitatifs de la population,
- qualitatif, c'est-à-dire permettant parallèlement d'améliorer l'état de santé général de la population et de diminuer son recours tardif au dispositif, en modifiant les caractéristiques de ce recours, en favorisant par exemple les visites de prévention chez le généraliste plutôt que des hospitalisations.

A ces défis s'adjoint également celui des possibilités offertes par le développement technologique et les projets des acteurs locaux : mise en relation des professionnels, consultations et analyses à distance grâce à la télémédecine, développement de programmes spécifiques en prévention ou éducation thérapeutique du patient au regard des pathologies sur le territoire, coordination des CDPS avec les centres de PMI sur le suivi des grossesses et de la périnatalité.

AFD / ARS Guyane

Impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médico-sociale de la Guyane

Rapport final



Sommaire

Sommaire	28
Préambule	33
Contexte et objectifs de l'étude	33
Présentation des indicateurs et de la méthode.....	34
PARTIE I : portrait sociodémographique de la population guyanaise	39
I. Eléments de cadrage démographique	39
1. Un territoire européen au cœur du Plateau des Guyanes	39
2. Une très forte croissance démographique, en particulier dans la zone de Saint-Laurent-du-Maroni, qui ralentit depuis 2006	40
3. Une croissance portée par un solde naturel et un solde migratoire importants, mais un ralentissement de ce dernier depuis les années 2000	45
4. De nombreuses mobilités transfrontalières	50
5. Une population jeune et qui ne vieillit pas	52
a) Petite enfance.....	53
b) Personnes âgées.....	54
II. Indicateurs socio-économiques	57
1. Un territoire marqué par des familles nombreuses et une augmentation de la monoparentalité.....	57
2. Plus de la moitié de la population de plus de 15 ans non scolarisée n'ayant aucun diplôme	61
3. Un parc de logement confronté à un double enjeu de suivi de la croissance démographique et de résorption de l'habitat précaire.....	63
4. Un territoire exposé au chômage et à la précarité.....	68
a) Un taux de chômage important et qui progresse.....	68
b) Une inégalité des revenus, partiellement compensée par les transferts sociaux.....	71
5. Perspectives de développement économique de la Guyane.....	73
III. Présentation des projections de population INSEE à horizon 2020 et 2030 (modèle OMPHALE « Migrations basses »)	75
PARTIE II : l'accès aux droits et aux soins en Guyane	80
I. La demande d'accès aux droits à la santé en Guyane.....	80
1. Bénéficiaires de la CMUB et de la CMUC	80
2. Bénéficiaires de l'AME	84
II. Les difficultés d'accès aux soins	87
1. Le recours aux droits et au système de santé.....	87
2. L'influence du multiculturalisme sur la demande et l'accès aux soins.....	87
PARTIE III : analyse et projections de l'état de santé des populations	89
I. Analyse des causes de mortalité	89
II. Etat de santé de la population guyanaise et projections 2020, 2030.....	92
1. Maladies vectorielles et parasitaires (paludisme, dengue et chikungunya)	92
2. Tuberculose.....	94
3. Le VIH	95
4. Cancers	97

5.	Maladies chroniques.....	101
a)	Diabète	102
b)	Surpoids et obésité	106
c)	Hypertension artérielle (HTA)	108
d)	Insuffisance rénale chronique.....	115
	6. Drépanocytose	117
	7. Périnatalité	118
a)	Etat de santé à la naissance et pathologie pendant la grossesse.....	120
b)	Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG).....	124
	8. Consommation d'actes de soins dentaires.....	127
	9. Couverture vaccinale	129
	10. Un contexte environnemental et des déterminants de santé à prendre en compte	130
	11. Les risques sanitaires en Guyane	131
III.	Enjeux clés liés au dispositif de réponse aux besoins en santé de la population	133
	1. Une forte activité de prévention	133
	2. La PMI : acteur incontournable en matière de périnatalité	136
	3. Recommandations quant à l'évolution du dispositif à mettre en place.....	137
PARTIE IV : le secteur libéral et ambulatoire		142
I.	Recours à l'offre libérale	142
	1. Activité de médecine libérale	142
	2. Analyse de la démographie médicale et paramédicale	144
II.	Recours à l'offre en Centres délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS)	147
III.	Recommandations quant à l'évolution du dispositif libéral et ambulatoire pour répondre aux besoins de la population à horizon 2020, 2030	151
	1. L'enjeu de formation des professionnels.....	151
	2. L'enjeu de recrutement des professionnels de santé libéraux.....	152
	3. Recommandations complémentaires quant à l'évolution de l'offre en CPDS.....	155
PARTIE V : projections du recours aux soins hospitaliers à horizon 2020, 2030 et de ses impacts sur le dispositif		160
I.	Recours au MCO	162
	1. Recours actuel au dispositif et besoins à horizon 2020, 2030.....	162
a)	Activité MCO.....	162
b)	Les principales causes d'hospitalisation	166
c)	Obstétrique.....	167
d)	Digestif	170
e)	Orthopédie.....	171
	2. Analyse du dispositif actuel de prise en charge	172
a)	Dispositif.....	172
b)	Taux d'équipement	173
c)	Taux d'occupation	175
d)	Evolution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS)	176
e)	Coopération entre établissements.....	177
f)	Démographie médicale salariée.....	177
	3. Investissements nécessaires du dispositif pour répondre aux futurs besoins	177
a)	Projection : scénario de constance	178

b)	Projection complémentaire - scénario de rattrapage des taux d'équipements métropolitains	179
c)	Projection alternative : scénario intégrant une dimension performance et efficience	180
4.	Recommandations complémentaires	181
II.	Recours aux Soins de Suite et de Réadaptation	182
1.	Recours actuel au SSR et projections 2020, 2030	182
2.	Analyse du dispositif actuel de prise en charge	184
3.	Evolutions nécessaires du dispositif pour répondre aux futurs besoins	184
a)	Projection - scénario de constance	184
b)	Projection - scénario de rattrapage	185
c)	Projection alternative scénario intégrant une dimension performance et efficience	186
4.	Recommandations complémentaires	186
III.	Activité HAD	186
1.	Recours actuel en HAD et projections 2020, 2030	186
2.	Analyse du dispositif actuel de prise en charge	189
3.	Evolutions nécessaires du dispositif pour répondre aux futurs besoins	190
a)	Projection - scénario de constance	190
b)	Projection - scénario de rattrapage	190
c)	Projection alternative scénario intégrant une dimension performance et efficience	191
4.	Recommandations complémentaires	191
IV.	Psychiatrie	192
1.	Recours aux soins psychiatriques et projections 2020, 2030	192
2.	Analyse du dispositif actuel de prise en charge	194
3.	Evolutions nécessaires du dispositif pour répondre aux futurs besoins	194
a)	Projection - scénario de constance	194
b)	Projection - scénario de rattrapage	195
c)	Projection - scénario de rattrapage intégrant une dimension performance et efficience	196
4.	Recommandations complémentaires	196
V.	Les évacuations sanitaires (EVASAN)	197
VI.	Accès aux soins hospitaliers et aux urgences	197
VII.	Terrain de développement de la télémédecine	198

PARTIE VI : évolution de la demande de prise en charge médico-sociale à horizon 2020 et 2030 et impact sur le dispositif de prise en charge actuel.....199

I.	Prise en charge du vieillissement et de la dépendance	199
1.	Besoins aujourd'hui et à horizon 2020 et 2030	199
a)	Un vieillissement de la population et une augmentation des besoins de prise en charge de la dépendance	199
b)	Des bénéficiaires APA davantage au domicile et présentant une dépendance plus légère en moyenne qu'en France	199
c)	Des besoins de prise en charge de pathologies spécifiques	201
2.	Analyse du dispositif de prise en charge actuel	202
a)	Des équipements déficitaires et centrés sur Cayenne	202
b)	Des services et associations en cours de structuration	205
c)	Un déficit en professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées	206

3.	Evolutions nécessaires du dispositif pour répondre aux futurs besoins	206
a)	Besoins en établissements	206
1	Méthodologie.....	206
2	Projection - scénario de constance	208
3	Projection complémentaire - scénario de rattrapage des taux d'équipements nationaux	209
4	Projection alternative - scénario intégrant une dimension performance et efficience.....	210
a)	Besoins en prestations à domicile.....	210
1	Méthodologie.....	210
2	Résultats	210
a)	Synthèse des résultats (établissement/domicile)	211
b)	Besoins en spécialistes	212
2.	Recommandations d'évolution complémentaires.....	212
II.	Besoins de prise en charge du handicap	213
1.	Besoins aujourd'hui et à horizon 2020, 2030	213
2.	Estimation de la population en situation de handicap fondée sur la prévalence nationale.....	214
a)	Prévalence du handicap et estimation du nombre de cas en Guyane.....	214
b)	Focus sur la prévalence des déficiences sévères « enfants » et estimation du nombre de cas en Guyane.....	215
3.	Estimation de la population en situation de handicap fondée sur la reconnaissance MDPH	216
4.	Analyse du dispositif de prise en charge actuel	217
a)	Taux d'équipement	217
b)	Taux d'occupation	220
c)	Plan autisme.....	221
5.	Evolutions nécessaires du dispositif pour répondre aux futurs besoins	222
a)	Besoins en investissements.....	222
b)	Projection - scénario de constance.....	223
c)	Projection - scénario de rattrapage.....	224
d)	Projection alternative scénario intégrant une dimension performance et efficience	225
6.	Recommandations d'évolutions complémentaires	225
III.	Besoins de prise en charge des addictions (CSAPA / CAARUD).....	226
1.	Besoins à aujourd'hui et à horizon 2020, 2030	226
2.	Recommandations d'évolution nécessaires pour répondre aux besoins futurs	228
IV.	Besoins de prise en charge des personnes en situation d'exclusion.....	228
3	Tableau récapitulatif des indicateurs	230
Annexes.....		236
I.	Annexe 1 : carte des zones d'emploi de la Guyane	236
II.	Annexe 2 : liste des indicateurs projetés.....	237
III.	Annexe 3 : liste des personnes rencontrées	239
IV.	Annexe 4 : documentation et bibliographie utilisées.....	242
V.	Annexe 5 : données sources quant à la prise en charge du vieillissement et de la dépendance.....	245
VI.	Annexe 6 : données complémentaires relatives à l'inconfort des logements	246

VII. Annexe 7 : présentation du plan d'action en faveur des professionnels de santé.....	248
VIII. Annexe 8 : plan pour les formations sanitaires et paramédicales (schéma régional des formations sanitaires et sociales de la région Guyane).....	251
<i>Précédentes publications de la collection</i>	254
<i>Qu'est-ce que l'AFD ?</i>	258
<i>Qu'est-ce que l'ARS ?</i>	259

Préambule

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

La Guyane a été intégrée dans le cadre national de droit commun par la loi de départementalisation du 19 mars 1946 et dispose des mêmes compétences en matière sanitaire et médico-sociale que les régions françaises métropolitaines. Le territoire a connu et bénéficié des mutations de ces secteurs ces dix dernières années, et notamment de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010.

En 2011, l'ARS de Guyane a identifié dans son Projet Régional de Santé (PRS), 6 axes stratégiques :

- Réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins ;
- Réduire l'incidence des maladies infectieuses ;
- Réduire la morbi-mortalité prématurée évitable liée à la souffrance mentale ou aux conduites addictives ;
- Réduire la mortalité périnatale et infantile ;
- Réduire l'incidence des maladies chroniques et de leurs complications ;
- Améliorer la prise en charge du handicap et de la dépendance.

En 2013, l'Agence Française de Développement (AFD) a signé un accord-cadre avec l'ARS de Guyane afin d'officialiser leur coopération et la renforcer, à travers notamment la production de connaissances sur les problématiques de la santé et du médico-social à l'échelle du Plateau des Guyanes.

L'étude a pour objectifs :

- L'élaboration de plusieurs scénarios d'évolution de la demande de soins aux horizons 2020 et 2030 dans les secteurs sanitaire et médico-social ;
- L'élaboration des propositions opérationnelles sur le renforcement de l'offre de services : le nombre de places, le coût des investissements et du fonctionnement lié à cette nouvelle offre, et les besoins de ressources humaines (effectifs de professionnels, formation, qualification, aux différents échelons territoriaux) ;
- L'outillage des politiques régionales : appui aux réflexions pour l'élaboration du nouveau PRS et du plan d'investissement afférent ou l'élaboration d'appels à projets sur le secteur médico-social.

La démarche s'est déroulée de janvier 2015 à juillet 2015 en plusieurs phases :

- Une phase de recueil de données :
 - o En chambre, par le recueil d'analyses qualitatives et quantitatives¹ ;
 - o In situ, par la rencontre avec une quarantaine d'acteurs institutionnels et de terrain² ;
- Une phase de synthèse et d'analyse quantitative ;

¹ Liste des données collectées et analysées en annexe 4

² Liste des acteurs rencontrés en annexe 3

- Une phase de simulation financière prospective afin de définir les investissements et ressources RH nécessaires sur la base du recensement des besoins et des dynamiques démographiques.

Le présent rapport est organisé de la façon suivante :

- Une partie qui vise à dresser le portrait de la population guyanaise en matière de dynamique démographique et de grandes tendances aux niveaux économique et social ;
- Une partie portant sur l'état des lieux et les projections quant aux indicateurs d'accès aux droits et aux soins (CMU, AME, etc.) ;
- Une partie relative à l'état de santé de la population et les projections des principales pathologies et des besoins de prise en charge ;
- Une partie portant sur les besoins de prise en charge libérale, ambulatoire (secteur libéral, CDPS) ;
- Une partie portant sur les besoins en matière de prise en charge hospitalière ;
- Une dernière partie relative aux besoins de prise en charge dans le secteur médico-social (personnes âgées, personnes handicapées, prise en charge des addictions).

PRESENTATION DES INDICATEURS ET DE LA METHODE

L'importante croissance de la population guyanaise ces dernières années, les retards et difficultés d'ores et déjà constatés sur les plans sanitaire et social amènent à s'interroger sur l'accroissement des besoins et leur rattrapage à court et moyen terme en Guyane. Les projections réalisées dans le cadre de l'étude visent ainsi à **évaluer les besoins et la demande de soins et de prise en charge de la population à horizon 2020 et 2030**. Elles constituent une base de réflexion pour les travaux du prochain PRS et les déclinaisons opérationnelles qui en découlent.

Plus spécifiquement, le travail a porté sur la **projection d'une quarantaine d'indicateurs**³ à horizon 2020 et 2030 portant à la fois sur :

- la consommation de soins des populations (hospitalisations, nombre d'accouchements, etc.) ;
- les besoins de prise en charge dans le domaine sanitaire (évolution des pathologies) ;
- les besoins de prises en charge dans le domaine médico-social (handicap) ;
- les dépenses de santé (consommation de médicaments par exemple).

Ces indicateurs ont pu être calculés à partir des données collectées dans le cadre de l'étude auprès de l'ARS et de l'ensemble des acteurs partenaires du territoire.

Le modèle de projection utilisé s'appuie sur les travaux menés par la DREES (*Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 parue en 2008*) selon deux méthodologies de projection :

- La méthodologie 1 à « caractéristiques constantes » : les indicateurs sont identiques en 2020 et 2030 à leur niveau 2014 et seule l'augmentation de la population est impactée sur l'évolution de l'indicateur. Cette méthode prend ainsi parfaitement en compte les

³ Liste des indicateurs projetés en annexe 2

dynamiques d'évolution de la population à horizon 2020 et 2030. Lorsque les données recueillies sont disponibles et le permettent, l'évolution de l'indicateur est calculée par rapport à l'évolution de la population par zones d'emploi, par sexe et/ou par tranches d'âge. Cependant, cette méthode ne prend pas en compte la tendance d'évolution de l'indicateur sur les dernières années précédant 2014;

- La méthodologie 2 repose sur la poursuite à l'identique des tendances observées pour chaque indicateur entre 2009 et 2014. Cette période a été choisie car elle correspond à une durée suffisamment significative pour pouvoir analyser des tendances d'une période qui doit être plutôt récente. Ainsi, elle permet de prendre en compte l'évolution de l'indicateur sur la période mais ne prend en revanche pas spécifiquement en compte les projections d'évolution de population de l'INSEE à horizon 2020 et 2030 (l'évolution de population ne se distingue pas des autres facteurs d'évolution des indicateurs). La méthodologie de calcul est la suivante : pour la période donnée, le taux de variation moyen annuel entre 2009 et 2014 de l'indicateur est calculé. Ce taux de variation est appliqué à la valeur de l'indicateur la plus récente disponible, jusqu'en 2030.

Les projections démographiques ont été réalisées sur la base des données OMPHALE de l'INSEE, avec le scénario « migrations basses ».⁴ Lorsque les données le permettent, les projections ont été faites par zones d'emploi⁵, tranches d'âge et sexe.

⁴ Les projections démographiques de l'INSEE basées sur le modèle OMPHALE sont présentées au chapitre 3.3 du présent rapport.

⁵ Cf. Carte des zones d'emploi en Guyane en annexe 1

Limites et précautions d'interprétation

- Certaines données sont lacunaires ou incomplètes. Ces limites sont précisées pour chaque indicateur dans la partie « résultat des projections » ;
- Pour certains indicateurs, les données ne sont pas disponibles pour les années de référence 2009 et 2014. En conséquence, dans certains cas, la valeur de l'indicateur à années proches (2010, 2012) a été utilisée. Dans d'autres cas, la projection avec la méthodologie 2 n'a pas pu être effectuée ;
- Pour la méthodologie 1, les projections ont été réalisées pour l'année 2014 sur les estimations OMPHALE pour cette année, faute de base de données INSEE fiable et détaillée pour l'année 2014.

Par ailleurs, d'autres méthodes de projection existent : c'est le cas notamment des études ORS Rhône-Alpes (*Cancer, maladies cardio-vasculaires, sida et infection à VIH, diabète : Projections épidémiologiques à l'horizon 2010 en Rhône-Alpes, 2006*) et diabète InVS (*Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016, BEH n°10-2006*)

Le modèle de l'étude de l'InVS s'appuie sur des données de prévalence, les projections de population, ainsi que sur des données relatives aux déterminants des pathologies. Ainsi, la projection du nombre de personnes traitées pour un diabète a été obtenue par multiplication des projections de population issues de l'outil Omphale de l'Insee, avec les prévalences estimées du diabète traité, spécifiques aux personnes obèses et non obèses. Ces prévalences ont été présumées constantes au cours du temps. Dans cette étude, il a été supposé que la croissance de la population, les changements de sa structure d'âge et l'évolution de la prévalence de l'obésité dans la population suffisent à prédire l'évolution future du nombre de personnes traitées pour un diabète. Cette méthode faute de données disponibles et/ou fiables concernant les déterminants de chacun des indicateurs projetés n'a pas pu être appliquée dans la présente étude.

Le modèle de l'étude de l'ORS Rhône-Alpes reconstitue quant à lui les évolutions passées (séries chronologiques) des différents indicateurs de santé disponibles (mortalité, incidence, prévalence), modélise ces évolutions et réalise des projections jusqu'en 2010 à partir de ces modèles et des projections démographiques régionales. Cette étude se situe donc à la croisée des méthodes 1 et 2 de la présente étude. Toutefois, l'étude de l'ORS pointe les limites de son étude en matière d'évaluation des impacts de ces évolutions sur le dispositif de prise en charge : « *un travail de chiffrage de l'impact et des conséquences directes de ces évolutions sur l'activité de certaines structures, comme l'activité hospitalière, initialement envisagé a été abandonné car jugé trop dépendant de l'évolution des modalités de prise en charge elle-même* ».

Il apparaît important de noter que **les chiffres résultant des projections d'indicateurs - qui impactent ensuite les projections et recommandations d'investissements et d'évolutions du dispositif - n'ont pas vocation à refléter la réalité mais à donner une indication quant à l'évolution possible des indicateurs à horizon 2020 et 2030.**

L'utilisation des deux méthodes de projection pour chacun des indicateurs de l'étude (analyse des tendances passées d'une part et projections basées sur les projections de population d'autre part) permet par ailleurs de disposer d'une double indication sur chacun des indicateurs de l'étude et de nuancer les résultats de projection retenus

Les résultats des projections des indicateurs à horizon 2020 et 2030 sont présentés dans chaque partie du rapport, dans les thématiques qui les concernent. En fonction des indicateurs et des données utilisées, les projections avec la seconde méthode n'ont pas été réalisées :

- Dans le cas où les données n'étaient pas disponibles en 2009 ou une autre année antérieure à 2014 ;
- Dans le cas où certains résultats apparaissent peu réalistes. Ils sont souvent le résultat de la méthodologie 2, à cause d'une évolution particulièrement marquée (à la hausse

ou à la baisse) sur la période de référence qui, prolongée à horizon 2020 et 2030, conduit à des résultats disproportionnés.

Pour chacun des résultats, le rapport mentionne laquelle des 2 méthodologies apparaît la plus probable. En sus, un **recensement des facteurs externes pouvant influencer sur son évolution** (à la hausse ou à la baisse) est présenté. Ce recensement a été réalisé sur la base :

- De l'enquête DREES de 2008 « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 » ;
- D'un certain nombre d'études similaires ou études sur l'évolution de pathologies (ORS Rhône-Alpes « Cancer, maladies cardio-vasculaires, sida et infection à VIH, diabète : projections épidémiologiques à l'horizon 2010, 2020, 2030 » septembre 2006 ; OMS « Prévention des maladies chroniques : un investissement vital », etc., site « *santé.gouv.fr* » qui décrit les 10 facteurs de risques qui contribuent à la survenue de 90% des AVC, etc.) ;
- Des échanges menés lors des entretiens avec les acteurs de terrain ;
- D'échanges avec un médecin de santé publique ;
- D'échanges en groupe de travail avec l'ARS Guyane, le Conseil Général de Guyane et l'AFD.

Ce recensement n'a pas vocation à être exhaustif et l'influence des facteurs identifiés ne peut être quantifiée compte-tenu de la complexité à mesurer la nature et l'influence de ces facteurs sur les projections. En outre, les facteurs sont tous liés les uns avec les autres : par exemple, la mise en place d'actions de prévention sur l'alimentation permet de réduire la prévalence du diabète, mais également l'ensemble des risques de complications et de développement de nouvelles maladies et, *in fine*, les hospitalisations et les besoins de prise en charge de cette pathologie et de ses conséquences à long terme. Enfin, les indicateurs sont également liés à l'offre elle-même et aux conditions de vie générales de la population.

La projection des coûts a été établie à partir des volumes d'activité et de besoins projetés dans les deux méthodologies.

La méthode de projection est la suivante :

- 1) les volumétries sont exprimées en unités d'œuvre de premier niveau : journées, séances, heures ;
- 2) elles font éventuellement l'objet d'une conversion en une unité d'œuvre de second niveau (lits et places, plans d'aide), lorsque l'information financière n'est pas disponible pour les unités de premier niveau ;
- 3) ensuite, les unités ont été converties en € à partir des informations financières transmises/récupérées auprès de l'ARS, du Département, et de certains établissements.

Cette méthode appelle les précisions suivantes :

- concernant les ratios de conversion des unités d'œuvre de premier niveau en unités de second niveau :

Les ratios de conversion de nombres de journées/séances/heures en nombre de lits/places/plan d'aide utilisés sont d'abord les ratios réellement constatés en Guyane lors du dernier exercice connu. Lorsque cela était pertinent, des scénarii alternatifs ont été définis : i) un scénario de rattrapage des niveaux nationaux actuels de capacités ii) un scénario intégrant de l'efficience par rapport à son niveau actuel.

- concernant la conversion des unités en € :

Les unités d'œuvres servent d'*inputs* dans un calcul qui les croise avec des coûts unitaires issus d'analyses de la dépense actuelle⁶ en Guyane. Les coûts unitaires utilisés ont été établis à partir des dernières données financières connues au niveau de finesse pertinent pour l'analyse : journée, séance, heure, lits/place, plan d'aide.

- Concernant la distinction fonctionnement/investissement

Les coûts d'investissements par type de prise en charge (ex : place de HAD, place de MCO) ne sont pas connus en Guyane. Leur calcul à partir des situations actuelles se heurte à l'absence de connaissance et/ou d'existence de l'analytique au sein des établissements. La mission n'a pas récupéré ces informations, et ne disposait pas de mandat pour les calculer *in situ*.

Aussi, a été privilégiée une approche en coût de journée ou de place/heure. Cette approche globalise investissement et fonctionnement. L'investissement est en effet pris en compte dans les amortissements et intérêts inclus dans le coût journalier/place. Les simulations sont donc plus complètes et proches du besoin global annuel de dépense.

Ces dépenses sont exprimées en € valeur 2014⁷.

- Concernant le niveau de finesse des simulations

Le niveau établissement spécialisé (MCO, psychiatrie, SSR, EHPAD etc.) a été retenu pour sa pertinence. En effet, la logique de mutualisation et de regroupement de filières et de pathologie dans des établissements ou dans une offre fongible empêche de descendre à un niveau de coûts par filière ou par pathologie.

- Concernant l'efficience

Les dépenses unitaires ont été améliorées par des indicateurs d'efficience :

-lorsque les données passées reflétaient une amélioration de l'efficience. A l'inverse, plusieurs établissements guyanais présentent des dégradations en termes d'efficience. Une dégradation supplémentaire n'a pas été retenue comme une hypothèse.

-lorsque les taux d'occupation de l'offre actuelle étaient bas, et qu'il semblait pertinent de prendre en charge les besoins supplémentaires en priorité dans l'offre existante faiblement occupée.

En sus, des **recommandations qualitatives d'évolution du dispositif** ont été formulées dans chaque partie du rapport. Celles-ci se fondent sur l'analyse documentaire réalisée ainsi que sur les entretiens menés avec les acteurs locaux sur site.

⁶ Les calculs et précisions de dépense pris en compte pour chaque indicateur sont précisés au sein du rapport, dans la partie concernée

⁷ Afin de conserver une simplicité de lecture, les coûts n'ont pas été actualisés.

PARTIE I : portrait sociodémographique de la population guyanaise

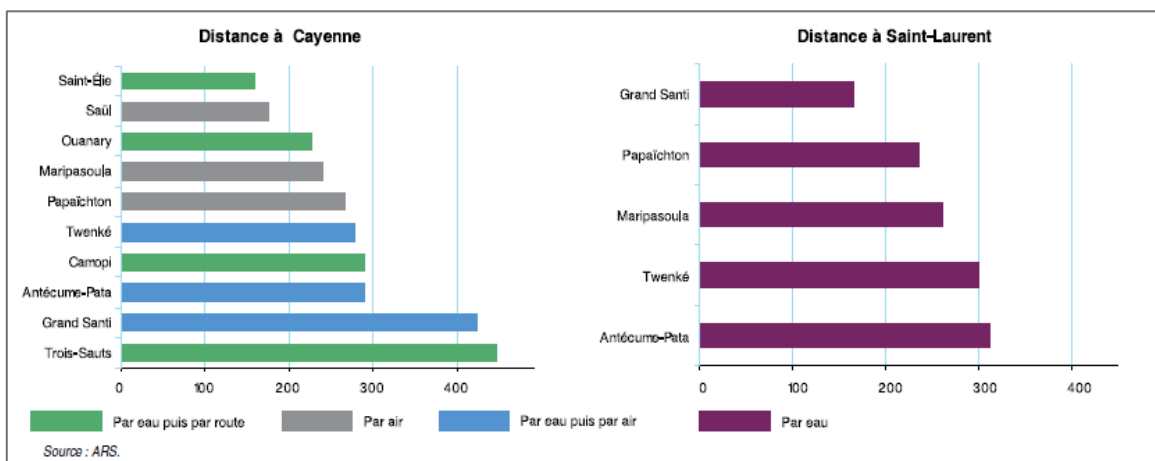
I. ELEMENTS DE CADRAGE DEMOGRAPHIQUE

1. UN TERRITOIRE EUROPEEN AU CŒUR DU PLATEAU DES GUYANES

La Guyane est un département français d'outre-mer depuis 1946 et est devenue une région en 1982. Ce territoire de 84 000 km² fait partie du Plateau des Guyanes, situé à l'Est du continent Sud-Américain. Il est frontalier du Brésil (sur 730 km), ce qui fait de ce dernier le pays ayant la plus grande frontière terrestre avec la Guyane, devant le Suriname (sur 510 km). La Guyane est à 94% composée de forêt amazonienne, à la biodiversité exceptionnelle et sillonnée de rivières et de fleuves. A l'Ouest, le Maroni, et à l'Est, l'Oyapock, forment des frontières naturelles de cette région. Au Sud, **l'étendue de la forêt amazonienne rend difficile la pénétration du territoire**, avec pour seul accès possible à certaines communes, la navigation fluviale. **Environ 85 % de sa population actuelle vit dans les communes du littoral** reliées par les voies terrestres.

L'histoire de la Guyane est marquée par de multiples et différentes vagues d'immigration successives. Le territoire est découvert en 1498 par Christophe Colomb, peuplé alors d'environ 30 000 Amérindiens. C'est à partir du début du 16^{ème} siècle que les premiers colons s'installent, en premier lieu dans l'île de Cayenne. Le territoire et ses frontières seront tour à tour disputés par les Français, les Anglais, les Portugais et les Néerlandais. Il deviendra le lieu de déportation d'un grand nombre d'esclaves et de bagnards, à partir de la fin du XIX^e siècle. Vers la fin du XIX^e siècle, viennent également s'installer en Guyane des Libanais et des Chinois de Formose, de Singapour et Chine. Les populations issues de ces différentes vagues d'immigration ont connu des taux de mortalité très élevés, dus aux conditions de vie difficiles et aux épidémies équatoriales (dengue, fièvre jaune, etc.). Au début du XX^{ème} siècle, la Guyane fait également l'objet de nombreuses ruées vers l'or. **En 1946, elle obtient le statut de département français et, en 1964, la décision est prise d'implanter le nouveau centre spatial guyanais (CSG) à Kourou.** Depuis, la Guyane connaît un important boom démographique, provoqué par une immigration proportionnellement importante, renforcé dans les années 1990, du fait de son intégration dans l'Union Européenne. Elle devient notamment un phare de richesse qui attire à lui de forts courants migratoires en provenance des pays voisins qui connaissent des crises économiques et sociales, comme Haïti, le Suriname (ex-Guyane hollandaise) et le Brésil. Le territoire compte en 2012 près de 240 000 habitants.

Certaines communes, notamment au Sud du territoire sont très enclavées et difficilement accessibles : elles nécessitent plusieurs heures, voire plusieurs jours de pirogue. Le graphique suivant rend compte de la distance séparant les centres délocalisés de prévention et de santé (CDPS) de Cayenne ou Saint-Laurent-du-Maroni. Depuis Saint-Laurent du Maroni, les communes de Grand Santi, Papaïchton et Maripasoula ne sont par exemple accessibles que par voie fluviale sur plusieurs centaines de kilomètres. Depuis Cayenne, un certain nombre de communes sont accessibles par plusieurs moyens de transport (fluvial, maritime, aérien, routier). Six communes nécessitent un transport aérien, comme Saul, Maripasoula, Papaïchton ou encore Grand Santi.



2. UNE TRES FORTE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE, EN PARTICULIER DANS LA ZONE DE SAINT-LAURENT-DU-MARONI, QUI RALENTIT DEPUIS 2006

*NB : les parties suivantes se fondent sur les résultats du recensement de la population INSEE. Elles concernent les populations légales. Les populations légales sont définies par le décret n°2003-485 publié au Journal officiel du 8 juin 2003, relatif au recensement de la population. Elles regroupent pour chaque commune sa population municipale, sa population comptée à part, et sa population totale qui est la somme des deux précédentes. **Les données du recensement ne permettent pas de distinguer les populations en situation irrégulière.***

Entre 1968 et 2011, la population de Guyane a plus que quintuplé : elle est passée de 44 392 habitants à 237 549 habitants. Cette augmentation est nettement supérieure aux évolutions moyennes constatées dans les territoires d’Outre-mer (+71,5% en moyenne sur la période) ou en France (+27,8%). La Guyane reste encore aujourd’hui la région française la plus dynamique en termes de croissance démographique.

La dernière étude de l’Insee⁸ Guyane indique qu’au premier janvier 2012, la Guyane compte 239 650 habitants résidents. En sus, on évalue **de 30 000 à 60 000 voire 80 000⁹ le nombre d’immigrés illégaux**, soit de l’ordre de 20 à 30 % de la population totale. Cette proportion est plus importante dans les communes de l’Ouest, notamment Saint-Laurent-du-Maroni.

⁸ « Evolution de la population en Guyane entre 2007 et 2012 », décembre 2014

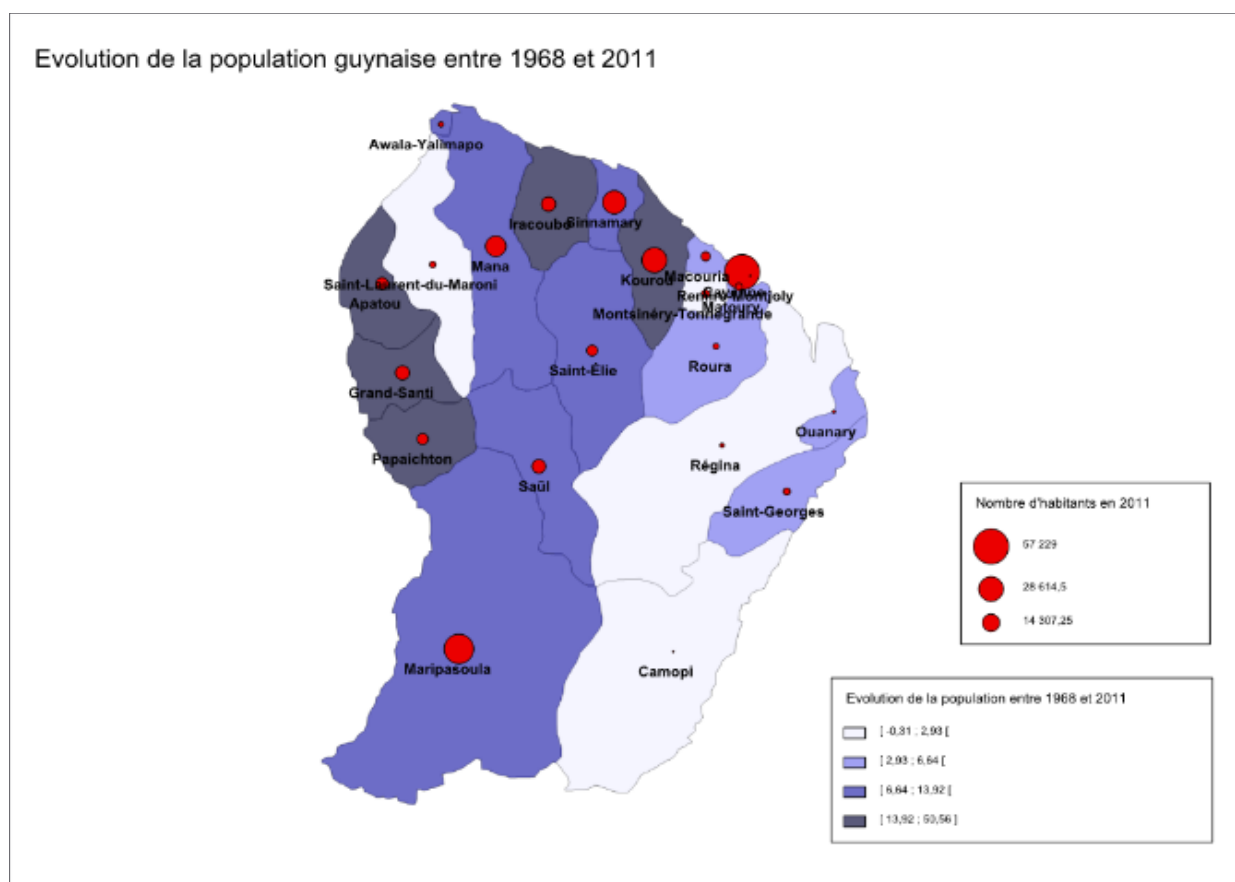
⁹ Rapport d’information du Sénat, « Guyane, Guadeloupe, Martinique : l’évolution institutionnelle, une opportunité, pas une solution miracle »

Tableau 1 : évolution de la population guyanaise par communes entre 1968 et 2011 (en valeurs absolues)

	1968	1975)	1982	1990	1999	2006	2011	2012*
Régina	430	366	499	528	765	818	904	934
Cayenne	24 518	30 461	38 091	41 067	50 594	58 004	57 229	55 198
Macouria	384	490	446	2 069	5 050	7 799	9 995	10 358
Matoury	567	1 133	2 532	10 152	18 032	24 583	29 235	29 712
Saint-Georges	817	1 044	1 199	1 523	2 153	3 419	3 946	3 855
Remire-Montjoly	2 062	2 950	6 773	11 701	15 555	17 736	19 894	20 689
Roura	393	401	943	1 314	1 791	2 942	2 609	3 050
Montsinéry-Tonnegrande	333	377	333	500	1 037	1 812	2 346	2 483
Ouanary	157	121	89	82	92	86	109	124
Camopi	276	399	554	748	1 032	1 414	1 645	1 665
Total Zone Cayenne	29 937	37 742	51 459	69 684	96 101	118 613	127 912	128 068
Iracoubo	1 196	1 239	938	1 578	1 430	1 899	1 943	1 955
Kourou	3 117	4 720	7 061	13 873	19 107	23 813	25 260	25 490
Sinnamary	1 913	2 055	1 991	3 431	2 783	3 069	3 165	3 088
Saint-Élie	107	136	138	123	239	423	420	285
Total Zone Kourou	6 333	8 150	10 128	19 005	23 559	29 204	30 788	30 818
Mana	875	1 063	1 429	4 945	5 445	7 837	9 081	9 334
Saint-Laurent-du-Maroni	5 031	5 055	6 971	13 616	19 211	33 707	40 462	40 597
Saül	90	119	67	63	160	158	153	151
Maripasoula	636	884	1 007	1 748	3 710	4 507	9 487	9 970
Grand-Santi	723	1 041	754	1 786	2 862	3 351	5 526	6 029
Apatou	318	453	618	2 451	3 628	5 923	6 975	7 257
Awala-Yalimapo	165	208	292	630	887	1 198	1 305	1 327
Papaïchton	284	410	297	750	1 650	1 456	5 860	6 097
Total Zone Saint Laurent du Maroni	8 122	9 233	11 435	25 989	37 553	58 137	78 849	80 762
Total Guyane	44 392	55 125	73 022	114 678	157 213	205 954	237 549	239 648

Source : INSEE – RP 2011

*Données 2012 issues du recensement INSEE de la population entre 2007 et 2012 publiées dans l'étude de décembre 2014



C'est la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni¹⁰ qui présente les plus forts taux de croissance sur la période 1968-2011 (+35,6% entre 2006 et 2011 notamment). A l'inverse, les taux de croissance des zones d'emploi de Cayenne et de Kourou ont eu tendance à ralentir. Entre 2006 et 2011, ils sont de l'ordre de 5% à 7% et inférieurs à la moyenne Guyanaise (12%).

Tableau 2 : taux de croissance démographiques par zones d'emploi et périodes entre 1968 et 2011

	1968-1975	1975-1982	1982-1990	1990-1999	1999-2006	2006-2011	1968-2011
Total zone d'emploi Cayenne	26,1%	36,3%	35,4%	37,9%	23,4%	7,8%	327,3%
Total zone d'emploi Kourou	28,7%	24,3%	87,6%	24,0%	24,0%	5,4%	386,2%
Total zone d'emploi Saint Laurent Maroni	13,7%	23,8%	127,3%	44,5%	54,8%	35,6%	870,8%
Guyane	25,2%	33,3%	51,1%	36,1%	27,8%	12,0%	391,2%
Outre-mer	7,9%	5,3%	15,5%	14,5%	9,5%	4,3%	71,5%
France	5,8%	3,4%	4,4%	3,6%	5,0%	2,8%	27,8%

Source : INSEE – RP 2011

¹⁰ cf. carte des zones d'emploi de Guyane en annexe 1

Le détail des taux de croissance par communes fait apparaître des disparités au sein de chaque zone d'emploi. Entre 2006 et 2011, les communes qui ont connu un « boom » de population le plus important (en termes de croissance et de valeurs absolues) sont :

- Saint-Laurent-du-Maroni (+6 755 habitants, +20%) ;
- Maripasoula (+ 4 980 habitants, + 110,5%) ;
- Papaïchton (+4 404 habitants, + 302,5%) ;
- Matoury (+ 4 652 habitants, +18,9%).

A l'inverse, Cayenne (-775 habitants) et Roura (-333 habitants) sont les communes qui ont perdu le plus de population. Cette perte reste néanmoins mesurée en valeur absolue.

Tableau 3 : taux de croissance démographiques par communes entre 2006 et 2011 (en % et valeurs absolues)

	Population en 2006	Population en 2011	Différence 2006-2011	Taux de croissance 2006-2011
Régina	818	904	86	10,5%
Cayenne	58 004	57 229	-775	-1,3%
Macouria	7 799	9 995	2 196	28,2%
Matoury	24 583	29 235	4 652	18,9%
Saint-Georges	3 419	3 946	527	15,4%
Remire-Montjoly	17 736	19 894	2 158	12,2%
Roura	2 942	2 609	-333	-11,3%
Montsinéry-Tonnegrande	1 812	2 346	534	29,5%
Ouanary	86	109	23	26,7%
Camopi	1 414	1 645	231	16,3%
Total zone d'emploi Cayenne	118 613	127 912	9 299	7,8%
Iracoubo	1 899	1 943	44	2,3%
Kourou	23 813	25 260	1 447	6,1%
Sinnamary	3 069	3 165	96	3,1%
Saint-Élie	423	420	-3	-0,7%
Total zone d'emploi Kourou	29 204	30 788	1 584	5,4%
Mana	7 837	9 081	1 244	15,9%
Saint-Laurent-du-Maroni	33 707	40 462	6 755	20,0%
Saül	158	153	-5	-3,2%
Maripasoula	4 507	9 487	4 980	110,5%
Grand-Santi	3 351	5 526	2 175	64,9%
Apatou	5 923	6 975	1 052	17,8%
Awala-Yalimapo	1 198	1 305	107	8,9%
Papaïchton	1 456	5 860	4 404	302,5%
Total zone d'emploi Saint Laurent Maroni	58 137	78 849	20 712	35,6%
Guyane	205 954	237 549	31 595	15,3%
France	63 186 117	64 933 400	17 472 283	2,8%
Outre-Mer	1 786 384	1 863 056	76 672	4,3%

Source : INSEE – RP 2011

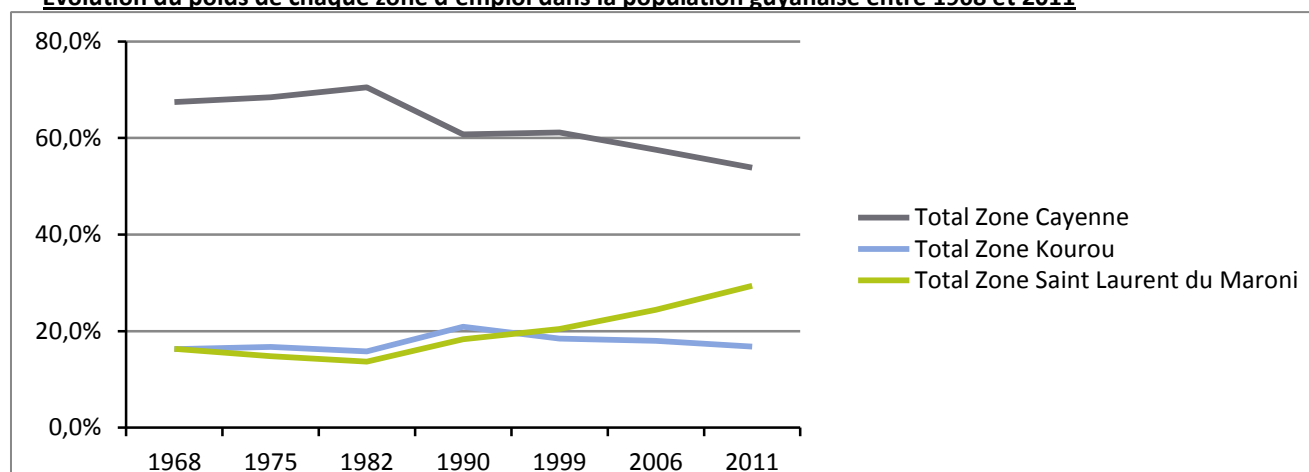
Malgré le boom démographique observé sur l'Ouest du territoire, c'est encore la zone de Cayenne qui concentre aujourd'hui plus de la moitié de la population (53,8% en 2011). Toutefois, le poids de la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni devient de plus en plus important (+11 points entre 1990 et 2011).

Tableau 4 : poids des trois zones d'emploi dans l'ensemble de la population

	1968	1975	1982	1990	1999	2006	2011
Total Zone Cayenne	67,4%	68,5%	70,5%	60,8%	61,1%	57,6%	53,8%
Total Zone Kourou	16,2%	16,7%	15,8%	20,9%	18,4%	18,0%	16,8%
Total Zone Saint Laurent du Maroni	16,3%	14,8%	13,7%	18,4%	20,4%	24,4%	29,4%

Source : INSEE – RP 2011

Evolution du poids de chaque zone d'emploi dans la population guyanaise entre 1968 et 2011



Source : INSEE – RP 2011 ; Réalisation : EQR Conseil

3. UNE CROISSANCE PORTEE PAR UN SOLDE NATUREL ET UN SOLDE MIGRATOIRE IMPORTANTS, MAIS UN RALENTISSEMENT DE CE DERNIER DEPUIS LES ANNEES 2000

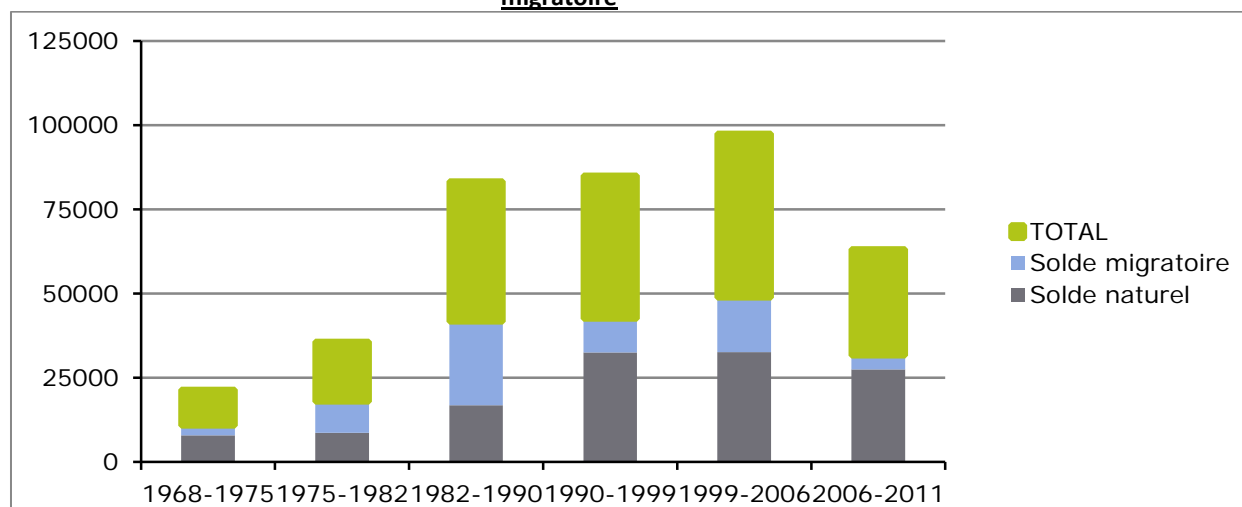
La croissance de la population guyanaise a été largement soutenue tout au long de la période par un solde naturel important, complété par un solde migratoire croissant et expliquant plus de la moitié de la croissance démographique jusqu'au milieu des années 2000. Toutefois, depuis 2006, on observe un net ralentissement du solde migratoire, entraînant un ralentissement du rythme de croissance de la population. Cette dynamique récente doit encore être confirmée et expliquée par les chiffres du prochain recensement INSEE.

Tableau 5 : décomposition de l'évolution de la population guyanaise entre le solde naturel et le solde migratoire en valeurs absolues

	1968-1975	1975-1982	1982-1990	1990-1999	1999-2006	2006-2011
Solde naturel	7 937	8 656	16 823	32 508	32 578	27 528
Solde migratoire	12 418	24 936	51 935	40 998	44 320	14 950
Total	20 355	33 592	68 758	73 506	76 898	42 478

Source : INSEE – RP 2011

Décomposition de l'évolution de la population guyanaise entre le solde naturel et le solde migratoire

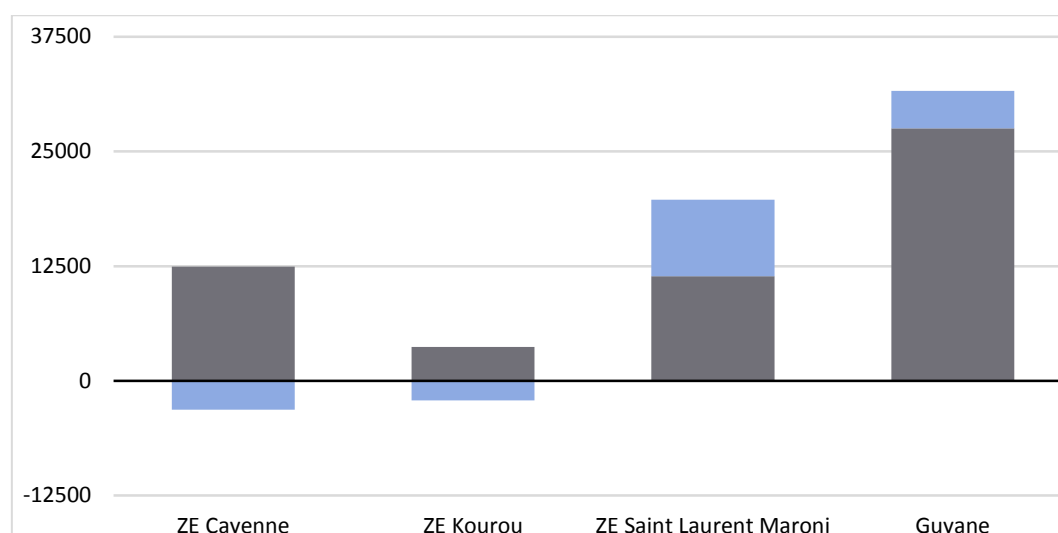


Source : Insee – RP 2011 ; Calculs et réalisation : EQR

L'INSEE Guyane conclut également, dans une étude parue en décembre 2014¹¹ et portant sur l'analyse de la période 2007-2012, que le solde naturel devient le « *seul moteur de la croissance démographique* », et que, pour la première fois, le « *solde des entrées et des sorties pèse négativement sur la croissance* ». Ainsi, l'étude émet l'hypothèse d'un ralentissement majeur, voire d'un arrêt de la dynamique migratoire sur le sol guyanais.

L'analyse des soldes naturel et migratoire par zones d'emploi montre que **le solde migratoire est encore positif dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni**. A l'inverse, dans la zone d'emploi de Cayenne et Kourou, le solde migratoire a pesé négativement sur la croissance entre 2006 et 2011

Evolution du solde naturel et migratoire entre 2006 et 2011 par zones d'emploi en Guyane (en valeurs absolues)



Source : Insee – RP 2011 ; Calculs et réalisation : EQR

¹¹ « Evolution de la population en Guyane entre 2007 et 2012 », INSEE, décembre 2014

De même, la croissance négative des villes de Cayenne, Roura, Saint-Elie et Saul sur la période 2006-2011 s'explique par un solde migratoire négatif, que le solde naturel ne parvient pas à compenser.

Tableau 6 : évolution du solde naturel et migratoire entre 2006 et 2011 par communes en Guyane

	Solde naturel 2006-2011	Solde migratoire 2006-2011
Régina	68	18
Cayenne	6 201	-6 976
Macouria	836	1 360
Matoury	2 786	1 866
Saint-Georges	529	-2
Remire-Montjoly	1 414	744
Roura	222	-555
Montsinéry-Tonnegrande	122	412
Ouanary	4	19
Camopi	256	-25
ZE Cayenne	12 438	-3 139
Iracoubo	195	-151
Kourou	3 202	-1 755
Sinnamary	294	-198
Saint-Élie	3	-6
ZE Kourou	3 694	-2 110
Mana	1 271	-27
Saint-Laurent-du-Maroni	7 038	-283
Saül	7	-12
Maripasoula	892	4 088
Grand-Santi	983	1 192
Apatou	736	316
Awala-Yalimapo	121	-14
Papaïchton	348	4 056
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	11 396	9 316
Guyane	27 528	4 067

Source : Insee – RP 2011

L'importance du phénomène migratoire depuis 1968 a créé une **importante mixité au sein de la population** en matière d'origines et de nationalités. On observe

aujourd'hui en Guyane une importante diversité ethnique et culturelle. Ainsi, **en 2011, plus d'un tiers de la population est étranger (34,9%)**. La plupart des étrangers proviennent de pays voisins et limitrophes et sont majoritairement surinamais (38,3% des étrangers), haïtiens (25%) et brésiliens (24,4%).

Tableau 7 : population guyanaise selon la nationalité au 1er janvier 2011

	Hommes	Femmes	Ensemble	%
Français	77 170	77 393	154 562	65,1
Français de naissance	70 581	69 366	139 946	58,9
Français par acquisition	6 589	8 027	14 616	6,2
Étrangers	40 542	42 444	82 987	34,9
Surinamais	15 639	16 198	31 837	13,4
Haïtiens	9 326	11 487	20 813	8,8
Brésiliens	10 787	9 466	20 254	8,5
Guyaniens	1 852	2 034	3 886	1,6
Chinois	712	621	1 333	0,5
Dominiquais	247	641	888	0,4
Péruviens	304	286	590	0,2
Étrangers de l'Union européenne	585	398	983	0,4
Autres étrangers d'Amérique	527	836	1 361	0,6
Autres	563	477	1 042	0,4

Source : Insee – RP 2011 ;

Des éléments issus du rapport « migrations et soins en Guyane »¹² de 2009 permettent d'ajouter les éléments suivants quant aux caractéristiques de la population migrante en Guyane :

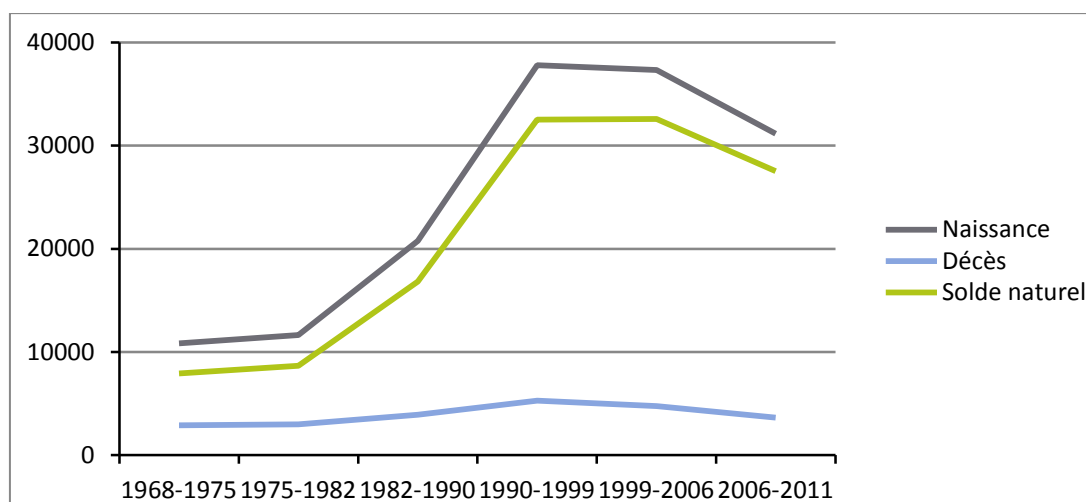
- La population des étrangers est très présente en Guyane : elle représente 40% de la population adulte à Cayenne et près de 58% à Saint-Laurent du Maroni ;
- La majorité de cette population est installée en Guyane depuis longtemps : 61% des adultes migrants d'origine étrangère résidant à Cayenne sont installés en Guyane depuis plus de 10 ans; cette proportion est de 77% à Saint-Laurent du Maroni.
- Une part importante de cette population est en situation irrégulière puisque 20,7% des migrants d'origine étrangère n'ont pas de papiers à Cayenne et 43,6% à Saint-Laurent du Maroni.

¹² « Migrations et soins en Guyane », Anne Jolivet, Emmanuelle Cadot, Estelle Carde, Sophie Florence, Sophie Lesieur, Jacques Lebas, Pierre Chauvin, Rapport final à l'Agence française de développement (AFD) dans le cadre du contrat AFD-Inserm, septembre 2009

A l'inverse, **le solde naturel guyanais apparaît important** et n'enregistre qu'une légère baisse depuis le milieu des années 2000. Cette évolution s'explique principalement par une légère diminution du nombre de naissances sur la période 1999-2011. Le nombre de décès, s'il a connu une légère augmentation, est resté quant à lui relativement stable.

L'étude de l'INSEE explique la diminution du solde naturel par une baisse du nombre de naissances constatées entre 2007 et 2010. Notons que depuis 2010, le nombre de naissance annuel semble augmenter à nouveau.

Nombre de naissances, de décès et solde naturel pour la population guyanaise (1968-2011)



Source : Insee – RP 2011 ; Calculs et réalisation : EQR

Le taux de natalité guyanais est près de deux fois supérieur au taux métropolitain et à celui des DOM. De même, le nombre moyen d'enfants par femmes est plus de deux fois plus important en Guyane que dans ces territoires de comparaison. L'analyse par tranches d'âge permet de noter que cet indicateur est particulièrement important chez les femmes de moins de 25 ans : **on compte 1,20 enfant par femme en moyenne en Guyane en 2013, soit quatre fois plus qu'au niveau national (0,28).**

Définitions : **Le taux de natalité** est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. **L'indicateur conjoncturel de fécondité**, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

Tableau 8 : comparaison d'indicateurs de natalité en 2013

	Taux de natalité pour 1000 habitants	Indicateur conjoncturel de fécondité (nombre d'enfants moyen par femmes)			
		Total	15-24 ans	25-34 ans	35-49 ans
Guyane	26,1	3,49	1,20	1,57	0,72
Martinique	10,8	1,90	0,49	1,00	0,42
Guadeloupe	12,6	2,17	0,52	1,16	0,49
La réunion	16,6	2,40	0,69	1,26	0,45
France métropolitaine	12,2	1,98	0,28	1,27	0,42

Source : INSEE, Natalité en 2013 : comparaisons régionales

4. DE NOMBREUSES MOBILITES TRANSFRONTALIERES

Porte d'entrée de l'Union Européenne (UE) en Amérique du sud, la Guyane est le seul territoire de l'UE à avoir une frontière avec l'Amérique du sud. Ainsi, il représente **un territoire d'attractivité économique pour les populations des États voisins**, en particulier le Brésil, le Suriname et le Guyana. Les frontières de la Guyane sont principalement des frontières fluviales, facilement traversables. De plus, les fleuves ne sont pas perçus par la population comme des frontières mais comme des voies de communication et d'échange. La mobilité transfrontalière concerne :

- des migrations pérennes de population, venant s'installer plus ou moins durablement sur le sol guyanais ;
- des migrations illégales vers des sites d'orpaillage ;
- ou des migrations pendulaires, c'est-à-dire des allers et retours de population entre deux rives du fleuve, et deux Etats.

L'immigration irrégulière durable et sur les sites d'orpaillage est difficilement quantifiable. Malgré les difficultés existantes à les identifier, des milliers de personnes sont reconduites chaque année aux frontières.

Pour ce qui concerne les migrations pendulaires, on note à Saint-Laurent-du-Maroni, dans les bourgs d'Apatou, de Papaïchton et de Maripasoula ou encore à Saint-Georges-de-l'Oyapock, de nombreux trajets incessants d'une rive à l'autre. Ceux-ci sont d'autant plus fréquents sur le Maroni que les prix des produits de consommation sont bien inférieurs dans les commerces installés sur la rive surinamienne, de sorte que de nombreux habitants de la rive française se rendent régulièrement sur l'autre rive. On observe également un phénomène de prostitution.

Un certain nombre de migrations sont également attribuées à la consommation de soins. Toutefois, l'étude « migrations et soins » menée en 2009 par l'AFD et l'Inserm montre que **les migrations sanitaires sont très minoritaires.** Au total, 3,1% de la population migrante étrangère ou d'origine étrangère a migré

et/ou s'est installée pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. Toutefois, les migrations pour des raisons de santé s'apparentent davantage à des migrations pendulaires, au gré des besoins.

Sur un certain nombre de sujets, les **coopérations transfrontalières se développent** :

- **Des coopérations policières, diplomatiques et juridiques** sont mises en place avec le Suriname et le Guyana, notamment pour la question des ressortissants en situation irrégulière ;
- **Une politique de coopération transfrontalière est depuis longtemps en place avec le Brésil et le Suriname.** Pour la période de programmation 2014-2020, le programme opérationnel (PO) transfrontalier, intitulé "**PO Amazonie**", entend mettre en synergie les potentialités de l'espace de coopération "Guyane-Suriname-Brésil". La stratégie du Programme Opérationnel Amazonie 2014-2020 s'articule autour des quatre axes suivants :
 - o Axe 1 – Renforcement de l'offre de transport au sein de l'espace de coopération (Objectif thématique n°7) ;
 - o Axe 2 – Protection et valorisation de la biodiversité exceptionnelle et du patrimoine naturel et culturel de l'espace de coopération (Objectif thématique n°6) ;
 - o Axe 3 – Réponses aux problématiques sanitaires et sociales caractéristiques de l'espace de coopération (Objectif thématique n°9) ;
 - o Axe 4 – Développement de conditions favorables aux échanges et à la croissance économique dans l'espace de coopération (Objectif thématique n°3).
- **D'autres projets sont également en cours :**
 - o **Un projet de construction d'un pont sur l'Oyapock** est en cours entre le Brésil et la France depuis 2008. Il vise à désenclaver les territoires de l'Est Guyanais en renforçant les liens avec le Brésil. Le projet a pris du retard et un certain nombre de questions restent en suspens, notamment au sujet des modalités de circulation entre les deux rives ;
 - o **Sur le plan sanitaire**, l'ARS Guyane a raisonné dans son Projet Régional de Santé (PRS) à partir de la notion de territoire et non de frontière, que ce soit à l'Est mais également à l'Ouest de son territoire. Ainsi, les deux villes frontalières (St Georges et Oyapock) ont été considérées comme un territoire de santé avec la mise en place d'une coordination territoriale chargée d'animer la politique de santé sur les champs de la prévention et de la prise en charge. Ce projet bénéficie du financement européen Interreg. L'ARS de Guyane s'est mobilisée dans le cadre de la commission mixte transfrontalière Brésil-Guyane pour faire de la santé une thématique majeure qui a donné lieu à la signature d'une déclaration d'intention de coopération entre le ministre de la santé Brésilien et l'ambassadeur de France à Brasilia. Ainsi, un groupe de santé transfrontalier a été mis en place. Il porte notamment sur des thématiques prioritaires pour les deux pays (VIH-Sida, tuberculose, vaccination, dengue, paludisme, offre de soin) ;
 - o **Des coopérations sont également en vigueur avec le Suriname, à l'Ouest du territoire.** Le Suriname a en effet en projet la reconstruction de l'hôpital d'Albina situé à proximité de la frontière. Des coopérations pourraient également

être envisagées entre le CHOG (Saint-Laurent-du-Maroni) et l'hôpital d'Albina. Par ailleurs, l'ARS s'est dotée pour la période 2011-2015 d'un projet de territorialisation du PRS sur l'Ouest guyanais, prouvant l'importance du sujet. Enfin, des rencontres régulières sont organisées entre les acteurs de santé surinamais (ministère de la santé, hôpitaux, laboratoire national, fondations en charge des centres de santé, etc.) et guyanais (ARS, Institut pasteur, hôpitaux, etc.) pour aborder les questions telles que la stratégie de vaccination et la prévention VIH-SIDA, la lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, VIH/SIDA, dengue, maladie de Chagas...), la surveillance épidémiologique et les modalités de coopération hospitalière.

5. UNE POPULATION JEUNE ET QUI NE VIEILLIT PAS

Par comparaison avec les moyennes française et outre-mer, **la population guyanaise est globalement plus jeune** : en 2011 près des deux-tiers de la population (58,5%) est âgée de moins de 30 ans contre 44,3% en moyenne en Outre-mer et 36,9% en France. La part des personnes âgées de plus de 60 ans en 2011 est nettement plus faible en Guyane (6,9%) que dans les territoires de comparaison (15,3% en Outre-mer et 23,1% en France).

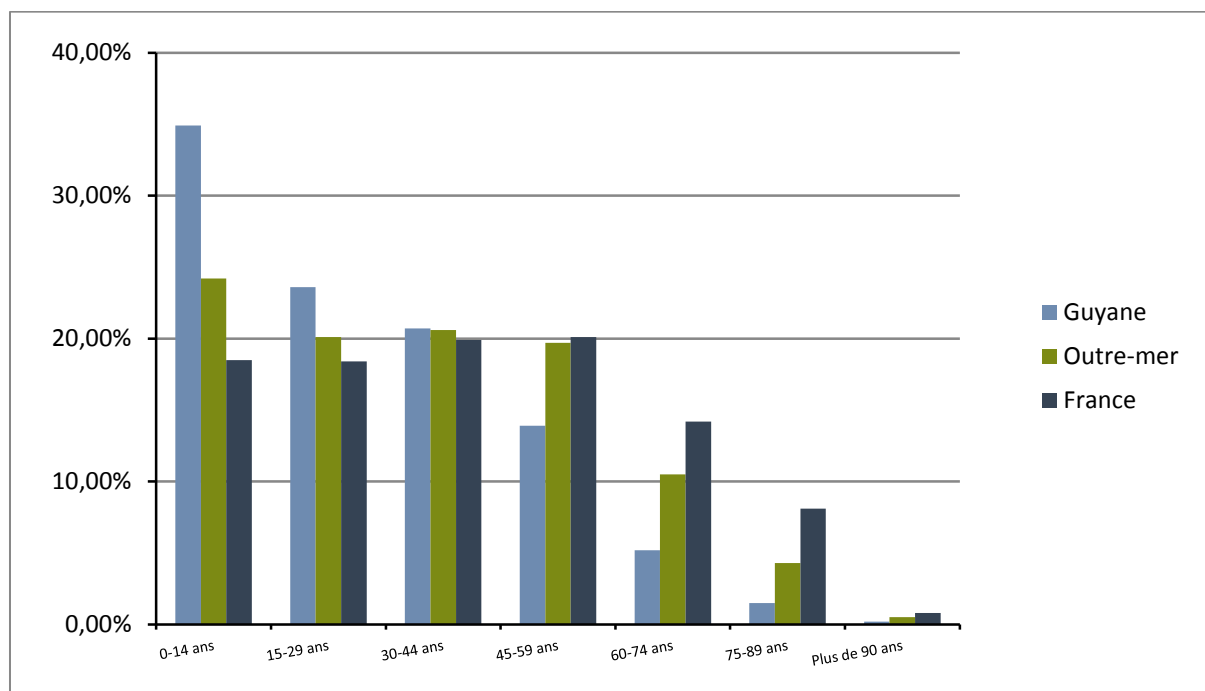
L'analyse territoriale montre que la zone d'emploi de **Saint-Laurent-du-Maroni est la plus jeune** : en 2011, 67,7% de sa population est âgée de moins de 30 ans. A l'inverse, la zone de Cayenne est comparativement la plus âgée : elle compte 9% de plus de 60 ans en 2011.

Tableau 9 : mise en perspective de la structuration de la population par tranches d'âge en 2011 en valeurs absolues et en pourcentage

	0-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	75-89 ans	Plus de 90 ans
Zone d'emploi Cayenne	30,9%	22,4%	20,9%	16,7%	6,8%	2,0%	0,2%
Zone d'emploi Kourou	34,9%	22,1%	21,2%	16,1%	4,6%	1,0%	0,1%
Zone d'emploi Saint Laurent du Maroni	41,5%	26,2%	20,1%	8,5%	2,8%	0,8%	0,1%
Guyane	34,9%	23,6%	20,7%	13,9%	5,2%	1,5%	0,2%
Outre-mer	24,2%	20,1%	20,6%	19,7%	10,5%	4,3%	0,5%
France	18,5%	18,4%	19,9%	20,1%	14,2%	8,1%	0,8%

Source : Insee – RP 2011

Populations par tranche d'âge au regard de la moyenne nationale et outre mer en 2011



Source : Insee – RP 2011 ; Calculs et réalisation : EQR

Entre 2006 et 2011, on note un **léger vieillissement de la population**, qui ne bouleverse cependant pas la structure par âge de la population. En effet, si la part des moins de 30 ans a eu tendance à diminuer sur le territoire, les plus de 60 ans ne représentent que 1 point de plus par rapport à 2006.

Tableau 10 : évolution comparée de la population par tranches d'âge 1999 – 2011 (en points)

	0-14 ans	15-29 ans	30-44 ans	45-59 ans	60-74 ans	75-89 ans	Plus de 90 ans
ZE Cayenne	-0,8	-0,3	-1,5	0,8	1,5	0,2	0,0
ZE Kourou	-1,0	-0,8	-2,3	2,9	1,0	0,2	0,0
SE Saint Laurent du Maroni	-2,1	0,2	0,7	0,8	0,3	0,1	0,0
Guyane	-0,7	0,0	-1,0	0,7	0,9	0,1	0,0

Source : Insee – RP 2011

a) PETITE ENFANCE

Définition : La petite enfance regroupe traditionnellement l'ensemble des individus âgés de 0 à 5 ans révolus.

On compte en 2011 en Guyane **29 020 enfants en bas-âge** (5 ans et moins), répartis comme suit :

Tableau 10 : répartition de la population des 0-5 ans par âge en Guyane en 2011

	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	4 à 5 ans	Total
ZE Cayenne	2 569	2 750	2 608	2 619	2 872	13 418
ZE Kourou	677	736	658	765	730	3 565
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	2 451	2 410	2 481	2 370	2 325	12 037
Guyane	5 697	5 896	5 747	5 754	5 927	29 020

Source : Insee – RP 2011

En 2011, la petite enfance représentait ainsi **12,2% de la population totale** guyanaise (et les 0-3 ans 7,3%). Ce taux est nettement supérieur aux territoires de comparaison : en moyenne 7,7% en Outre-mer et 6,2% en France.

C'est dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni que le poids de la petite enfance est le plus important (17,3% de 0-5 ans et 10,5% de 0-3 ans).

Tableau 11 : comparaison du poids des 0-5 ans dans l'ensemble de la population en 2011

	Part des 0-3 ans	Part des 0-5 ans
ZE Cayenne	6,2%	10,5%
ZE Kourou	5,2%	8,9%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	10,5%	17,3%
Guyane	7,3%	12,2%
Outre-mer	4,5%	7,7%
France	3,7%	6,2%

Source : Insee – RP 2011

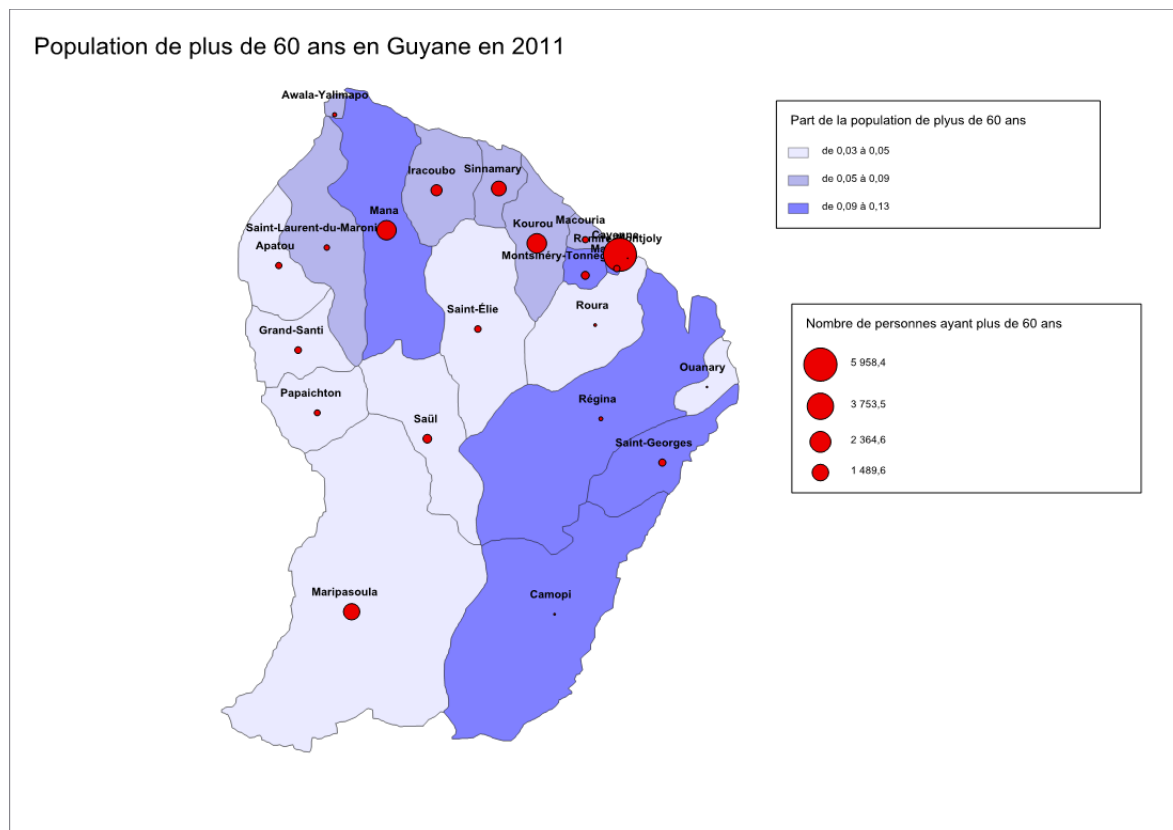
b) PERSONNES AGEES

En 2011, 16 229 personnes âgées (60 ans et plus) vivent sur le territoire guyanais, dont la majorité (71,5%) dans la zone d'emploi de Cayenne.

Tableau 12 : répartition de la population des 60 ans et plus par communes sur le territoire guyanais en 2011 et évolution depuis 2006

	60-74 ans		75-89 ans		90 ans ou plus	
	2011	Evolution 2006-2011	2011	Evolution 2006-2011	2011	Evolution 2006-2011
Régina	76	32,6%	16	31,5%	1	-50,7%
Cayenne	4 119	24,9%	1 625	9,7%	214	7,9%
Macouria	551	69,3%	126	50,5%	5	-14,5%
Matoury	1 739	61,5%	311	57,0%	31	205,9%
Saint-Georges	160	49,1%	43	26,1%	3	62,1%
Remire-Montjoly	1 633	51,7%	380	33,7%	18	20,9%
Roura	184	25,5%	33	-8,2%	8	589,8%
Montsinéry-Tonnegrande	216	37,9%	60	65,4%	3	-2,1%
Ouanary	5	73,7%	2	73,7%	0	---
Camopi	45	124,8%	3	-48,7%	0	---
Iracoubo	116	18,4%	45	4,7%	2	-33,3%
ZE Cayenne	8 845	39,0%	2 644	19,3%	284	18,6%
Kourou	1 038	36,7%	167	60,4%	2	
Sinnamary	245	34,6%	91	23,5%	14	40,4%
Saint-Élie	14	57,5%	0		0	
Mana	320	41,0%	81	62,0%	9	-18,2%
ZE Kourou	1 617	37,3%	340	48,8%	25	21,2%
Saint-Laurent-du-Maroni	1 144	44,4%	292	47,6%	30	-38,7%
Saül	15	8,6%	4	-42,1%	1	
Maripasoula	178	61,2%	59	103,9%	9	-17,3%
Grand-Santi	192	72,2%	41	3,9%	0	-100,0%
Apatou	153	11,4%	57	56,8%	6	
Awala-Yalimapo	71	39,2%	29	70,6%	2	100,0%
Papaïchton	139	241,7%	41	228,8%	12	1121,4%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	1 891	50,5%	524	54,2%	60	-8,6%
Guyane	12 353	40,4%	3 507	26,0%	369	13,4%

Source : Insee – RP 2011



En matière de vieillissement de la population guyanaise, l'étude réalisée par l'INSEE Guyane pour la période 2007 – 2012¹³ conclut que la population guyanaise « *ne cesse de grandir mais ne vieillit pas* ». En effet, le poids des personnes âgées dans l'ensemble de la population n'a pas fortement augmenté sur la période. Toutefois, leur nombre a augmenté en valeur absolue : **entre 2006 et 2011, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans est passé de 11 907 à 16 229, soit une augmentation de 4 322 personnes.**

Ainsi, le vieillissement de la population est un enjeu de moyen terme en Guyane. Compte-tenu de la structure démographique actuelle, le nombre de séniors devrait tripler d'ici 2030¹⁴ en valeur absolue. Ce vieillissement entrainera de plus en plus de besoins liés à la prise en charge de la dépendance, notamment au domicile des guyanais.

¹³ « Evolution de la population en Guyane entre 2007 et 2012 », INSEE, décembre 2014

¹⁴ INSEE - ARS Guyane « En Guyane, trois fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 » décembre 2012

Synthèse des indicateurs sociodémographiques

- Une population concentrée sur la zone littorale du territoire et en majorité dans la zone d'emploi de Cayenne
- Un territoire enclavé et des communes difficiles d'accès nécessitant l'utilisation de plusieurs moyens de transport
- Une très forte croissance de la population due à un solde naturel et migratoire très importants, en particulier dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni, à l'Ouest du territoire
- Un solde migratoire qui ralentit depuis le début des années 2000, entraînant un ralentissement de la croissance de la population, en particulier dans les zones d'emploi de Cayenne et de Kourou
- De nombreux liens avec les pays frontaliers (déplacements de population, logiques de coopération, etc.)
- Une population très jeune, mais une progression importante de la population âgée et du grand âge à anticiper dans les prochaines décennies

II. INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

1. UN TERRITOIRE MARQUE PAR DES FAMILLES NOMBREUSES ET UNE AUGMENTATION DE LA MONOPARENTALITE

En 2011, on recense **48 482 familles** en Guyane. **La structure de la cellule familiale guyanaise est marquée par une part importante de familles monoparentales.** En effet, les familles monoparentales représentent en moyenne 35,6% des familles en 2011, chiffre supérieur aux moyennes de comparaison (33,1% en moyenne en Outre-mer et 14,3% en moyenne en France) : **la part des familles monoparentales est donc deux fois plus importante en Guyane qu'en moyenne en France.** Ce constat est particulièrement marqué dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni, où les familles monoparentales représentent 41,1% des familles.

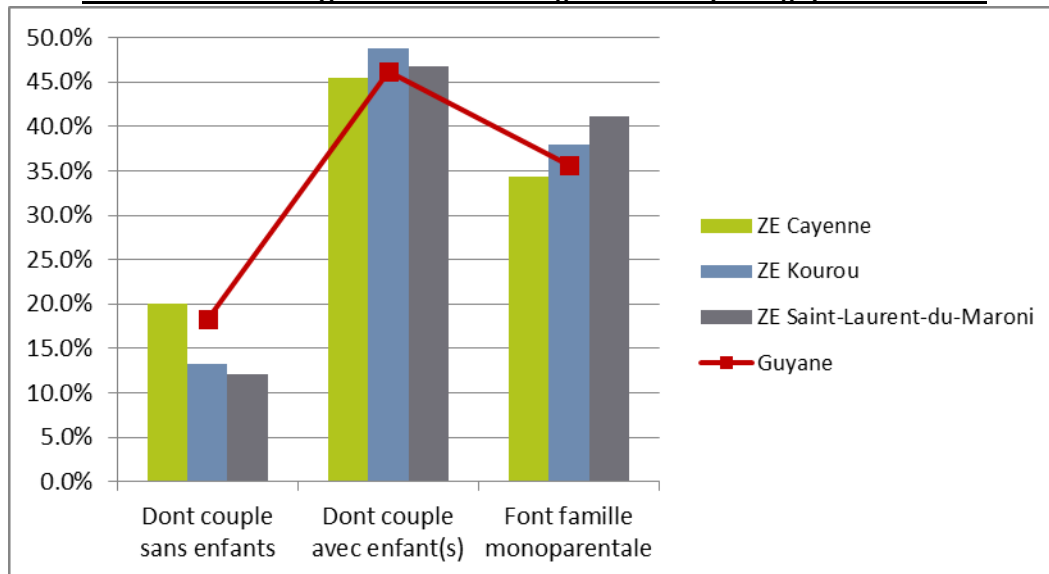
On observe également en Guyane une sous-représentation des couples sans enfants (18,3% en moyenne) et une surreprésentation des couples avec enfants (46,1%) par rapport aux territoires de comparaison.

Tableau 13 : typologie comparée des familles en 2011 en valeur absolue et %

	Famille	Dont couple sans enfants	Dont couple avec enfant(s)	Dont famille monoparentale
ZE Cayenne	36 402	20,1%	45,5%	34,4%
ZE Kourou	7 671	13,2%	48,8%	38,0%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	4 410	12,1%	46,8%	41,1%
Guyane	48 482	18,3%	46,1%	35,6%
Outre-mer	477 583	23,4%	43,5%	33,1%
France	17 732 224	42,4%	43,3%	14,3%

Source : Insee - RP 2012

Poids des différents types de familles au regard de la moyenne guyanaise en 2011



Source : Insee - RP 2011 ; Réalisation : EQR

De plus, le nombre de familles monoparentales est en augmentation : il a augmenté de 1,2 points en moyenne en Guyane entre 2006 et 2011. Cette augmentation touche principalement la zone d’emploi de Cayenne (1,4 points). Dans la zone de Saint-Laurent du Maroni, on note à l’inverse un recul de la part des familles monoparentales (-2,2 points) et une augmentation de la part des couples avec enfants dans l’ensemble des familles (+3,3 points). Cette tendance s’inscrit à l’encontre de celles observées en moyenne en Guyane et sur les territoires de comparaison.

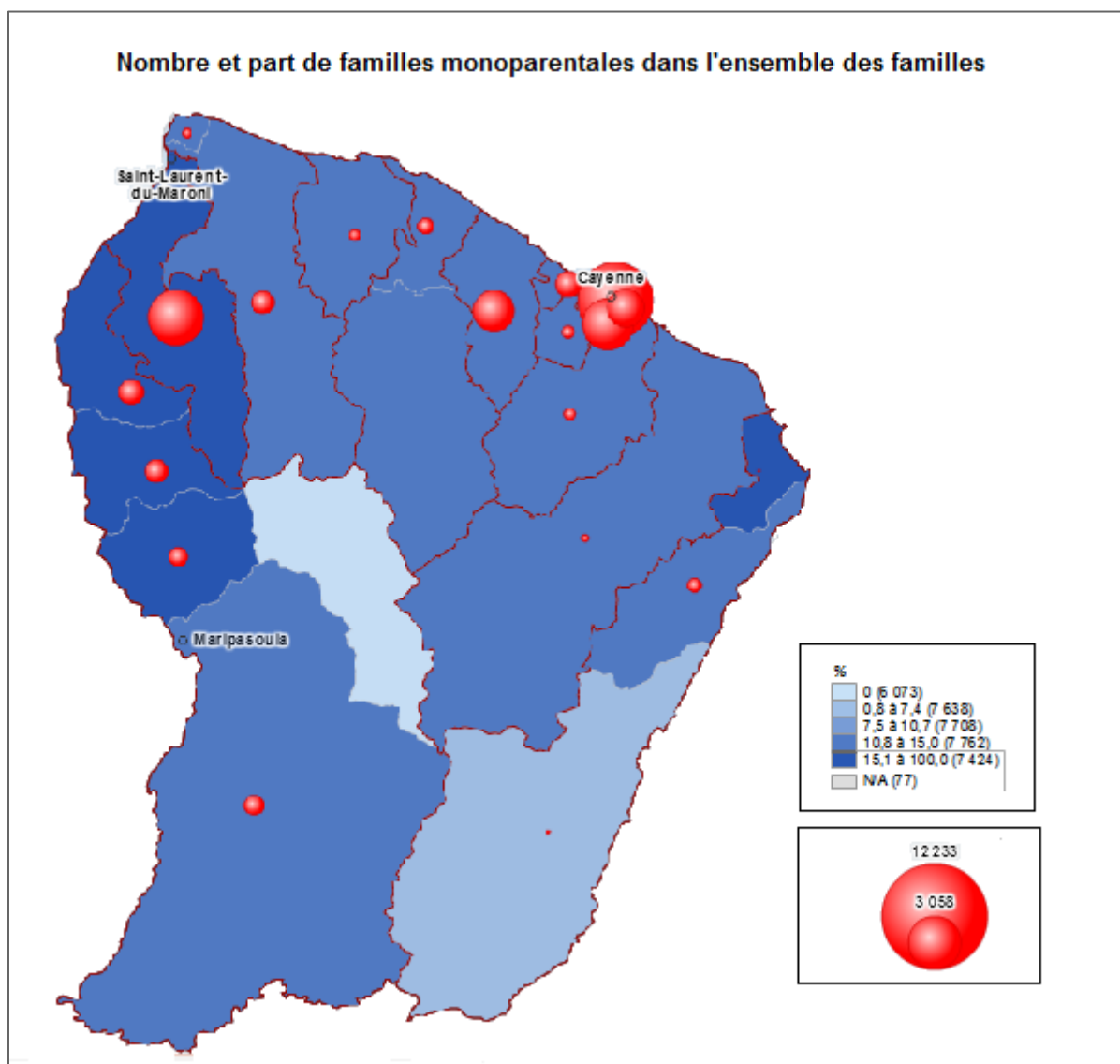
Dans son étude de décembre 2014, l’INSEE conclut que la part des familles monoparentales augmente sur le territoire guyanais. L’étude ajoute que « *cette évolution est préoccupante dans la mesure où les familles monoparentales sont plus fréquemment touchées par des difficultés sociales et économiques que les couples avec enfants* ».

Tableau 14 : évolution de la typologie des familles monoparentales entre 2006 et 2011 en points

	Famille	Dont couple sans enfants	Dont couple avec enfant(s)	Dont famille monoparentale
ZE Cayenne	11,5%	1,4%	-2,7%	1,4%
ZE Kourou	21,1%	-0,7%	0,2%	0,5%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	61,4%	-1,1%	3,3%	-2,2%
Guyane	16,2%	0,6%	-1,9%	1,2%
Outre-mer	6,7%	1,8%	-3,9%	2,0%
France	3,2%	0,8%	-1,8%	1,0%

Source : Insee - RP 2011

Nombre et part de familles monoparentales dans l'ensemble des familles



Globalement, les familles guyanaises sont plutôt de grande taille (plus de 3 enfants). On compte environ 30% de familles ayant 3 enfants ou plus en Guyane en 2011, contre 14,8% en moyenne en Outre-mer et 9,5% en France. Ce constat est particulièrement marqué à Saint-Laurent-du-Maroni : près de la moitié de familles (49,5%) ont plus de 3 enfants et plus d'un tiers (34,5%) plus de 4 enfants. On observe à l'inverse une plus faible part de famille n'ayant pas d'enfant ou moins de 2 enfants.

L'étude 2014 de l'INSEE Guyane permet d'ajouter que les très grandes familles sont également en progression : ¹⁵ « Depuis 1999, la part des ménages de 6 personnes et plus a nettement augmenté. Ces grands ménages représentent aujourd'hui 15 % des ménages guyanais, deux points de plus qu'en 1999. Cette augmentation a lieu au détriment des ménages de 3 et 4 personnes dont la proportion diminue de 2 points sur la période. La part des ménages d'une seule personne est quant à elle stable. »

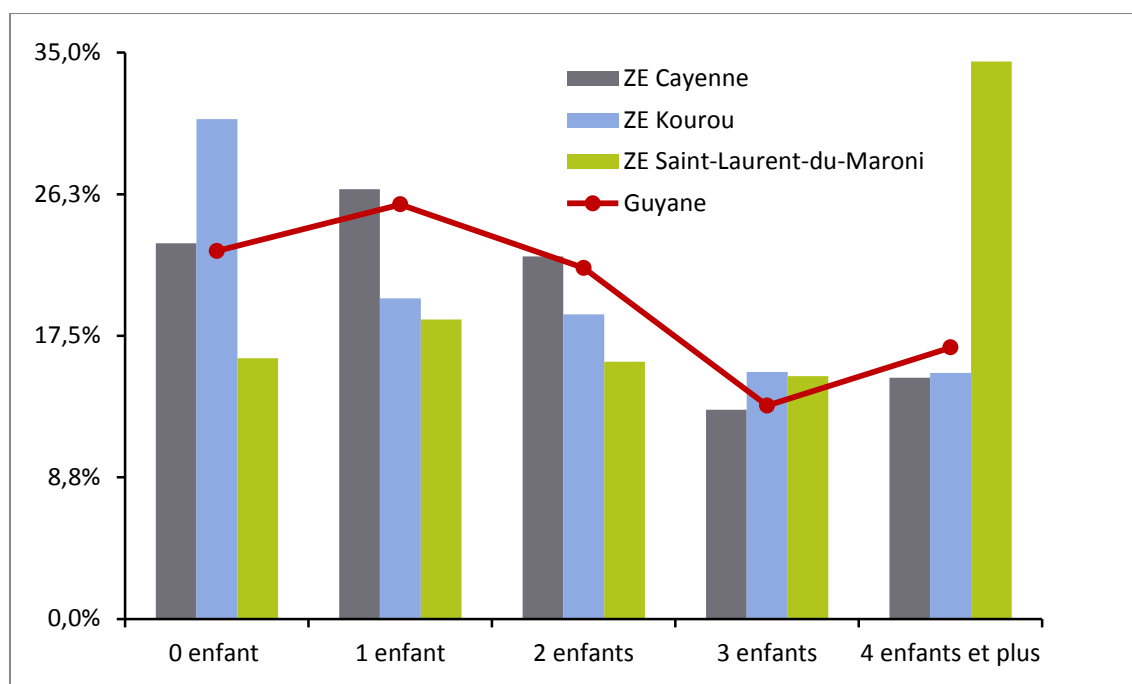
¹⁵ « Evolution de la population en Guyane entre 2007 et 2012 », INSEE, décembre 2014

Tableau 15 : part des familles en fonction du nombre d'enfants (de moins de 25 ans) en 2011 en % dans l'ensemble des familles

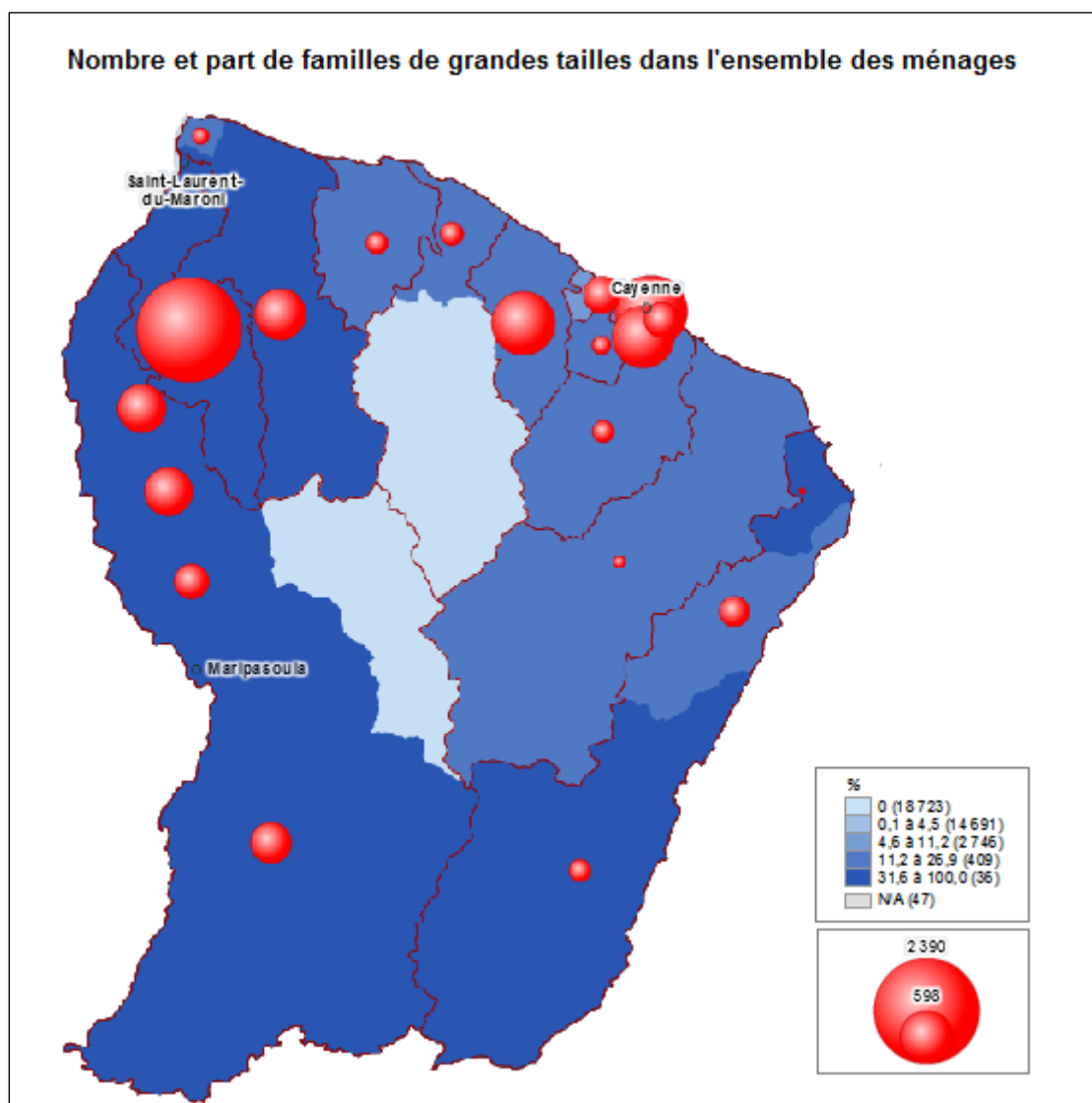
	Famille 0 enfant	Famille 1 enfant	Famille 2 enfants	Famille 3 enfants	Famille 4 enfants ou plus
ZE Cayenne	23,2%	26,6%	22,4%	12,9%	14,9%
ZE Kourou	30,9%	19,8%	18,8%	15,3%	15,2%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	16,1%	18,5%	15,9%	15,0%	34,5%
Guyane	22,7%	25,6%	21,7%	13,2%	16,8%
Outre-Mer	33,3%	28,8%	23,1%	9,4%	5,4%
France	47,9%	22,4%	20,2%	7,2%	2,3%

Source : Insee - RP 2011

Poids des familles en fonction du nombre d'enfants par rapport à la moyenne guyanaise



Source : Insee - RP 2011 ; Réalisation : EQR



2. PLUS DE LA MOITIÉ DE LA POPULATION DE PLUS DE 15 ANS NON SCOLARISÉE N'AYANT AUCUN DIPLOME

La Guyane présente des taux de scolarisation inférieurs pour toutes les catégories d'âge aux moyennes Outre-Mer et métropolitaine. C'est dans la tranche d'âge des 18 ans-24 ans que l'écart se creuse entre la Guyane et la moyenne métropolitaine : 38,4% de taux de scolarisation en Guyane (contre 51,5% en France).

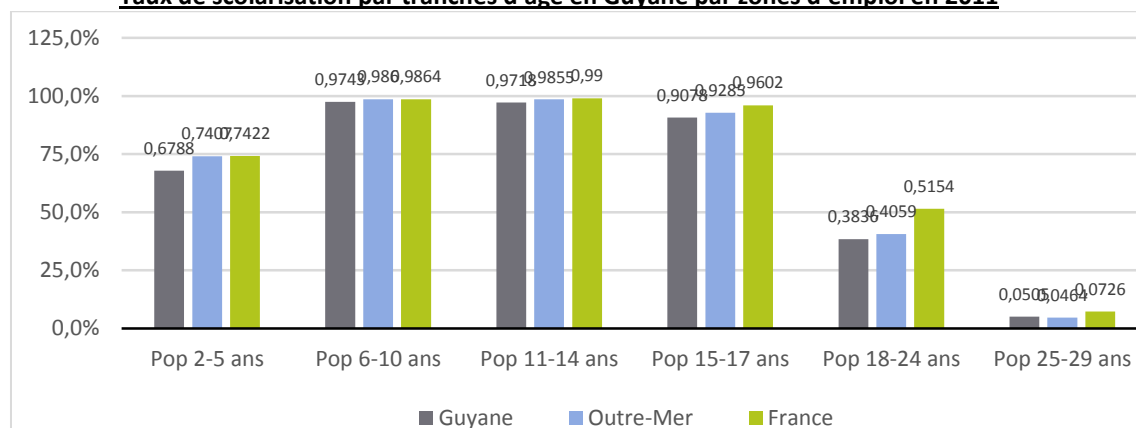
L'analyse par zone d'emploi permet de constater que les taux de scolarisation sont plus faibles dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni par rapport à celle de Cayenne. On compte, pour chaque catégorie d'âges des écarts de l'ordre de 4 à 16 points par rapport aux deux autres zones. Le détail par communes montre que les plus faibles taux de scolarisation concernent les communes d'Apatou, Grand-Santi et Papaïchton.

Tableau 16: taux de scolarisation par tranches d'âge en Guyane par zones d'emploi en 2011

	Pop 2-5 ans	Pop 6-10 ans	Pop 11-14 ans	Pop 15-17 ans	Pop 18-24 ans	Pop 25-29 ans
ZE Cayenne	69,9%	98,1%	97,9%	92,8%	42,2%	6,6%
ZE Kourou	73,0%	98,9%	98,3%	91,3%	40,3%	3,3%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	60,3%	94,9%	94,5%	83,8%	26,3%	2,2%
Guyane	67,9%	97,4%	97,2%	90,8%	38,4%	5,0%
Outre-Mer	74,1%	98,6%	98,6%	92,8%	40,6%	4,6%
France	74,2%	98,6%	99,0%	96,0%	51,5%	7,3%

Source : Insee - RP 2011 ;

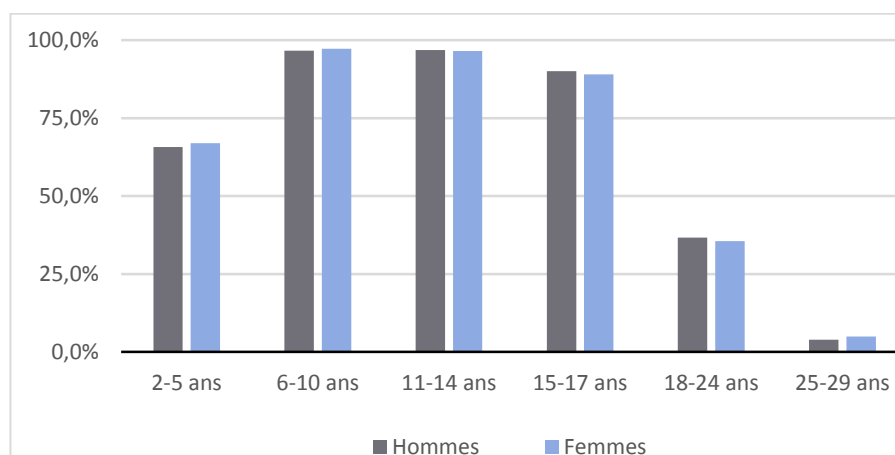
Taux de scolarisation par tranches d'âge en Guyane par zones d'emploi en 2011



Source : Insee - RP 2011 ; Réalisation : EQR

Au niveau de la Guyane, on ne note pas d'écart majeur entre les niveaux de scolarisation des hommes et des femmes, tout âge confondu. On observe un taux de scolarisation plus important pour les femmes après 25 ans, tendance également notable sur les territoires de comparaison (Outre-Mer, France).

Taux de scolarisation par sexe et tranches d'âge en Guyane en 2011



Source : Insee - RP 2011 ; Réalisation : EQR

En Guyane en 2011, la moitié des personnes non scolarisées de plus de 15 ans ne disposent d'aucun diplôme (50,6%). Ce taux est nettement supérieur aux taux métropolitain (18,2%) et est également supérieur à la moyenne Outre-Mer (41,8%). Ce taux apparaît particulièrement important dans les zones d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (74,0%) et de Kourou (74,2%). Dans certaines communes (Papaïchton, Apatou), ce taux dépasse les 90%. Corollairement, le taux de personnes diplômées de l'enseignement supérieur parmi la population non scolarisée de plus de 15 ans est plus faible en Guyane que sur les territoires de comparaison.

Tableau 17 : comparaison des niveaux de diplôme de la population non scolarisée de plus de 15 ans

	Sans diplôme	CEP	BEPC, Brevet des collèges	CAP-BEP	BAC-BP	Enseign. Sup. court	Enseign. Sup. long
ZE Cayenne	39,5%	2,6%	5,2%	18,5%	16,1%	9,0%	9,2%
ZE Kourou	74,2%	1,1%	3,4%	8,4%	5,0%	2,8%	5,1%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	74,0%	1,8%	3,4%	9,3%	4,4%	2,5%	4,6%
Guyane	50,6%	2,2%	4,6%	15,4%	12,2%	7,0%	8,0%
Outre-Mer	41,8%	4,3%	5,0%	18,0%	14,3%	8,1%	8,5%
France	18,2%	10,1%	6,1%	23,8%	16,3%	12,2%	13,3%

Source : Insee - RP 2011

3. UN PARC DE LOGEMENT CONFRONTE A UN DOUBLE ENJEU DE SUIVI DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE ET DE RESORPTION DE L'HABITAT PRECAIRE

Le parc de logements s'est fortement développé en Guyane entre 2006 et 2011. En effet, le nombre de logements est passé de 65 010 logements à 75 033, soit une augmentation de 10 023 logements (+15,4%). Ce rythme de croissance a été beaucoup plus soutenu en Guyane que dans les territoires de comparaison sur la même période (+4,3% en Outre-Mer et +2,8% en moyenne en France). L'évolution du parc de logement est ainsi globalement en phase avec la croissance de la population guyanaise (+15,3% sur la période).

L'enquête réalisée par l'INSEE Guyane¹⁶ sur la période montre également que l'augmentation du parc de logement a été légèrement plus importante que celle de la population.

L'analyse par communes et zones d'emploi met en exergue certains écarts au sein du territoire guyanais : l'évolution du parc de logement a été particulièrement marquée dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (+22,3%), de Cayenne (13,6%) puis de Kourou (+11,7%). Certaines communes¹⁷ ont également vu leur parc de logement fortement augmenter sur la période : Macouria (39,3%), Maripasoula (+51,6%), Papaïchton (+36,9%). Ces communes sont également celles qui ont connu une croissance démographique importante sur la même période.

L'analyse du rapport de l'évolution du parc de logement par rapport à celle de la population entre 2006 et 2011 montre que ces deux évolutions ont été globalement en phase à l'échelle de la Guyane (rapport de 1.01). Dans la zone d'emploi de Cayenne, la croissance du parc de logement a été globalement plus importante que celle de la population (rapport moyen de 1.74), sauf à Montsinéry-Tonnegrande où l'évolution de la population a été fortement supérieure à celle des logements. On observe la tendance inverse dans les zones d'emploi de Kourou et de Saint-Laurent-du-Maroni où la population a cru bien plus vite que les logements. Toutefois, quelques communes ne sont pas touchées par ce phénomène : Kourou, Sinnamary, Saint-laurent-du-Maroni.

¹⁶ Evolution de la population de la Guyane entre 2007 et 2012, INSEE Guyane, 2014

¹⁷ Sont prises en compte les communes de plus de 1 000 logements

Tableau 18 : évolution du parc de logement dans les communes guyanaises entre 2006 et 2011

Libellé géographique	Logements en 2011	Logements en 2006	Evolution parc de logement	Evolution pop sur la période	Rapport évolution parc logement / population
Régina	365	331	10.40%	10.50%	NS*
Cayenne	21 077	20 495	2.80%	-1.30%	---
Macouria	3 509	2 519	39.30%	28.20%	1.39
Matoury	10 115	7 980	26.70%	18.90%	1.41
Saint-Georges	1 219	1 022	19.30%	15.40%	1.25
Remire-Montjoly	7 224	5 887	22.70%	12.20%	1.86
Roura	982	911	7.90%	-11.30%	---
Montsinéry-Tonnegrande	811	730	11.00%	29.50%	0.37
Ouanary	44	47	-7.50%	26.70%	NS
Camopi	363	325	11.80%	16.30%	NS
ZE Cayenne	45 709	40 247	13.60%	7.80%	1.74
Iracoubo	586	586	0.00%	2.30%	0.00
Kourou	8156	7 394	10.30%	6.10%	1.69
Sinnamary	1070	1 016	5.30%	3.10%	1.71
Saint-Élie	376	122	208.10%	-0.70%	NS
ZE Kourou	10 189	9 118	11.70%	15.90%	0.74
Mana	2244	2 212	1.40%	7.60%	0.18
Saint-Laurent-du-Maroni	9 545	7 876	21.20%	20.00%	1.06
Saül	106	89	18.70%	-3.20%	NS
Maripasoula	2 232	1 472	51.60%	110.50%	0.47
Grand-Santi	1 719	1 448	18.80%	64.90%	0.29
Apatou	1 770	1 353	30.80%	17.80%	1.73
Awala-Yalimapo	326	324	0.60%	8.90%	NS
Papaïchton	1 193	872	36.90%	302.50%	0.12
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	19 135	15645	22.30%	38.70%	0.58
Guyane	75 033	65 010	15.40%	15.30%	1.01
Outre-Mer	812 612	723 633	12.30%	4.30%	2.86
France	33 672 307	31 813 195	5.80%	2.80%	2

*NS : non significatif

Source : Insee - RP 2011

Le niveau de confort et de qualité¹⁸ des logements au sens INSEE est assez inégal en Guyane. Au global plus de la moitié des résidences principales ne disposent pas d'eau chaude (57,3%), 21,6% ne disposent pas de bain ou douche et 12,7% ne disposent pas d'électricité. Les communes de Maripasoula, Camopi, Grand-Santi, Saint-Elie, Apatou, Awala-Yalimapo et Papaïchton, pour la plupart situées à l'Ouest du territoire, semblent davantage touchées par ce phénomène d'inconfort.

Selon le PRSE2 2009-2013, la région Guyane compte en 2011 environ 10 000 constructions présentant des conditions d'habitat indigne ou insalubre dont :

- 50% d'habitat spontané ;
- 20% de bidonvilles ;
- 20% d'habitat diffus en centre-ville ;
- 10% d'habitat traditionnel précaire.

Ce phénomène concernerait près de **30 000 personnes**, en particulier dans les communes de Cayenne, Saint-Laurent du Maroni et Matoury.

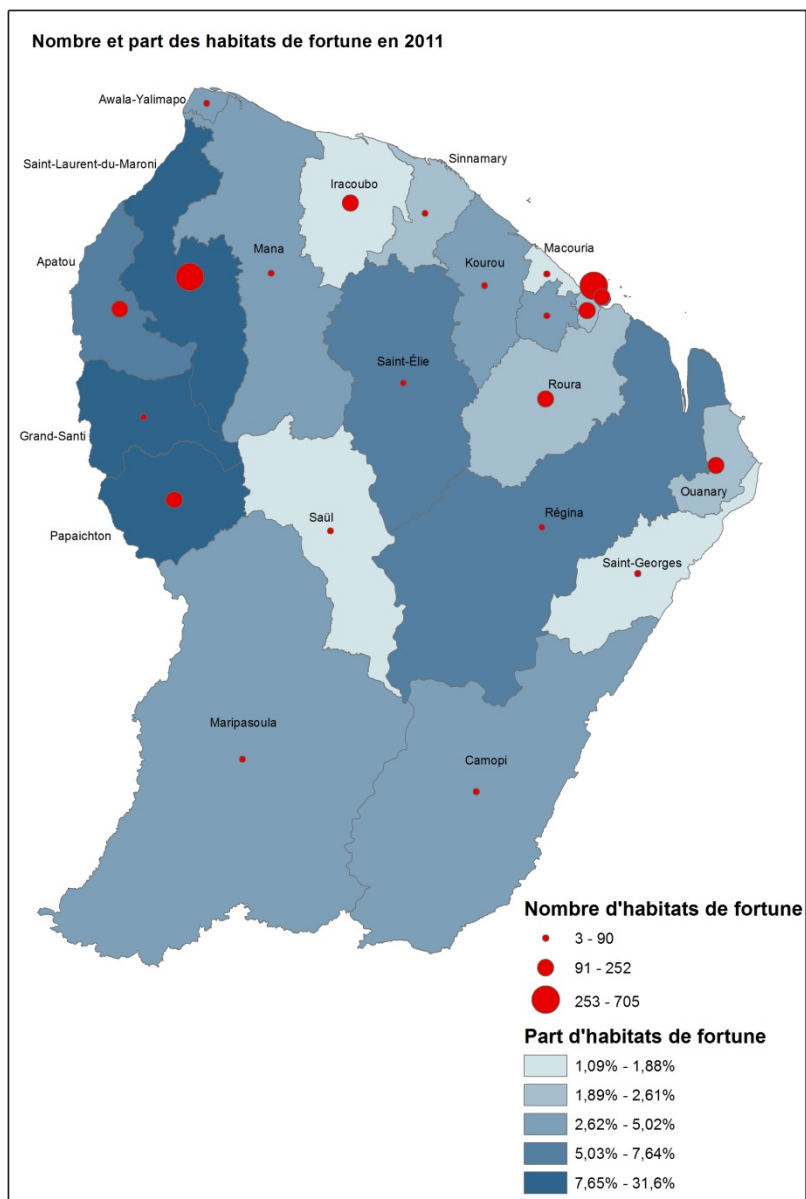
En sus, un enjeu important est repéré en Guyane au sujet de l'habitat précaire et dit « de fortune ». Les données de l'INSEE permettent de fournir quelques indications sur l'habitat de fortune, signe d'une forme de précarité. On compte en Guyane en 2011 4,5% d'habitations de fortune parmi l'ensemble des logements. Ce taux est plus important en moyenne que ce qui peut être observé en Outre-mer (1%). L'habitat de fortune touche principalement la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni : en 2011 près de 10% (9,4%) des logements sont des habitations de fortune. La part des habitations de fortune a également fortement augmenté entre 2006 et 2011 (+1,9 pts en moyenne en Guyane et +6,3 pts pour la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni).

Tableau 19 : évolution de l'habitat de fortune en Guyane entre 2006 et 2011

	Part habitation de fortune 2006	Nombre d'habitations de fortune 2011	Part habitation de fortune 2011
ZE Cayenne	2,4%	1139	2,8%
ZE Kourou	2,3%	309	3,4%
ZE Saint Laurent du Maroni	3,1%	1475	9,4%
Guyane	2,6%	2923	4,5%
Outre-Mer	1,3%	7499	1,0%

Source : Insee - RP 2011

¹⁸ Détails disponibles en annexe 6



Sur la question de l'habitat, il semble important de prendre en compte le phénomène d'**urbanisation spontanée**. Cet aspect est développé dans l'étude GRET¹⁹. **L'habitat spontané recouvre une diversité de réalités :**

- villages urbains ou périurbains denses, sites bidonvillisés, agrégats diffus ou isolés, lotissements informels, habitat urbain et périurbain de fond de cours, habitat rural diffus linéaire,
- des logements précaires aux villas de bonne qualité,

¹⁹ Dynamiques démographiques et politique urbaine en Guyane : le cas de Saint-Laurent-du-Maroni, GRET, novembre 2013

- des propriétaires occupants ou bailleurs, des locataires dans des situations légales ou illégales, des occupants de constructions illégales sur terrain d'autrui.

La question de l'habitat spontané et insalubre engendre des problématiques d'accès à l'eau, d'assainissement, d'accès à l'électricité et favorise le développement de pathologies.

Selon le PRSE 2009-2013, les pathologies liées à l'habitat insalubre sont, entre autres :

- Maladies infectieuses (dengue, paludisme, typhoïde...) dues à l'absence d'eau courante, accumulation de déchets (problème d'hygiène et de gîtes larvaires), mauvaise évacuation des eaux usées, sur-occupation favorisant la transmission de maladies ;
- Asthme, allergies dues à l'humidité, infiltrations d'eau favorisant la prolifération de moisissures, acariens, allergènes.

Ces éléments ainsi que les interventions sur le terrain de l'ARS, les sollicitations et signalements faits à cette dernière en matière d'habitat ont conduit à définir la politique d'intervention dans ce domaine. La lutte contre l'habitat insalubre fait l'objet d'un axe d'intervention spécifique du PRSE.

4. UN TERRITOIRE EXPOSÉ AU CHOMAGE ET À LA PRÉCARITÉ

De façon globale, on observe que les actifs guyanais (51 405 actifs en 2011 au total) bénéficient d'un taux d'emploi stable (CDI, titulaire de la fonction publique) nettement moins élevé que sur les territoires de comparaison. À l'inverse, on observe une proportion supérieure d'actifs en contrat précaire. On observe également que les actifs femmes disposent d'un moindre taux d'emplois stables que les hommes, et un taux d'emploi précaire plus élevé. Cette tendance est également observable sur les territoires de comparaison.

Tableau 20 : mise en perspective des parts de la population salariée de 15 ans et plus par type de contrats et par sexe en 2009

	Contrats stables (CDI ou titulaires fonction publique)		Contrats précaires (CDD, intérim, emploi aidés)		Totaux actifs occupés salariés en valeurs absolues)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
ZE Cayenne	79,13%	78,86%	16,60%	16,96%	17 820	16 956
ZE Kourou	82,54%	78,49%	16,60%	18,37%	5 046	3 376
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	57,73%	54,35%	35,18%	39,05%	4 719	3 488
Guyane	76,10%	75,22%	19,57%	20,39%	27 585	23 820
Outre-mer	80,40%	78,58%	14,77%	17,22%	232305	241724
France	85,96%	84,13%	7,82%	11,69%	11759191	11578765

NB : Les stages et apprentissage ne figurent pas dans le tableau, ils ne représentent que 1 et 2% des contrats.

Source : INSEE – RP 2011

a) UN TAUX DE CHOMAGE IMPORTANT ET QUI PROGRESSE

La Guyane présente un taux de chômage important, et en forte croissance sur la dernière décennie.

On compte en 2011 environ 28 000 chômeurs, soit près de 6 000 de plus par rapport à 2006,

représentant une hausse de 26,3%. Le nombre de chômeurs a principalement augmenté dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (+35,5% sur la période) et a été moindre dans la zone d'emploi de Kourou (+3,5%). Cependant, cette évolution correspond à la croissance de la population et à l'augmentation du nombre d'actifs sur la période (+26,23% en Guyane), sauf sur la zone d'emploi de Cayenne où l'augmentation du nombre de chômeurs (26,3%) a été plus forte que celle du nombre d'actifs

Ainsi, si l'évolution du nombre de chômeurs a été plus faible que celle du nombre d'actifs sur la période en Outre-Mer et en France, elle a été plus forte en Guyane et en particulier dans la zone d'emploi de Cayenne (+26,3% de chômeurs pour +2,91% d'actifs en plus).

Tableau 21 : évolution comparée du nombre de chômeurs et d'actifs dans la population des 15-64 ans entre 2006 et 2011

	Nombre de chômeurs 2011	Nombre de chômeurs 2006	Evolution 2006-2011	Evolution 2006-2011 (%)	Evolution du nombre d'actifs 2006-2011 (%)
ZE Cayenne	13 848	10 961	2 886	26,3%	2,91%
ZE Kourou	3 361	3 249	113	3,5%	1,43%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	10 979	8 101	2 877	35,5%	41,90%
Guyane	28 188	22 312	5 876	26,3%	26,23%
Outre-Mer	258 965	224 945	34 020	15,1%	42,60%
France	3 880 232	3 393 313	486 919	14,3%	17,58%

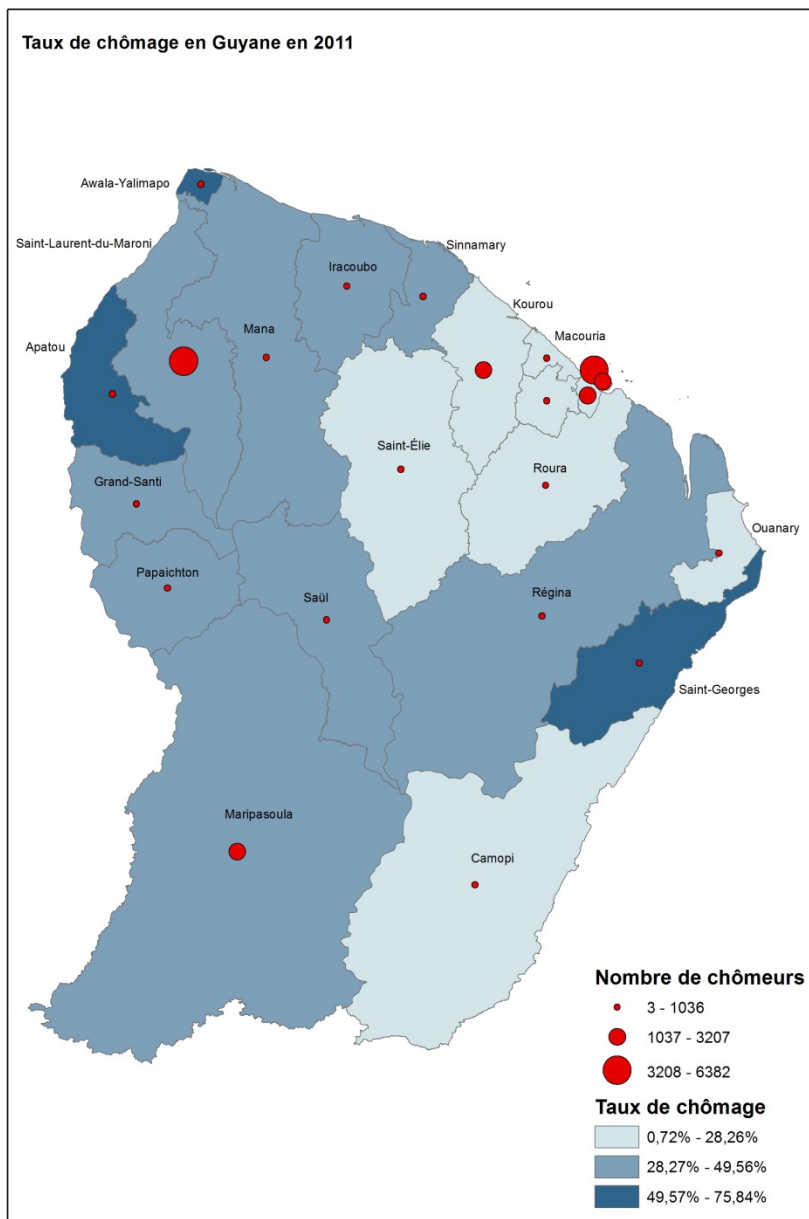
Source : Insee - RP 2011

Cette tendance se retrouve dans l'évolution du taux de chômage (au sens du recensement INSEE). La Guyane présente en 2011 un taux de chômage de 34,7%, qui est plus faible en moyenne qu'en Outre-Mer (38,6%) mais nettement supérieur qu'en moyenne en France (12,8%). La zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni est la zone guyanaise la plus touchée par le taux de chômage (46% contre 25,6% et 26,1% dans les zones d'emploi de Cayenne et Kourou). Cependant, en matière d'évolution, c'est la zone d'emploi de Cayenne qui a été la plus fortement touchée par l'augmentation de son taux de chômage (+2,6 points).

Tableau 22 : évolution du taux de chômage (au sens du recensement INSEE – en points) guyanais entre 2006 et 2011

	Taux de chômage 2006	Taux de chômage 2011	Evolution 2006-2011
ZE Cayenne	23,0%	25,6%	2,6
ZE Kourou	27,2%	26,1%	-1,1
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	44,4%	46,0%	1,5
Guyane	28,7%	34,7%	5,9
Outre-Mer	29,7%	38,6%	8,8
France	11,6%	12,8%	1,2

Source : Insee -RP 2011



A noter qu'en matière d'emploi, **le poids de l'informel est particulièrement important en Guyane**²⁰. Ainsi, en 2006, près de 4 000 guyanais déclaraient avoir un emploi informel, soit 9 % de l'emploi total, et près de 14 % de l'emploi privé, même si ce phénomène semble reculer (en 1997 et en 2002 le travail non déclaré représentait respectivement 12 % et 11 % de l'emploi total en Guyane). Le secteur informel est plutôt occupé par les jeunes et cette plus forte proportion est liée à leurs difficultés à s'intégrer sur le marché du travail. Pour acquérir une première expérience, ils s'orientent vers les secteurs d'activité qui concentrent le plus d'emplois informels.

Plus de la moitié des personnes non déclarées exercent leur activité dans les services aux particuliers, la construction et l'agriculture. Les activités les plus concernées sont le bâtiment, la réparation automobile, la couture, la restauration, le ménage et la garde d'enfant, etc.

²⁰ Dynamiques démographiques et politique urbaine en Guyane : le cas de Saint-Laurent-du-Maroni, GRET, mai 2014

b) UNE INEGALITE DES REVENUS, PARTIELLEMENT COMPENSEE PAR LES TRANSFERTS SOCIAUX

Corollairement à la situation du marché de l'emploi guyanais, la population est relativement pauvre et les indicateurs socio-économiques tendent à se détériorer, avec une paupérisation de la population. Par ailleurs, la structure des revenus apparaît inégalitaire.

Tableau 23 : comparaison d'indicateurs de fiscalité en 2011

	2011	Guyane	Martinique	Guadeloupe	Réunion	France
Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal		17 522€	17 152€	15 883€	16 910€	25 140€
Foyers fiscaux imposables en % de l'ensemble des foyers fiscaux en 2011		29,50%	32,60%	29,90%	28,40%	56,20%

Source : INSEE – DGFIP, revenus fiscaux localisés des ménages

La composition des ressources des ménages reflète particulièrement les inégalités au sein de la société guyanaise : la part des prestations sociales est élevée pour les bas revenus guyanais ; elles représentent près de 60 % de leurs ressources, contre moins de 20 % de revenus d'activité. Pour les plus aisés en revanche, les transferts sociaux sont quasiment absents et les revenus d'activité représentent plus de 70 % de leurs ressources. Les revenus de remplacement (retraite, chômage) sont plus importants parmi les ménages situés juste au-dessus du seuil de pauvreté.

Une étude de la CAF²¹ sur les allocataires de minima sociaux dans les DOM souligne l'impact de l'immigration en Guyane, où près de la moitié des allocataires sont d'origine étrangère. Les transferts sociaux réduisent notablement la proportion des bas revenus : en Guyane, le taux de pauvreté²² serait de 37 % au lieu de 25 %, si les prestations sociales ne venaient atténuer les inégalités.

Le dernier rapport d'activité de la CAF montre par ailleurs une augmentation du nombre d'allocataires en Guyane : entre 2009 et 2012, le nombre d'allocataires CAF a augmenté de près de 7% en Guyane. La plus forte augmentation observée concerne l'augmentation des minima sociaux (près de +10% sur la période).

Tableau 24 : évolution du nombre d'allocataires CAF entre 2009 et 2012

	2009	2012	Evolution
Famille	30 627	32 833	6,70%
Logement	12 342	13 386	7,80%
Solidarité	18 467	20 417	9,60%
Total	40 331	43 327	6,90%

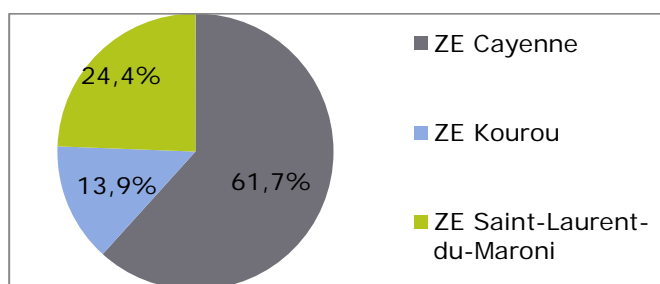
Source : tableau issu du rapport d'activité CAF 2012

En 2013, près de deux-tiers des prestations sont versées aux habitants de la zone d'emploi de Cayenne (61,7%) et près d'un quart aux habitants de la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (24,4%).

²¹ Analyse des situations de précarité en Guyane, DONNEES CAF 2000-2005-2010, PREMIERES EXPLOITATIONS, Programme partenarial 2011, AUDEG

²² Le taux de pauvreté représente le nombre de personnes vivant sous le seuil de pauvreté pour une population donnée. En France, un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 828 ou 993 euros (seuil à 50% ou à 60% du revenu médian)

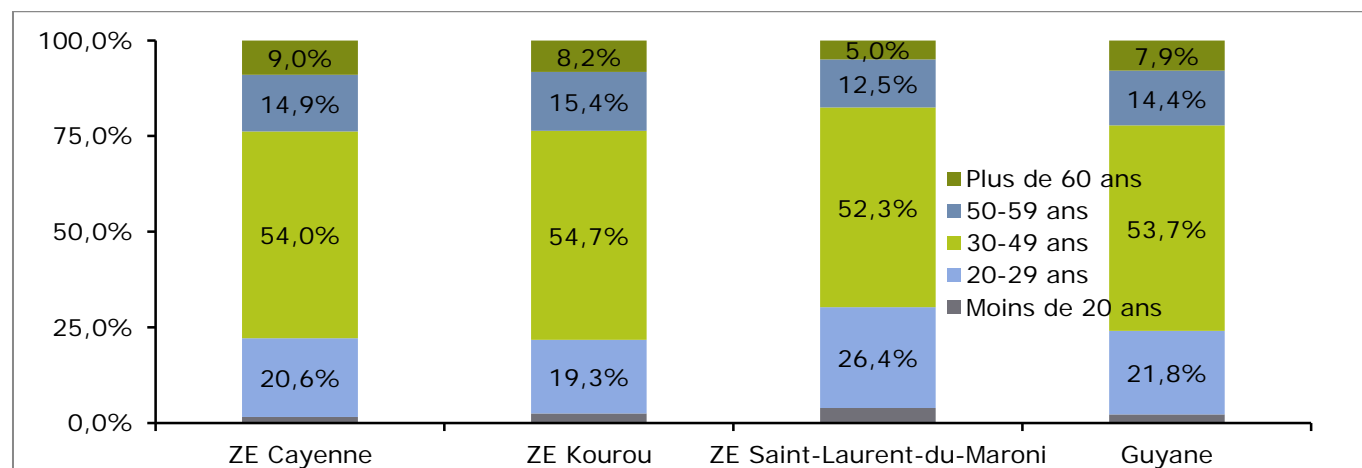
Répartition des allocataires CAF par zones d'emploi au 31-12-13



Source : Base de données CAF

En Guyane, la majorité des allocataires CAF ont entre 20 et 49 ans (53,7%). On observe que les allocataires sont légèrement plus jeunes dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni : plus de 26,4% d'entre eux ont moins de 30 ans (contre 21,8% en moyenne en Guyane), ce qui est cohérent avec la structure d'âge de la population de la zone d'emploi, également plus jeune.

Répartition des allocataires CAF par tranches d'âge et zones d'emploi au 31-12-13



Source : Base de données CAF

Par ailleurs, la part de la population couverte par le RSA (socle) en Guyane est plus importante que sur d'autres territoires : elle représente près d'un quart de la population au 31-12-13 (23,4%). Par comparaison, la moyenne française est de 5,7% à la même période.

Tableau 25 : population couverte par le RSA au 31 décembre 2013 : comparaisons départementales en % de la population totale

	RSA socle	RSA total
Guyane	23,4%	25,8%
Guadeloupe	22,2%	25,3%
Martinique	18,8%	21,8%
Réunion	26,7%	31,4%
France	5,7%	7,6%

Source : CNAF, MSA, Insee

NB : la population couverte regroupe l'allocataire, son conjoint et les personnes à charge

5. PERSPECTIVES DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE DE LA GUYANE

En matière de développement économique, les dynamiques et évolutions économiques guyanaises à prévoir ont été recensées dans l'étude AFD/GRET « Dynamiques démographiques et politique urbaine en Guyane : le cas de Saint-Laurent-du-Maroni ».

Selon l'étude, « le système économique guyanais dans son ensemble restera peu compétitif et plutôt introverti ». Elle repère les tendances lourdes suivantes :

- **Une économie en apparent décrochage** (PIB/ habitant français) : alors que tous les autres DOM ont entamé un processus de rattrapage, la Guyane subit un vrai décrochage : il y a divergence au fil du temps entre les PIB par habitant guyanais et français. La Guyane se situe désormais en dernière position de l'ensemble des régions françaises (la Réunion a dépassé la Guyane en 2002). Le PIB réel par habitant s'établit en 2012 à 15.900 euros : il est donc inférieur d'un quart à la moyenne prévalant aux Antilles (19 593 € pour la Martinique et 19 765 € pour la Guadeloupe) ;
- A contrario, apparaît un **réel dynamisme du marché intérieur** ; celui-ci semble devenir primordial et se tourne de plus en plus vers une consommation intérieure par substitution aux importations. Contrairement à l'idée reçue d'une économie tirée par l'extérieur, le rôle du marché intérieur, en dépit de sa taille encore réduite et de son éclatement géographique, semble devenu primordial. Cette hypothèse est confirmée par la diminution importante et régulière du rapport entre importations et richesse locale créée, qui proche de 100 % au milieu des années 90, passe à 40 % en 2004. »

L'étude souligne également l'**importance de la filière spatiale à Kourou**, avec la présence du CSG, stable, et ayant un effet d'entraînement sur les secteurs de l'industrie, des services aux entreprises et du transport : « Les effectifs du Centre Spatial Guyanais sont d'environ 1 500 personnes et on estime à 4 200 les emplois induits. Depuis plusieurs années, le rythme de lancements est soutenu : en moyenne 6 lancements par an, soit près de 12 satellites. Qui plus est, avec une programmation de lancements de satellites commerciaux couvrant les trois prochaines années d'activité et le démarrage des études sur une 6ème version modulable du lanceur Ariane, le secteur spatial restera un secteur structurant pour l'avenir ». Par ailleurs, les projets européens de développements d'Ariane VI, devraient, à horizon 10 ans, dynamiser Kourou et sa zone d'emploi.

Un certain nombre de signes confirment également l'idée d'un **dynamisme économique de l'Ouest Guyanais** à terme :

- *« **Le rattrapage de l'économie Surinamaïse**, lent et possible sur le long terme s'affirme comme une tendance lourde, aura un impact (en termes d'accroissement des échanges) sur l'économie guyanaïse dans son ensemble mais plus encore pour Saint Laurent du Maroni, ville frontalière ;*
- *Si la **création d'entreprises** est réelle en Guyane, elle l'est plus encore à Saint-Laurent. Selon l'IEDOM, entre 1993 et 2006, la progression de création d'entreprises a été de 71% contre 20% pour Cayenne et Kourou. L'implantation récente de l'ADIE (Association pour le Droit à l'Initiative Economique) à Saint-Laurent du Maroni devrait renforcer l'accompagnement de ce dynamisme, qui plus est permettre de réduire les activités économiques informelles par cet accompagnement financier et non financier ;*
- *Autre signe favorable pour l'avenir : le **transfert du Port de l'Ouest Guyanaïse à la CCOG** en 2009 a entraîné la définition d'un plan d'actions, de nouveaux tarifs et d'une stratégie pour l'exploitation de l'outillage. »*

L'étude note toutefois pour l'Ouest Guyanaïse :

- *« **Le poids toujours croissant du secteur informel**, qui continue de s'accroître à Saint-Laurent-du-Maroni ;*
- ***L'éventuelle construction du pont entre la Guyane et le Surinam** : souvent évoqué par les acteurs comme un projet acquis dont l'incertitude porte surtout sur la date de réalisation, il ne suscite pas nécessairement les mêmes projections. Projet souhaité pour les uns, permettant de renforcer la coopération entre la Guyane et le Suriname et plus largement le plateau des Guyanes, il est aussi perçu comme un risque de facilitation des importations des produits surinamaïses plus compétitifs, mais également comme une menace pour le port de Cayenne, voire les différents terminaux du Port fluvial de Saint-Laurent du Maroni. »*

Synthèse des indicateurs socioéconomiques

- Une surreprésentation des familles nombreuses et des grands ménages (4 enfants et plus) par rapport aux territoires de comparaison
- Une surreprésentation des familles monoparentales, et une part des familles monoparentales qui augmente, principalement dans la zone d'emploi de Cayenne
- Un parc de logement confronté à un double enjeu de suivi de la croissance démographique et de résorption de l'habitat précaire
- Une problématique de l'habitat « spontané » entraînant des enjeux d'insalubrité, d'accès à l'eau potable et d'illégalité
- Un territoire exposé au chômage et une population précaire voire qui se paupérise
- Des perspectives de dynamisme économique à long et moyen termes, en particulier à Kourou, avec les projets de développement du CSG, et à l'Ouest du territoire, notamment à Saint-Laurent-du-Maroni.

III. PRESENTATION DES PROJECTIONS DE POPULATION INSEE A HORIZON 2020 ET 2030 (MODELE OMPHALE « MIGRATIONS BASSES »)

Dans une publication parue en 2011²³, l'INSEE a actualisé les projections démographiques de la Guyane en formulant de nouvelles hypothèses à partir des données de recensement les plus récentes (Cf. *infra*). Ces projections démographiques ont été menées à partir du logiciel Omphale 2010 pour l'ensemble du département de la Guyane et les trois zones d'emploi (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent) qui composent ce territoire. Elles ont été menées sur la base d'un scénario central, qui consiste à prolonger les tendances démographiques les plus récentes et selon plusieurs scénarii alternatifs (cf. *encadré ci-dessous*).

Les différents scénarii de l'INSEE

Source : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=17049

Le scénario central

Les projections de population ont été élaborées avec les hypothèses du scénario dit « central » :

- la fécondité de la région est maintenue à son niveau de 2007, soit 3,67 enfants par femmes ;
- la mortalité baisse au même rythme qu'en France où l'espérance de vie atteindrait 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes en 2040 ;
- les quotients migratoires, calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Ils reflètent les échanges de population entre la région et les autres régions de France d'une part et entre la région et l'étranger d'autre part.

Des variantes possibles

Des variantes ont été constituées pour mesurer l'impact d'évolutions qui, sur chaque composante, différencieraient de celles retenues dans le scénario central.

Pour la fécondité, le scénario « fécondité haute » fait converger la fécondité de la région vers une valeur cible en 2015 qui correspond à l'Indice Conjoncturel de Fécondité de la zone en 2007 augmenté de 0,15. Au-delà, la fécondité ainsi atteinte est maintenue.

Pour le scénario « fécondité basse », c'est la valeur de l'ICF de la zone moins 0,15 qui sert de cible en 2015.

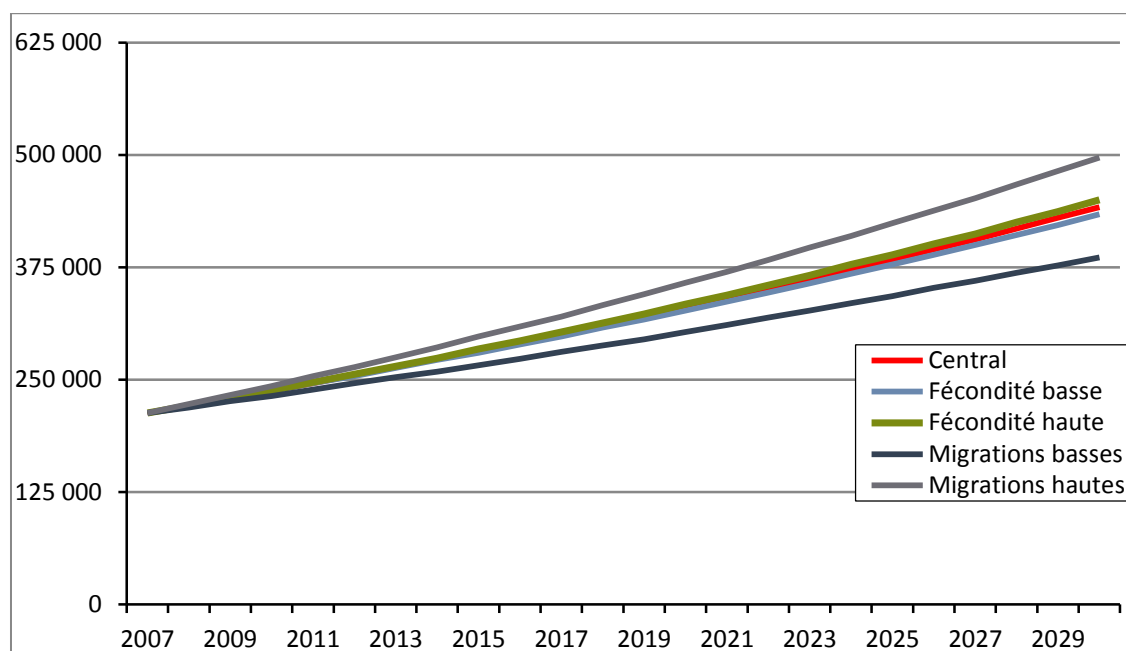
Pour la mortalité, le scénario « espérance de vie haute » fait évoluer l'espérance de vie de la région parallèlement à l'évolution nationale du scénario correspondant. Ce dernier est établi selon des gains progressifs d'espérance de vie à la naissance, qui atteint environ 90,6 ans pour les femmes et 84,9 ans pour les hommes en 2040.

Pour le scénario « espérance de vie basse » qui fonctionne selon le même principe, les valeurs s'élèvent à 87,1 ans pour les femmes et 81,4 ans pour les hommes.

Pour les migrations, le scénario sans migrations est une projection pour laquelle l'ensemble des échanges migratoires, entre régions et avec l'étranger, sont considérés nuls. Il constitue une variante intéressante pour appréhender leur impact sur les projections régionales. Les scénarii « migrations hautes » et « migrations basses » correspondent à des hypothèses d'évolution du solde migratoire avec l'étranger de plus ou moins 50 %.

²³ « Projections de population à l'horizon 2040, plus d'un demi-million de Guyanais », Insee-Dirag, Premiers Résultats n°71, janvier 2011

Évolution de la population guyanaise entre 2007 et 2030 selon le scénario central et les six variantes retenues (en effectifs)



Source : Insee, Omphale 2010

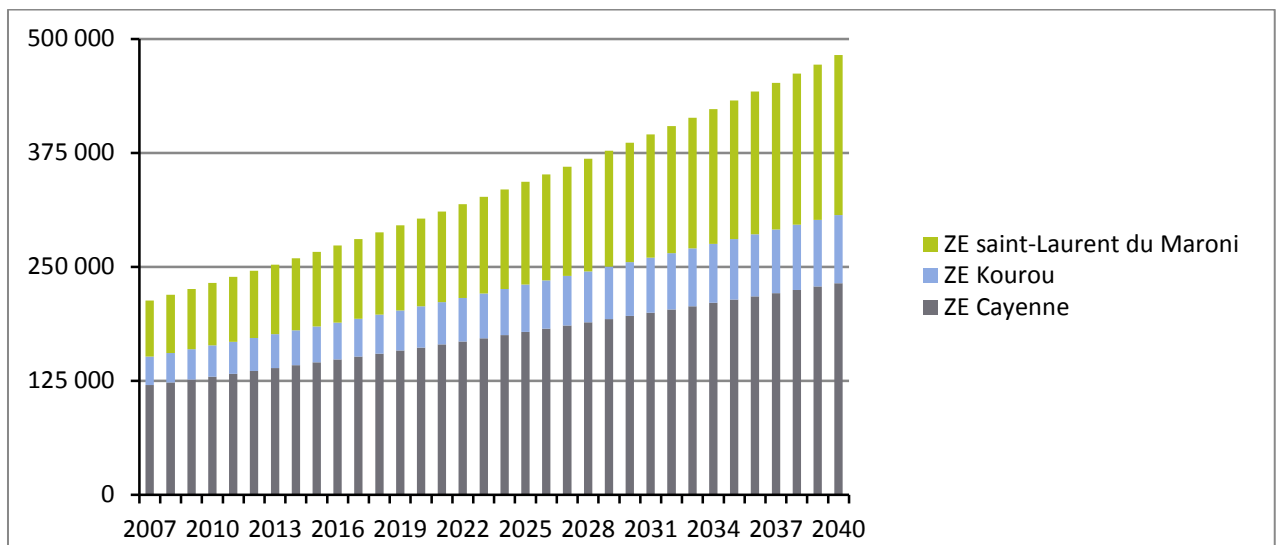
Compte-tenu de la récente étude de l'INSEE parue en 2014, et dressant le constat d'un recul de l'évolution migratoire sur le territoire, **la présente étude s'appuiera sur le scénario « migrations basses »**, qui semble davantage refléter l'évolution démographique sur le territoire.

Selon ce scénario, la population Guyanaise augmenterait de +66,2% entre 2010 et 2030 avec une hausse particulièrement marquée dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni (+91,1% pour la même période).

Tableau 25 : évolution de la population guyanaise jusqu'en 2040 selon les zones d'emploi (en valeur absolue)

	2010	2015	2020	Evolution 2010-2020	2025	2030	Evolution 2010-2030
ZE Cayenne	129 670	145 340	161 630	24,6%	178 770	196 330	51,4%
ZE Kourou	34 190	39 420	45 250	32,3%	51 770	58 870	72,2%
ZE Saint-Laurent du Maroni	68 620	81 630	96 230	40,2%	112 650	131 140	91,1%
Total Guyane	232 480	266 400	303 110	30,4%	343 190	386 330	66,2%

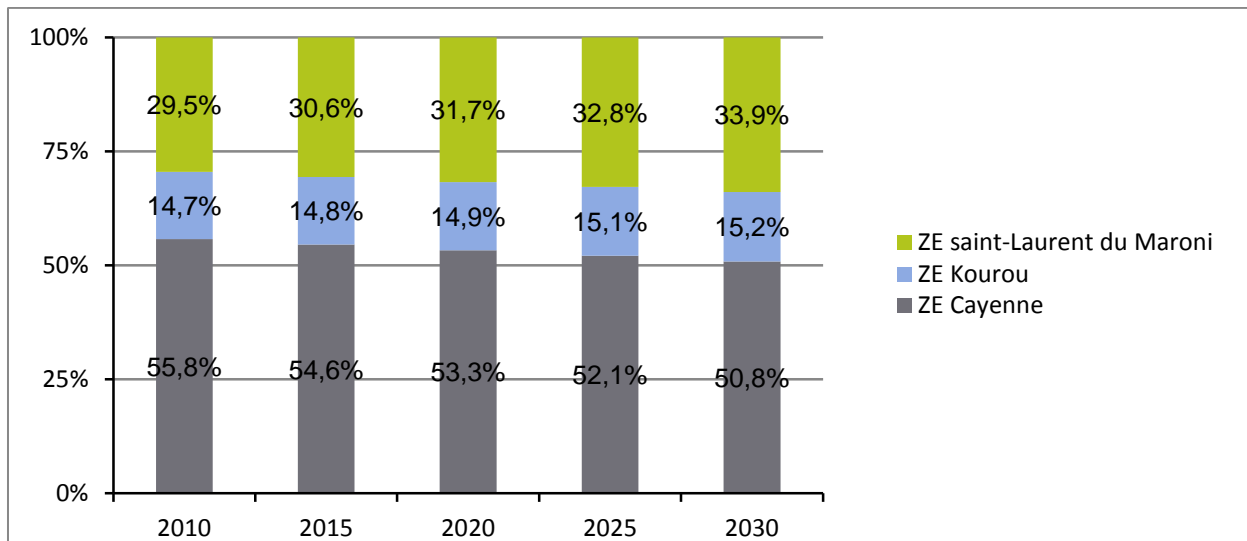
Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse »



Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse » ; Réalisation : EQR

L'évolution de la population telle que prévue dans le scénario « migrations basses » modifierait légèrement la répartition de la population sur le territoire avec un **renforcement de la zone d'emploi de Saint-Laurent du Maroni** qui concentrerait 34% de la population en 2030 contre 30% environ en 2010. Le poids de la zone d'emploi de Kourou resterait stable, tandis que celui de Cayenne passerait de 56% à 51%.

Evolution de la population de Guyane selon les zones d'emplois (en %)



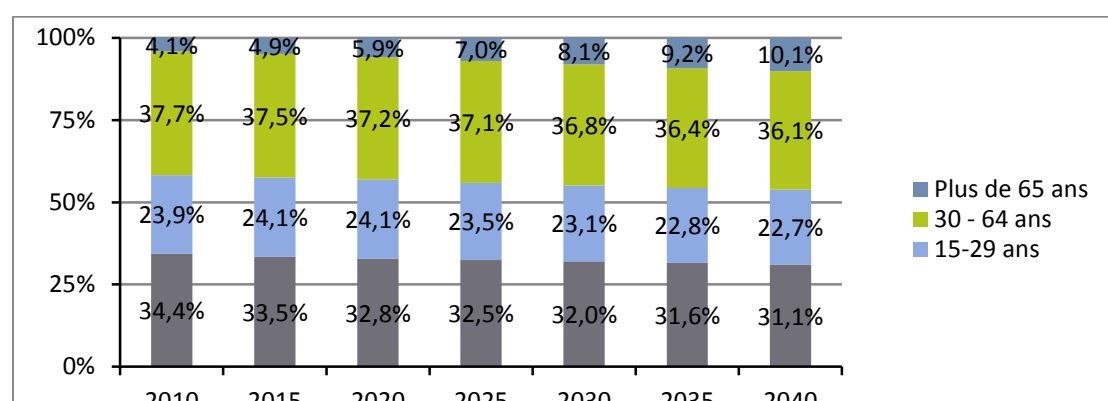
Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse » ; Calculs et réalisation : EQR

Sur la période d'étude (horizon 2030), la structure par âge de la population ne devrait pas être fondamentalement modifiée, en dehors d'un **vieillessement avéré de la population**. Les plus de 65 ans devraient en effet passer de 4% en 2010 à 10% de la population en 2030 et connaître une augmentation de plus de 30 000 habitants en valeur absolue. La part des enfants devrait quant à elle légèrement diminuer de 3 points sur la période.

Tableau 26 : répartition de la population guyanaise par grands groupes d'âges à horizon 2030

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0-14 ans	79 950	89 300	99 510	111 420	123 750	136 490	149 900
15-29 ans	55 490	64 080	73 090	80 490	89 220	98 740	109 670
30 - 64 ans	87 640	100 020	112 640	127 360	142 010	157 540	173 880
Plus de 65 ans	9 430	13 010	17 890	23 930	31 370	39 820	48 710

Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse »



Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse » ; Calculs et réalisation : EQR

Les projections de l'évolution de la population à horizon 2020 et 2030 montrent que **c'est la tranche d'âge des plus de 65 ans qui va connaître l'évolution la plus importante d'ici 2020 et 2030**, à la fois pour les hommes et pour les femmes. Toutefois, l'évolution des autres catégories d'âges sera également soutenue sur la période et relativement homogène entre les hommes et les femmes.

Tableau 27 : évolution de la structure par âges et sexe de la population à horizon 2020 et 2030

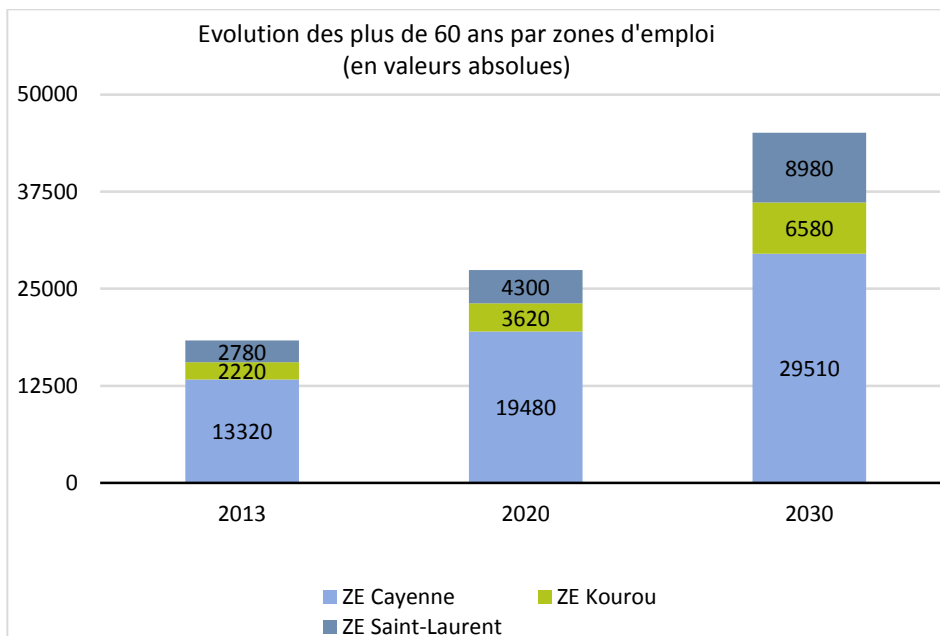
	Hommes 2013	Evolution 2013-2020	Evolution 2013-2030	Femmes 2013	Evolution 2013-2030	Evolution 2013-2021
0-14 ans	43 420	17%	46%	42 290	15%	43%
15-29 ans	29 460	22%	52%	30 780	21%	45%
30 - 64 ans	46 850	17%	47%	48 470	19%	51%
Plus de 65 ans	5 430	58%	<u>174%</u>	60 40	55%	<u>174%</u>

Source : Insee, Omphale 2010, scénario « migration basse »

Ainsi, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans va augmenter de façon conséquente, et en particulier dans la zone d'emploi de Cayenne (+ 6 160 personnes âgées de plus de 60 ans d'ici 2020 et +16 190 d'ici 2030 en valeurs absolues). Cette augmentation du nombre de personnes âgées va induire d'importantes demandes de prise en charge de la dépendance. De surcroît, si les familles

sont actuellement souvent présentes auprès de leurs aînés, la modification des structures familiales renforcera, à terme, les besoins en aide à domicile et en structures d'hébergement.

Evolution des plus de 60 ans par zones d'emploi en Guyane (en valeurs absolues)



PARTIE II : l'accès aux droits et aux soins en Guyane

I. LA DEMANDE D'ACCES AUX DROITS A LA SANTE EN GUYANE

1. BENEFICIAIRES DE LA CMUB ET DE LA CMUC

On constate depuis les 5 dernières années, une augmentation de la demande d'accès aux droits à la santé en Guyane. En effet, le nombre de bénéficiaires CMU a fortement augmenté : on compte au 31 décembre 2014 66 466 bénéficiaires (assurés et ayants droits, avec ou sans CMU-C), soit une augmentation de plus de 57,3% par rapport au 31 décembre 2010 (soit une augmentation de 24 228 bénéficiaires). Ainsi, à fin 2014, près de 30% de la population guyanaise est couverte par la CMU. Cette forte augmentation a notamment été soutenue sur la période par une politique volontariste d'aide à l'ouverture de droit, menée par la CGSS.

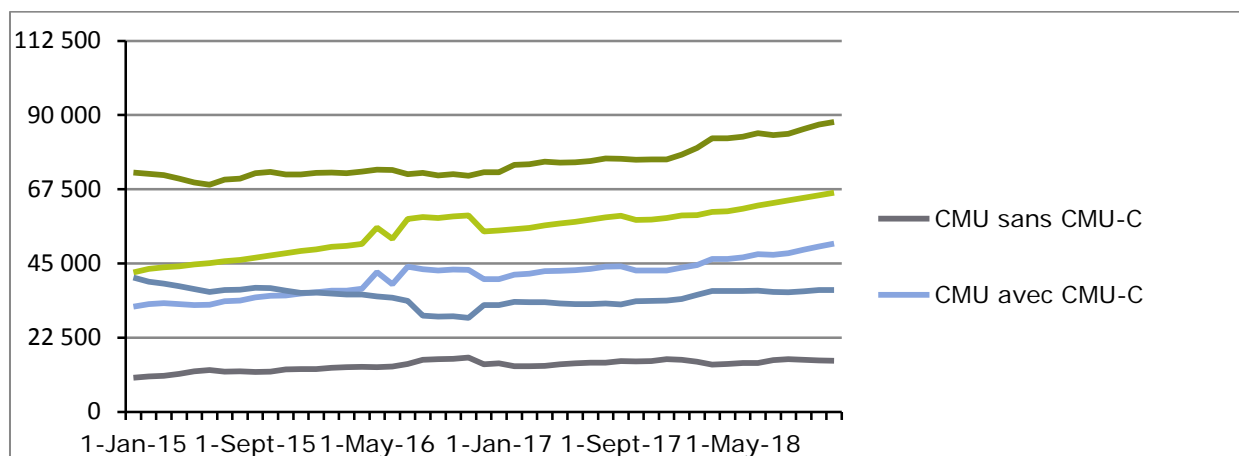
Définition : la couverture maladie universelle (CMU) de base (CMU-B) facilite l'accès aux soins et leur remboursement à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet à toute personne, résidant régulièrement en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois, de bénéficier d'une complémentaire santé gratuite et renouvelable.*

Tableau 28 : évolution des bénéficiaires CMU et CMU-C entre 2010 et 2015 (assurés et ayants droits)

	CMU sans CMU-C	CMU avec CMU-C	Total CMU (avec et sans CMU-C)	CMU-C seul	Total CUM-C (avec CMU base et sans)
31-déc-10	10 367	31 871	42 238	40 711	72 582
31-déc-11	12 989	36 308	49 297	36 189	72 497
31-déc-12	14 744	40 230	54 974	32 421	72 651
31-déc-13	15 808	43 731	59 539	34 245	77 976
31-oct-14	15 439	51 027	66 466	36 907	87 934

Source : CGSS

Evolution des bénéficiaires CMU et CMU-C entre 2010 et 2015 (assurés et ayants droits)

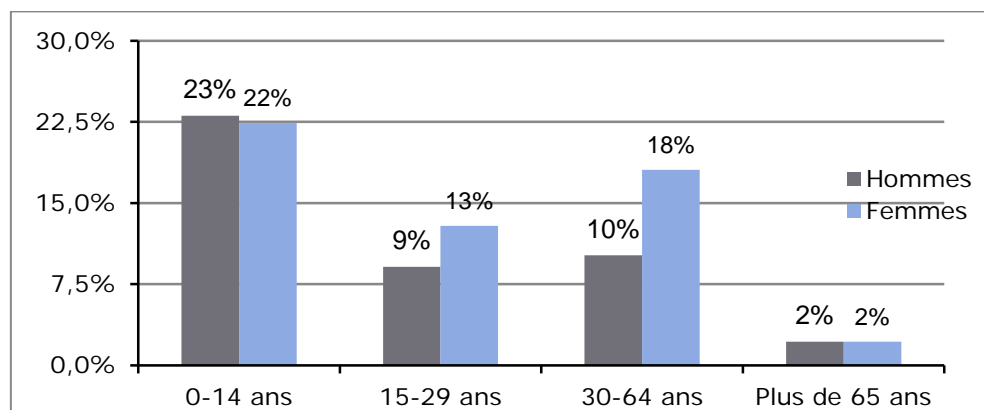


Source : CGSS ; calculs et réalisation : EQR

L'analyse de la répartition des bénéficiaires de la CMU-C par sexe et tranches d'âge en 2014 montre que :

- Près de la moitié des bénéficiaires (assurés et ayants droits) ont moins de 14 ans (45,2%) ;
- Les bénéficiaires sont majoritairement des femmes (55,6%), notamment parmi les jeunes (15-29 ans) et les adultes (30-64 ans).

Répartition des bénéficiaires de la CMU-C par sexe et tranches d'âge en 2014 (assurés et ayants droits)



Source : CGSS ; calculs et réalisation : EQR

Cette répartition est relativement similaire à ce qui peut être observé au niveau national.

Projection de l'indicateur : nombre de personnes sous CMU (source : CGSS)

Entre 2010 et 2013, le nombre de bénéficiaires de la CMU-B est passé de 42 238 à 59 539 (ouvriers de droits et ayants droits), ce qui correspond à un Taux de Croissance Annuel Moyen (TCAM) de 12,1%. Ce nombre sera compris entre 72 287 et 132 647 d'ici 2020 et entre 94 045 et 416 573 d'ici 2030. On observe un écart important entre les résultats obtenus entre les 2 méthodologies, du fait de l'importance de l'augmentation de l'indicateur sur la période de référence.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2010</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Ouvriers de droits	16 932	22 089	26 506	41 077	33 783	---
Ayants droits	25 306	37 450	44 939	93 465	57 277	---
Ensemble	42 238	59 539	71 444	132 647	91 060	---
ZE Cayenne	NC	29 462	34 244	---	41 596	---
ZE Kourou	NC	5 588	6 784	---	8 827	---
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	NC	22 428	28 301	---	38 568	---

2010 : données au 31-12-10

2013 : données au 31-10-13 (répartition par zones d'emploi) et 31-12-13

Données manquantes : 477 cas de villes non renseignées (non pris en compte)

Données par zones d'emploi pour les assurés et les ayants droits

Détail des projections des bénéficiaires CMU par tranches d'âge et par sexe

NB : ces indicateurs ne sont disponibles qu'avec la méthode 1, car la donnée n'est disponible que pour l'année 2014

	<u>2014</u>	<u>Projection 2020</u>	<u>Projection 2030</u>
0 à 14 ans	31 204	35 484	44 135
15 à 24 ans	12 434	14 229	17 338
25 à 35 ans	6 971	8 350	10 559
35 à 49 ans	8 744	9 597	11 805
50 à 64 ans	5 445	6 809	8 711
65 à 79 ans	1 397	2 100	3 571
Plus de 80 ans	272	376	742
Hommes	29 037	33 931	43 305
Femmes	37 429	43 704	55 625

2014 : données au 31/03/2014

Données « Ensemble » (assurés et ayants droits)

Pour cet indicateur, on constate que le ratio du nombre de bénéficiaires par rapport à la population totale est en augmentation depuis 2010 : il passe de 18,2% en 2010 à 23,6% en 2013. Selon la deuxième méthode de projection, ce taux serait encore en constante augmentation jusqu'en 2030. Ces résultats, fondés sur la poursuite des tendances observées, apparaissent toutefois irréalistes.

<u>Variation du ratio : nombre de bénéficiaires de la CMU-B/population totale</u>					
2010	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
18,2%	23,6%	23,6%	43,8%	23,6%	---

Ainsi, pour cet indicateur, les résultats de la méthode 1 semblent les plus réalistes. En effet, la croissance du nombre de bénéficiaires CMU entre 2010 et 2013 a été particulièrement soutenue, du fait d'une **forte immigration** et d'une politique volontariste forte de la CGSS sur **l'aide à l'ouverture de droits** sur la période. Ces deux phénomènes vont probablement s'atténuer dans les années à venir. En outre, les valeurs obtenues avec la méthode 1 pourraient également être revues à la baisse dans l'hypothèse de l'amélioration de la situation économique guyanaise à horizon 2020 ou 2030.

Projection de l'indicateur : nombre de personnes sous CMU-C (source : CGSS)

Entre 2010 et 2013, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est passé de 72 582 à 77 976 (ouvriers de droits et ayants droits), ce qui correspond à un TCAM de 2,4%. Ce nombre sera compris entre 92 672 et 94 672 d'ici 2020 et entre 117 051 et 123 167 d'ici 2030. On observe des écarts moins importants entre les résultats obtenus avec les deux méthodologies et une méthodologie 1 qui « dépasse » les résultats de la seconde méthodologie 2, du fait d'une croissance de la population d'ici 2020 et 2030 plus importante que le TCAM de l'indicateur sur la période 2009-2013.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2010</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthodologie 1</u>	<u>Méthodologie 2</u>
Ouvriers de droits	27 284	29 919	35 902	37 100	45 759	50 447
Ayants droits	45 298	48 057	57 666	55 166	73 499	67 184
Ensemble	72 582	77 976	93 568	92 173	119 258	117 051
ZE Cayenne	NC	40 471	47 040	---	57 138	---
ZE Kourou	NC	10 275	12 475	---	16 230	---
ZE Saint-Laurent-du-Maroni NC		26 724	33 722	---	45 956	---

2010 : données au 31-12-10

2013 : données au 31-10-13 (répartition par zones d'emploi) et 31-12-13

Données manquantes : 357 cas de villes non renseignées (non pris en compte)

Données par zones d'emploi pour les assurés et les ayants droits

Le taux de bénéficiaires de la CMU-C dans la population totale reste quant à lui stable depuis 2010, et également pour les résultats des projections réalisées avec la méthode 2 (environ 30% de la population).

<u>Variation du ratio : nombre de bénéficiaires de la CMUC/population totale</u>					
2010	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
31,2%	30,9%	30,9%	30,4%	30,9%	30,3%

De même que pour le nombre de bénéficiaires de la CMU, les résultats de la méthode 1 semblent les plus réalistes. En effet, la croissance du nombre de bénéficiaire CMU entre 2009 et 2013 a été particulièrement soutenue, du fait d'une **forte immigration** et d'une politique volontariste forte de la CGSS sur **l'aide à l'ouverture de droits** sur la période.

2. BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

Un autre dispositif de recours aux soins est celui de l'Aide Médicale d'Etat (AME), principalement destiné à prendre en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière et sans ressources, résidant en France. Le bénéficiaire doit résider en France depuis plus de trois mois, ce qu'il doit prouver en fournissant pour chaque mois un justificatif de présence. Ses ressources doivent être inférieures à un certain plafond et la demande d'AME doit être renouvelée chaque année.

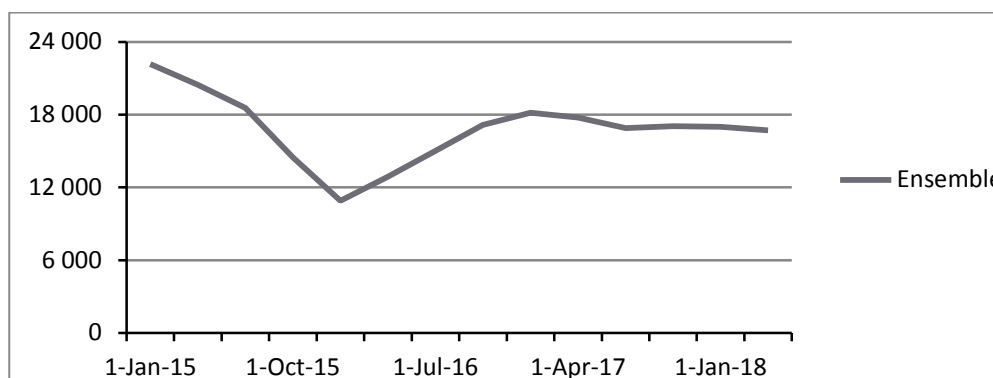
En mars 2014, on compte au total 16 707 bénéficiaires de l'AME en Guyane (ouvriers de droits et ayants droit). Ils représentent ainsi près de 7% de la population totale. Le nombre de bénéficiaires a eu tendance à diminuer entre décembre 2010 et mars 2014 (-25% environ) avec un creux constaté fin 2011, suivi d'une reprise forte jusqu'à fin 2012, puis une stabilisation, voire un léger déclin depuis. **Cette tendance est à mettre en lien avec la tendance démographique observée sur la période, caractérisée par un affaiblissement des taux de la dynamique migratoire.**

Tableau 29 : évolution du nombre de bénéficiaires de l'AME entre 2010 et 2014

	Ensemble	Taux d'évo en %	Taux d'évo en % Ouvriers de droits	Taux d'évo en % Ayants droit	Ayants droit / Assurés
31-déc-10	22 173	-3,5%	-3,8%	-3,2%	0,92
31-déc-11	10 899	-24,7%	-19,9%	-18,7%	0,93
31-déc-12	18 157	5,8%	5,9%	5,7%	0,92
31-déc-13	16 985	-0,3%	0,3%	-1,1%	0,88
31-mars-14	16 707	-1,6%	-2,0%	-1,2%	0,88

Source : CGSS

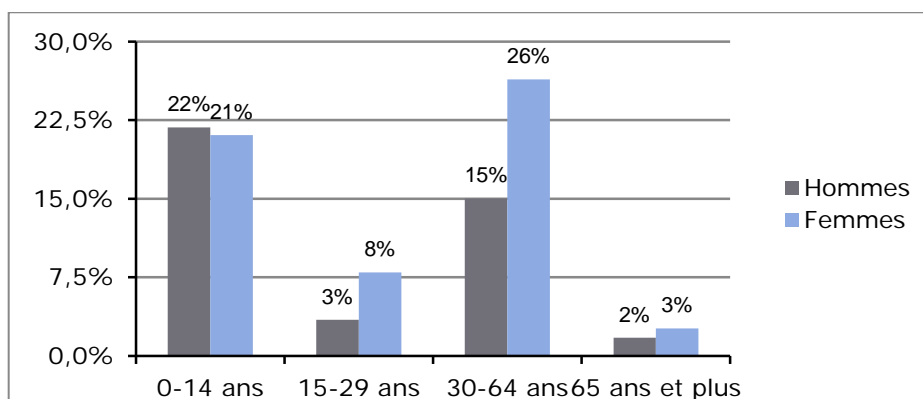
Evolution du nombre de bénéficiaires de l'AME en Guyane entre 2010 et 2014



Source : CGSS ; calculs et réalisation : EQR

L'analyse des profils de bénéficiaires montre que les enfants de 0-14 ans (42,9%) et les femmes de plus de 15 ans sont surreprésentés.

Profils des bénéficiaires de l'AME en Guyane au 31 mars 2014



Source : CGSS ; calculs et réalisation : EQR

En termes de répartition géographique, on constate qu'en 2013 les parts des bénéficiaires de la CMUc, CMUd et de l'AME sont plus élevées dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni que dans les autres zones d'emploi. La zone d'emploi de Cayenne est celle dans laquelle il y a le moins de bénéficiaires par comparaison à la population.

Tableau 30 : part de bénéficiaires CMUc, CMUd et AME dans la population par zones d'emploi en Guyane au 31-oct 13

	Bénéficiaires CMUc	Bénéficiaires CMUd	Bénéficiaires AME
ZE Cayenne	32,8%	23,9%	5,2%
ZE Kourou	33,2%	18,0%	7,7%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	35,8%	30,0%	10,2%
NC	0	7	357
Total Guyane	33,9%	24,5%	6,6%

Source: CGSS (base pop: Insee RP 2010)

La ventilation des bénéficiaires de la CMUd, CMUc et AME par commune n'est réalisée à la CGSS Guyane que depuis l'année 2013. Ainsi, la projection du nombre de personnes sous AME par tranches d'âge, sexe et zones d'emploi n'a pu être réalisée qu'avec la méthodologie 1. La méthodologie 2 a été utilisée pour le nombre total de bénéficiaires (ouvriers et ayants droits) à partir de données 2010. Par ailleurs, les projections par sexe ont pu être effectuées selon la méthodologie 1 à partir de données 2014.

Projection de l'indicateur : nombre de personnes sous AME (source : CGSS)

Entre 2010 et 2013, le nombre de bénéficiaires de l'AME est passé de 22 173 à 16 985 (ouvriers de droits et ayants droits), ce qui correspond à un TCAM de -8,5%. D'ici 2020, le nombre de personnes bénéficiaires de l'AME sera compris entre 9 119 et 20 622. D'ici 2030, il sera compris entre 2 751 et 26 829. Les deux méthodes proposent des résultats très divergents à cause de la diminution de l'indicateur sur la période 2009-2013, poursuivie avec la méthode 2.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2010</u>	<u>2013</u>	<u>Méthodologie 1</u>	<u>Méthodologie 2</u>	<u>Méthodologie 1</u>	<u>Méthodologie 2</u>
Ouvreurs de droits	11 575	9 050	10 860	5 097	13 841	2 244
Ayants droits	10 598	7 935	9 522	4 039	12 136	1 539
Ensemble	22 173	16 985	20 381	9 119	25 977	3 751
ZE Cayenne	NC	6 447	7 493		9 102	
ZE Kourou	NC	2 370	2 877		3 744	
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	NC	7 631	9 629		13 123	

2010 : données au 31-12-10

2013 : données au 31-10-13 (répartition par zones d'emploi) et 31-12-13

Données manquantes : 10 cas de villes non renseignées (non pris en compte)

Données par zones d'emploi pour les ouvreurs de droits et les ayants droits

Détail des projections des bénéficiaires CMU-C par tranches d'âge et par sexe – méthode 1

NB : ces indicateurs ne sont disponibles qu'avec la méthode 1, car la donnée n'est disponible que pour l'année 2014

	<u>2014</u>	<u>Projection 2020</u>	<u>Projection 2030</u>
0 à 14 ans	7163	8 145	10 131
15 à 24 ans	927	1 061	1 293
25 à 35 ans	2319	2 778	3 512
35 à 49 ans	3814	4 186	5 149
50 à 64 ans	1759	2 200	2 814
65 à 79 ans	593	891	1 516
Plus de 80 ans	132	183	361
Hommes	7014	8 196	10 460
Femmes	9693	11 318	14 405

2014 : données au 31/03/2014

Données pour les ouvreurs de droits et les ayants droits

Le nombre de bénéficiaires de l'AME dans la population totale représente 6,7% en 2013 et a eu tendance à diminuer entre 2010 et 2013, probablement en raison de la baisse de l'immigration ces dernières années. La poursuite des tendances observées (méthode 2) implique donc une diminution de ce ratio jusqu'à 1% de la population en 2030, ce qui semble peu réaliste. Les résultats obtenus avec la méthode 1 sont donc privilégiés.

Variation du ratio : nombre de bénéficiaires de l'AME/population totale					
2010	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
9,5%	6,7%	6,7%	3,0%	6,7%	1,0%

II. LES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS

1. LE RECOURS AUX DROITS ET AU SYSTEME DE SANTE

L'importance des taux de recours à ces dispositifs (CMU, AME) témoigne de la situation de grande précarité de la population guyanaise. En outre, ces dispositifs font l'objet de dysfonctionnements, qui complexifient l'accès aux soins de la population, de par :

- les difficultés à entrer dans le système de santé par **manque de justificatif**, des **renouvellements complexes** avec des épisodes récurrents de rupture des droits, un processus administratif qui peut sembler difficile à certains bénéficiaires, ainsi que la **méconnaissance des circuits d'accès aux droits**, notamment pour les pathologies chroniques et le handicap²⁴. Bien que ce phénomène ne soit pas quantifié, beaucoup de personnes renoncent aux soins, faute de lecture et de continuité des parcours d'ouverture de droits ;
- les difficultés pour les potentiels ayants droits à l'AME à s'inscrire dans une démarche d'ouverture de droit, par manque d'information, par souhait de rester anonyme, ou par difficulté à collecter les pièces justificatives nécessaires.

2. L'INFLUENCE DU MULTICULTURALISME SUR LA DEMANDE ET L'ACCES AUX SOINS

Du fait de l'existence de nombreuses migrations et du contexte guyanais, **la dimension culturelle doit être prise en compte** dans les modalités d'accès aux soins des populations. **Une étude menée sur l'Ouest guyanais** et en particulier sur Saint-Laurent-du-Maroni a montré que la **barrière de la langue** constituait souvent un frein à l'accès au système de soin puis à une bonne prise en charge des populations migrantes non francophones. Les migrants, tout particulièrement les jeunes, sont dans des situations sanitaires bien spécifiques du fait de leur situation socioéconomique en Guyane (conditions de travail plus pénibles, chômage, logement plus précaire, niveau de rémunération plus faible...), des discriminations dont ils font l'objet dans l'accès aux soins, ou d'un recours aux soins plus complexe du fait d'une moins bonne connaissance du système de santé et d'une moindre maîtrise de la langue (Jolivet et al., 2009, p.8).

Secondement, **les coutumes ou croyances d'usage chez certaines populations** peuvent avoir une incidence sur les modalités de recours à l'offre de santé.

²⁴ : cf. Schéma d'Organisation de l'Offre Médico-sociale, 2011-2015.

Synthèse de l'accès aux droits et aux soins en Guyane

- Une forte augmentation de la demande d'accès à la CMU et CMU-C entre 2009 et 2013, qui devrait ralentir dans les années à venir
- Une part importante de la population qui bénéficie de la CMU et de la CMU-C, en particulier chez les femmes, les jeunes et les enfants
- Des bénéficiaires de l'AME comparativement plus nombreux dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni et une baisse de la part des bénéficiaires de l'AME dans la population totale, en lien avec la baisse de l'immigration
- Des populations qui peuvent éprouver des difficultés à accéder aux soins du fait notamment des barrières culturelles, linguistiques qui peuvent exister.

PARTIE III : analyse et projections de l'état de santé des populations

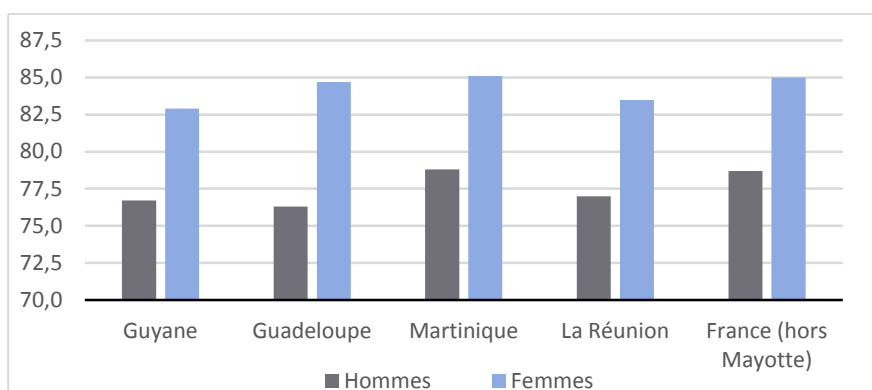
La partie suivante s'appuie sur les constats mis en exergue par les travaux du dernier Plan Régional de Santé (PRS) ainsi que par un certain nombre d'études et de bases de données, parmi lesquelles :

- « Banque de données sanitaires de Guyane, Rapport de suivi d'Indicateurs de Morbidité : Incidence et Prévalence » ; ORSG, ARS Guyane, Juillet 2014 ;
- Rapport de la Cour des Comptes, « La santé dans les Outre-Mer », juin 2014 ;
- L'étude GRET « Dynamiques démographiques et politique urbaine en Guyane : le cas de Saint-Laurent-du-Maroni » mai 2014 ;
- CRPV, « La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des jeunes de 15-25 ans en Guyane », Etudes et Perspectives, Collection jeunesse, 2014 ;
- Anne Jolivet, Emmanuelle Cadot, Estelle Carde, Sophie Florence, Sophie Lesieur, Jacques Lebas, Pierre Chauvin, « Migrations et soins en Guyane », rapport final à l'Agence française de développement (AFD) dans le cadre du contrat AFD-Inserm, Septembre 2009 ;
- Base éco-santé de l'IRDES (base Inserm – Cédépic) ;
- Base de données ALD (CNAMTS), travaillée par l'ORS Guyane ;
- Données du CICEC
- Données de l'INVS des maladies à Déclaration Obligatoire
- Données de l'assurance maladie : SNIIRAM et Erasme

I. ANALYSE DES CAUSES DE MORTALITE

La Guyane dispose d'une espérance de vie à la naissance plus faible en moyenne qu'en France et que dans les territoires d'Outre-Mer : elle s'établit à 76,7 ans pour les hommes et 82,9 ans pour les femmes (contre 78,7 et 85 au niveau national).

Espérance de vie à la naissance en 2013



Source : INSEE 2013

Tableau 31 : espérance de vie à la naissance/à 60 ans et à 65 ans en 2013 (en années)

	A la naissance		A 60 ans		A 65 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Guyane	76,7	82,9	22,6	26,7	18,7	22,4
Guadeloupe	76,3	84,7	23,0	27,6	19,3	23,2
Martinique	78,8	85,1	23,5	27,7	19,6	23,4
La Réunion	77,0	83,5	21,6	26,1	17,9	21,7
France (hors Mayotte)	78,7	85,0	22,8	27,3	19,0	23,0

Source : INSEE 2013

La mortalité prématurée est plus élevée en Guyane que dans les autres départements d'Outre-Mer ou qu'au niveau national : alors que la mortalité standardisée (pour 1000 personnes) chez les moins de 65 ans s'élève en Guyane à 2,5 décès pour 1 000 personnes, elle est égale à 1,9 au niveau national ou en Martinique, 2,1 à la Réunion et 2,3 en Guadeloupe.

Tableau 32 : taux brut et standardisés de mortalité en 2013

	Taux brut de mortalité (/1000)			Taux de mortalité standardisé (pour 1000 personnes)	
	Total	Hommes	Femmes	0-64 ans	65 ans ou plus
Guyane	3,1	3,6	2,6	2,5	37,7
France (hors Mayotte)	8,6	9,0	8,3	1,9	38,4
Guadeloupe	7,3	8,7	6,1	2,3	34,8
Martinique	7,6	8,6	6,7	1,9	33,6
La Réunion	5,1	5,7	4,4	2,1	41,1

Source : INSEE 2013

La Guyane est également concernée par une **forte mortalité infantile et périnatale**. En effet, comme le note une étude de l'INSEE datant de juin 2013 « *La Guyane poursuit sa transition démographique* » : *le taux de mortalité reste encore très élevé avec 10,1 décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes. Le niveau national est presque trois fois inférieur (3,4 décès d'enfants de moins de un an pour 1 000 naissances vivantes)*. On note par ailleurs que près de la moitié des décès d'enfants de moins de 1 an en Guyane survient dans les 7 premiers jours de vie.

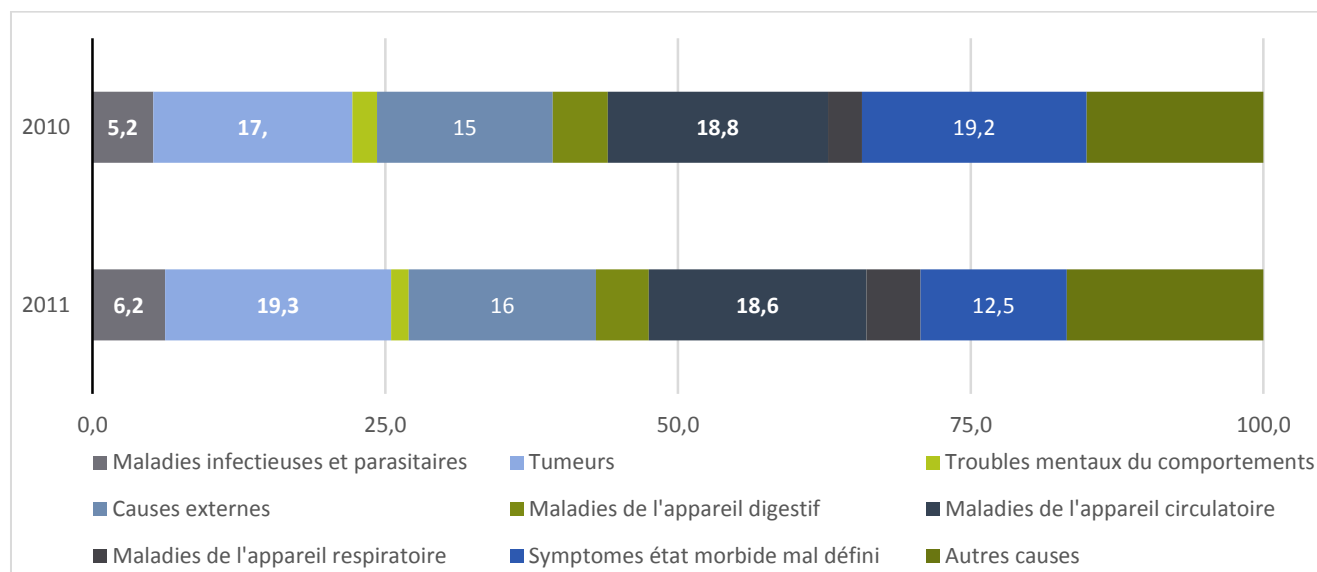
Tableau 33 : évolution de la mortalité infantile pour 1 000 naissances entre 2009 et 2012

	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Mortalité infantile	11,6	9,9	9,5	8,5
Mortalité néonatale	8,1	6,8	6,4	5,5
Mortalité néonatale précoce	6,5	4,9	4,7	4,2

Source : INSEE (Statistiques d'Etat civil 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013)

Les **principales causes de décès enregistrées en Guyane se rapprochent davantage des pays développés**²⁵. En 2011, les tumeurs (19,3%), les maladies de l'appareil circulatoire (18,6%) et les causes externes (16,0%) sont les trois causes de décès les plus représentées : elles représentent en 2011 53,9% des décès. Elles ont par ailleurs eu tendance à augmenter entre 2010 et 2011 (+3,1 points). On note également une part non négligeable de décès aux causes mal définies (12,5% en 2011 et 19,2% en 2010).

Part des décès par causes en 2011 (en%)



Source : IRDES – Base écosanté 2011 ; Sources : Inserm, Cédépic ; calculs et réalisation : EQR Conseil

Tableau 34 : part des décès par causes en 2011 (en%)

	2010	2011
Maladies infectieuses et parasitaires	5,2	6,2
Tumeurs	17,0	19,3
Troubles mentaux du comportement	2,1	1,5
Causes externes	15,0	16,0
<i>Dont suicides</i>	2,1	3,0
Maladies de l'appareil digestif	4,7	4,5
Maladies de l'appareil circulatoire	18,8	18,6
Maladies de l'appareil respiratoire	2,9	4,6
Symptômes état morbide mal défini	19,2	12,5
Autres causes	15,1	16,8

Source : IRDES – Base écosanté 2011 ; Sources : Inserm, Cédépic

L'analyse des taux de mortalité standardisés par causes montrent que la Guyane ne présente pas de surreprésentation de certaines causes de mortalité par rapport aux territoires de comparaison

²⁵ Principales catégories de causes parmi les 705 décès enregistrés en Guyane entre 2005 et 2007

(Outre-Mer et France entière). Ce constat doit être mis en lien avec la relative jeunesse de la population. On peut toutefois noter :

- **Une surreprésentation de la mortalité pour causes externes** par rapport à la Martinique, la Réunion, et les départements d’Outre-Mer de façon générale ;
- **Une surreprésentation de la mortalité liée au VIH/SIDA**, par rapport au département d’Outre-Mer (hormis la Guadeloupe) et la France.

Tableau 35 : taux de mortalité standardisés (pour 100 000 habitants) par causes en 2011

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	Réunion	Outre-Mer	France
Toutes causes	299,3	705,6	699,0	483,5	553,6	839,1
Tumeurs	57,7	167,8	195,0	118,5	137,6	248,6
Maladies de l'appareil circulatoire	55,6	183,1	177,7	134,2	144,0	216,9
Causes externes	48,0	60,5	41,8	38,0	45,0	58,1
<i>Dont suicides</i>	<i>8,8</i>	<i>7,9</i>	<i>9,4</i>	<i>9,1</i>	<i>8,9</i>	<i>16,2</i>
Maladies infectieuses et parasitaires	18,5	24,2	18,6	10,0	16,0	18,0
<i>Dont tuberculose</i>	<i>0,4</i>	<i>1,2</i>	<i>0,3</i>	<i>1,0</i>	<i>0,8</i>	<i>0,9</i>
<i>Dont VIH-Sida</i>	<i>6,3</i>	<i>2,7</i>	<i>1,8</i>	<i>0,6</i>	<i>2,0</i>	<i>0,6</i>
Maladies de l'appareil respiratoire	13,9	34,1	35,4	30,1	30,0	53,2
Maladies de l'appareil digestif	13,5	31,1	27,0	25,0	25,3	35,2
Troubles mentaux du comportement	4,6	18,0	19,1	14,4	14,9	30,0

Source : IRDES – Base écosanté 2011 ; Sources : Inserm, Cédépic

Le dernier Projet Régional de Santé montre également que, compte tenu de la jeunesse de la population guyanaise, **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 intriqués : surpoids, hypertension artérielle et diabète, cette dernière pathologie représentant directement à elle seule 3% de la mortalité régionale. Enfin, les causes de mortalité prématurée (avant 65 ans) sont relativement similaires à celles de mortalité générale.

II. ETAT DE SANTE DE LA POPULATION GUYANAISE ET PROJECTIONS 2020, 2030

1. MALADIES VECTORIELLES ET PARASITAIRES (PALUDISME, DENGUE ET CHIKUNGUNYA)

Le paludisme est une maladie endémique en Guyane. Les résultats de la surveillance montrent que la **tendance à la diminution** déjà observée depuis 2010 s’est accentuée en 2013 et 2014, passant de 1 632 accès en 2010 à 871 en 2013 et 445 en 2014²⁶. Un total de **154 hospitalisations** a été recensé

²⁶ V. Ardillon, et al. Bilans 2013 et 2014 de la situation épidémiologique du paludisme en Guyane. *Bulletin de veille sanitaire Antilles-Guyane*, 2015 ; 1 : 16-20

pour ces deux années (dont deux tiers en 2013) ainsi que 3 décès, tous en 2013. **Les accès palustres concernent principalement les communes frontalières et de l'Intérieur** : sur la zone du littoral où se situe la grande majorité de la population, les cas signalés sont généralement importés des foyers endémiques de l'intérieur, excepté dans certaines zones de transmission autochtone déjà bien identifiées comme c'est le cas sur la commune de Macouria.

La majorité des foyers actifs en 2013 et 2014 étaient localisés à proximité de lieux de migration et particulièrement ceux en rapport avec l'orpaillage. Ces lieux ne concernaient pas les bourgs des communes de Guyane, excepté pour les communes de Régina et St Georges. A St Georges, où une recrudescence saisonnière était habituellement observée au cours du dernier trimestre de l'année, la situation n'a cessé de s'améliorer, et on note une diminution de 69% des accès palustres entre 2013 et 2014 avec 63 accès dont 3 dus à *Plasmodium falciparum* recensés par le centre de santé de la commune.

La Guyane se dote d'un plan paludisme 2015-2018

Dans le cadre du plan d'action mondial contre le paludisme, la Guyane travaille depuis de nombreuses années à lutter contre cette maladie. En 2015, la Guyane met en place un plan de lutte spécifique pour la période 2015-2018, qui résulte d'une démarche partenariale engagée en 2014 avec la Préfecture, le Conseil Général, l'institut Pasteur de Guyane, le service de santé des armées et le centre hospitalier de Cayenne (CHAR).

Les objectifs du plan de lutte contre le paludisme sont la **diminution de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme, et l'écartement du risque d'émergence de résistances et d'épidémies** par une réduction de l'incidence à moins de 1 cas pour 1000 dans chaque localité de Guyane.

Il se décline en 5 axes stratégiques et 38 mesures :

1. Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique pour prévenir et évaluer les risques de dissémination ; développer la surveillance des cas humains d'infection à *Plasmodium falciparum*, à *Plasmodium vivax* et à *Plasmodium malariae* ; développer par la recherche opérationnelle des outils permettant la surveillance du moustique vecteur en Guyane.

2. Renforcer la prévention et la lutte antivectorielle ; engager des actions de lutte focalisées contre les moustiques dans les zones de transmission active et dans les zones de transmission sporadique ; limiter les contacts homme-vecteur ; lutter contre les anophèles vecteurs ; suivre les résistances des vecteurs aux insecticides ; informer et mobiliser la population et les professionnels de santé, selon des modalités prédéfinies pour optimiser les mesures de lutte et éviter le risque de confusion, sur les risques liés à la prolifération du moustique, vecteur potentiel et les moyens domestiques de contrôle des populations de moustiques ; renforcer l'information des personnes entrant ou sortant d'une zone à risque.

3. Soigner et accompagner sur l'ensemble du territoire ; favoriser un diagnostic de qualité dans des délais raisonnables ; donner l'accès à des soins de qualité ; renforcer la prévention et le rôle du patient au travers de l'éducation thérapeutique ; garantir l'accès à une prise en charge adaptée en tous points du territoire, grâce notamment au recours aux CDPS ; surveiller l'efficacité des traitements ; adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de réponse et de prise en charge apportée aux malades.

4. Développer la recherche et les connaissances ; actualiser en permanence l'expertise pour réduire les risques de dissémination.

5. Renforcer la coopération internationale ; renforcer la coopération transfrontalière à l'échelle du plateau des Guyanes ; optimiser le partage d'informations relatives au paludisme avec les pays voisins dans un but d'alerte ; être au fait des politiques internationales de lutte contre le paludisme : RBM, AMI-RAVREDA..., optimiser la remontée des données annuelles à l'OMS.

Depuis 1990, des épidémies de dengues frappent le département²⁷ : durant la dernière épidémie datant de 2012-2013 on a dénombré plus de 500 hospitalisations, 40 formes sévères et 5 décès liés à cette pathologie. Selon le bulletin de veille sanitaire de l'InVS de février 2015, la dernière épidémie a commencé en septembre 2012 pour se terminer un an et six semaines plus tard soit mi-octobre 2013. Elle a atteint son acmé fin avril avec 751 cas cliniquement évocateurs estimés pour l'ensemble du territoire sur une seule semaine. **On estime à 13 240 le nombre de personnes infectées par le virus de la dengue et ayant consulté un médecin au cours de cette épidémie, soit 5,7% de la population de la Guyane.** Avant l'épidémie de 2012-2013, la Guyane avait déjà été touchée par deux épidémies de dengue depuis 2001.

Des actions concrètes pour la lutte contre la dengue

A l'automne 2013, l'ARS Guyane a réuni tous les acteurs concernés par l'épidémie de dengue de 2012-2013, parmi lesquels une soixantaine de personnes, représentants de communes et d'associations notamment. Cette rencontre de deux jours a permis d'améliorer de façon concertée les 4 axes de la gestion d'une épidémie de dengue : la surveillance, la prise en charge médicale, les activités de lutte anti-vectorielle et la communication.

En sus, les acteurs ont convenu d'une amélioration du PSAGE (Programme de Surveillance, d'Alerte et de Gestion des Epidémies) qui vise à :

- Contractualiser d'une part le rôle et les missions que chacun des partenaires impliqués dans la lutte contre la dengue s'engage à tenir ;
- Et à fournir d'autre part les outils nécessaires pour la conduite des différentes actions du programme dans les domaines de la surveillance épidémiologique et entomologique, de la démostication, de la communication et de la prise en charge des malades.

Enfin, en 2014-2015, la Guyane a été touchée par une épidémie de chikungunya qui a débuté sur l'Île de Cayenne en avril 2014. Les secteurs de l'Ouest, du Maroni et de Kourou ont également été touchés par cette épidémie. Au total, on a recensé 15 875 cas cliniquement évocateurs, et 448 cas ont été hospitalisés.

Virus Zika

Le Zika est une maladie due au virus ZIKA. Ce virus est transmis par les moustiques du genre A. la Guyane a été touchée par une épidémie de cette maladie qui a débuté en janvier 2016 sur l'Île de Cayenne. Les secteurs de l'Ouest, de l'Oyapock et de Kourou ont également été touchés par cette épidémie. L'épidémie s'est achevée en octobre 2016. Au total, on a recensé 9 705 cas cliniquement évocateurs, 1 035 femmes enceintes avec un diagnostic de zika biologique confirmé ou probable sur la période épidémique.

2. TUBERCULOSE

La Guyane est également confrontée à des **cas de tuberculose** : l'incidence pour 100 000 habitants est évaluée à 25,4 cas en 2014 (contre 9 pour 100 000 habitants en moyenne en métropole²⁸). Selon les chiffres de l'InVS rapportés dans le bulletin de veille sanitaire spécial Tuberculose avec la Cire et les ARS en mai 2015, **270 cas de tuberculose ont été déclarés en Guyane entre 2009 et 2015.** Cela représente près de 45 cas par an. En 2009 et en 2011, 53 cas ont été recensés en Guyane selon l'InVS (données reportées dans le Statiss). **Les chiffres présentés dans le Statiss 2015 montrent une augmentation du nombre de cas : 70 cas ont ainsi été recensés en 2013.**

²⁷ Bilan des épidémies de dengue aux Antilles-Guyane de 2012 à 2014, ARS Antilles Guyane, CIRE Antilles Guyane, InvS, Bulletin de veille sanitaire n°2-3/Mars 2015

²⁸ Donnée BIRD

Projection de l'indicateur : nombre de déclaration de cas de tuberculose (source : InVS, Statiss 2011 et 2015)

Le nombre de cas de tuberculose recensés en Guyane n'est disponible qu'à l'échelle du territoire entier. Entre 2009 et 2013, le nombre de cas recensé a augmenté. D'ici 2020, il sera compris entre 84 et 100 et entre 107 et 168 d'ici 2030.

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	53	70	84	100	107	168

Le nombre de cas de tuberculose rapporté à la population évolue très légèrement à la hausse entre 2009 et 2013. Il pourrait atteindre 0,04% de la population si la tendance entre 2009 et 2013 se poursuit (méthode 2).

<u>Variation de l'indicateur : nombre de cas de tuberculose/population totale</u>					
201009	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
0,02%	0,03%	0,03%	0,03%	0,03%	0,04%

Les différents facteurs pouvant agir sur les résultats obtenus sont recensés ci-dessous :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs démographiques : <ul style="list-style-type: none"> o Forte immigration de personnes infectées et non traitées o Accroissement des flux de populations en situation irrégulière (notamment sur les sites d'orpaillages) - Pauvreté, précarité économique 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions de vie et d'habitat (accès à l'eau potable, hygiène, etc.), notamment pour la tuberculose (à prévoir davantage d'ici 2030 que d'ici 2020 compte tenu de l'évolution des programmes)

Pour cet indicateur, les chiffres de projections à horizon 2020 et 2030 obtenus selon la méthode 1 sont privilégiés. On suppose ici que l'effort pour améliorer les conditions de vie et d'habitat va se poursuivre, permettant ainsi de gommer les facteurs pouvant faire évoluer à la hausse l'incidence de la tuberculose (immigration de personnes infectées, notamment en situation irrégulière, précarité économique).

3. LE VIH

Selon le COREVIH Guyane (Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH), Le VIH concerne aujourd'hui plus de 2 000 patients connus en Guyane. Le taux de mortalité est 15,9 fois supérieur à celui observé en métropole, ce qui conduit l'OMS à qualifier la situation guyanaise

d' « épidémique ». Chaque année, près de 200 cas de séropositivité sont découverts dont 40 cas de Sida. Les files actives des patients atteints du Sida se composent de près de 1 300 personnes en 2012 et 2013. Néanmoins, les données disponibles sont lacunaires, car un certain nombre de suivis ne sont pas recensés.

Projection de l'indicateur : file active des patients suivis pour le VIH/Sida (source : COREVIH)

Le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida est difficile à connaître. L'indicateur suivant se fonde sur la file active des patients suivis et traités. Toutefois, comme le mentionne le COREVIH dans ses rapports d'activité, la file active n'est pas appréhendée dans son intégralité. Il indique : « *le nombre total de patients suivis en Guyane dépasse sans doute les 2000. Cependant, il n'est possible d'avoir des données précises que sur une fraction d'entre eux. Mille trois cent trois patients sont dans la base mais nombre de dossiers sont mal renseignés car les médecins n'ont pas le temps de le faire* ». Les données ne sont pas disponibles sur la zone d'emploi de Kourou (qui correspond aux personnes suivies au CMCK). Globalement, les projections suivantes sont à analyser avec précautions, en particulier au niveau des zones d'emploi.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2010</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	1 300	1 327	1 592	1 532	2 030	1 882
ZE Cayenne	1 114	1 101	1 280	1 014	1 554	902
ZE Kourou	ND	ND	--	--	--	--
ZE Saint Laurent du Maroni	450	226	285	2	389	0

Le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA représente moins d'1% de la population guyanaise. Par ailleurs, ce taux est en très légère diminution entre 2010 et 2013. Selon la méthode 2 (poursuite des tendances), il pourrait s'établir à 0,49% en 2030.

<u>Variation du ratio : effectifs de la file active des patients suivis pour le VIH/SIDA /population totale</u>					
2010	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
0,56%	0,53%	0,53%	0,51%	0,53%	0,49%

Les différents facteurs pouvant agir sur ces résultats sont recensés ci-dessous :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs démographiques : <ul style="list-style-type: none"> o Forte immigration de personnes infectées et non traitées o Accroissement des flux de populations en situation irrégulière - Pauvreté, précarité économique - Augmentation de l'activité de dépistage (augmentation du nombre de découvertes et amélioration de la précocité du dépistage) - Baisse du nombre de perdus de vue - Amélioration de l'observance des traitements 	<ul style="list-style-type: none"> - renforcement des actions de prévention : <ul style="list-style-type: none"> o Information des populations ; o Produits / outils préventifs (mise à disposition de préservatif, etc.) o Education sexuelle et reproductive

L'amélioration du suivi des patients peut avoir un impact sur la file active des patients soit à la hausse à travers une baisse du nombre de perdus de vue et une meilleure observance des traitements (effet lié à l'augmentation des personnes dépistées et connues, effet lié à l'augmentation de l'espérance de vie) soit à la baisse (effet lié au recul de la transmission du virus par un patient en succès thérapeutique).

En l'occurrence, on observe sur la période 2010-2013 que le nombre de personnes atteintes du VIH/Sida augmente moins vite que la population, grâce aux efforts de prévention, de dépistage et de prise en charge des patients. La méthode 2 est privilégiée en conséquence.

4. CANCERS

Les données d'Affection de Longue Durée (ALD) publiées par l'ORSG dans la BDSG (2014) montrent des taux d'incidence bruts plus faibles en moyenne qu'en France métropolitaine pour tous les types de cancers. Le manque d'exhaustivité des données d'ALD en Guyane expliquent pour partie ces chiffres très bas.

Définitions : la *prévalence* est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Elle est calculée en rapportant à une population donnée le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans cette même population. *L'incidence* d'une pathologie est une mesure du risque pour un individu de contracter cette pathologie pendant une période donnée. Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas observés dans une population donnée, divisé par la taille de cette population et la durée de la période d'observation.

Tableau 36 : incidence pour 100 000 habitants des tumeurs malignes en Guyane par rapport à la moyenne française en 2012

	Incidence pour 100 000 hab.	
	Guyane	France
TM du sein (C 50)	32,8	96,0
TM de la prostate (C61)	27,4	67,5
TM du côlon (C18)	7,6	35,7
TM des bronches et du poumon (C34)	5,9	43,5
TM du col de l'utérus (C53)	5,1	5,8
TM de l'estomac (C16)	4,6	8,3
TM du pancréas (C25)	4,6	12,0
Mélanome malin de la peau (C43)	4,2	14,1
TM de la jonction recto-sigmoïdienne (C19)	0,4	3,5
TM du rectum (C20)	1,7	11,7
TM de l'anus et du canal anal (C21)	1,3	2,0
Autres cancers	52,6	168,7
Total	148,2	468,8

Source : « Banque de données sanitaires de Guyane, Rapport de suivi d'Indicateurs de Morbidité : Incidence et Prévalence » ; ORSG, ARS Guyane, Juillet 2014 ; INSEE RP-2012 (données ALD)

En sus, les données disponibles au niveau national confirment cette tendance. Au 31/12/12, on compte en effet un plus faible nombre de personnes en ALD pour tumeurs malignes en Guyane, comparativement à la Martinique, Guadeloupe, à la France métropolitaine et aux DOM.

Tableau 37 : nombre d'ALD pour tumeurs malignes pour 100 000 habitants (au 31/12/12)

	Guyane	Martinique	Guadeloupe	France métropolitaine et DOM
Tumeurs malignes	1 671	2 313	2 318	3 391

Source : CNAMTS-DSES (données au 31/12/12)

Le registre du cancer de Guyane travaille actuellement à rendre exhaustives les données d'incidence de cancers diagnostiqués en Guyane. Des projections, réalisées à partir de ces données d'incidence plus complètes que les données d'ALD, par le réseau Francim, pourront utilement compléter ce rapport dès 2016-2017.

En matière de prise en charge on compte en 2014, 2 564 séjours/séances de chimiothérapie, lesquels concernent en majorité :

- La population de la zone d'emploi de Cayenne (72,5%) ;
- Des femmes (71,7%) ;
- Des personnes âgées de 50 ans et plus (66,5 %).

Selon les projections effectuées, les besoins devraient s'accroître de façon importante, en particulier dans les groupes de population sus-cités.

Projection de l'indicateur : nombre de séjours/séances de chimiothérapie (source : PMSI)

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre total	1 270	2 564	2 995	5 957	3 818	242 82
ZE Cayenne	1 033	1 858	2 112	3 758	2 565	12158
ZE Kourou	128	131	155	135	201	141
ZE Saint Laurent du Maroni	109	210	256	461	349	1712
Hommes	596	948	1 108	1 655	1 414	4186
Femmes	703	1 386	1 618	3 130	2 060	12166
Moins de 15 ans	37	44	50	54	62	77
15 à 24 ans	30	24	27	18	33	12
25 à 39 ans	83	152	177	314	228	1054
40 à 49 ans	272	410	450	671	527	1524
50 ans et plus	877	1 704	2 244	3 781	3 214	14275

La méthode 1 repose sur une hypothèse de taux de recours constant en chimiothérapie (l'indicateur est uniquement impacté par l'évolution de la population). Les résultats obtenus avec la méthode 2 montrent quant à eux une forte augmentation des taux de recours (6,29% en moyenne en Guyane et 6,19% en moyenne dans la Zone d'emploi de Cayenne), sauf dans la zone d'emploi de Kourou, d'ici 2030.

	Variation de l'indicateur : nombre de cas de séjour chimio/population					
	2009	2014	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Guyane	0.56%	0.99%	0.99%	1.97%	0.99%	6.29%
ZE Cayenne	0.82%	1.31%	1.31%	2.33%	1.31%	6.19%
ZE Kourou	0.39%	0.34%	0.34%	0.30%	0.34%	0.24%
ZE Saint Laurent du Maroni	0.16%	0.27%	0.27%	0.48%	0.27%	1.31%

Les différents facteurs pouvant avoir une influence sur les résultats sont recensés ci-dessous :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'activité de dépistage (augmentation du nombre de découvertes) / amélioration du dépistage organisé - Développement de l'offre de prise en charge et structuration des filières de prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'information permettant d'améliorer l'état de santé des populations - Amélioration des conditions de vie et d'habitat

Ainsi, pour cet indicateur, les résultats obtenus avec la méthode 1 sont privilégiés. En effet, les résultats obtenus avec la méthode 2 semblent un peu forts, compte-tenu notamment de la jeunesse de la population Guyanaise (les 6,19% de taux de recours de la zone d'emploi de Cayenne semblent surévalués) et des actions de prévention développées par l'ARS Guyane.

La mise en place d'un registre du cancer

Soucieux de clarifier cette situation sanitaire, l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins de Guyane a initié en juillet 2005 la création d'un registre des cancers. Cette structure de référence approuvée par l'INSERM et l'InVS réalise en continu et de manière exhaustive, une surveillance épidémiologique et une analyse statistique des cas de cancers diagnostiqués chez les résidents en Guyane.

La mise à disposition de données anonymes, médicales et socioéconomiques du registre - sous la forme d'études plus ou moins spécifiques - permet aux professionnels de santé concernés et aux décideurs (ARS notamment) de coordonner, évaluer et planifier leurs stratégies dans le cadre de la prévention, du diagnostic et du traitement de la maladie cancéreuse.

Aujourd'hui, le Registre des Cancers de Guyane compte parmi les 25 registres de cancers nationaux qualifiés couvrant 20% de la population française. Toutefois, l'épidémiologie des cancers aux Antilles (registres de Martinique et de Guadeloupe) et en Guyane se distingue de celle observée en métropole. La diversité, l'environnement et la démographie du département guyanais suscitent un intérêt croissant des chercheurs en cancérologie.

Le Registre des Cancers de Guyane est un outil de santé publique qui, grâce à une bonne utilisation par ses partenaires et les professionnels de santé, participe à une meilleure prise en charge et à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

5. MALADIES CHRONIQUES

***NB :** L'étude des maladies chroniques ou de leurs facteurs de risque (notamment diabète, surpoids/obésité, HTA, drépanocytose) en Guyane se heurte à certaines difficultés :*

Les données disponibles à partir des bases de données médico-administratives (SNIIRAM, Données des Affections de Longue Durée, PMSI) sont certes disponibles en Guyane mais bien souvent, encore plus en Guyane qu'ailleurs, elles ne permettent de relater que d'une partie de la réalité des pathologies. Les Données des Affections de Longue Durée (ALD), par exemple, sont peu exploitables car les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME), de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou des soins urgents, soit près de la moitié de la population guyanaise, sont rarement inscrits parallèlement dans un dispositif d'ALD.

Les enquêtes ponctuelles réalisées au niveau national, ne dépassent quant à elles que très rarement les frontières de la métropole. Ainsi, Entred (pour le diabète) ou ENNS (pour l'Hyper Tension Artérielle) ne permettent d'obtenir des informations que pour la métropole. Certaines enquêtes, comme Podium sont certes réalisées sur le territoire de la Guyane, mais elles concernent un échantillon très réduit ce qui rend très hasardeuse une généralisation à la population générale.

a) DIABETE

Compte-tenu de la dispersion des données existantes, les chiffres de prévalence du diabète en Guyane sont aujourd'hui très difficiles à estimer. Trois sources peuvent être exploitées :

- Les données d'ALD (ALD 8, qui comprend le diabète de type I et II) ;
- Les données de remboursement d'antidiabétiques de l'assurance maladie ;
- Les données de consultations pour diabète dans les CDPS.

Afin de tenir compte de cette difficulté et d'apporter le maximum de précisions possibles dans le cadre de l'étude, les chiffres de ces différentes sources seront présentés, malgré les écarts de chiffres qui peuvent être constatés.

Selon l'Observatoire Régional de Guyane, en 2012, le nombre total de diabétiques résidents en Guyane et bénéficiaires d'une ALD-8 était estimé à 5252 (2220 hommes et 3032 femmes) soit une prévalence du diabète estimée à 21,6 pour 1000 Habitants ». Les chiffres présentés sont les suivants :

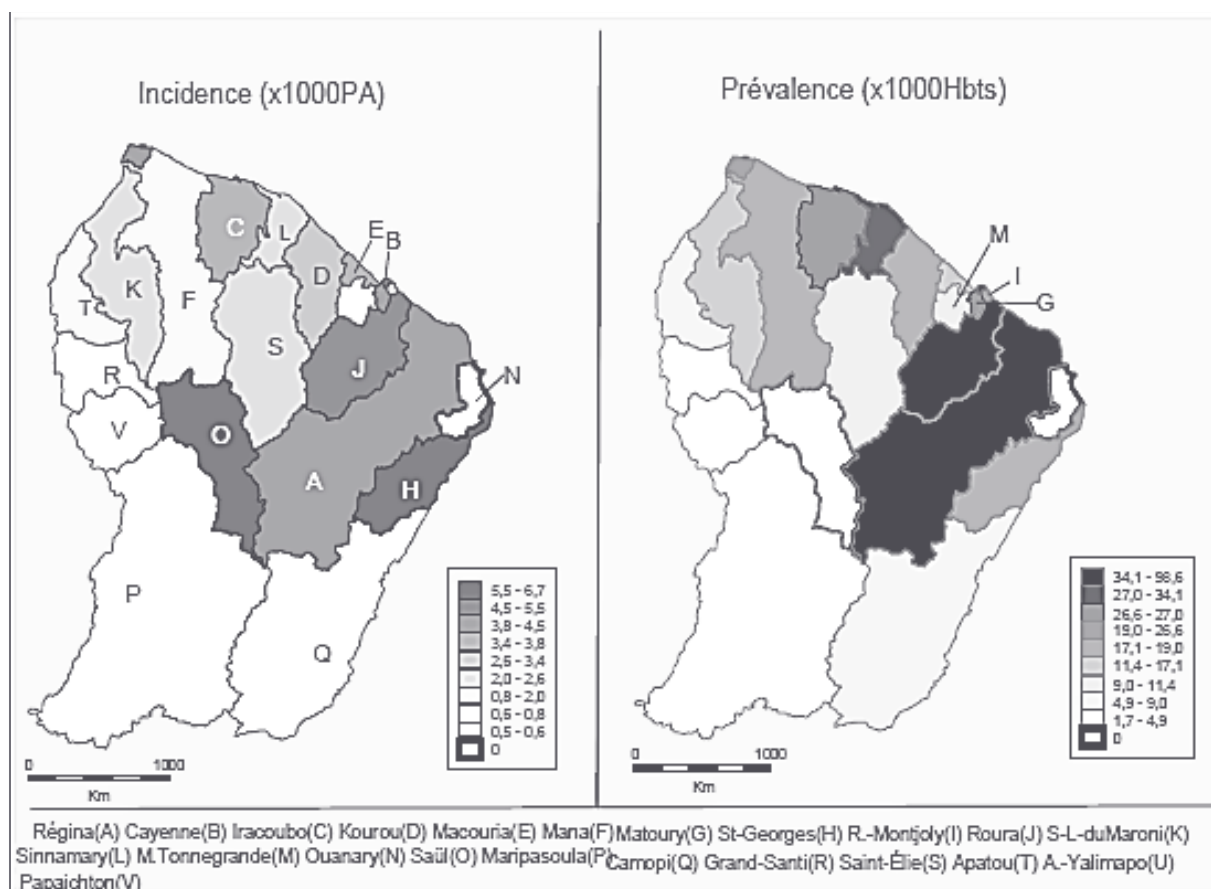
Tableau 38 : incidence et prévalence du diabète en Guyane en 2012 (cas pour 1 000 habitants)

		Hommes	Femmes	Total	Total diabète type I et II
Cas incidents	Diabète de type I	58	51	109	840
	Diabète de type II	308	423	731	
Cas prévalent	Diabète de type I	460	555	1 015	5 252
	Diabète de type II	1 760	2 477	4 237	

Source : banque de données sanitaires de Guyane, ORSG (ALD)

Les données de l'ORSG permettent également d'avoir une idée de la répartition territoriale des cas de diabète. Selon l'organisme, l'incidence du diabète variait considérablement avec la résidence. Elle était très forte dans les communes de Cayenne (5,4), Roura (4,8), Saint Georges (6,7) et Saül (6,2), soit davantage forte dans la zone d'emploi de Cayenne et au centre du territoire.

ALD pour diabète par Commune de Résidence en 2012



Projection de l'indicateur : nombre de personnes diabétiques (source : ORSG/CGSS)

Deux projections ont été réalisées à partir de deux sources différentes : d'une part avec des données de prévalence fournies par l'ORSG dans l'étude « Banque de données sanitaires de Guyane en 2012 » et d'autre part avec le nombre de diabétiques traités fourni par la CGSS. Les chiffres obtenus selon les 2 sources semblent relativement cohérents.

- a. Données ORSG : les projections suivantes sont réalisées sur la base des données de l'ORSG, pour les diabétiques de type I et II. Le détail est disponible selon le sexe.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Total	ND	5 252	6 477		8 255	
Hommes	ND	2 220	2 738	--	3 495	--
Femmes	ND	3 032	3 737	--	4 756	--

b. Données CGSS : les données de l'Assurance Maladie (transmises par la CGSS de Guyane), se basant sur les données de remboursement, ne relatent quant à elles que l'effectif de bénéficiaires du Régime Général ayant eu au moins 3 prescriptions d'antidiabétiques au cours d'une année. Il ne s'agit donc là aussi pas d'une estimation de la prévalence du diabète, qui pour être complète, doit tenir compte des diabétiques non dépistés et des diabétiques dépistés non traités. Pour l'année 2013, on comptait 5 735 bénéficiaires du Régime Général traités pour diabète en Guyane.

Les projections suivantes sont réalisées à partir des chiffres de remboursement d'antidiabétiques oraux fournis par la CGSS de Guyane pour les années 2009 et 2013.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	4 659	5 735	6 882	8 250	8 771	13 869

L'ensemble des principaux facteurs pouvant avoir une incidence sur l'évolution prévue de l'indicateur sont recensés ci-dessous.

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'activité de dépistage (augmentation du nombre de découvertes) - Vieillessement de la population - Transition nutritionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention relatives à : <ul style="list-style-type: none"> o la nutrition ; o l'exercice physique ; o l'information sur les risques à long terme - Augmentation du nombre de nutritionniste sur le territoire Guyanais (offre) - Développement des cantines scolaire permettant aux enfants de mieux équilibrer leurs repas

Les résultats de la méthode 1 (projections à caractéristiques constantes) sont privilégiés car les résultats de la méthode 2 ne tiennent pas compte des actions de prévention et d'équilibrage des menus scolaires qui peuvent être menés pendant la période.

Les facteurs autres que l'augmentation attendue de population, pouvant faire évoluer à la hausse sur les prochaines années, le nombre de personnes diabétiques traitées, sont le vieillissement de la population d'ici 2020 et 2030, l'amélioration du dépistage de diabète et de sa prise en charge, ainsi que la transition nutritionnelle avec l'abandon d'un mode d'alimentation traditionnelle. Cependant, des facteurs agissant à la baisse peuvent également être renforcés : il s'agit de toutes les actions de prévention autour de la nutrition, l'exercice physique, etc.

Les données issues des rapports d'activité des CDPS, permettent quant à elles de compléter les données d'effectifs de personnes traitées pour diabète dans les communes de l'intérieur. Ces effectifs ont augmenté de 13,3% entre 2009 et 2013. On compte en 2013 376 personnes suivies pour diabète en CDPS.

Comme pour les données de l'Assurance Maladie, celles issues des rapports d'activité des CDPS ne relatent que des effectifs de personnes suivies. Les diabétiques non dépistés ou dépistés non suivis ne sont là aussi pas pris en compte. Faute de dépistage adéquat dans les territoires isolés, la sous-estimation du nombre de personnes diabétiques dans les communes isolées de Guyane à partir des rapports d'activité des CDPS est probablement très élevée.

Projection de l'indicateur : nombre de patients suivis pour diabète en CDPS (source : données CDPS)

Sur la base de ces chiffres, aussi sous-estimés soient-ils, on peut réaliser des projections de personnes suivies pour diabète en CDPS aux horizons 2020 et 2030. A noter que ces données ne sont pas disponibles par zones d'emploi.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthodologie 1</u>	<u>Méthodologie 2</u>	<u>Méthodologie 1</u>	<u>Méthodologie 2</u>
Nombre total	332	376	451	467	575	638

On constate une faible évolution du nombre de personnes suivies pour diabète en CDPS, par rapport à la population (en valeur absolue).

Evolution du ratio : nombre de personnes suivies pour diabète en CDPS/population totale						
	2009	2013	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Total	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%

L'ensemble des facteurs pouvant agir à la hausse ou à la baisse sur l'évolution du nombre de personnes suivies pour diabète dans les CDPS sont les mêmes que ceux pouvant agir sur l'évolution du nombre de personnes suivies pour diabète sur le littoral, auquel on peut ajouter la spécificité de l'offre en CDPS : difficultés de recrutement, impactant la continuité des actions de dépistage et le suivi des patients dépistés. On peut également noter l'importance encore plus prégnante de l'amélioration du dépistage, qui pourrait faire augmenter de façon exponentielle, le nombre de personnes suivies pour diabète dans les CDPS.

L'ensemble des principaux facteurs pouvant avoir une incidence sur l'évolution prévue de l'indicateur sont recensés ci-dessous.

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'activité de dépistage (augmentation du nombre de découvertes) - Vieillesse de la population - Développement de l'activité des CDPS et du dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention relatives à : <ul style="list-style-type: none"> o la nutrition ; o l'exercice physique ; o l'information sur les risques à long terme - Augmentation du nombre de nutritionniste sur le territoire Guyanais (offre) - Développement des cantines scolaires permettant aux enfants de mieux équilibrer leurs repas - Difficultés de recrutement dans les CDPS

Ainsi, les résultats obtenus avec la méthode 2 sont privilégiés afin de tenir davantage compte des tendances de recours dans les CDPS pour le suivi du diabète, et les projets de développement des centres (cf. partie IV).

b) SURPOIDS ET OBESITE

Définition : *Le surpoids et l'obésité de l'adulte sont dus à un excès de masse grasse corporelle. Le surpoids et l'obésité correspondent à des seuils définis d'indice de masse corporelle (ou IMC), qui se calcule en divisant le poids par la taille au carré d'une personne. L'obésité est quant à elle considérée comme une maladie chronique. Elle est présente dans l'ensemble des pays industrialisés et constitue un problème de société, car elle entraîne des conséquences défavorables sur la santé de la population (hypertension artérielle, maladie coronaire, infarctus du myocarde, AVC, diabète, etc.).*

Les sources de données existantes pour estimer la prévalence de surpoids et d'obésité en Guyane (Podium, enquêtes nationales de santé scolaire, nutriel) permettent difficilement une extrapolation de leurs résultats à la population générale (faiblesse des effectifs échantillonnés, populations enquêtées très ciblées notamment en termes de tranches d'âge).

Le nombre de cas de personnes obèses présenté s'appuie sur une estimation issue de l'enquête PODIUM²⁹, réalisée en 2008 auprès d'un échantillon de population, sélectionnée de façon aléatoire (71 en Guyane Française). L'estimation de la **prévalence de l'obésité** réalisée dans le cadre de cette enquête montre que **la Guyane apparait moins touchée que les territoires d'Outre-Mer**, à la fois pour les enfants mais également pour les adultes. Toutefois, le taux d'obésité guyanais serait plus important qu'en moyenne au niveau national. En effet, par comparaison, selon la 6^e édition de l'étude trisannuelle ObEpi-Roche, l'obésité toucherait en

²⁹ The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference in adults and children in the French Overseas territories: The PODIUM survey, J.-L. Daigre, A. Atallah, J.-L. Boissin, G. Jean-Baptiste, P. Kangambega, H. Chevalier, B. Balkau, D. Smadja, J. Inamo

France en 2012 15 % de la population adulte alors que l'échantillon de l'enquête Podium présentait une obésité chez près de 18% des adultes enquêtés.

Tableau 39 : estimation de la prévalence du surpoids et de l'obésité en Guyane en 2008

	Guyane		Guadeloupe	Martinique
	Prévalence du surpoids	Prévalence de l'obésité	Prévalence de l'obésité	Prévalence de l'obésité
Enfants (0-14 ans)	13,20%	5,40%	7,2%	7,7%
Adultes (15 ans et plus)	30,30%	17,9%	22,9%	22%

Source : enquête PODIUM 2008

Projection de l'indicateur : nombre de personnes obèses (source : enquête PODIUM)³⁰

Les projections suivantes s'appuient sur les estimations d'obésité de l'enquête PODIUM. Compte tenu de la faiblesse des effectifs de l'échantillon guyanais de cette enquête, elles sont donc à considérer avec beaucoup de précaution. Par ailleurs, il s'agit d'une estimation de la population touchée au niveau de la Guyane et il n'est pas possible de connaître le nombre de personnes obèses à un niveau infra-territorial.

	<u>Période de référence</u>	<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	2008	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Enfants (moins de 14 ans)	4 131	5 373	--	6 683	--
Adultes (15 ans et plus)	25 595	36 453	--	--	--

Les facteurs pouvant influencer l'évolution de cet indicateur sont similaires à ceux pouvant influencer l'évolution du diabète (type II).

³⁰ The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference in adults and children in the French Overseas territories: The PODIUM survey, J.-L. Daigre, A.Atallah, J.-L. Boissin, G.Jean-Baptiste, P. Kangambega, H. Chevalier, B. Balkau, D. Smadja, J.Inamo

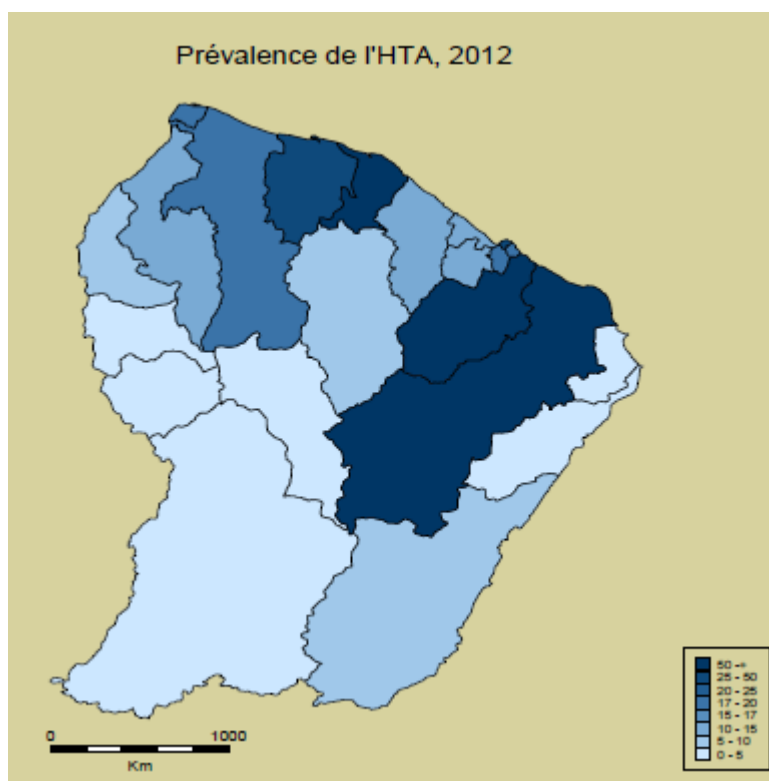
A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cantine scolaire ne permettant pas aux enfants d'équilibrer leurs repas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention relatives a : <ul style="list-style-type: none"> o la nutrition ; o l'exercice physique ; o l'information sur les risques à long terme - Augmentation du nombre de nutritionniste sur le territoire Guyanais (offre) - Poursuite du développement de l'endocrinologie et de SSR spécialisé

c) HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA)

Selon l'ORS Guyane³¹, l'hypertension artérielle (HTA) toucherait environ 4 500 personnes en Guyane, dont 17 ont été enregistrés en ALD-12 (HTA sévère) en 2012. En termes de répartition géographique, la prévalence de l'hypertension artérielle touche davantage les communes de Régina (86,8 cas pour 1 000 habitants), Sinnamary (54) et Roura (50,5), dans la zone littorale plutôt à l'Est de la Guyane. Par comparaison, l'étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007) a estimé la prévalence de l'HTA en France à 310 cas pour 1000 habitants. Cependant, ces données, traitées par l'ORSG, sont issues des répertoires ALD, lesquels sous-estiment le niveau exact des données.

³¹ Banque de données sanitaires de Guyane : Rapport de Suivi d'Indicateurs de Morbidité : Incidence et Prévalence, ORS Guyane, Juillet 2014

Prévalence de l'hypertension artérielle en Guyane en 2012



Source : ORS Guyane (Banque de données sanitaires, juillet 2014)

Une autre étude intitulée « *Existe-t-il des spécificités dans la prévalence et la prise en charge de l'hypertension artérielle aux Antilles-Guyane par rapport à la France métropolitaine ?* »³² a pour objectif de mesurer les différences de prévalence, connaissance, traitement et contrôle de l'hypertension artérielle entre les Antilles-Guyane et la France métropolitaine. L'étude a consisté en une analyse transversale de deux cohortes de travailleurs salariés étudiées en Antilles-Guyane (6 113 sujets) et en France métropolitaine (28 631 sujets), utilisant la même méthodologie. Le diagnostic de l'HTA est basé sur la prise d'un traitement antihypertenseur médicamenteux et/ou la présence d'une pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg à deux visites successives. **Les résultats montrent que parmi les femmes, on observe une plus grande prévalence de l'HTA aux Antilles-Guyane par rapport à la métropole** (18,4 vs. 9,6 %, $p < 0,001$), écart en partie lié à une plus forte prévalence de l'obésité (16,9 vs. 8,9 %, $p < 0,001$). On observe également une meilleure connaissance (82,1 vs. 67,6 %, $p < 0,001$) et un meilleur contrôle de l'HTA (44,9 vs. 33,1 %, $p < 0,01$). Chez les hommes, l'écart de prévalence entre les Antilles-Guyane et la métropole est moindre (respectivement 19,5 vs. 16,2 %, $p < 0,001$). De plus, aucune différence significative n'est observée pour la connaissance (47,2 vs. 49,6 %), le traitement (72,2 vs. 76,3 %), ou le contrôle de l'HTA (13,3 vs. 12,3 %). L'étude conclue que les différences observées entre Antilles-Guyane et métropole sont variables en fonction du sexe. La prévalence et la prise en charge de l'hypertension artérielle sont très proches parmi les hommes. Des différences plus marquées sont observées parmi les femmes, qui présentent une prévalence d'HTA

³² « *Existe-t-il des spécificités dans la prévalence et la prise en charge de l'hypertension artérielle aux Antilles-Guyane par rapport à la France métropolitaine ?* » Jocelyn Inamo (Jocelyn.Inamo@chu-fortdefrance.fr), André Atallah³, Nathalie Ozier-Lafontaine¹, Annie Inamo¹, Linda Larabi⁴, Régis de Gaudemar⁴, Gilles Chatellier⁵, Thierry Lang, BEH thématique 49-50 / 16 décembre 2008

plus élevée, mais également une meilleure connaissance et un meilleur contrôle du niveau de pression artérielle sous traitement antihypertenseur.

Les données de personnes suivies en CDPS permettent de compléter ces éléments pour les populations des communes de l'intérieur. Toutefois, les données issues des rapports d'activité des CDPS ne relatent que des effectifs de personnes suivies. Les personnes souffrant d'HTA non dépistées ou dépistées non suivies ne sont pas prises en compte. La sous-estimation du nombre de personnes concernées dans les communes isolées de Guyane à partir des rapports d'activité des CDPS est probablement très élevée.

On compte en 2013 882 personnes suivies pour HTA dans les CDPS. Ce nombre a par ailleurs évolué de près de +30% entre 2009 et 2013.

Projection de l'indicateur : nombre de patients suivis pour HTA en CDPS (source : données CDPS)

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	681	882	1 058	1 387	1 349	2647
ZE Cayenne	138	129	150	115	182	97
ZE Kourou	2	56	68	---	88	---
ZE Saint Laurent du Maroni	541	697	880	1 086	1 199	2 046

Le nombre de personnes suivies pour HTA en CDPS représente environ 0,3% de la population en 2013 et ce ratio est stable sur la période 2009-2013 à l'échelle de la Guyane entière. Dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni, ce taux est plus important (0,8%) et devrait augmenter jusqu'à 1,5% de la population d'ici 2030. Le résultat obtenu pour la zone de Kourou selon la méthode 2 semble peu vraisemblable, compte tenu de la forte évolution du nombre de patients suivis pour HTA entre 2009 et 2013 dans les CDPS de cette zone. Ils ne sont donc pas présentés dans ce rapport.

	Variation du ratio : nombre de personnes suivies pour HTA en CDPS/population du territoire					
	2009	2013	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Total	0.3%	0.3%	0.3%	0.5%	0.3%	0.7%
ZE Cayenne	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
ZE Kourou	0.0%	0.2%	0.2%	--	0.2%	--
ZE Saint Laurent du Maroni	0.8%	0.9%	0.9%	1.1%	0.9%	1.5%

L'ensemble des facteurs pouvant agir à la hausse ou à la baisse sur l'évolution de l'indicateur sont recensés ci-dessous :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Modification des pratiques alimentaires dans les communes isolées - Vieillissement de la population dans les communes isolées 	<ul style="list-style-type: none"> - Campagnes de prévention dans les communes isolées : <ul style="list-style-type: none"> o Sur la nutrition o Sur l'activité physique - Difficultés de recrutement dans les CDPS qui mettent à mal la continuité des actions de dépistage, et le suivi des patients dépistés.

Les résultats de la méthode 1 sont privilégiés compte-tenu de l'absence de vraisemblance des chiffres obtenus avec la méthode 2, notamment pour la zone de Kourou. A noter que cet indicateur peut être dépendant du comportement de recours de la population et également fortement dépendant de l'offre offerte dans chaque CDPS. Par exemple, si une politique volontariste de renforcement de l'activité des CDPS est mise en place, il est possible que le nombre de personnes suivies en CDPS pour HTA augmente davantage. A l'inverse, si l'offre s'arrête, le nombre de personnes suivies va mécaniquement diminuer, sans pour autant être le reflet de moindres besoins.

Parallèlement aux personnes souffrant de problèmes cardiovasculaires, on comptabilise des taux standardisés de personnes bénéficiaires d'ALD pour AVC invalidant plus importants en Guyane que dans l'Hexagone en 2012. A l'inverse, les taux standardisés de personnes bénéficiant d'un ALD pour maladie coronaire sont plus faibles.

Tableau 40 : nombre d'ALD pour maladie coronaire et AVC invalidant pour 100 000 habitants (au 31/12/12)

	Guyane	Martinique	Guadeloupe	France métropolitaine et DOM
Maladie coronaire	806	478	557	1 719
AVC invalidant	713	652	785	574

Source : CNAMTS-DSES (données au 31/12/12)

Par ailleurs, L'hypertension artérielle est le plus important facteur de risque associé aux accidents vasculaires cérébraux (AVC) et un des principaux facteurs de risque associé aux maladies du cœur.

Selon les données rendues publiques par l'ARS, **l'AVC est la première cause de mortalité en Guyane.**

La surmortalité due à l'AVC en Guyane est importante: + 77,9% chez les hommes et + 22,5% chez les femmes par rapport à la moyenne nationale. Ce constat est dû aux nombreux facteurs de risques non encore maîtrisés:

Hypertension artérielle (HTA), alcool, diabète, surpoids, sédentarité. Le taux de mortalité par AVC des moins de 65 ans en Guyane est 3 fois plus important qu'en métropole.

A ce jour, la Guyane utilise la télé-expertise avec l'UNV de Martinique (CHU de Fort-de-France) qui valide les indications de thrombolyse. Les services des urgences des Centres Hospitaliers Guyanais réalisent les thrombolyse et surveillent les patients. Le PRS Guyane 2011-2015 affiche l'AVC comme une priorité majeure de santé publique. Le projet de "télé-AVC pour la Guyane" a été retenu comme une des 5 priorités dans le Projet Régional de Télémédecine de Guyane 2011-2015

En 2014, on enregistre en Guyane **329 séjours d'hospitalisation pour AVC**, dont plus des trois quarts (82,4%) concernent les plus de 50 ans. Les projections obtenues à horizon 2020 et 2030 sont les suivantes.

Projection de l'indicateur : nombre de séjours d'hospitalisation pour AVC (source : PMSI)

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	201	329	384	594	490	1592
ZE Cayenne	119	174	198	275	240	587
ZE Kourou	25	36	42	56	55	116
ZE Saint Laurent du Maroni	57	100	122	196	166	604
Hommes	134	205	240	341	306	799
Femmes	75	124	145	227	184	620
Moins de 15 ans	2	1	1	0	1	0
15 à 24 ans	1	4	5	21	6	338
25 à 39 ans	11	16	19	25	24	53
40 à 49 ans	33	37	41	42	48	53
50 ans et plus	162	271	357	502	511	1406

	<u>Variation de l'indicateur : nombre de séjours AVC/population</u>					
	2009	2014	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Guyane	0.09%	0.13%	0.13%	0.20%	0.13%	0.41%
ZE Cayenne	0.09%	0.12%	0.12%	0.17%	0.12%	0.30%
ZE Kourou	0.08%	0.09%	0.09%	0.12%	0.09%	0.20%
ZE Saint Laurent du Maroni	0.09%	0.13%	0.13%	0.20%	0.13%	0.46%

Les facteurs pouvant influencer l'évolution des indicateurs relatifs à l'hospitalisation pour AVC sont les suivants :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Vieillissement de la population - Augmentation de la prévalence des facteurs de risque d'AVC (sédentarité, surpoids/obésité, diabète) et manque d'observance dans les traitements pour l'HTA, le diabète. 	<ul style="list-style-type: none"> - La précarité et l'isolement diminuent le recours des patients à l'hospitalisation complète (déterminants de santé) - La démographie médicale de proximité permettant de réaliser des suivis et contrôles plus réguliers et d'éviter ainsi les hospitalisations (offre) - Les expériences prouvent que l'on peut éviter des hospitalisations en améliorant la sécurité sanitaire par l'éducation à la bonne observance des traitements (développement de l'éducation thérapeutique)

Pour cet indicateur, la méthode 1 est privilégiée afin de prendre en compte de façon plus rapproché les dynamiques populationnelles et le vieillissement de la population, qui est un facteur d'influence important de cet indicateur, compte-tenu du fait que la majorité des AVC concerne les plus de 50 ans.

En 2014, on enregistre en Guyane **105 séjours d'hospitalisation pour infarctus du Myocarde**. Ce nombre est resté relativement stable depuis 2009 (103). Les projections obtenues à horizon 2020 et 2030 sont les suivantes.

**Projection de l'indicateur : nombre de séjours d'hospitalisation pour Infarctus du myocarde
(source : PMSI)**

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	103	105	113	91	144	83
ZE Cayenne	70	66	75	62	91	55
ZE Kourou	15	15	18	15	23	15
ZE Saint Laurent du Maroni	17	12	15	8	20	4
Hommes	78	70	82	61	104	50
Femmes	25	27	32	30	40	35
Moins de 15 ans	0	0	0	0	0	0
15 à 24 ans	0	0	0	0	0	0
25 à 39 ans	2	7	8	31	10	386
40 à 49 ans	30	12	13	4	15	1
50 ans et plus	71	78	103	87	147	105

	<u>Variation de l'indicateur : nombre de séjours IM/population</u>					
	2009	2014	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Guyane	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%	0.04%	0.02%
ZE Cayenne	0.06%	0.05%	0.05%	0.04%	0.05%	0.03%
ZE Kourou	0.05%	0.04%	0.04%	0.03%	0.04%	0.03%
ZE Saint Laurent du Maroni	0.03%	0.02%	0.02%	0.01%	0.02%	0.00%

Les facteurs pouvant influencer l'évolution des indicateurs relatifs à l'hospitalisation pour Infarctus du Myocarde sont les suivants :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Vieillessement de la population - Augmentation de la prévalence des facteurs de risque d'infarctus du myocarde et manque d'observance dans les traitements de ces facteurs de risque 	<ul style="list-style-type: none"> - La précarité et l'isolement diminuent le recours des patients à l'hospitalisation complète (déterminants de santé) - La démographie médicale de proximité permettant de réaliser des suivis et contrôles plus réguliers et d'éviter ainsi les hospitalisations (offre) - Les expériences prouvent que l'on peut éviter des hospitalisations en améliorant la sécurité sanitaire par l'éducation à la bonne observance des traitements (développement de l'éducation thérapeutique)

De même que pour les AVC, pour cet indicateur, la méthode 1 est privilégiée afin de prendre en compte de façon plus rapproché le vieillissement de la population, qui est un facteur d'influence important de cet indicateur, compte-tenu du fait la majorité des infarctus du myocarde concerne les plus de 50 ans.

d) INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

L'insuffisance rénale chronique désigne une détérioration graduelle et irréversible de la fonction rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale est souvent posé tardivement. Aucun symptôme réellement gênant n'apparaît en effet au cours des premières années de la maladie. Cette insuffisance rénale chronique évolue fréquemment vers une perte totale de la fonction rénale. Un traitement de substitution de la fonction rénale, la dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la transplantation, devient alors nécessaire. On compte en 2013 **227 patients insuffisants rénaux chroniques traités**, recensés par le registre du rein en 2013.

Il est également à noter que **l'âge de découverte de l'insuffisance rénale chronique en Guyane est plus bas qu'en métropole** (54 ans *versus* 67 ans), notamment à Saint-Laurent-du-Maroni, où l'âge de découverte descend autour de 45 ans, ce qui laisse préjuger d'une augmentation rapide de la demande en particulier dans le Nord-Ouest du territoire.³³

³³ Source : ATIRG

Projection de l'indicateur : effectifs de patients insuffisants rénaux chroniques traités (source : registre du rein)

Les projections suivantes s'appuient sur la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale en 2013 en Guyane.³⁴ Le détail des chiffres n'est pas disponible par sexe, âge, ni zones d'emploi, ni pour des années antérieures.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	ND	227	272	--	347	--

Pour cet indicateur, les résultats de la méthode 1 seront pris en compte, du fait d'absence de chiffre permettant de calculer la méthode 2.

Concernant la prise en charge de cette pathologie, les données du PMSI indiquent que 16 872 séances de dialyse ont été réalisées en 2013, dont la plupart concernent la population de Cayenne (78,5%).

Projection de l'indicateur : nombre de séances de dialyse (source : PMSI)

Les données ne sont pas disponibles pour 2009 pour cet indicateur.

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	ND	18 843	22 013	--	28 057	--
ZE Cayenne	ND	14 225	16 169	--	19 640	--
ZE Kourou	ND	1 289	1 521	--	1 979	--
ZE Saint Laurent du Maroni	ND	2 797	3 410	--	4 647	--
Hors Guyane/ND	ND	532	A compléter		A compléter	
Hommes	ND	10 846	12 674	--	16 175	--
Femmes	ND	7 997	9 338	--	11 885	--
Moins de 15 ans	ND	274	314	--	382	--
15 à 24 ans	ND	1 922	2 239	--	2 882	--
25 à 39 ans	ND	2 490	2 733	--	3 202	--
40 à 49 ans	ND	14 157	18 640	--	26 700	--
50 ans et plus	ND	18 843	22 013	--	28 057	--

³⁴ L'IRCT dans les DOM-TOM ESRD patients in overseas territories J. Deloumeaux^{1,2}, J. Guiserix³, S. Merle⁴, JM Gabriel¹, JM. Tivollier⁵, F. Garnier⁶, M. Nacher^{7,8}, D. Rochemont⁷, J. Peruvien¹, N. Neller⁴, B. Bona³, C. Couchoud⁹

Les facteurs pouvant influencer l'évolution de ces deux indicateurs relatifs à l'insuffisance rénale chronique et aux dialyses sont recensés ci-dessous :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'activité de dépistage (augmentation du nombre de découvertes) / amélioration du dépistage organisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'information permettant d'améliorer l'état de santé des populations - Amélioration des conditions de vie et d'habitat - Augmentation de la démographie médicale de proximité permettant de réaliser des suivis et contrôles plus réguliers et d'éviter ainsi les hospitalisations (offre) - Développement de la transplantation rénale (offre)

6. DREPANOCYTOSE

La Guyane est également touchée par la drépanocytose. Les estimations³⁵ portent sur environ 2 000 gyanais atteints, en particulier des enfants. Seulement le quart d'entre eux seraient suivis par des médecins, hôpitaux ou centres de santé. D'après l'étude « La drépanocytose dans les départements français d'outre-mer (Antilles, Guyane, la Réunion, Mayotte). Données descriptives et organisation de la prise en charge » La drépanocytose est une priorité de santé publique dans les départements français d'outre-mer (DOM) avec la mise en place d'un dépistage néonatal (DNN) systématique et d'une prise en charge organisée dès la fin des années 1980. Le BEH n° 27-28 du 3 juillet 2012 présente des données issues du rapport 2010 de l'Association française de dépistage et de prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE), des programmes de médicalisation du système d'information (PMSI) ou des rapports d'activité des différentes structures de prise en charge. L'incidence des syndromes drépanocytaires majeurs à la naissance est de 1/4 551 à la Réunion, 1/633 à Mayotte, 1/343 en Martinique, 1/297 en Guadeloupe et 1/227 en Guyane. La fréquence des porteurs du trait drépanocytair est de 5,2% pour l'ensemble des DOM *versus* 2,7% pour l'hexagone pour la période 2006-2010. L'évolution de l'organisation de la prise en charge, avec des structures bien identifiées, est présentée pour chacun des départements.

En réponse à cette forte incidence, un centre de maladies rares de la drépanocytose aux Antilles-Guyane a été labellisé en juillet 2006, d'une part, et deux centres de compétences pour la prise en charge des maladies constitutionnelles rares du globule rouge et de l'érythropoïèse (MCRGRE), d'autre part, ont été labellisés en 2008, l'un en Guyane et l'autre à la Réunion-Mayotte.

³⁵ BEH n°27-28, juillet 2012, *La drépanocytose en France : les données épidémiologiques pour améliorer la prise en charge*

Projection de l'indicateur : prévalence de drépanocytose (source : BEH)

Les données ne sont pas disponibles pour une année antérieure à 2013. Selon les projections de la méthode 1, le nombre de cas de drépanocytose s'élèverait à 2 400 en 2020 et 3 059 en 2030. De même, la répartition territoriale des personnes atteintes de drépanocytose n'est pas connue.

	Données de base		Projection 2020		Projection 2030	
	2009	2013	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre total	NC	2 000	2 400	---	3 059	---

Les résultats de la méthode 1 seront donc conservés. Compte-tenu du caractère héréditaire de cette maladie, les facteurs d'influence de son évolution n'ont pas été recensés.

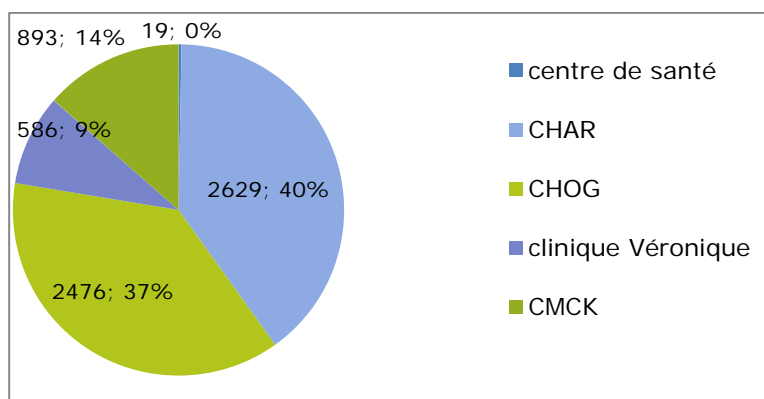
7. PERINATALITE

Les données suivantes sont issues du Registre d'Issues de Grossesses (RIGI) de Guyane pour les années 2009 et 2013. Les calculs et projections réalisés ci-après s'appuient uniquement sur la méthode 2 (suivi des tendances). En effet, le modèle OMPHALE ne permet pas d'utiliser de façon fiable les projections de population par sexe et par zones d'emploi, a fortiori pour une catégorie d'âge spécifique.

La Guyane se caractérise par un fort taux de natalité et des besoins importants en matière de prise en charge de la périnatalité.

En 2013, on comptait 6 603 issues de grossesses en Guyane, soit une évolution de +6% environ par rapport à 2009. En 2013, les accouchements ont été principalement réalisés au CHAR (40%) à Cayenne et au CHOG à Saint-Laurent-du-Maroni (37%). Les données du RIGI de 2014 confirment ces tendances : on a compté cette année-là 6 757 issues de grossesses, dont près de 45% au CHAR.

Accouchements réalisés en Guyane en 2013 par lieux



Projection de l'indicateur : nombre d'issues de grossesses (source : RIGI)

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	6 325	6 603	7 920	7 119	10 080	7 927
Moins de 15 ans	40	31		20		10
15 à 24 ans	2 450	2 391		2 291		2 156
25 à 34 ans	2 729	2 952		3 387		4 122
35 ans et plus	1 104	1 185		1 341		1 601
ZE Cayenne	2881	3 030	---	3310	---	3754
ZE Kourou	757	784	---	834	---	910
ZE Saint Laurent du Maroni	2595	2 619	---	2662	---	2724

NB : données non renseignées : ND Communes 2009 = 93, 2013 = 170 ; ND âge de la mère 2009 = 44, 2013 = 2)

NB : les données par zones d'emploi et tranches d'âge correspondent à l'adresse et à l'âge de la mère au moment de l'accouchement

Le ratio de nombre d'issues de grossesses par rapport au nombre de femmes en âge de procréer représente 10,68% en 2009 et 10,10% en 2013. Selon la méthode 2 qui prolonge ces tendances, ce ratio devrait continuer à diminuer pour atteindre 8,46% en 2030.

Variation du ratio : nombre d'issues de grossesses/femmes en âge de procréer					
2009	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
10,68%	10,10%	10,34%	9,30%	10,76%	8,46%

Les facteurs pouvant influencer l'évolution du nombre d'issues de grossesses sont les suivants :

A la hausse	A la baisse
- Augmentation de l'immigration	- Baisse de la fécondité - Politique volontariste d'éducation et de prévention (politique de prévention des services de PMI, éducation des femmes, actions du planning familial, développement des campagnes, en milieu scolaire, réduction des grossesses précoces), meilleure judiciarisation des grossesses chez les moins de 15 ans, notamment dans l'ouest guyanais) - Meilleurs accès à la contraception

Ainsi, les résultats obtenus avec la méthode 2 sont privilégiés pour cet indicateur, afin de prendre en compte l'ensemble des actions et facteurs qui permettront de limiter l'augmentation des naissances. Par ailleurs, les acteurs rencontrés sur site ont évoqué un possible ralentissement de la dynamique de natalité du fait de l'accompagnement et des actions de prévention mises en place.

a) ETAT DE SANTE A LA NAISSANCE ET PATHOLOGIE PENDANT LA GROSSESSE

Du fait de la précarité à laquelle un certain nombre de femmes sont exposées (*cf. 1^{ère} partie du présent rapport*), le suivi des grossesses en Guyane peut poser de réelles difficultés. **Il s'ensuit un état de santé à la naissance plus souvent préoccupant qu'en métropole ou qu'aux Antilles : prématurité, hypotrophie, malformations notamment.**

Tableau 41 : pathologies de naissance des enfants guyanais entre 2009 et 2013

	2009	2013
Enfants hypotrophes	828	811
Enfants prématurés	896	853

Source : RIGI

Concernant les malformations (incluant la trisomie 21), on compte en 2011 130 enfants et 134 en 2012.

Projection de l'indicateur : nombre d'enfants prématurés (source : RIGI)

NB : le RIGI permet d'obtenir ce chiffre au niveau de l'ensemble du territoire Guyanais uniquement.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	896	853	1 023	783	1 302	692

Le nombre d'enfants prématurés représente près de 15% des naissances en 2009. Ce ratio a eu tendance à diminuer : il est de 13% en 2013. Selon les projections du second modèle, ce dernier diminuerait à 8,73% en 2030.

<u>Variation du ratio : nombre d'enfants prématurés/nombre de naissances</u>					
2009	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
14,27%	13,00%	14,37%	10,99%	16,43%	8,73%

Concernant l'hypotrophie, la moyenne dans les pays de l'OCDE s'établit à 6.8 %. En Guyane, la proportion est restée largement supérieure à cette moyenne entre 2007(12,5%) et 2012 (13,0%) et reste considérable dans les communes de l'ouest guyanais (13,3% des nouveau-nés, dont les mères résidaient au Surinam, avaient un faible poids à la naissance en 2012).

Projection de l'indicateur : nombre d'enfants hypotrophes (source : RIGI)

NB : le RIGI permet d'obtenir ce chiffre au niveau de l'ensemble du territoire Guyanais uniquement.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	828	786	943	718	1 200	630

Le nombre d'enfants nés hypotrophes représente 13,19% du nombre de naissances en 2009. Ce ratio diminue très légèrement entre 2009 et 2013. Ainsi, avec la méthode 2, il devrait s'élever à 7,95% d'ici 2030.

Variation du ratio : nombre d'enfants nés hypotrophes/nombre de naissances					
2009	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
13,19%	11,97%	13,24%	10,08%	15,14%	7,95%

Concernant les malformations, les écarts dans les bases RIGI rendent difficiles l'estimation du nombre d'enfants nés avec des malformations. Pour 2011 et 2012, les chiffres montrent qu'on dépiste à la naissance environ 130 enfants malformés (incluant la trisomie) par an.

Projection de l'indicateur : nombre d'enfants nés avec des malformations (source : RIGI)

NB : le RIGI permet d'obtenir ce chiffre au niveau de l'ensemble du territoire Guyanais uniquement.

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	130	134	161	141	205	152

Variation de l'indicateur : nombre d'enfants avec des malformations / nombre de naissances					
2009	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
2,06%	2,03%	2,03%	1,98%	2,03%	1,92%

Concernant les grossesses pathologiques, les derniers chiffres de la PMI indiquent que 50% des grossesses seraient des grossesses pathologiques, avec comme première pathologie l'infection.

Projection de l'indicateur : nombre de grossesses pathologiques (source : RIGI)

NB : le RIGI permet d'obtenir ce chiffre au niveau de l'ensemble du territoire Guyanais uniquement.

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	3 235	3 217	3 858	3 186	4 911	3 142
<u>Variation de l'indicateur : nombre de grossesses pathologiques/nombre de naissances</u>						
2009	2013	2020		2030		
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2	
51,15%	48,72%	48,72%	44,75%	48,72%	39,63%	

Pour ces différents indicateurs reflétant l'état de santé de l'enfant à la naissance et de la mère pendant la grossesse, les résultats de la méthode 2 sont privilégiés, de façon à prendre en compte leur tendance à la diminution entre 2009-2013, résultant probablement de l'ensemble des actions menées actuellement en Guyane pour l'amélioration générale des déterminants de santé ainsi qu'à l'amélioration des suivis de grossesse (augmentation du dispositif, en CDPS, à Saint-Laurent-du-Maroni par exemple).

En effet, la répartition des facteurs d'influence de ces indicateurs - listés dans le tableau ci-dessous - est relativement équilibrée, et on peut supposer dans le cas de la Guyane des années à venir que leurs effets « s'annuleront », en particulier en raison des effets anticipés de la hausse de l'intoxication aux métaux lourds (à la hausse) d'une part, et des politiques de prévention, qui est une orientation forte des stratégies de la région et de la baisse des grossesses précoces, d'autre part (à la baisse).

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Intoxication au mercure et métaux lourds des mères notamment à proximité de l'Oyapock et du fleuve Maroni entraînant des grossesses pathologiques et malformations - Pour les malformations : augmentation de l'activité de dépistage permettant de dépister davantage de cas de surdité (en pleine mise en œuvre en Guyane) - Conditions de vie précaires (conditions économiques) - Augmentation de l'activité de dépistage - Baisse de la densité en professionnels de santé - Augmentation de l'incidence des IST et de l'infection au zika 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention (déterminants de santé) - Diminution des grossesses précoces (prévention, etc.) car ces grossesses sont généralement moins bien suivies et peuvent davantage mener à des complications - Amélioration du suivi des grossesses, (rôle essentiel du réseau p�rinat dans ce domaine notamment par un travail sur l'harmonisation des pratiques en matière de suivi de grossesse, par des formations) - Amélioration de l'accès aux droits et de leurs renouvellements, notamment par l'amélioration de l'application de la procédure d'instruction prioritaire d'ouverture et de renouvellement des droits pour les femmes enceintes - Amélioration de la densité en professionnels de santé pour assurer le suivi de la grossesse - Prévention sur les risques de contamination liés à la qualité de l'eau - Diminution de l'activité d'orpaillage permettant de limiter les intoxications à l'eau

b) INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

Pour ce qui concerne les **interruptions volontaires de grossesses (IVG)**, comme le note la Cour des Comptes, le nombre d'IVG est globalement stable mais leur pourcentage est supérieur aux moyennes métropolitaines.

NB : les données source sont des données agrégées qui n'ont pas permis de territorialiser les besoins en matière de prise en charge des IVG.

Tableau 42 :  volutions des IVG et demandes d'IVG en CPEF entre 2009 et 2013 par lieux

	2009	2013
IVG Hôpital	1564	1135
IVG CPEF	632	677
IVG Ville	618	510
	2 690	2 433

Source : SNIIRAM (Univers DAMIR); SAE ; rapports d'activité CPEF

L'analyse de l'évolution des IVG réalisées en ville par âge et régime social montre que, sur la période 2009 – 2013 :

- En 2013, les patientes ayant eu recours à un IVG étaient plus âgées que celles de 2009 (20,4% de plus de 35 ans en 2013 contre 17,3% en 2009 et à l'inverse, une moindre part des patientes âgées de moins de 20 ans) ;
- La part des patientes ayant eu recours à l'IVG et bénéficiaires de la CMU-C en 2013 était près de 2 fois moins élevée que celle de 2009 (36,5% vs 65,5%)

Tableau 43 : évolution des IVG réalisées en ville par âges et régime social

	2009	2013
IVG Ville	618	510
Dont moins de 15 ans	0,2%	0,2%
De 15 à 19 ans	15,5%	7,5%
De 20 à 24 ans	26,1%	25,3%
de 25 à 29 ans	24,3%	27,3%
De 30 à 34 ans	16,7%	19,4%
De 35 à 39 ans	13,9%	14,1%
40 ans et plus	3,4%	6,3%
Dont bénéficiaires CMU-C	65,5%	36,5%

Source : SNIRAM (Univers DAMIR) - Nombre IVG - Médecine de ville (extraction au 13/03/2015)

Projection de l'indicateur : nombre d'IVG (source : SNIIRAM et SAE)

NB : les données du SNIIRAM pour les IVG ne sont pas disponibles à un niveau territorial plus précis que l'échelle régionale.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
IVG hôpital	1 564	1 135	1 361	648	1 733	291
IVG ville	618	510	612	364	779	225
<u>Détail pour les IVG de ville uniquement</u>						
Moins de 15 ans	1	1	105	105	130	128
15 à 24 ans	257	167	4 605	4 096	5 511	4 349
25 à 39 ans	339	310	6 931	6 965	8 748	8 936
40 ans et plus	21	32	599	710	713	1 100

En 2009, on compte, tout type d'IVG confondu (ville et hôpital), un peu moins d'1 IVG pour 3 naissances la même année. Ce taux apparaît important et diminue entre 2009 et 2013.

Variation du ratio : nombre d'IVG/nombre de naissances					
2009	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
34,50%	24,91%	24,91%	14,22%	24,91%	6,51%

Les facteurs pouvant influencer l'évolution de cet indicateur sont recensés ci-dessous.

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du recours à l'IVG : <ul style="list-style-type: none"> o connaissance du dispositif o augmentation de l'offre o changement de comportement o etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleur accès à la contraception - Prévention et réduction des rapports à risque

On constate entre 2009 et 2013 une diminution du recours à l'IVG, que ce soit en ville ou à l'hôpital. On peut supposer que cette tendance va se poursuivre dans les années suivantes, portée notamment par les facteurs d'influence à la baisse de l'indicateur, avec la forte volonté de poursuite d'actions de prévention de la part des autorités régionales. **Ainsi, les résultats de la méthode 2 sont privilégiés.**

Projection de l'indicateur : nombre d'IVG réalisées en CPEF (source : rapport d'activité CPEF)

L'indicateur suivant concerne le nombre d'IVG réalisées en CPEF. Il s'agit uniquement d'IVG médicamenteuses. Les chiffres sont fournis à l'échelle de la Guyane.

	Données de base		Projection 2020		Projection 2030	
	<u>2012</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
IVG réalisé en CPEF	632	677	812	1 096	1 033	2180

Variation du ratio : nombre d'IVG en CPEF/nombre de naissances					
2012	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
NC	10.25%	10.25%	15.39%	10.25%	27.50%

Contrairement aux IVG réalisées dans un cabinet libéral ou à l'hôpital, on constate une augmentation du nombre d'IVG en CPEF sur 2012 et 2013. Cependant, le nombre total d'IVG réalisées (en cabinet libéral, à l'hôpital ou en CPEF) diminue sur les périodes observées. De plus on peut recenser les mêmes facteurs d'influence à la hausse et à la baisse pour les IVG réalisées en CPEF que pour le nombre d'IVG réalisées en cabinet libéral ou à l'hôpital (*cf. supra facteurs d'influence auxquels on peut rajouter l'amélioration de l'offre notamment la création d'un deuxième CPEF*).

Concernant les projections d'IVG réalisées en CPEF, les résultats de la méthode 1 pourront ainsi être privilégiés, afin de prendre l'hypothèse d'évolution la plus faible (pour prendre en compte la tendance générale de diminution du recours aux IVG).

8. CONSOMMATION D'ACTES DE SOINS DENTAIRES

En 2014, on compte 5 720 enfants de 6 ans (source : INSEE, recensement). Parmi eux, près de 40% (39,7%) ont consulté un chirurgien-dentiste. Ainsi, plus de la moitié des enfants guyanais de 6 ans n'ont pas bénéficié de consultation dentaire en 2014. Par ailleurs, 2014 a été l'année pendant laquelle on compte le plus de consultations dentaires pour les enfants de 6 ans. Le nombre de consultations a été en augmentation constante depuis 2011. Cette augmentation absolue est certes à mettre en lien avec l'augmentation de la population guyanaise pendant la même période, mais elle représente également une augmentation du taux de recours. Cet indicateur permet ainsi de mettre en évidence une amélioration des comportements de prévention, amélioration liée notamment à l'existence du dispositif M'Tes dents, permettant d'accéder à une consultation de dentiste gratuitement à l'âge de 6 ans.

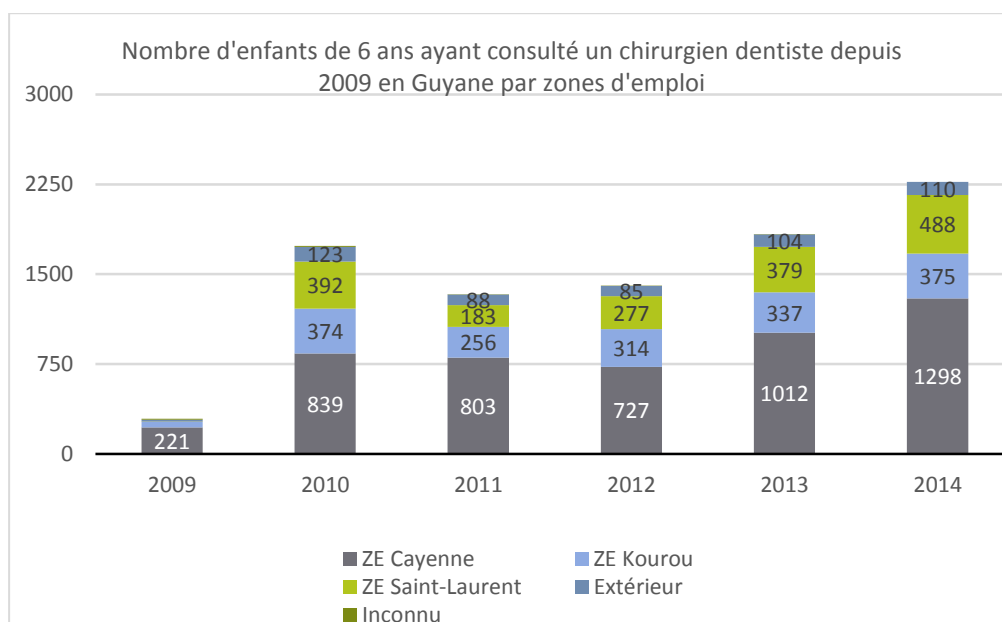
Tableau 44 : nombre d'enfants de 6 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste depuis 2009 en Guyane par zones d'emploi

Année des Soins	Nombre de Bénéficiaires
2009	292
2010	1 737
2011	1 331
2012	1 404
2013	1 833
2014	2 271
2015	618*

* année incomplète

Source : SNIIRAM

Nombre d'enfants de 6 ans ayant consulté un chirurgien-dentiste depuis 2009 en Guyane par zones d'emploi



Source : SNIIRAM

Projection de l'indicateur : nombre d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste (source : SNIIRAM)

Entre 2010 et 2013, le nombre d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste enregistré est passé de 1 737 à 1 833.

	Données de base		Projection 2020		Projection 2030	
	2010	2013	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre total	1 737	1 833	2 200	2 078	2 803	2 486

NB : faute de données disponibles par zones d'emploi, les projections ont été réalisées au niveau de la Guyane uniquement. Par ailleurs, les projections ont été réalisées en s'appuyant sur les données de projections de populations âgées de 0 à 4 ans (les projections de populations de 6 ans et de 0-5 ans ne sont en effet pas disponibles).

L'analyse de l'évolution de cet indicateur rapportée à l'évolution des moins de 5 ans jusqu'en 2030 indique une amélioration du taux de recours en consultation pour la méthode 1 et une diminution avec la méthode 2.

Variation du ratio : nombre d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste / nombre d'enfant de moins de 5 ans					
2010	2013	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
6.48%	6.57%	6.65%	6.29%	6.80%	6.03%

Les facteurs d'influence de cet indicateur concernent principalement la promotion du dispositif de consultations dentaires (à la hausse) et la démographie médicale pour les dentistes (à la hausse ou à la baisse).

Ainsi, la méthode 1 est privilégiée afin de prendre en compte la dynamique d'amélioration du taux de recours observée entre 2010 et 2013 sur le long terme, du fait des effets des actions d'amélioration de l'accès aux soins dentaires, notamment pour les enfants (promotion du dispositif, actions en faveur de l'installation de dentistes).

9. COUVERTURE VACCINALE ³⁶

En Guyane, la problématique de la couverture vaccinale est encore plus cruciale qu'ailleurs compte tenu de la forte croissance démographique, du fort taux de migration, de la progression de la précarité dans certaines fractions de la population, de l'inégalité d'accès aux soins, du déficit de professionnels de santé, d'obligations vaccinales plus étendues et du contexte épidémiologique.

Un certain nombre d'études ont toutefois mis en exergue les insuffisances existantes au niveau de la couverture vaccinale, notamment chez les adultes.

En 2014, une enquête menée par l'ORS de Guyane sur un échantillon de 2 039 personnes a montré que le **taux de couverture moyen (TCM) contre la Fièvre Jaune était estimé à 73,8% chez les personnes âgés de plus de 9 mois**. Ce taux est par ailleurs variable en fonction des communes de résidences des personnes enquêtées (le taux était plus faible dans les communes de l'Ouest et du centre du territoire). Ainsi, des besoins d'information, d'accès et de suivi de la vaccination sont repérés.

Pour ce qui concerne les autres vaccins, l'enquête a montré que 80% des enquêtés âgés de moins de 13 ans sont couverts par le vaccin contre la tuberculose (BCG). Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite couvrent entre 60 et 65% de la population d'étude.

Les vaccins contre l'hépatite B sont à jour pour 60 et 45% de la population. Les vaccins contre la méningite et les pneumocoques ne couvrent eux que 5% et 8% de la population, pour les pneumocoques 20% des individus ont déjà été vaccinés au moins une fois.

Les vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) sont à jour pour près de 65% de la population avec environ 10% des individus pas à jour.

Ces taux relativement faibles de couverture vaccinale doivent être mis en lien avec le manque de médecins pour effectuer les vaccinations sur l'ensemble du territoire, notamment en PMI ; les difficultés d'approvisionnement en vaccin, provoquant des ruptures de stock, expliquent également ces faibles couvertures vaccinales.

³⁶ Couverture vaccinale fièvre jaune : impact du dispositif expérimental de vaccination par des médecins généralistes en Guyane française, ORSG, novembre 2014

Tableau 45 : taux de couverture vaccinal chez les sujets de 9 à 13 mois enquêtés dans le cadre de l'étude sur la couverture vaccinale de l'ORSG

Vaccins	Effectifs vaccins à jour
BCG	78,80%
DYPHERIE	63,90%
TETANOS	62,30%
POLIOMYELITE	62,40%
COQUELUCHE	54,10%
HEPATITE B	59,10%
HEMOPHILIE	45,50%
ROUGEOLE	65,70%
OREILLONS	64,00%
RUBEOLE	64,10%
MENINGITE	5%
PNEUMOCOQUE	8,30%

Source : ORS

10. UN CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL ET DES DETERMINANTS DE SANTE A PRENDRE EN COMPTE

Les déterminants de santé sont très fortement liés aux **conditions de vie de la population et ont un impact direct sur leurs besoins en matière d'état de santé et de prise en charge**. Ils recouvrent notamment la qualité de l'habitat, le type d'emploi, le niveau d'éducation, les ressources, etc. Or, pour la Guyane, ces indicateurs sont inégaux. C'est principalement la précarité d'une partie de la population qui dégrade ses conditions de santé, notamment en matière d'habitat précaire, de difficultés à accéder à une eau potable, qui peuvent entraîner des cas de typhoïdes et permettre le développement de contaminations et de développement de maladies vectorielles comme le paludisme par exemple. En outre, la précarité économique et sociale, ainsi que l'isolement géographique de la population constituent des freins pour l'accès aux droits et aux soins, ainsi qu'à la prévention.

L'étude « migrations et soins » menée en 2009 par l'AFD et l'Inserm met en évidence l'existence d'**inégalités de santé en fonction du statut migratoire**. Les résultats montrent notamment que les migrants, qu'ils soient étrangers ou naturalisés, en situation régulière ou irrégulière, en Guyane depuis plus ou moins de 10 ans, ont un plus mauvais état de santé que les personnes nées sur le territoire français. L'étude suggère également que les plus vulnérables en matière de santé sont les étrangers en situation irrégulière et installés en Guyane depuis plus de 10 ans : ils déclarent notamment un état de santé plus mauvais que les français de naissance indépendamment de conditions socio-économiques et d'un isolement social plus défavorables. Ainsi, corollairement avec la dégradation des conditions économiques, les populations les plus précaires sont aussi celles qui ont le moins de chance de disposer d'une espérance de vie en bonne santé. Elles sont ainsi

davantage assujetties au développement de complications de leur état de santé, entraînant un plus grand niveau de dépendance, au grand âge.

11. LES RISQUES SANITAIRES EN GUYANE

Selon la définition officielle du gouvernement, un risque sanitaire désigne un **risque, immédiat ou à long terme, plus ou moins probable** auquel la **santé** publique est **exposée**.

L'évaluation des risques sanitaires requiert une étude complète. Comme le définit l'ARS Pays de la Loire, « *La démarche d'évaluation des risques, née aux Etats-Unis dans les années 1980, a été développée. C'est une démarche de synthèse des connaissances scientifiques disponibles (environnementales, cliniques, épidémiologiques, toxicologiques) et de quantification des expositions et des risques liés à une substance, un agent, une situation, une installation ou un projet, permettant de guider les décisions de protection sanitaire dans une situation d'incertitude. C'est la méthode la plus adaptée à l'étude des risques "à venir" et la plus aboutie pour caractériser les risques faibles. Elle a l'avantage d'être transposable à tout type de dossier d'installation classée pour la protection de l'environnement (ICPE), même si chaque projet constitue un cas particulier et a le mérite d'être transparente car les hypothèses et les incertitudes y sont clairement explicitées. Bien que tous les projets d'aménagement ou d'activité ne soulèvent pas les mêmes préoccupations en termes d'impacts sanitaires potentiels, l'étude doit être construite selon les quatre étapes de la démarche d'évaluation des risques : identification des dangers, définition des relations dose-réponse, évaluation de l'exposition humaine* ».

Le présent tableau, non exhaustif, a vocation à présenter de façon synthétique les principaux enjeux entourant les risques sanitaires en Guyane.

De nombreuses actions ont déjà été engagées dans le sens de connaissance et de la maîtrise des risques sanitaires

Tableau 46 : matrice AFOM des risques sanitaires en Guyane

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Une offre de prévention et de prise en charge existante et structurée - Une observation et une surveillance rapprochées des acteurs de santé publique des risques sanitaires sur le territoire (registre rein, cancer, plan de lutte contre la dengue, le paludisme, etc.) permettant une bonne connaissance des risques sanitaires et du dispositif de lutte 	<ul style="list-style-type: none"> - Habitat précaire, difficultés d'accès à l'eau potable, problématiques de gestion des déchets : <ul style="list-style-type: none"> o consommation d'eau non potable : développement de cas de typhoïde o maladies digestives o Légionnelle o Saturnisme (exposition au plomb) o Asthme, allergies dues à l'humidité, allergènes - Maladies infectieuses et vectorielles : paludisme, dengue principalement (maladie de chagas, leishmaniose, fièvre jaune, rage, hantavirus, leptospirose secondairement) - Propagation de maladies infectieuses (VIH)
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Baisse de l'immigration - Résorption de l'habitat de fortune et amélioration des conditions d'habitat - Diminution de l'activité d'orpaillage - Actions de prévention sur la consommation d'eau - Mise en œuvre et application des plans et actions retenus en faveur de la maîtrise des risques de développement des maladies vectorielles - Effets des actions de prévention menées (diabète, obésité, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Possible émergence d'épidémies de maladies anciennes (fièvre jaune, chikungunya) - Absence d'amélioration des conditions d'habitat/propagation de l'habitat insalubres, de la gestion des déchets et de l'alimentation en eau potable - Absence d'effets des actions de prévention : absence de modification des comportements préventifs (développement de l'obésité, propagation du VIH, etc.)

III. ENJEUX CLES LIES AU DISPOSITIF DE REPONSE AUX BESOINS EN SANTE DE LA POPULATION

1. UNE FORTE ACTIVITE DE PREVENTION

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), **l'approche préventive correspond à l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir à la santé individuelle et collective.** Elle regroupe différents types d'action :

- La prévention dite primaire, qui comprend l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population ;
- La prévention secondaire, qui comprend l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population (dépistage) ;
- La prévention tertiaire, qui vise à prévenir les rechutes ou complications.

En Guyane, un certain nombre d'enjeux ont été repérés en matière de prévention. Le schéma régional 2011 – 2015 avait notamment mis en exergue :

- La difficulté à intégrer les approches préventives, non médicalisées, autres que le dépistage ou la vaccination ;
- La difficulté de coordination, particulièrement en Guyane ;
- L'appui sur les acteurs locaux et l'inégalité territoriale : nombre insuffisant de professionnels qualifiés dans un contexte de boom démographique ;
- L'implication de la population.

Les axes prioritaires de prévention recoupent ceux de santé publique repérés dans le SROS, c'est-à-dire : les maladies infectieuses et parasitaires, le VIH, la santé sexuelle, l'endiguement des maladies à transmission vectorielles (paludisme, dengue, etc.), la vaccination et la lutte contre la tuberculose notamment.

En matière de prévention, **les associations peuvent s'appuyer sur différents types d'acteurs :**

- **Les CDPS**, répartis sur le territoire. L'ARS a en effet signé avec le CHAR, dans le cadre d'un CPOM, un contrat spécifique aux CDPS, déclinant leurs objectifs et missions, en actions concrètes de terrain. Une première évaluation a été effectuée en 2010 et a permis d'évaluer les activités des centres en matière de prévention et de santé dans les communautés (points forts/points faibles/points à améliorer et /ou à développer). ;
- **Les centres PMI**, qui disposent, au sein de leurs missions, d'action de protection et de promotion de santé maternelle et infantile (activité de planification et d'éducation familiale, actions d'information, etc.). En matière de planification familiale, des consultations, relatives à la contraception (ordonnance et information), le postnatal, le prénuptial, la pilule du lendemain font partie des actions menées. Il relève également des services PMI, la réalisation de consultation et d'action de prévention en faveur des moins de 6 ans, notamment au sein des écoles ;

- = **Un réseau d'éducation pour la santé**, initié par l'ARS et porté par l'association Guyane promo santé (GPS), qui adhère à la FNES. L'association anime le pôle régional de compétences (PRC) et qui a pour objectifs de :
 - o Mettre en réseau les acteurs en éducation et promotion de la santé en Guyane ;
 - o Diffuser et créer des outils pédagogiques et de communication ;
 - o Organiser des formations aux acteurs ;
 - o Proposer des accompagnements personnalisés aux porteurs de projets en éducation et promotion de la santé.

Le schéma régional de prévention lui associe les objectifs prioritaires suivants pour les années 2011-13 :

- o Favoriser les synergies en éducation et promotion de la santé ;
- o Mutualiser, développer et améliorer la qualité des ressources documentaires (outil, etc.) ;
- o Améliorer les compétences des acteurs ainsi que la qualité des actions.

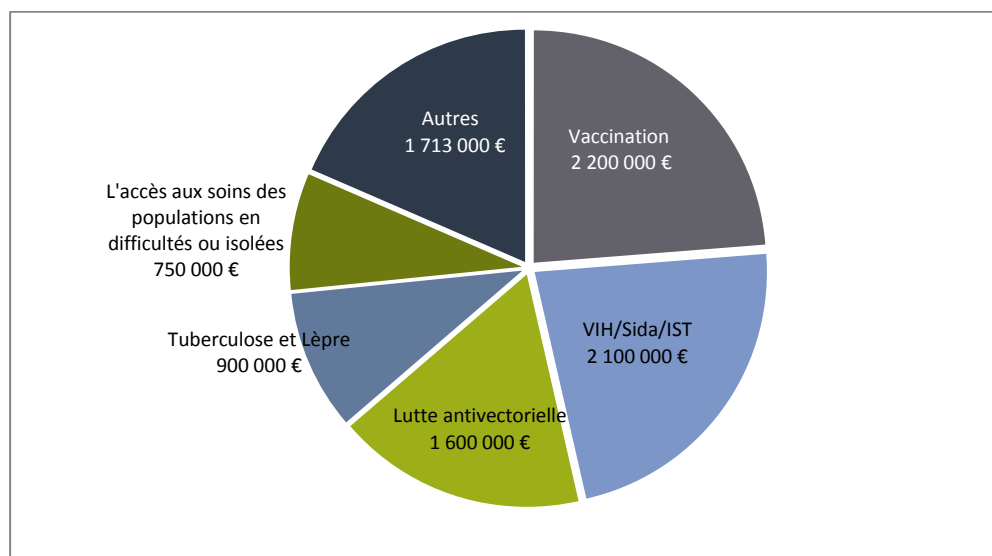
Le GPS fédère des membres, dont des associations, personnes physiques, institutions, 2 unions et 1 mutuelle. Près d'une trentaine d'association en sont membres.

- La promotion de la santé peut également s'appuyer sur un tissu associatif assez varié, composé de différentes associations, plus ou moins importantes, agissant dans différents domaines. Leurs interventions sont financées dans le cadre d'appels à projets de l'ARS ;
- = **Enfin, d'autres acteurs** participent également de près ou de loin à la mise en place et l'animation d'actions de prévention :
 - o D'autres réseaux de santé, dont notamment le réseau de gérontologie et Alzheimer, réseau périnatal, réseau onco, réseau Kikiwi ;
 - o La coordination territoriale spécifique à la lutte contre le VIH/Sida avec le COREVIH comme acteur indispensable dans la lutte contre le VIH ;
 - o Les Ateliers Santé Ville (ASV) qui mettent en place des actions de prévention au niveau local dans des territoires reconnus comme prioritaires avec les partenaires de terrain, notamment au travers des Contrats Locaux de Santé (CLS) ;
 - o La mise en place d'une organisation transfrontalière avec les acteurs Surinamais et brésiliens notamment en matière de lutte contre le VIH ;
 - o Les 3 centres de prévention santé de la Croix Rouge situé à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni qui réalisent des actions en matière de :
 - Vaccination;
 - lutte anti tuberculose ;
 - Dépistage des IST et du VIH (CDAG-CIDDIST).

En 2014, 71 associations ont été financées par l'ARS pour la réalisation de 105 actions pour un montant total de 9 263 000 euros. Les thématiques d'action financées concernent les éléments suivants :

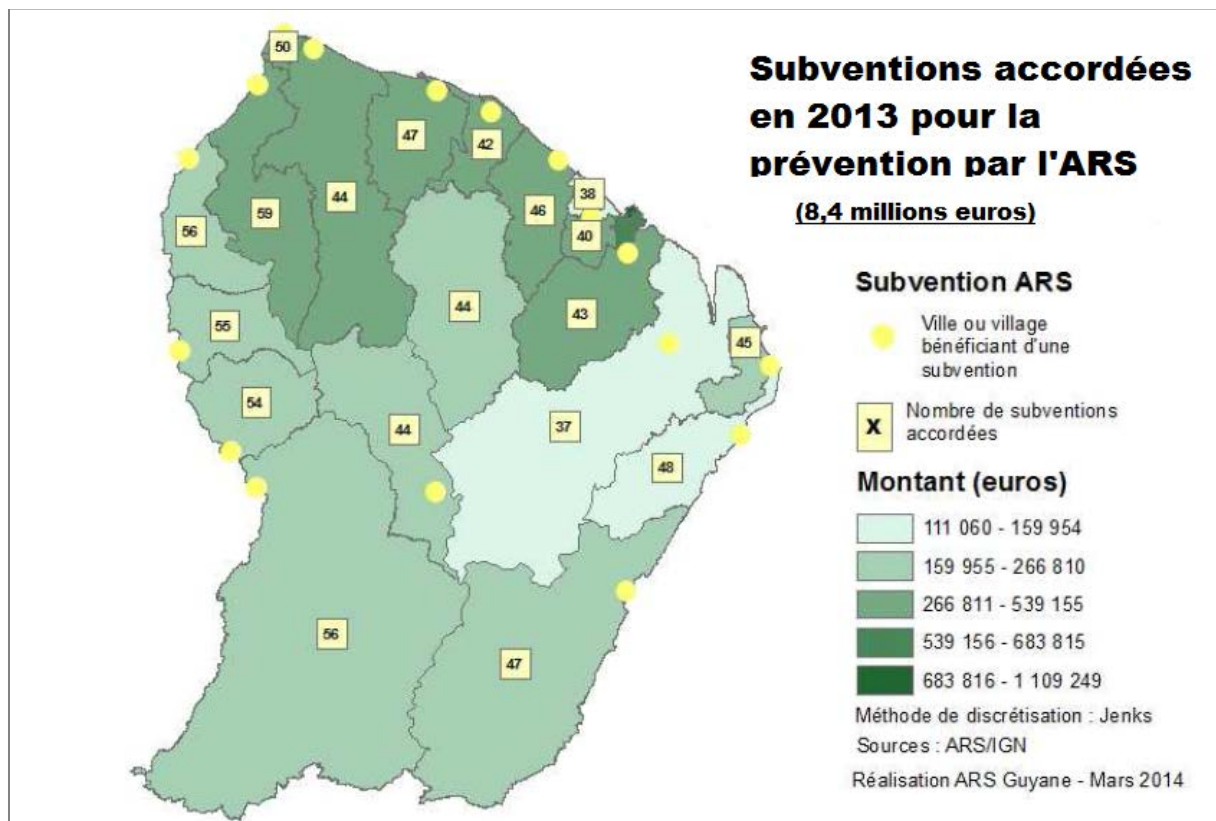
- VIH/Sida/IST : promotion du dépistage, prévention des risques sexuels, formations à la santé sexuelle,
- Maladies vectorielles : environnement et santé, prévention du chikungunya, etc.
- Accès aux soins : accompagnement des personnes handicapées, santé bucco-dentaire, gestes qui sauvent, bilans de la vue, etc.
- Dans la thématique « Autre », on compte : la prévention des pratiques addictives (drogues, alcool, etc.), la santé mentale, des actions en faveur de la périnatalité, etc.

Répartition des montants de subventions accordés en 2014 pour la prévention par thématique



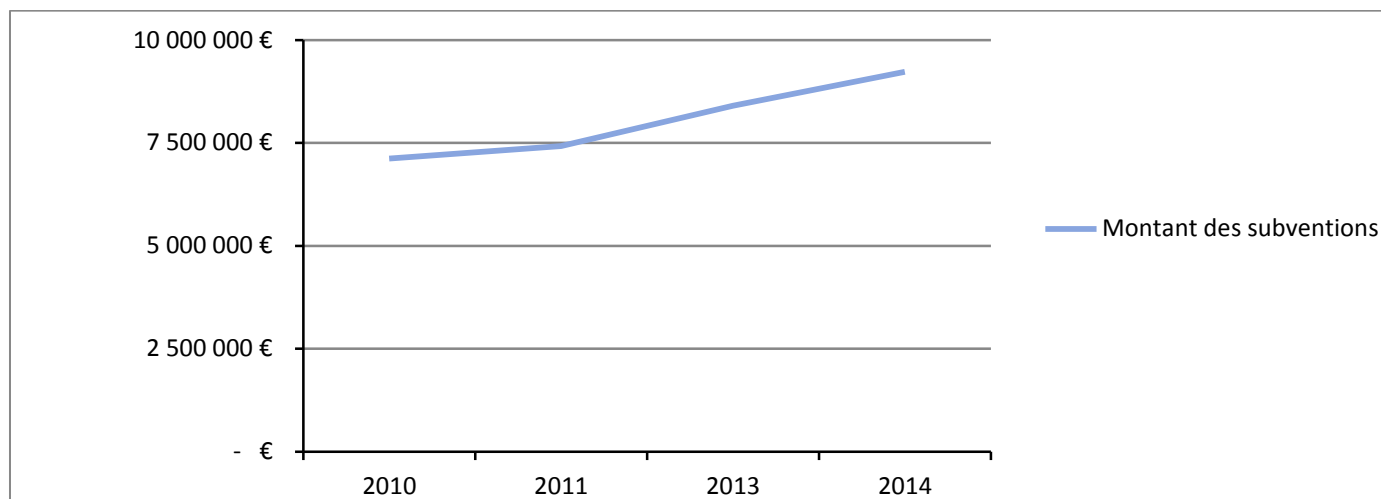
Source : ARS Guyane

La répartition territoriale des actions semble en bonne correspondance avec la répartition de la population sur le territoire, avec une concentration au niveau du littoral et des zones Cayenne-Kourou-Saint-Laurent du Maroni.



On note en Guyane sur les dernières années **une montée en charge des montants accordés en subvention aux actions de prévention** : elles sont notamment passées de 7 123 118 € en 2010, à 9 263 000 € en 2014, soit une augmentation d'environ 30%.

Montant des subventions accordées par l'ARS Guyane pour la prévention



Source : ARS Guyane ; Réalisation : EQR Conseil

2. LA PMI : ACTEUR INCONTOURNABLE EN MATIERE DE PERINATALITE

La PMI dispose de 23 centres de protection maternelle et infantile, dont 14 centres principaux et des antennes, qui, conformément à ses missions, réalisent des actions de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille. Aujourd'hui, certains centres sont peu actifs : il s'agit de Sinnamary et Organabo qui devraient probablement être fermés (un projet est en cours en ce sens,

mais n'est pas tout à fait confirmé). Ces fermetures sont notamment liées aux difficultés des centres à recruter et conserver des professionnels de santé actifs dans leurs centres. L'activité est en revanche plus en augmentation à Cayenne, Saint-Laurent-du-Maroni, Maripasoula et la part des accompagnements des grossesses précoces tend à fortement augmenter. Sur le terrain, la PMI est confrontée aux mêmes difficultés que les CDPS, notamment au niveau du matériel et des ressources humaines (difficultés de recrutement, manque d'attractivité de l'activité et difficultés de pérennisation de certains postes, etc.).

3. RECOMMANDATIONS QUANT A L'EVOLUTION DU DISPOSITIF A METTRE EN PLACE

Au vu des principales évolutions à prévoir d'ici 2030, les recommandations d'évolution du dispositif actuel classées par ordre de priorité sont les suivantes.³⁷

Diabète/Obésité

Selon toutes les méthodes utilisées pour les projections, le nombre de cas de diabète va fortement augmenter d'ici 2020 et 2030. Ainsi, les actions de prise en charge et de prévention du développement de ces pathologies apparaissent prioritaires, d'autant plus que ces dernières sont des facteurs de complications (HTA, problèmes cardiaques, etc.).

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Mettre en place des actions de prévention à l'école (promouvoir le sport et l'alimentation)	4	4	<ul style="list-style-type: none"> - Révision à la hausse des budgets de prévention - Identifier des acteurs / associations formés à ces sujets pour porter cette action
Mettre en place des actions thérapeutiques du patient à destination des patients (former les professionnels, dispositif adapté)	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - Allouer du budget à ces actions - S'assurer du soutien et de la coopération des professionnels
Promouvoir la pérennisation voire l'augmentation de l'offre médicale (diabétologue, endocrinologues, pédicure-podologue, ophtalmologue)	4	2	<ul style="list-style-type: none"> - Actions à poursuivre dans le sens du plan d'action en faveur des professionnels de santé
Davantage sensibiliser les professionnels de santé de premier recours sur la prise en charge du diabète (IDE, professionnels intervenant en HAD, SSIAD, dans les CDPS, etc.).	3	4	<ul style="list-style-type: none"> - Réunir les conditions efficaces d'une communication en direction des professionnels

Maladies vectorielles, parasitaires et infectieuses

L'étude a montré la nécessité de poursuivre la surveillance des maladies vectorielles et parasitaires qui sont présentes en Guyane (paludisme, dengue, chikungunya, tuberculose, etc.). Un certain

³⁷ NB : A cause de l'absence de données financières et de la complexité à déterminer l'impact financier des décisions politiques qui seront prises, le chiffrage de coûts n'a pas été réalisé pour cette partie.

nombre d'actions sont d'ores et déjà mises en œuvre par l'ARS Guyane (dispositif de surveillance, plans d'actions de prévention, etc.) notamment pour le paludisme, la dengue et le chikungunya. Pour la tuberculose, les projections réalisées selon la méthode 1 montrent un doublement des cas de **tuberculose** d'ici 2030 mais en valeur absolue, cette augmentation ne représente que 107 cas, ne justifiant pas à eux seuls la mise en place d'un dispositif spécifique. Néanmoins, la prise en charge de la tuberculose requiert la pose d'un diagnostic précoce pour la mise en place rapide d'un traitement antituberculeux (permettant une guérison rapide et une moindre propagation de la maladie)³⁸. Ainsi, un enjeu de sensibilisation et de bonne information des professionnels de santé actuels est identifié.

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Paludisme : mettre en place le plan 2015 - 2018	5	3	- Action d'ores et déjà prévue
Dengue / chikungunya : poursuivre les actions partenariales mises en place dans le cadre du PSAGE	5	3	- Action d'ores et déjà prévue
Sensibiliser et informer les professionnels de santé sur les risques liés à la tuberculose	3	4	- Coopération des professionnels de santé

Dépistage et prise en charge du VIH/SIDA

Les projections prévoient un **doublement du nombre de personnes à prendre en charge à horizon 2030** qui implique des actions supplémentaires en termes de **dépistage, de prévention et de prise en charge**, à articuler avec les acteurs en place (COREVIH, CDAG-CIDDIST, etc.). En effet, c'est pour beaucoup le repérage et la bonne prise en charge des personnes atteintes de cette pathologie qui permettra d'enrayer la progression de la maladie.

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Renforcer le dépistage par TROD hors les murs (notamment les budgets alloués à ce dispositif)	4	3	- Action qui nécessite de s'appuyer sur les moyens et les compétences d'associations locales
Promouvoir le développement d'actions de sensibilisation ou d'éducation thérapeutique pour le suivi et la prise en charge des personnes dans le dispositif	5	4	- Budgets de prévention - Trouver des acteurs compétents afin de développer cette connaissance sur le territoire
Poursuivre les actions partenariales de dépistage, prévention et prise en charge des personnes atteintes du VIH	3	3	- S'appuyer sur les instances existantes (COREVIH) et acteurs en place pour mettre en œuvre cet objectif

³⁸ HAS

Evaluer les besoins de développement des appartements de coordination thérapeutiques pour la prise en charge des personnes atteintes du VIH SIDA et autres maladies chroniques	2	2	- Action qui nécessite la réalisation d'une étude précise
---	----------	----------	---

Dépistage et prise en charge du cancer

Les besoins de prise en charge de cancers vont augmenter en Guyane notamment avec le vieillissement de la population. Le travail du **registre du cancer** va permettre d'évaluer plus finement les besoins en matière de prévention mais également de prises en charge du cancer sur le territoire. D'après les projections réalisées, les séances de chimiothérapie devraient augmenter en particulier dans la zone d'emploi de Cayenne (+400 séances d'ici 2020 ; +1700 séances d'ici 2030 pour toute la Guyane, dont +1000 à Cayenne).

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Mener une étude spécifique sur les besoins de prise en charge des cancers sur le territoire par rapport au dispositif et aux équipements déjà existants	3	3	- Associer le registre du cancer et les professionnels de santé et acteurs concernés

Accidents Vasculaires Cérébraux :

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Repenser les parcours et la prise en charge d'aval (SSR, USLD, unité psychogériatrique)	4	3	- Proposer une réflexion conjointe entre les secteurs hospitalier et médico-social

Pour les AVC, les projections actuelles donnent une augmentation relativement raisonnable de l'effort de prise en charge pour AVC (+150 séjours d'hospitalisation d'ici 2020 et +140 séjours d'hospitalisation d'ici 2030).

Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique :

Les projections prévoient une augmentation de l'insuffisance rénale chronique et des séances de dialyse en Guyane (qui vont passer de 17 162 en 2013 à 20584 en 2020 et 26248 en 2030). Selon les recommandations de la HAS, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique passe également par la mise en place d'une stratégie efficace de dépistage de la population cumulant les facteurs de risques. Les programmes d'éducation thérapeutique pouvant être développés, recommandés par la HAS sont les suivants :

- Modification des facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- Conseils d'activité physique ;
- Conseils diététiques ;

- Protection du capital veineux ;
- Signes, symptômes, traitements.

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Mener une réflexion sur la capacité d'absorption des équipements de dialyse et leurs évolutions	2	3	

Périnatalité :

Du fait de la jeunesse de la population, la **périnatalité constitue un enjeu fort pour la Guyane**. Selon les projections (méthode 2), on compte: +500 accouchements d'ici 2020 et +1 300 d'ici 2030 avec une plus forte **augmentation dans la zone d'emploi de Cayenne** et une augmentation en valeur absolue des complications associées (malformations, grossesses pathologiques, etc.) qui va entraîner

- o Davantage de **besoins en termes de suivi de grossesse de proximité** (CDPS, médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes) ;
- o Davantage de **besoins de prise en charge au niveau hospitalier**. Le dispositif compte actuellement :
 - 100 lits au CHAR (Cayenne) ;
 - 45 lits au CHOG (Saint-Laurent-du-Maroni) ;
 - 20 lits au CMCK (Kourou) ;
 - 30 lits à la Clinique Véronique (Cayenne).

Tableau 47 : évolution du nombre de lits nécessaires pour répondre aux besoins de prise en charge à horizon 2020 et 2030 sur la base de la méthodologie 2

		2013	2020	2030
ZE Cayenne	Nb accouchements	3 030	3 310	5 338
	Nb places	130	142	229
ZE Kourou	Nb accouchements	784	834	910
	Nb places	20	21	23
ZE Saint-Laurent du Maroni	Nb accouchements	2619	2662	2724
	Nb places	45	46	47

Ces chiffres invitent à renforcer l'offre existante à Cayenne (CHAR ou clinique Véronique) et à Saint-Laurent-du-Maroni.

Une augmentation du nombre d'IVG (+600 environ) est prévue selon la méthode 1 mais une diminution selon la méthode 2.

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Mener des actions de prévention des risques pendant la grossesse (communication, etc.)	4	4	- Budget de prévention
Poursuivre les actions de promotion de l'accès à la contraception	4	4	- Budget de prévention - Appui sur des associations locales
Evaluer les besoins de prise en charge du suivi de grossesse à l'hôpital et en CDPS	3	3	- Nécessite la conduite d'une étude spécifique

Synthèse des enjeux liés à l'état de santé des guyanais

- Des taux de mortalité inférieurs aux moyennes des territoires de comparaison (autres départements d'Outre-mer, France), du fait de la relative jeunesse de la population ;
- Une forte mortalité infantile et périnatale par rapport aux territoires de comparaison ;
- Des causes principales de décès qui sont les tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire et causes externes de décès ;
- Une surreprésentation des décès pour causes externes et maladies infectieuses et parasitaires par rapport aux territoires de comparaison ;
- Un territoire touché par les maladies infectieuses et parasitaires comme le paludisme, la dengue, le chikunkunya, le VIH ou la tuberculose ;
- La Guyane connaît des taux d'incidence plus faibles en moyenne qu'en France métropolitaine pour tous les types de cancers mais une augmentation du nombre de chimiothérapies entre 2009 et 2013 ;
- Des pathologies provoquant à terme des complications comme le diabète, l'hypertension artérielle, le surpoids et l'obésité qui progressent, et dont les conséquences devraient s'aggraver avec le vieillissement de la population ;
- Une augmentation du nombre de personnes suivies pour HTA et diabète en CDPS ;
- Des besoins importants dans le secteur de la périnatalité du fait de la jeunesse de la population et du taux de natalité élevé de la population, en particulier dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- Taux de prématurité et d'hypotrophie élevés ;
- Une demande plus forte qu'au niveau national pour les recours aux IVG, et un niveau de recours aux IVG qui diminue sur la période 2009-2013 ;
- Une politique de prévention à développer pour la prise en charge des maladies chroniques (éducation thérapeutique du patient, actions de prévention et de promotion de la santé, etc.) et les parcours patients (dépistage, diagnostic, etc.) par une meilleure coordination des acteurs.

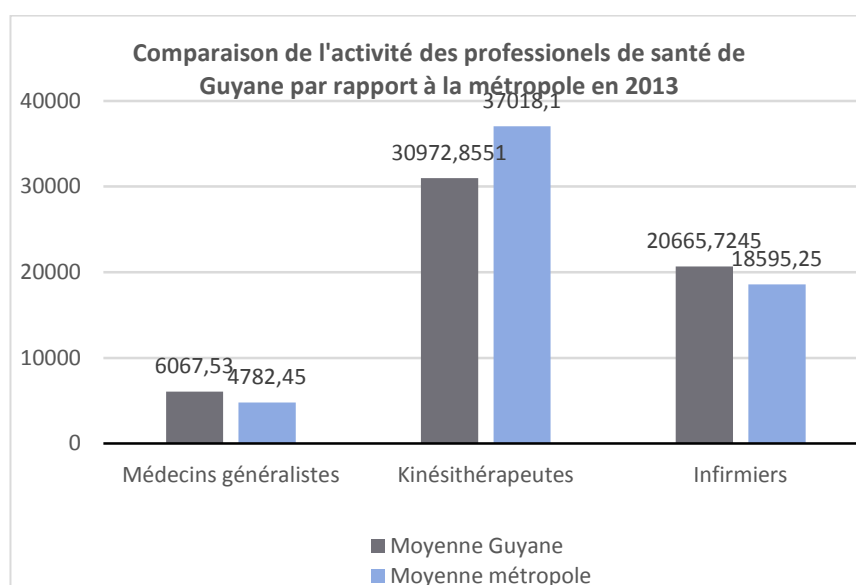
PARTIE IV : le secteur libéral et ambulatoire

I. RECOURS A L'OFFRE LIBERALE

1. ACTIVITE DE MEDECINE LIBERALE

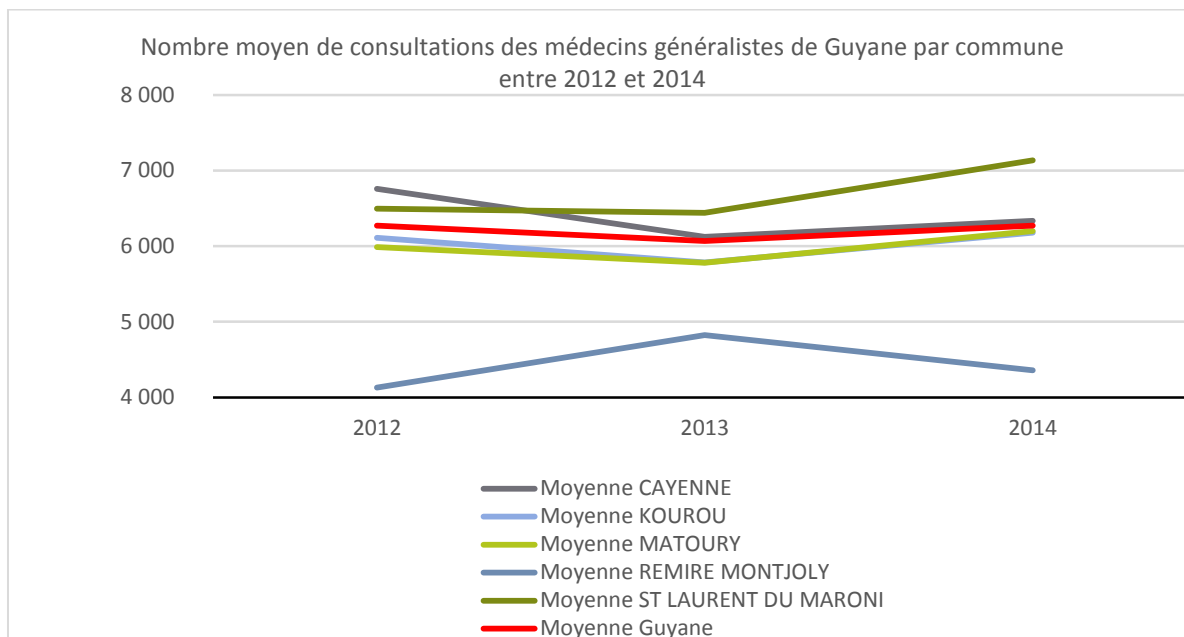
En 2013, les médecins généralistes et les infirmiers libéraux de Guyane présentent un niveau d'activité moyen supérieur aux niveaux observés en métropole. A l'inverse, les masseurs kinésithérapeutes libéraux présentent une activité inférieure au taux métropolitain.

Définition : l'activité moyenne des professionnels de santé s'appuie sur un nombre de coefficients réalisés en fonction du cabinet principal du professionnel. Les actes infirmiers concernés sont les AMI (actes techniques autres que soins et gardes à domicile des malades) et les AIS (soins et gardes à domicile des malades). Les actes de kinésithérapie concernés sont les AMS (actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques), les AMK (autres actes de rééducation réalisés en ambulatoire en cabinet ou au domicile du malade) et les AMC (autres actes de rééducation pratiqués dans une structure de soins ou un établissement).



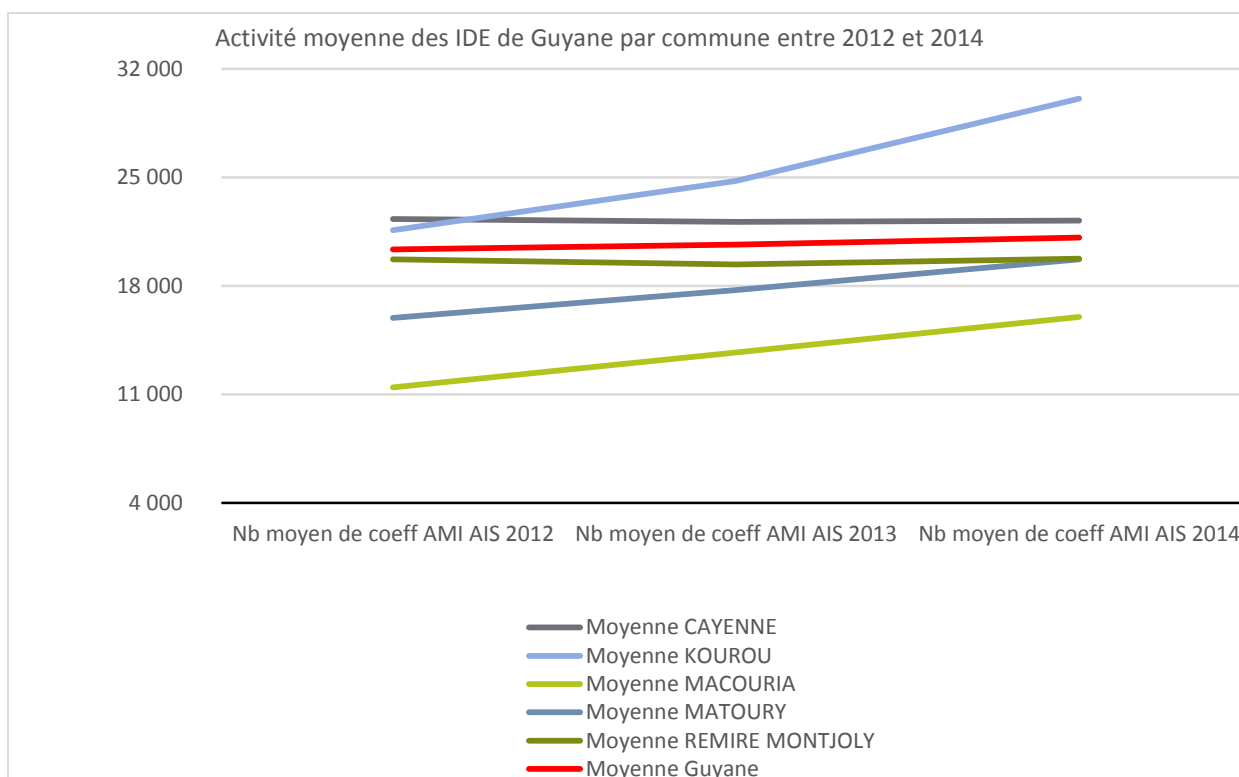
Sources : Cartosanté (Assurance Maladie, INSEE), CGSS Guyane

Les données recueillies pour la Guyane montrent que **le nombre moyen de consultations des médecins généralistes est plus important à Saint-Laurent-du-Maroni et moins important à Remire-Montjoly**. Cette différence est à mettre en lien avec la densité de médecins généralistes, plus importante à Remire-Montjoly et plutôt déficitaire à l'Ouest du territoire. Le manque de médecins induit en effet une plus forte activité des médecins implantés pour répondre aux besoins de la population. En outre, **entre 2013 et 2014, on constate une amplification de ce phénomène** : l'activité des médecins généralistes à Saint-Laurent-du-Maroni a augmenté, tandis qu'à Remire-Montjoly, elle a diminué.



Source : CGSS Guyane

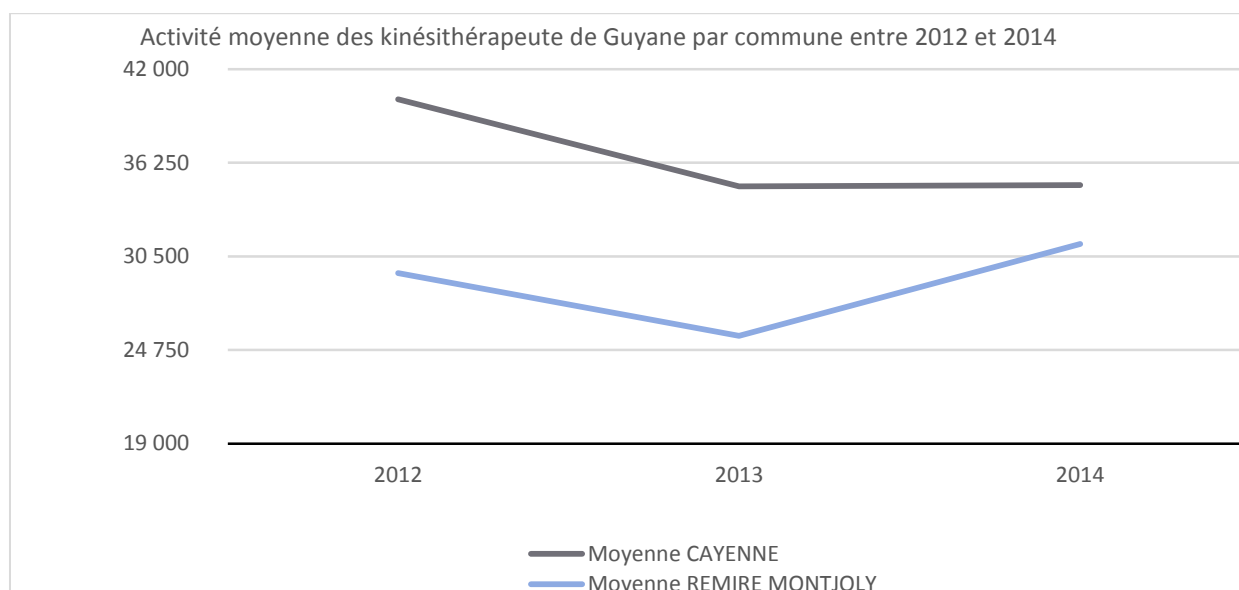
L'activité moyenne des infirmiers en Guyane est quant à elle en augmentation pour toutes les villes concernées entre 2012 et 2014. La croissance de l'activité est particulièrement marquée à Kourou, Macouria et à Matoury, signe d'une augmentation des besoins dans ces villes. En 2014, c'est à Kourou que le niveau d'activité des infirmiers libéraux est le plus important.



Source : CGSS Guyane

Les niveaux d'activité des kinésithérapeutes de Cayenne et de Remire-Montjoly ont quant à eux diminué entre 2012 et 2013 puis augmenté à nouveau entre 2013 et 2014. Si l'activité moyenne

était nettement plus importante à Cayenne en 2012, l'écart se réduit entre les deux villes en 2014, due à la plus forte croissance de l'activité moyenne observée à Remire-Montjoly.



Source : CGSS Guyane (données uniquement disponibles pour les villes de Cayenne et de Remire Montjoly)

2. ANALYSE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE

Comme le soulignaient les travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration du dernier PRS, **la question de la démographie de l'offre de soins est une problématique autant hospitalière que libérale**. En l'occurrence, la Guyane apparaît également très sous dotée en professionnels de santé libéraux, médecins généralistes comme spécialistes, ainsi que sur la plupart des autres professions de santé.

Extrait du SROS :

L'organisation de l'offre de soins ambulatoire : Conformément aux dispositions de l'article L 1434-7 du code de la santé publique, le SROS détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Ces zones dites « prioritaires » ou « fragiles » bénéficient d'aides spécifiques encadrées par les textes réglementaires. S'agissant de la Guyane, la Mission régionale de santé avait considéré l'ensemble du territoire Guyanais comme zone déficitaire en médecins généralistes libéraux (arrêté du 16 décembre 2005, modifié par avenant du 10 mai 2007). En effet, non seulement la densité médicale est très inférieure à la moyenne nationale (13 communes n'ont aucun médecin généraliste), mais également l'offre libérale reste fragile et partielle, même dans les communes où elle se concentre, notamment en raison :

- D'une forte proportion de médecin ayant plus de 55 ans (supérieure à 50 % et 31 % ont plus de 60 ans);
- D'un temps d'exercice en cabinet limité, du fait de leur rareté la plupart des professionnels cumule plusieurs « casquettes » (URPS, conseil de l'ordre, réseaux, maison de garde, HAD,...);
- D'une insécurité ressentie comme un frein à l'installation dans certaines communes, sans compter les questions d'accessibilité, de distance kilométrique et d'isolement. Parallèlement, la croissance de la population, en constante augmentation, ne peut qu'accroître la demande de soins, même si la proportion de personnes âgées reste encore marginale. Deux secteurs du territoire y sont particulièrement exposés : l'ouest (Saint-Laurent du Maroni) et l'est (Saint Georges). Des actions y sont ou seront mises en place en priorité. Même si le recours aux soins dans les communes isolées repose actuellement sur les centres ou postes de santé gérés par le centre hospitalier de Cayenne, il n'en demeure pas moins que la question de l'accès au médecin connaît une réponse inégale sur l'ensemble du territoire (les postes de santé ne disposant pas d'une présence médicale à temps plein, mais seulement de missions ponctuelles ou programmées).

Dans ces conditions, l'ensemble du territoire est reconnu comme zone fragile (100 % de la population est en zone déficitaire). Enfin, il convient de rappeler que cette problématique concerne l'ensemble de l'offre libérale, et particulièrement certaines professions, le tiers des communes ne bénéficiant d'aucun professionnel libéral (qu'il s'agisse de généraliste, spécialiste, chirurgien-dentiste, infirmier, sage-femme ou masseur kiné).

Le zonage spécifique « infirmier » a fait l'objet d'une actualisation selon les modalités de l'article 4 de l'arrêté ministériel du 21 décembre 2011. Ainsi le nouveau zonage fixé par l'arrêté du 21 mai 2012 et annexé au SROS, prévoit le classement de la Guyane en 3 zones reprises distinctes (cf. carte ci-dessous).

La densité de médecins généralistes en Guyane est la plus faible de France. Par ailleurs, la démographie médicale et l'installation de nouveaux médecins constituent un enjeu pour le territoire dans la mesure où près d'un tiers des généralistes ont aujourd'hui plus de 60 ans. Ainsi, sans nouvelle installation, la démographie actuelle serait encore réduite.

De plus, la répartition des médecins libéraux sur le territoire est inégale : elle est davantage concentrée dans la zone littorale, en particulier à l'Est du territoire, dans les zones d'emploi de Kourou et Cayenne, aux dépens de la Zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni et des communes guyanaises plus isolées.

Tableau 48 : densité de médecins généralistes par zone d'emploi (pour 100 000 habitants)

	Nombre	Densité
ZE Cayenne	79	62
ZE Kourou	16	52
ZE St-L-du-Maroni	21	27
Total	116	49

Sources : CGSS

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

Tableau 49 : nombre et densité de professionnels de santé et paramédicaux libéraux et hospitaliers en 2013 (pour 100 000 habitants)

Profession	Nombre libéral	Salariés hospitaliers	Autre	Densité Guyane	Densité Martinique	Densité Guadeloupe	Densité France DOM
Chirurgien-dentiste	54	2	--	23	62	39	62
Sage-femme	21	98	14	216	170	166	137
IDE	265	1 061	105	598	982	860	909
Masseur kinésithérapeute	82	16	6	43	120	126	119
Orthophoniste	16	4	4	10	22	25	33
Psychomotricien	1	4	10	6	12	12	14
Pédicure-podologue	11	0	0	6	14	16	19
Ergothérapeute	2	13	3	8	10	7	13

Sources : ASIP-RPPS (traitements DREES), INSEE - estimations de population 2012

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire ne correspond pas à la dynamique démographique et donc aux besoins de la population: la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni dispose d'une densité en professionnels de santé bien inférieure à la moyenne guyanaise alors que c'est elle qui connaît le boom démographique le plus important: cf. tableau 53 ci-dessous.

Tableau 50 : nombre et densité de professionnels de santé et paramédicaux libéraux en 2013 (pour 10 000 habitants) par zones d'emploi

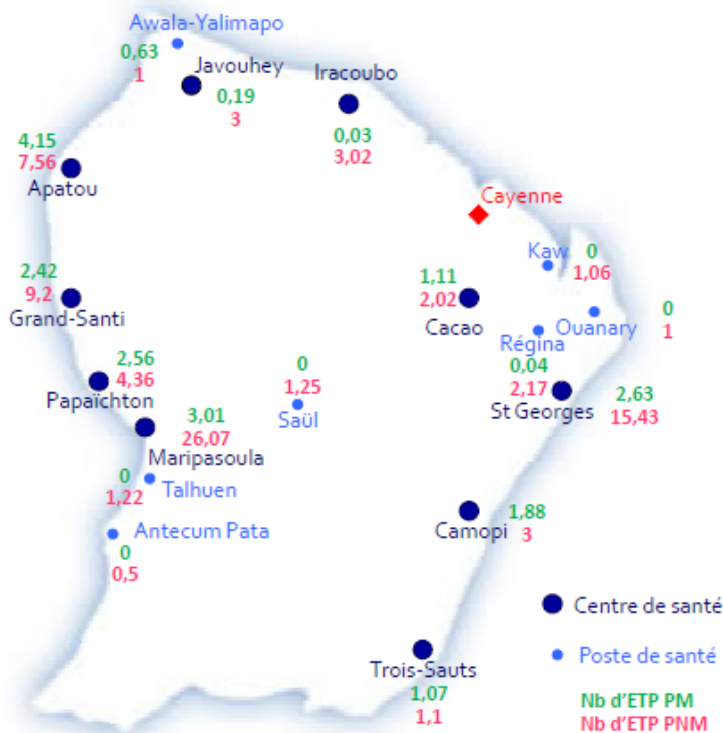
	Dentiste		IDE		Kinésithérapeutes		Sages-femmes	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
ZE Cayenne	41	32	173	135	69	54	22	1,7
ZE Kourou	14	45	19	62	11	36	2	0,6
ZE St-L-du-Maroni	5	06	20	25	6	8	5	0,6
Total	60	25	212	89	86	36	29	1,2

Source : CGSS

NB : les différences de chiffres entre les tableaux précédents 52 et 53 proviennent de la différence de source des données. En effet, dans un cas, il s'agit de données recensées par la DREES pour certains types de professionnels. Toutefois, ces données ne sont pas territorialisées. Elles ont donc été complétées par les données de la CGSS de Guyane disponibles pour 4 types de professionnels de santé à l'échelle des zones d'emploi de Guyane. Bien qu'issues de sources différentes, ces données permettent donc d'apporter des informations complémentaires relatives à l'offre libérale.

II. RECOURS A L'OFFRE EN CENTRES DELOCALISES DE PREVENTION ET DE SOINS (CDPS)

A date d'étude, le territoire compte **18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)** administrés depuis 2000 par le Centre hospitalier de Cayenne. **Les centres ont pour objectifs d'assurer une médecine de proximité.** Ils sont répartis à différents endroits du territoire, en particulier dans des zones reculées et difficiles d'accès. Leur taille est variable selon les centres.

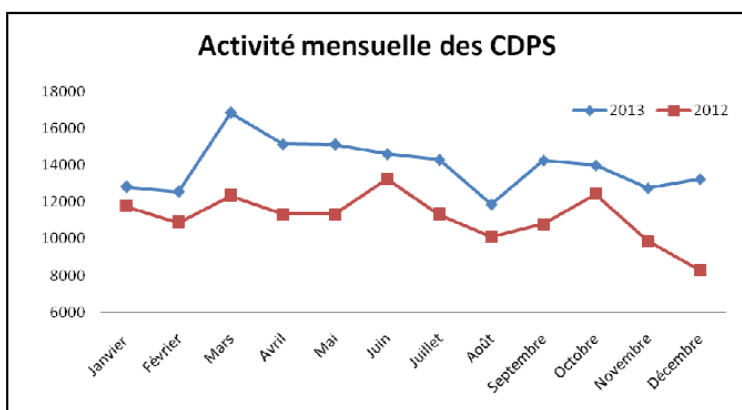


Source : TABLEAU DE BORD DU POLE CENTRES DELOCALISES DE PREVENTION ET DE SOINS (CDPS) - 2012
(PM : personnel médical ; PNM : personnel non médical)

Les CDPS répondent à une demande en pleine expansion, en particulier dans certains secteurs territoriaux, comme Maripasoula et Papaïchton, où le nombre d'actes réalisés mensuellement par les CDPS a fortement augmenté entre 2012 et 2013.

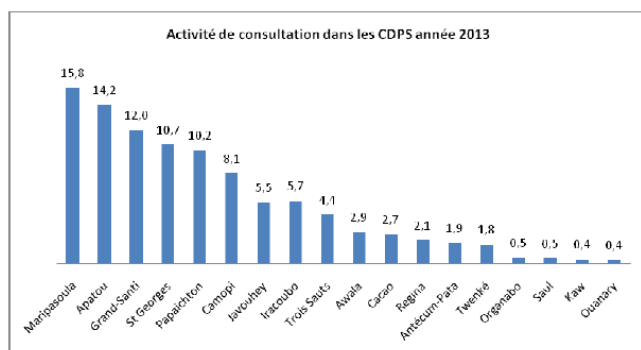
Cette augmentation de l'activité peut s'expliquer par un double phénomène :

- D'une part par la croissance démographique de la population, en particulier dans la zone du fleuve Maroni ;
- D'autre part par une stimulation de la demande engendrée par cette nouvelle offre de proximité (meilleure connaissance du dispositif, etc.).



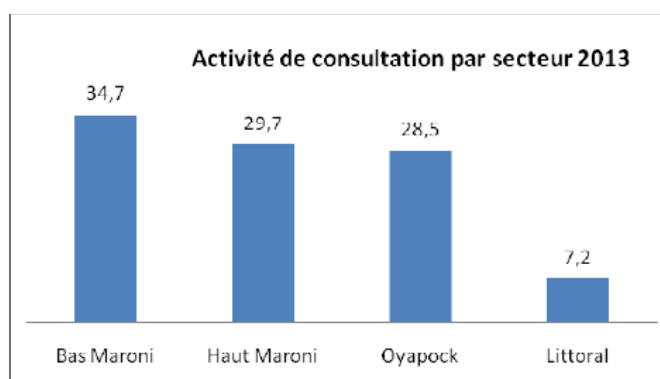
Source : rapport d'activité CDPS 2013

En 2013, la demande se concentre davantage dans les centres de Maripasoula, (15,8% de l'ensemble de l'activité en 2013), Apatou (14,2% de l'activité), Grand-Santi (12%), Saint-Georges (10,7%) et Papaïchton (10,2%).



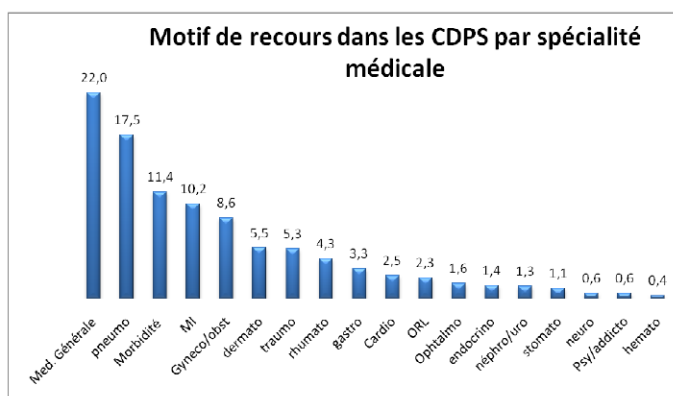
Source : rapport d'activité CDPS 2013

Ainsi, plus des deux tiers de l'activité des CDPS est aujourd'hui réalisé dans la zone du fleuve Maroni (64,4%) dont un tiers réalisé dans la zone du Bas Maroni (34,7%). Un peu plus d'un quart est réalisé à l'Est du territoire, dans le secteur de l'Oyapock (28,5%) et 7,2% sur la zone littorale.



Source : rapport d'activité CDPS 2013

En 2013, le motif de recours principal dans les CDPS est la médecine générale. Les autres motifs de recours par spécialité sont également représentatifs de la demande de soins en CDPS. Sur l'Oyapock, les recours sont supérieurs à la moyenne globale pour les maladies infectieuses, la traumatologie et la gastro-entérologie pour le CDPS de Trois Sauts. Dans le secteur du Bas Maroni, les motifs de recours majoritaires sont la gynécologie/obstétrique (qui peut représenter plus d'un tiers de l'activité), la dermatologie, et pour le littoral, il s'agit plutôt de la cardiologie et de la dermatologie.



Source : rapport d'activité CDPS 2013 (MI = médecine interne)

Fin 2015, une convention de partenariat a été conclue entre les CDPS et la PMI pour la convergence de leurs missions de terrain et la réalisation des suivis de grossesse au sein des CDPS. L'enjeu de cette convention est de pouvoir pallier aux difficultés de terrain, notamment sur les territoires isolés pour pouvoir assurer un service médical minimum et continu auprès de la population.

Projection de l'indicateur : nombre de consultations réalisées en CDPS (source : rapport d'activité CDPS 2013)

Le nombre total de consultations réalisées en CDPS a été réalisé avec la méthode 1 uniquement, en raison du manque de données pour 2009.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	ND	167 450	200 933	---	256 100	---
ZE Cayenne	ND	48 447	56 310	---	68 399	---
ZE Kourou	ND	10 381	12 604	---	16 397	---
ZE Saint Laurent du Maroni	ND	108 622	137 067	---	186 791	---
Moins de 15 ans	ND	63 934	74 229	---	92 328	---
15 à 24 ans	ND	23 016	27 045	---	32 954	---
25 à 34 ans	ND	24 861	30 372	---	38 408	---
35 à 44 ans	ND	20 934	23 169	---	29 518	---
45 à 54 ans	ND	16 273	19 705	---	22 642	---
55 à 64 ans	ND	9 541	12 796	---	17 356	---
Plus de 65 ans	ND	8 891	13 973	---	24 480	---

Les facteurs d'influence de cet indicateur repérés sont les suivants :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du recours aux soins ambulatoires - Baisse de la démographie médicale libérale entraînant un recours plus important dans les CDPS - Volonté des politiques publiques pour développer l'offre en CDPS 	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de recrutement médical pour développer l'offre des CDPS - Problème de financement (contexte de crise économique ne permettant pas de développer l'offre en CDPS)

III. RECOMMANDATIONS QUANT A L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF LIBÉRAL ET AMBULATOIRE POUR REpondre AUX BESOINS DE LA POPULATION A HORIZON 2020, 2030

1. L'ENJEU DE FORMATION DES PROFESSIONNELS

La Guyane est fortement impactée par la rareté des formations médicales.

Les étudiants guyanais en médecine dépendent de la faculté de médecine de l'Université Antilles Guyane, qui assure uniquement l'enseignement de 1^{er} cycle à Cayenne. Les centres hospitaliers de Cayenne, Saint Laurent du Maroni et le centre médico chirurgical de Kourou sont par ailleurs agréés pour accueillir des internes. Les étudiants en médecine guyanais vont ensuite poursuivre leur étude en métropole, ce qui engendre un phénomène de « fuite » car les futurs médecins y restent souvent. 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 à proprement parler un CHU. Compte-tenu de la tension observée sur les effectifs médicaux, et dans la mesure où le lieu de réalisation des études est un facteur d'attractivité du territoire pour l'installation d'un futur médecin, la formation de médecin guyanais et leur installation sur le territoire apparaît un enjeu essentiel pour le territoire guyanais.

Pour encourager les étudiants à revenir au pays une fois diplômés, la Collectivité Régionale a mis en place, en avril 2013, le dispositif « partir, revenir », système de bourses et de d'allocations incitatives. Leur impact sur le recrutement local sera mesurable à partir de la fin de la décennie.

On recense sur le territoire guyanais :

- Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de 50 places : il forme des infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et des classes préparatoires aux concours d'entrée ;
- Un institut de formation pour les auxiliaires de puériculture de 15 places ;
- Un institut pour les aides-soignants de 15 places à Cayenne, et 20 places à Saint-Laurent-du-Maroni ;
- De plus, un Institut de formation des ambulanciers (IFA) a été tout récemment créé par l'organisme AFT-Iftim (en mars 2014). Il permettra de former 20 ambulanciers chaque année.

Parallèlement, l'Education Nationale compte 5 filières scolaires de formation sanitaire et sociale : le CAP Petite Enfance, le CAP Assistant Technique en Milieu Familial et Collectif, le Bac professionnel Services de Proximité et Vie Locale, le Bac professionnel Accompagnement Soins et Services à la Personne et le Bac technologique Science et Technologie de la Santé et du Social. Un total de 410 élèves s'est inscrit dans ces filières à la rentrée 2013. Un dispositif de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) a été également récemment ouvert en Guyane pour certains diplômés du sanitaire et du social.

La Guyane s'est dotée d'un plan pour les formations sanitaires et paramédicales (« schéma régional des formations sanitaires et sociales de la Région Guyane ») qui a été évalué en 2014³⁹. L'évaluation fait l'état des lieux de la mise en œuvre du schéma et repère un certain nombre de problématiques liées à la formation :

- Un taux de pression élevé à l'entrée en formation ;
- Un niveau faible à l'entrée ;
- Un manque de formateurs au profil requis (postes pourvus par des faisant fonction) ;
- La mise en place des nouveaux programmes ;
- Une quasi-saturation des terrains de stage ;
- Les locaux et les équipements insuffisants ;
- Des problématiques d'insertion professionnelle.

En conséquence, l'évaluation propose un certain nombre de recommandations dont les 5 axes d'amélioration suivants:

1. Faciliter l'accès des jeunes guyanais aux formations sanitaires et sociales ;
2. Garantir un service public de qualité pour les formations sanitaires et sociales, une mission de la future collectivité territoriale ;
3. Anticiper l'évolution des diplômés et des filières de formation. L'enjeu est en effet de pouvoir proposer une offre de formation qui soit en lien avec les perspectives d'emploi et de développement du dispositif sur le territoire ;
4. Moderniser et territorialiser l'offre de formation ;
5. Développer un système d'observation intégré et fiable.

2. L'ENJEU DE RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

NB : cette analyse ne porte que sur les professionnels de santé libéraux et ne prend donc pas en compte les professionnels des CDPS.

L'inadéquation entre l'offre libérale et les besoins de la population, tant en terme de quantité, de type de professionnels et de répartition géographique a conduit l'ARS à se doter en 2012 d'un plan d'action en faveur des professionnels de santé. Celui-ci concerne la période 2012-2015. Dans le cadre de ce travail, une estimation des besoins en professionnels de santé libéraux à horizon 2030 a été réalisée (cf. *tableau ci-dessous*). Le plan d'action mis en œuvre vise à atteindre ces objectifs.

³⁹ Les principaux éléments sont présentés en annexe 7.

Estimation des besoins en professionnels de santé libéraux en 2030¹

Professions	Effectifs 2010	Effectifs 2030 à densité constante	Effectifs 2030 si rapprochement densité métropolitaine	Besoins installations supplémentaires
Médecins généralistes	92	181	482	[89 ; 390]
Médecins spécialistes	51	102	385	[51 ; 334]
Chirurgiens dentistes	45	88	261	[43 ; 216]
Infirmiers	220	429	548	[209 ; 328]
Masseurs Kiné	60	119	385	[59 ; 325]
Orthophonistes	13	57	111	[44 ; 98]
Sages femmes	19	33	Sans intérêt ²	14

Sources : Statiss 2011 (Adeli 2010) – Insee, estimations de populations au 1^{er} janvier 2009 – Insee, projections de population à horizon 2030 (scénario central)

Si le territoire fait d'ores et déjà face à une pénurie de professionnels de santé, les besoins vont s'accroître à moyen-long terme, avec la croissance de la population. A densité constante, beaucoup d'installations libérales doivent être prévues pour pouvoir couvrir les besoins. Il s'agit par exemple de 147 médecins généralistes nécessaires d'ici 2020, soit 31 nouvelles installations de médecins généralistes (sans compter les départs des professionnels exerçants).

Tableau 51 : estimation du nombre d'installations de professionnels de santé nécessaires à horizon 2020 et 2030 à densité constante- ces chiffres de l'INSEE correspondent à la méthode 1.

NB : ces calculs s'appuient sur le nombre de professionnels libéraux de 2013 issus des tableaux 51 et 52. Une méthodologie de calcul de proportionnalité permet de calculer le nombre de professionnels nécessaires à horizon 2020 et 2030 pour permettre d'assurer un taux constant par rapport à 2013.

Profession	Nombre libéral 2013	2020		2030	
		Nombre nécessaire	Professionnels à recruter	Nombre nécessaire	Professionnels à recruter
Médecin généraliste	116	147	31	187	71
Chirurgien-dentiste	54	68	14	87	33
Sage-femme	21	27	6	34	13
IDE	265	335	70	427	162
Masseur kinésithérapeute	82	104	22	132	50
Orthophoniste	16	320	4	26	10
Psychomotricien	1	1	0	2	1
Pédicure-podologue	11	14	3	18	7
Ergothérapeute	2	3	1	3	1

Sources : ASIP-RPPS (traitements DREES), INSEE - estimations de population 2012 ; OMPHALE ; CGSS

De plus, si on imagine un scénario de rattrapage avec les densités de professionnels de santé nationales, les besoins en installation sont d'autant plus importants. Ce scénario paraît toutefois difficile à envisager compte-tenu de l'important retard d'ores et déjà accumulé sur le territoire. Il faudrait en effet déjà aujourd'hui près de 400 médecins généralistes libéraux supplémentaires sur le territoire pour pouvoir atteindre le niveau national.

Tableau 52 : estimation du nombre d'installations de professionnels de santé nécessaires à horizon 2020 et 2030 avec alignement sur la densité de professionnels observée au niveau national

Profession	Nombre libéral 2015	Densité Guyane 2015	Densité France	Aujourd'hui	2020	2030
Médecin généraliste	116	129	149	357	452	576
Chirurgien-dentiste	54	23	62	149	188	240
Sage-femme	21	216	137	328	415	529
IDE	265	598	909	2 178	2755	3 512
Masseur kinésithérapeute	82	43	119	285	361	460
Orthophoniste	16	10	33	79	100	127
Psychomotricien	1	6	14	34	42	54
Pédicure-podologue	11	6	19	46	58	73
Ergothérapeute	2	8	13	31	39	50

Sources : ASIP-RPPS (traitements DREES), INSEE - estimations de population 2012 ; OMPHALE

L'attractivité du territoire pour les médecins et professionnels de santé constitue donc un enjeu majeur en Guyane, compte-tenu de l'absence de formation médicale sur le territoire. Par ailleurs, l'analyse des densités des professionnels met aussi en exergue des inégalités dans la répartition des professionnels sur le territoire, compte tenu des faibles densités observées dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni.

Consciente de cet enjeu, l'ARS s'est dotée d'un **plan d'action en faveur des professionnels de santé**⁴⁰ pour la période 2012-2015 visant à favoriser les installations sur le territoire. Celui-ci présente des objectifs et des actions pertinentes. L'évaluation du plan mis en place, notamment par le suivi des indicateurs, permettra aux autorités compétentes de disposer d'éléments de décision quant aux actions les plus efficaces à pérenniser afin de pouvoir pallier aux futurs besoins de la population.

⁴⁰ Le plan est présenté en annexe 7

Territorialisation des besoins en professionnel de santé

Pour rappel, selon les données de la CGSS, la répartition des médecins généralistes libéraux était la suivante en 2013. Les prévisions d'évolution de population font apparaître les besoins en médecins généralistes suivants à horizon 2020 et 2030, lesquels permettraient de maintenir la même densité qu'actuellement.

	Nombre	Population 2013	population 2020	Nombre de MG nécessaires	Différence	population 2030	Nombre de MG nécessaires	Différence
ZE Cayenne	79	139 060	161 630	92	13	196 330	112	33
ZE Kourou	16	37 270	45 250	19	3	58 870	25	9
ZE St-L-du-Maroni	21	76 260	96 230	26	5	131 140	36	15
Total	116	252 590	303 110	139	23	386 340	177	61

Source : CGSS

3. RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES QUANT A L'EVOLUTION DE L'OFFRE EN CPDS

NB : les recommandations suivantes se fondent sur les calculs du cabinet EQR, des éléments d'information contenus dans la recherche documentaire, et les entretiens menés avec les acteurs sur site qui nous ont permis de prendre connaissance de leurs objectifs de développement.

Les CDPS devront faire face à la recrudescence de l'activité mise à jour par les projections réalisées. En considérant que l'activité sera répartie de la même façon qu'aujourd'hui, le nombre de consultations par centre à prévoir est de l'ordre suivant. Dans les centres, l'activité devrait augmenter de l'ordre de plus de 20% d'ici 2020 et 50% d'ici 2030, selon la méthode 1.

Tableau 53 : estimation du nombre de consultations 2020 et 2030 par CDPS selon la méthode 1

	Consultations 2013		Consultations 2020	Consultations 2030
Maripasoula	26 396	15,8%	31 678	40 375
Apatou	23 827	14,2%	28 595	36 446
Grand-Santi	20 149	12,0%	24 181	30 820
Saint-Georges	17 939	10,7%	21 529	27 439
Papaïchton	17 055	10,2%	20 468	26 087
Camopi	13 617	8,1%	16 342	20 829
Iracoubo	9 466	5,7%	11 360	14 479
Jahouvey	9 252	5,5%	11 103	14 152
Trois sauts	7 439	4,4%	8 928	11 379
Awala	4 845	2,9%	5 814	7 411
Cacao	4 479	2,7%	5 375	6 851
Régina	3 590	2,1%	4 308	5 491
Antécum pata	3 238	1,9%	3 886	4 953
Talhuen	2 968	1,8%	3 562	4 540
Organabo	915	0,5%	1 098	1 400
Saul	892	0,5%	1 070	1 364
Kaw	727	0,4%	872	1 112
Ouanary	656	0,4%	787	1 003

Source : rapport d'activité CDPS 2013 ; Omphale

Toutefois, les projections réalisées au niveau des zones d'emploi (c'est-à-dire en fonction de l'évolution au sein de la zone d'emploi) montrent que **c'est surtout dans les centres de la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni que la plus forte augmentation de l'activité est à prévoir** : l'activité des consultations des centres de la zone passera de 66,3% en 2013 à 70%, selon la méthode 1 de projection. Ces mêmes projections montrent au contraire que la part des centres des zones d'emploi de Cayenne et de Kourou dans l'activité totale de consultation devrait diminuer ou rester stables sur la période.

Tableau 54 : part de l'activité de consultation par zones d'emploi en 2013, 2020 et 2030 selon la méthode 1

Zone d'emploi	Centres	2013	2020	2030
<u>ZE Cayenne</u>	Saint-Georges	27.90%	26.40%	24.30%
	Camopi			
	Trois sauts			
	Cacao			
	Régina			
	Kaw			
	Ouanary			
<u>ZE Kourou</u>	Iracoubo	5.7%	5.7%	5.7%
<u>ZE Saint LM</u>	Saul	66.4%	67.9%	70.0%
	Maripasoula			
	Apatou			
	Grand-Santi			
	Papaichton			
	Jahouvey			
	Awala			
	Antécum pata			
	Talhuen			
	Organabo			

La prévision d'augmentation des besoins et de l'activité des centres dans les 15-25 années à venir nécessite de prévoir des adaptations nécessaires tant en terme de moyens humains que matériels: taille des centres, projets d'agrandissement ou d'ouverture, achat de matériel, etc. Par ailleurs, l'activité des centres devra également s'adapter à l'évolution des différentes pathologies et besoins du territoire et en particulier les pathologies en forte expansion telles que l'obésité, le diabète, l'hypertension.

Estimation des besoins en professionnels de santé salariés des CPDS

En 2013, le rapport d'activité des CDPS faisaient apparaître 21 médecins salariés, 2 internes, 4 sages-femmes, 4 aides-soignantes et 46 IDE. Le rapport mentionne que les effectifs 2013 sont déjà réduits pour l'activité de CDPS et que le recours aux remplaçants doit régulièrement être engagé pour couvrir les diverses absences et postes non pourvus.

Selon les projections globales d'activité réalisées à horizon 2020 et 2030, les besoins de recrutement en professionnels de santé dans les CDPS vont être les suivants. L'effort sera principalement marqué pour les IDE (26 recrutements à prévoir d'ici 2030 en sus du maintien du niveau actuel d'ETP) et les médecins généralistes (12 recrutements supplémentaires à effectuer).

	ETP rémunérés 2013	Besoins 2020		Besoins 2030	
		Professionnels	Différence 2013	Professionnels	Différence 2013
Praticiens	21	26	5	33	12
Internes	2	2	0	3	1
Sages-femmes	4	5	1	6	2
AS	4	5	1	6	2
IDE	47	58	11	73	26

Source : rapport d'activité 2013 des CDPS, calculs et réalisation : EQR Conseil

NB : les données du rapport d'activité ne permettent pas de disposer du détail de la localisation des professionnels au sein des CDPS

Dans ce contexte, les actions à développer dans les CDPS sont les suivantes ⁴¹ :

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
EQUIPEMENTS			
Développer les actions de télémédecine dans les CDPS	4	2	- Nécessite des moyens importants en termes de matériel
Développer l'imagerie médicale dans les CDPS (afin d'éviter aux patients de longs ou coûteux déplacements pour réaliser une radiologie)	4	2	- Nécessite des moyens importants en termes de matériel
Poursuivre les actions de développement engagées en 2014	4	3	Nécessite également des moyens de développement
ADAPTATION DE L'OFFRE			
Développer la prévention dans les centres et notamment : <ul style="list-style-type: none"> - L'hypertension, le diabète ; - La nutrition, l'équilibre alimentaire, les risques liés à l'eau en Guyane ; - La prévention des maladies infectieuses ; - Accompagnement psychologique (prévention du risque suicidaire). 	4	4	

⁴¹ Projections, entretiens sur site, rapport d'activité CDPS 2013

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Poursuivre le développement des consultations délocalisées dans des zones encore non concernées par l'offre médicale des CDPS. Notamment à Loka, lieu-dit de Papaïchton, à Apagui et Mofina, lieu-dit de Grand-Santi, deux fois par mois, à Trois-Palétuvier, commune de Saint-Georges, une fois par mois.	3	2	<ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer régulièrement les besoins - Ajuster l'offre en fonction du développement d'autres projets sur le territoire
COORDINATION			
Mettre en œuvre l'accord de partenariat conclu fin 2015 entre la PMI et les CDPS	3	2	<ul style="list-style-type: none"> - Cette action est dépendante de la situation de la PMI
RECRUTEMENT DES PROFESSIONNELS			
Mener des actions pour limiter le sentiment d'isolement sur le terrain (organiser les visites régulières d'un coordinateur par exemple)	4	3	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite des moyens particuliers (recrutement d'un poste spécifique)
Favoriser le recrutement de professionnels en améliorant leur accueil (plaquette, aide au logement, à la scolarisation, à l'emploi du conjoint)	3	3	<ul style="list-style-type: none"> - Action chronophage mais qui peut être mutualisées avec des actions mises en place dans le cadre du plan d'action en faveur des professionnels de santé

Synthèse des enjeux liés à la demande de soins dans le secteur libéral et ambulatoire

- Une démographie médicale et paramédicale libérale fortement déficitaire, qui ne permet pas de couvrir les besoins de la population. Afin de maintenir un niveau de densité constant, il faudrait notamment pouvoir attirer de 300 à 400 médecins généralistes d'ici 2030 ;
- Une demande en pleine expansion dans les CDPS de Maripasoula, Apatou, Grand Santi, Saint-Georges et Papaïchton. Dans les centres, l'activité devrait augmenter de l'ordre de plus de 20% d'ici 2020 et 50% d'ici 2030, avec une activité supplémentaire dans les communes de l'Ouest et du centre du territoire.
- Des recours en CDPS pour des consultations de médecine générale principalement, mais des demandes qui varient selon la localisation des centres : une demande plus importante en gynécologie obstétrique dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- Un enjeu de formation des professionnels de santé et d'attractivité du territoire pour l'installation de nouveaux praticiens repéré et développé dans un plan d'action en faveur des professionnels de santé 2012-2015
- Le développement de projets d'expérimentation de télémédecine qui apparaît pertinent afin d'éviter les déplacements longs et coûteux des populations les plus reculées.

PARTIE V : projections du recours aux soins hospitaliers à horizon 2020, 2030 et de ses impacts sur le dispositif

La Guyane compte 3 centres hospitaliers :

- Le Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR), situé à Cayenne ;
- Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) situé à Saint-Laurent-du-Maroni ;
- Le centre médico-chirurgical (CMCK) géré par la Croix Rouge à Kourou ;

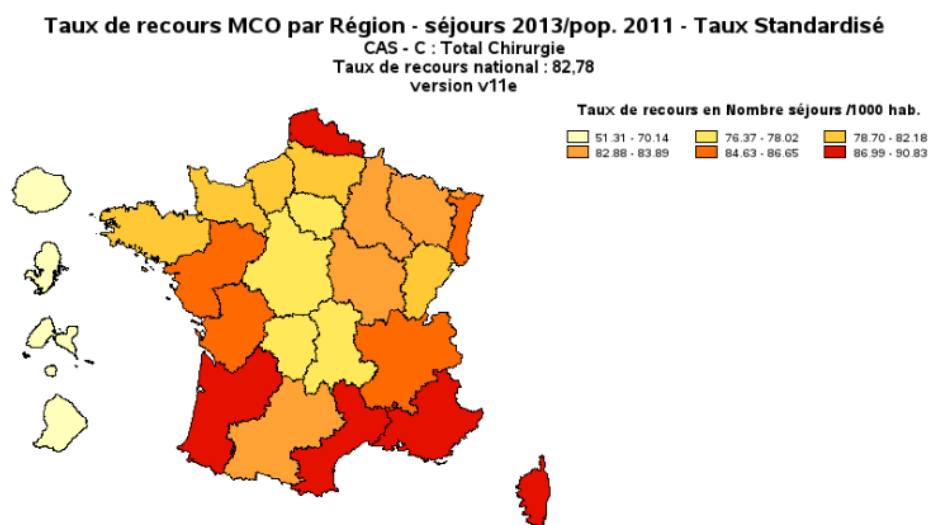
Ainsi que 2 cliniques privées, situées à Cayenne : la clinique Véronique, et la clinique Saint-Paul (qui compte 100 lits avec une activité tournée vers la médecine et le SSR ainsi que 13 places d'HAD).⁴²

L'analyse du recours aux soins hospitaliers doit prendre en compte un certain nombre de spécificités relatives au territoire guyanais :

- **Le recours aux hospitalisations (MCO, SSR) est moins fréquent en Guyane qu'au niveau national.** Le recours à l'hospitalisation à domicile y est en revanche plus important. Cette caractéristique est notamment due à la géographie du territoire et aux difficultés de déplacement de la population, notamment dans les communes les plus reculées. Par ailleurs, les motifs d'hospitalisation diffèrent des autres territoires du fait :
 - o Du jeune l'âge de la population : ainsi on comptabilise davantage de séjours obstétricaux que sur d'autres territoires ;
 - o Des pathologies spécifiques à la Guyane (maladies infectieuses et parasitaires, etc.).

⁴² Données FHF

Cartographie des taux de recours standardisés par région



Source : ATIH

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

« L'ampleur avec laquelle la demande de soins au CHOG est le fait de migrants installés en Guyane de longue durée ou par ces migrants pendulaires, dont la plupart seraient de courte durée sur le territoire Guyanais, n'est pas connue. Par ailleurs, les raisons qui inciteraient de nouveaux migrants à recourir au système de soins français ne sont pas clairement établies. Des motifs liés à l'offre de soin pourraient constituer le moteur de ces recours, soit que le système français soit jugé plus performant, soit qu'il s'agisse de recours spécialisés qui ne peuvent être pris en charge dans le pays d'origine des migrants.

Des raisons économiques et sociales pourraient aussi sous-tendre ces recours aux soins : la gratuité (relative) des soins, et surtout la naissance d'un enfant sur le territoire français pourraient être un moyen détourné de prendre pied dans le système de prise en charge socio-sanitaire français, permettant par la suite de bénéficier d'une couverture sociale, de la scolarisation de l'enfant, des minima sociaux, etc. Cette idée est largement répandue dans les esprits – tant de la population que des élus – qu'elle en devient une banalité communément admise et rarement remise en cause ».

I. RECOURS AU MCO⁴³

1. RECOURS ACTUEL AU DISPOSITIF ET BESOINS A HORIZON 2020, 2030

a) ACTIVITE MCO

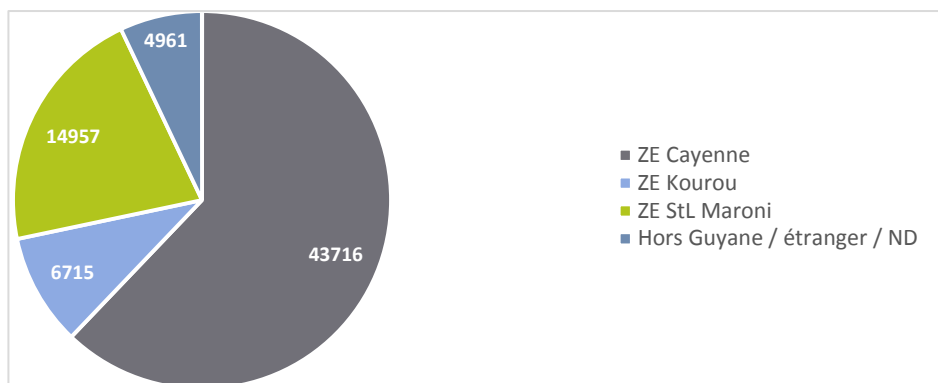
La majorité de la demande provient des habitants de la zone d'emploi de Cayenne (62,1% des séjours/séances) et 21,3% de la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni. **On note un taux de fuite important sur l'ensemble des séjours/séances MCO (8,5 à 10% selon les années depuis 2010).**

Tableau 55 : séjours et séances MCO en Guyane par zones d'emploi en 2014

Séjours MCO	
ZE Cayenne	43 716
ZE Kourou	6 715
ZE St L Maroni	14 957
Hors Guyane / étranger / ND	4 961
Total	70 349

Source : PMSI

Répartition des séjours MCO en 2014 par zones de domicile du patient en Guyane

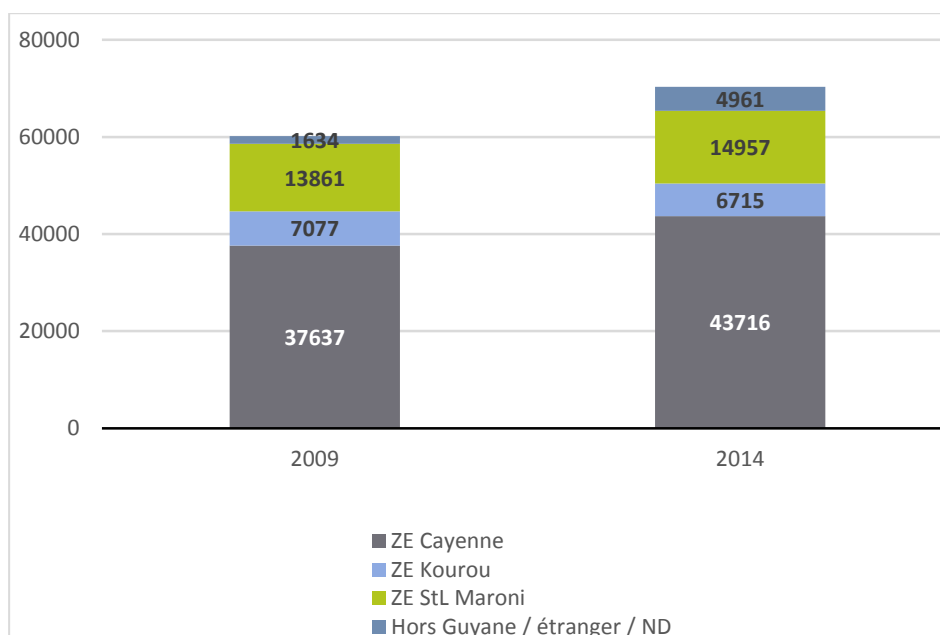


Source : PMSI ; *Calculs et réalisation* : EQR

Le nombre de séjours a augmenté en MCO entre 2009 et 2014 : il est passé de 60 209 à 70 349 séjours sur la période (+16,84%). Cette augmentation concerne principalement les habitants de la zone d'emploi de Cayenne et dans une moindre mesure ceux de la zone de Saint-Laurent-du-Maroni.

⁴³ Source : PMSI

Evolution du nombre de séjours MCO en Guyane entre 2009 et 2014 selon la ZE de domicile du patient⁴⁴



Source : PMSI ; Calculs et réalisation : EQR

En 2014, les séjours MCO concernent principalement les femmes⁴⁵ (55.7% des séjours). Toutefois, entre 2009 et 2014, le nombre de séjours MCO a davantage augmenté chez les hommes (+20,9% vs +13,6% pour les femmes). La majorité des séjours concernent les plus de 50 ans (42% des séjours en 2014). Le nombre de séjours a par ailleurs davantage augmenté entre 2009 et 2014 parmi les personnes âgées de plus de 50 ans.

⁴⁴ En 2013, une erreur de codage du domicile du patient a inscrit une part des séjours réalisés au CMCK, à Kourou comme domicile « Hors Guyane », faussant ainsi les taux de recours

⁴⁵ Ces données n'incluent pas les séjours obstétricaux

Tableau 56 : part des séjours MCO en 2014 et évolution du nombre de séjours entre 2009 et 2014 selon l'âge et le sexe

MCO		
	Part 2014	Evolution 2009-2014 (VA)
Hommes	44.2%	20.9%
Femmes	55.7%	13.6%
Moins de 15 ans	6.0%	-10.9%
15 à 24 ans	9.8%	-7.2%
25 à 39 ans	19.2%	4.9%
40 à 49 ans	11.9%	15.8%
50 ans et plus	42.0%	45.5%

Source : PMSI

NB : les données non renseignées (« ND ») n'ont pas été prises en compte dans les calculs de parts en 2014

Projection de l'indicateur : nombre de séjours MCO (source : PMSI)

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	60 209	70 349	82 184	84 796	104 748	115762
ZE Cayenne	37 637	43 716	49 689	52 320	60 357	70587
ZE Kourou	7 077	6 715	7 925	6 305	10 311	5676
ZE Saint Laurent du Maroni	13 861	14 957	18 235	16 387	24 851	19081
Hommes	25 693	31 074	36 312	39 039	46 343	57103
Femmes	34 516	39 200	45 772	45 667	58 257	58903
Moins de 15 ans	4 749	4 231	4 811	3 683	5 984	2924
15 à 24 ans	7 407	6 872	7 864	6 281	9 583	5406
25 à 39 ans	12 914	13 540	15 773	14 331	20 300	15754
40 à 49 ans	7 249	8 396	9 216	10 014	10 795	13434
50 ans et plus	20 306	29 544	38 899	46 332	55 721	98078

L'analyse de l'évolution du taux de recours de la population aux séjours MCO montre que celui-ci a légèrement augmenté à l'échelle de la Guyane entre 2009 et 2014. Cette augmentation peut être due à l'augmentation du dispositif lui-même sur la période (au CHAR notamment).

	Variation de l'indicateur : nombre de séjours MCO/population					
	2009	2014	2020		2030	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Guyane	26.65%	27.11%	27.11%	27.98%	27.11%	29.96%
ZE Cayenne	29.74%	30.74%	30.74%	32.37%	30.74%	35.95%
ZE Kourou	21.31%	17.51%	17.51%	13.93%	17.51%	9.64%
ZE Saint Laurent du Maroni	20.95%	18.95%	18.95%	17.03%	18.95%	14.55%

Les principaux facteurs pouvant influencer l'évolution de l'ensemble des indicateurs de consommation de soins sont recensés ci-dessous.

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Vieillissement de la population - Amélioration de la situation économique des populations (déterminants de santé) - Amélioration des infrastructures de transport (autre facteur extérieur) - Amélioration du dispositif de prise en soin et d'hospitalisation au niveau local qui permet de limiter les taux de fuite (hospitalisations hors Guyane) (facteurs d'offre) - Projets de développement du CHOG dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni. 	<ul style="list-style-type: none"> - La précarité et l'isolement diminuent le recours des patients à l'hospitalisation MCO (déterminants de santé) - La démographie médicale de proximité permettant de réaliser des suivis et contrôles plus réguliers et d'éviter ainsi les hospitalisations (offre) - Les expériences prouvent que l'on peut éviter des hospitalisations en améliorant la sécurité sanitaire par l'éducation à la bonne observance des traitements (développement de l'éducation thérapeutique)

Ainsi, pour cet indicateur, les résultats de la méthode 2 sont privilégiés compte-tenu des projets d'augmentation de l'offre récemment achevés ou qui vont voir le jour dans les années à venir et qui peuvent influencer le taux de recours vers une poursuite de son augmentation (notamment : ouverture du pôle femmes/enfants du CHAR fin 2013 et ouverture du CHOG reconstruit avec une forte augmentation de capacités MCO, à compter de 2018). Néanmoins, les résultats 2030 obtenus avec la méthode 2 doivent être pris avec précaution car ils semblent très élevés.

b) LES PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION

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

L'analyse des hospitalisations par causes comparées aux départements d'Outre-Mer et à la métropole montre que la Guyane présente des taux de recours pour 1000 personnes plus importants que ceux des territoires de comparaison pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies du sang, les affections dans la période périnatale ainsi que pour les complications de grossesses. Pour les autres causes, le territoire se situe dans les moyennes, voire plutôt en deçà.

Tableau 57 : Taux d'hospitalisation pour 1 000 personnes par causes en 2012

	Guyane	Départements d'Outre-Mer	France métropolitaine
Maladies infectieuses et parasitaires	5,45	3,32	3,09
Tumeurs	5,07	8,36	11,66
Maladies du sang	2,55	2,41	2,17
Troubles mentaux	1,46	4,85	3,81
Maladies de l'appareil circulatoire	9,34	14,39	19,21
Maladies de l'appareil respiratoire	7,39	8,30	10,69
Maladies de l'appareil digestif	8,32	10,48	14,68
Maladies du système génito-urinaire	8,59	8,84	8,87
Maladies ostéo-articulaire	5,14	5,87	12,33
Affections dans la période périnatale	5,62	3,76	2,62
Complications de grossesses	38,55	22,96	14,90
Maladies endocriniennes	2,80	5,21	4,63

Source : écosanté, IRDES, exploitation PMSI

Tableau 58 : hospitalisations par types de séjour et par zones d'emploi en 2009 et 2014 en Guyane

	Séjours obstétriques		Séjours digestifs		Séjours orthopédie		séjours AVC		Séjours/séances chimiothérapie pour cancer	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Total	9 765	10342	6 103	6 470	2 794	3 161	209	329	1 299	2 564
ZE Cayenne	4 921	4974	4 385	4 482	1 864	1 917	119	174	1 033	1 858
ZE Kourou	1 276	932	724	818	439	291	25	36	128	131
ZE Saint LM	3 456	3818	847	834	408	557	57	100	29	210
Hors Guyane/ Etranger /ND	112	618	147	336	83	396	8	19	109	365

Source : PMSI

Les autres causes de séjours représentant, en termes de volume et/ou comparativement aux autres régions en termes de taux de recours, des causes fréquentes d'hospitalisation sont notamment le digestif, l'orthopédie/traumatismes et les affections pour maladies cardio-vasculaires. Parmi ces causes, celles ayant le plus progressé entre 2009 et 2014 sont les hospitalisations pour AVC (+57,42%) et orthopédie (13,14%). Dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni, on enregistre une hausse importante du nombre d'hospitalisation pour AVC (+75,44%). Le nombre d'hospitalisation dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni augmente en orthopédie, digestif et AVC mais diminue pour les infarctus du myocarde.

Tableau 59 : évolution du nombre de séjours par causes d'hospitalisation entre 2009 et 2014 (au global et par zones d'emploi)

	Digestif	Orthopédie	AVC	Infarctus du myocarde
Total	6,01%	13,14%	57,42%	-5,83%
ZE Cayenne	2,21%	2,84%	46,22%	-5,71%
ZE Kourou	12,98%	-33,71%	44%	-0,0%
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	6,7%	36,52%	75,44%	-29,41%

Source : PMSI

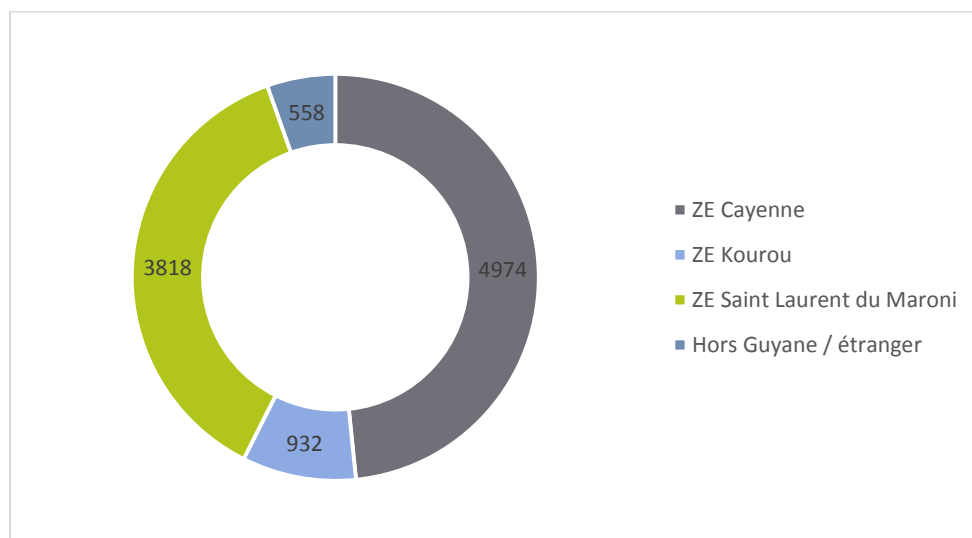
NB : détail non disponible pour la chimiothérapie, dialyse et radiothérapie

c) OBSTETRIQUE

Le nombre de séjours obstétrique a peu augmenté sur la période : passant de 9 séjours obstétrique a peu augmenté sur la période adiothnt de 9 2014 (au global et par zones de a peu) le taux de **La consommation de séjours obstétrique est à mettre en lien avec la jeunesse de la population guyanaise et son fort taux de natalité⁴⁶**.

⁴⁶ Données disponibles dans la partie 1 de ce présent rapport

Répartition des séjours obstétriques en 2014 par zones de domicile du patient en Guyane



Source : PMSI ; Calculs et réalisation : EQR

Pour les séjours obstétriques, en 2014 55,73% des séjours réalisés concernent des femmes âgées de 25 à 39 ans.

Tableau 60 : part des séjours obstétriques en 2014 et évolution du nombre de séjours entre 2009 et 2014 selon l'âge et le sexe

	Obstétrique	
	Part 2014	Evolution 2009-2014 (VA)
Moins de 15 ans	0,95%	16,67%
15 à 24 ans	37,84%	2,03%
25 à 39 ans	55,73%	8,86%
40 à 49 ans	4,93%	16,44%

Source : PMSI

NB : les données non renseignées (« ND ») n'ont pas été prises en compte dans les calculs de parts en 2014

Projection de l'indicateur : nombre de séjours obstétriques (source : PMSI)

Les projections suivantes pour le recours aux séjours obstétriques ont été réalisées en prenant uniquement le nombre et l'évolution du nombre de femmes sur le territoire.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	9 653	10 342	12 076	11 234	15 370	12 895
Moins de 15 ans	84	98	111	118	137	160
15 à 24 ans	3 835	3913	4 455	4 009	5 331	4173
25 à 39 ans	5 295	5764	6 719	6 382	8 480	7 563
40 à 49 ans	438	510	564	612	672	830
50 ans et plus	112	57	76	25	111	7

NB : les données n'ont pas été projetées par zones d'emploi car les données Omphale ne sont pas disponibles pour les femmes seulement par zones d'emploi à horizon 2020 et 2030

Par ailleurs, l'augmentation de l'offre prévue (au CHOG notamment) tend à privilégier les résultats obtenus avec la méthode 1.

<u>Variation du ratio : nombre de séjours obstétriques/nombre de femmes</u>					
2009	2014	2020		2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
8.46%	7.89%	7.89%	7.342%	7.89%	6.62%

d) DIGESTIF

Projection de l'indicateur : nombre de séjours digestifs (source : PMSI)

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	6 103	6 470	7 558	6 940	9 634	7799
ZE Cayenne	4 385	4 482	5 094	4 621	6 188	4807
ZE Kourou	724	818	965	970	1 256	1209
ZE Saint Laurent du Maroni	847	834	1 017	816	1 386	794
Hommes	2 825	2 944	3 440	3 119	4 391	3360
Femmes	3 278	3 526	4 117	3 905	5 240	4453
Moins de 15 ans	653	479	545	310	677	178
15 à 24 ans	466	467	534	468	651	470
25 à 39 ans	1 310	1 286	1 498	1 253	1 928	1212
40 à 49 ans	1 142	1 219	1 338	1 336	1 567	1502
50 ans et plus	2 282	2 810	3 700	3 761	5 300	5470

On observe qu'entre 2009 et 2014, le taux de recours de cet indicateur est resté globalement stable.

	<u>Variation de l'indicateur : nombre de séjours digestifs/population</u>					
	2009	2014	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Guyane	2.70%	2.49%	2.49%	2.29%	2.49%	2.02%
ZE Cayenne	3.46%	3.15%	3.15%	2.86%	3.15%	2.45%
ZE Kourou	2.18%	2.13%	2.13%	2.14%	2.13%	2.05%
ZE Saint Laurent du Maroni	1.28%	1.06%	1.06%	0.85%	1.06%	0.61%

Ainsi, pour cet indicateur, les résultats de la méthode 2 sont privilégiés compte-tenu des projets d'augmentation de l'offre qui vont voir le jour dans les années à venir et qui peuvent influencer le taux de recours vers une poursuite de son augmentation. L'importante diminution observée dans la Zone d'emploi de Kourou devra toutefois être prise avec précaution.

e) ORTHOPEDIE

Projection de l'indicateur : nombre de séjours d'orthopédie-traumatologie (source : PMSI)

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	2 794	3 161	3 693	3 666	4 707	4692
ZE Cayenne	1 864	1 917	2 179	1 994	2 647	2097
ZE Kourou	439	291	343	164	447	78
ZE Saint Laurent du Maroni	408	557	679	861	925	1508
Hommes	1 748	1 880	2 197	2 082	2 804	2373
Femmes	1 046	1 281	1 496	1 701	1 904	2450
Moins de 15 ans	408	492	559	639	696	896
15 à 24 ans	441	401	459	351	559	296
25 à 39 ans	692	692	806	692	1 037	692
40 à 49 ans	489	511	561	543	657	588
50 ans et plus	752	1 050	1 382	1 676	1 980	3056

On observe également un taux de recours globalement stable pour cet indicateur.

	<u>Variation de l'indicateur : nombre de séjours ortho-trauma/population</u>					
	2009	2014	2020		2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Guyane	1.24%	1.22%	1.22%	1.21%	1.22%	1.21%
ZE Cayenne	1.47%	1.35%	1.35%	1.23%	1.35%	1.07%
ZE Kourou	1.32%	0.76%	0.76%	0.36%	0.76%	0.13%
ZE Saint Laurent du Maroni	0.62%	0.71%	0.71%	0.89%	0.71%	1.15%

De même, pour cet indicateur, les résultats de la méthode 2 sont privilégiés compte-tenu des projets d'augmentation de l'offre qui vont voir le jour dans les années à venir et qui peuvent influencer le taux de recours vers une poursuite de son augmentation.

Le volume de séjours en 2009 et 2014 pour les infarctus du myocarde et les AVC, ainsi que leurs projections, sont présentées dans la partie 5.2.5 (Etat de santé) de ce rapport.

2. ANALYSE DU DISPOSITIF ACTUEL DE PRISE EN CHARGE

a) DISPOSITIF

L'activité MCO est réalisée dans les différents établissements de santé de Guyane.

Etablissement	Lits et places Médecine	Lits et places Chirurgie	Lits et places Obstétrique
Centre Hospitalier Andrée Rosemon (Cayenne)	213 lits et 17 places	77 lits et 5 places	100 lits
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG)	41 lits et 6 places	20 lits	45 lits
Centre Médico-chirurgical (Kourou)	52 lits et 1 place	32 lits et 5 places	20 lits et 1 place
Clinique Véronique (Cayenne)	15 lits et 12 places	15 lits	30 lits
Clinique Saint-Paul (Cayenne)	20 lits	--	---

Source : SAE 2013 (ANAP, Hospidiag)

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

- Le CHAR a fait l'objet d'importants travaux d'extension qui se sont achevés en 2012 afin d'augmenter la capacité de la structure de 81 lits et lui permettre d'accueillir un service de chirurgie pédiatrique, un hôpital de jour de gynécologie, une nouvelle cuisine et une nouvelle pharmacie, dans des locaux neufs (l'ouverture d'un nouveau pôle femmes-enfants a eu lieu fin 2013). Le projet médical pour la période 2011-2016 porte les axes de développement prioritaires suivants :
 - o 1/ Développement**
 - o Assurer les perspectives de développement en fonction de l'évolution des besoins.
 - o Augmenter le nombre des lits
 - o Recruter les professionnels médicaux nécessaires
 - o 2/ Sécurisation**
 - o Promouvoir la pluridisciplinarité et la spécialisation des prises en charge
 - o Mettre aux normes (Réa, USC ...)
 - o Maintenir et mettre à niveau l'environnement technique et « hôtelier »
 - o Renforcer et créer de nouvelles synergies et transversalités entre les différents Pôles de l'établissement
 - o Assurer des soins de qualité et renforcer l'offre de soin, notamment auprès des communes du territoire
 - o Etablir davantage de liens avec la médecine de ville
 - o Offrir au patient un cadre adapté et de qualité ainsi qu'un parcours de soins facilité au sein de l'établissement
 - o 3/ Universitarisation**
 - o Enseignement

- o Recherche
- o Formation

Le CHAR présente par ailleurs un dossier au COPERMO pour sa réhabilitation, qui doit permettre l'augmentation de capacités de certains services (chirurgie, cardiologie, dermatologie, soins intensifs, etc.) et la création de nouveaux services (notamment pédopsychiatrie, SSR, réanimation pédiatrique). S'il aboutit, l'envergure du projet aurait des répercussions sur l'évolution de la capacité du dispositif de prise en charge.

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

En 2011, le SROS avait identifié les points suivants relatifs au secteur hospitalier et à l'activité MCO en Guyane :

- Les centres hospitaliers sont tout d'abord confrontés à la problématique de la **pénurie de professionnels de santé sur le territoire**. Ils éprouvent en effet des difficultés à recruter et fidéliser les médecins, pourtant essentiels à l'activité et à la mise en œuvre d'un projet médical sur le territoire ;
- Par ailleurs, ces derniers rencontrent des difficultés d'ordre financier qui se sont accentuées dans certains établissements (CMCK, Clinique Véronique notamment), liés notamment aux réformes tarifaires ; la nécessité de s'adapter aux évolutions de la population, tant en terme de croissance que de développement de certaines pathologies ;
- La difficulté de la prise en charge des urgences dans les communes les plus reculées notamment ;
- La nécessité de s'adapter aux développements de nouvelles techniques (télémédecine) et de renforcer des spécialisations de pointe, afin d'éviter les fuites hors Guyane pour des soins spécifiques.

b) TAUX D'EQUIPEMENT

La Guyane apparaît sous-équipée en infrastructures, lits et places hospitaliers. En effet, la comparaison des taux d'équipement avec les moyennes françaises et antillaises montre que le territoire apparaît fortement déficitaire pour tous les types de prise en charge (médecine, chirurgie, SSR, psychiatrie juvénile).

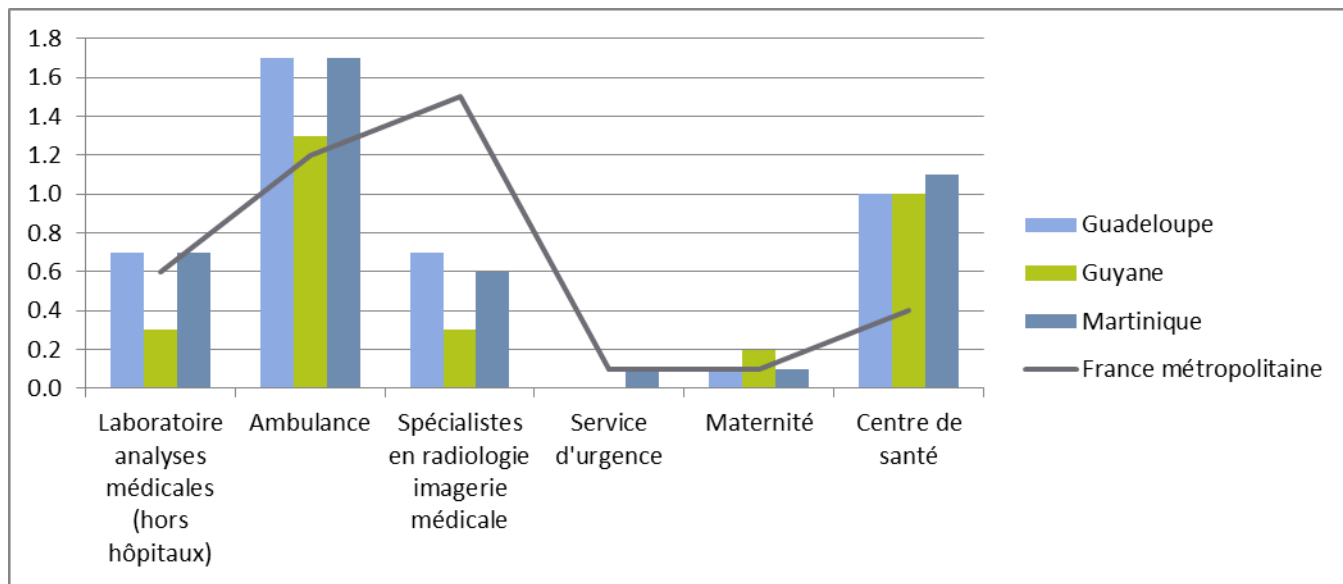
Le territoire dispose en revanche d'un taux d'équipement en gynécologie-obstétrique bien supérieur aux moyennes : on compte en effet 2,7 lits pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus contre 1,2 en Guadeloupe et 0,8 au niveau national. Ce taux important est également à mettre en lien avec la jeunesse et le fort taux de natalité de la population.

**Tableau 61 : taux d'équipement en établissements de santé sur le territoire guyanais en 2013
(pour 1 000 habitants de 15 ans et plus)**

	Guyane	Guadeloupe	Martinique	France	France métropo.
Médecine	1,8	3,0	2,3	2,2	2,2
Chirurgie	0,7	1,0	1,1	1,5	1,4
gynéco-obstétrique (pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus)	2,7	1,2	0,9	0,8	0,8
SSR	0,6	1,8	1,5	NC	1,3
Psychiatrie adulte (15 ans et plus)	0,8	0,8	0,4	NC	1,5
Psychiatrie juvénile (enfants de 15 ans et moins)	0,3	1,4	1,5	NC	0,9
Total	3,2	4,5	3,8	4,0	

Sources : ARS et Drees, SAE ; Insee, estimations de population Insee 2012

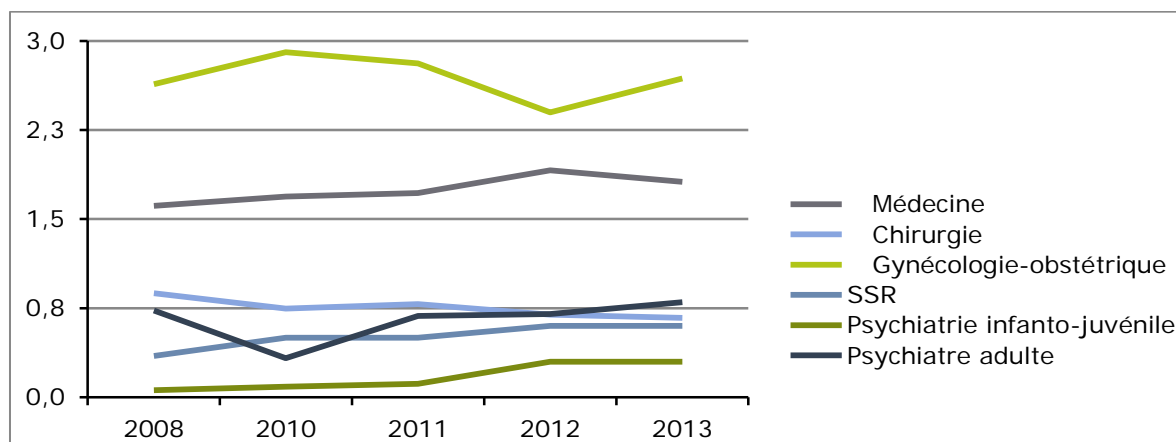
Comparaison des taux d'équipement en établissement de santé (pour 1000 habitants de 15 ans et plus) en 2013



Sources : ARS et Drees, SAE ; Insee, estimations de population Insee 2012 ; *Calculs et réalisations* : EQR Conseil

Les taux d'équipement en Guyane n'ont que faiblement augmenté sur la période 2008-2010, malgré les investissements réalisés et comparativement à la forte croissance de la population sur la période.

Evolution des taux d'équipement en établissements hospitaliers en Guyane entre 2008 et 2013



Sources : ARS et Drees, SAE ; Insee ; Calculs et réalisations : EQR Conseil

c) TAUX D'OCCUPATION

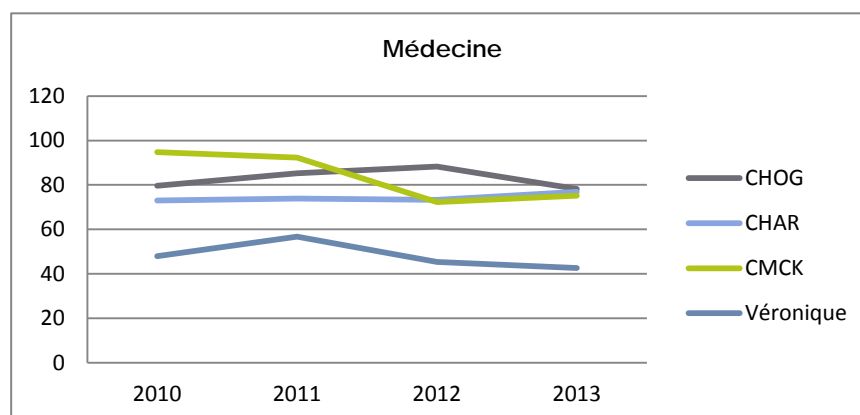
Définition : le taux d'occupation des lits d'hôpitaux représente la somme des journées d'hospitalisation au cours d'une période donnée (en général une année) divisée par le nombre de lits disponibles, Il indique le degré d'utilisation des lits disponibles durant une période déterminée.

L'analyse de l'évolution des taux d'occupation entre 2010 et 2013 par type d'activité et d'établissement montre que :

- L'activité de chirurgie a eu tendance à augmenter au CHOG, au CHAR et à la Clinique Véronique. Elle a en revanche diminué au CMCK sur la période ;
- L'activité de médecine a diminué au CHOG et à la Clinique Véronique. Elle n'a que très légèrement augmenté au CHAR et au CMCK ;
- Le taux d'occupation du service obstétrique du CHAR a fortement augmenté entre 2010 et 2013. Si celui du CMCK a également légèrement augmenté, l'activité a toutefois eu tendance à légèrement décliner au CHOG et à la clinique -Véronique.

Evolution des taux d'occupation des principaux établissements de santé MCO entre 2010 et 2013

Source : ANAP, hospidiag, source : PMSI 2013



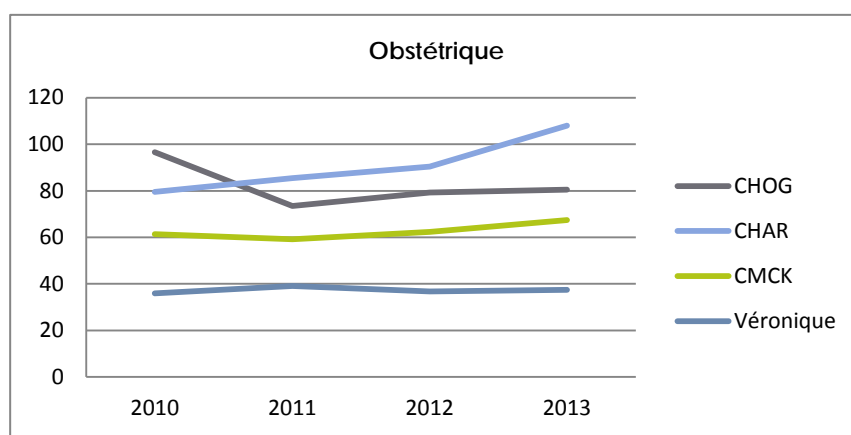
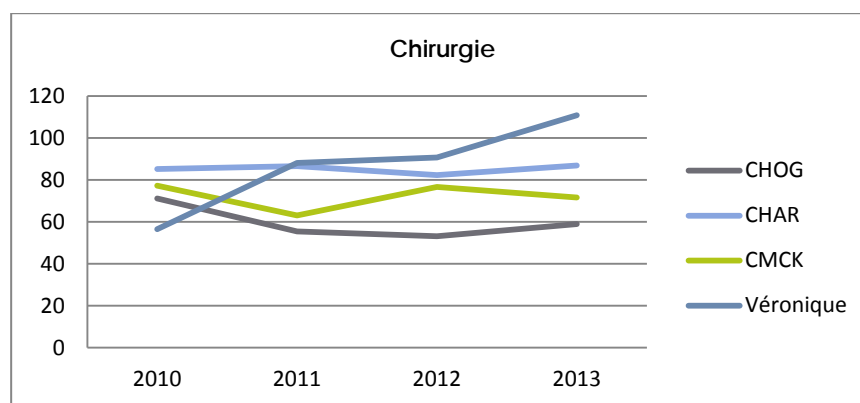


Tableau 62 : taux d'occupation des lits MCO dans les établissements hospitaliers de Guyane en 2013 (en %)

	CHAR	CHOG	CMCK
Médecine	76,9	78,2	75,1
Chirurgie	86,8	58,9	71,6
Obstétrique	108	80,5	67,4

Source : PMSI – hospidiag

d) EVOLUTION DE LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR (DMS)

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité⁴⁷. Les établissements de MCO ont connu une amélioration globale de leurs durées moyennes de séjour en médecine entre 2009 et 2013 de l'ordre de -7%, amélioration concernant principalement l'activité de médecine. A l'inverse, les DMS d'obstétrique et de chirurgie ont augmenté pendant la période.

⁴⁷ Un séjour plus court diminue le coût par sortie et déplace les soins aux patients hospitalisés vers le cadre moins onéreux des soins post-aigus

	2009	2013	Moy.
Efficienc e 2009-2013 (DMS)	3,96	3,68	-7%
DMS - M	3,64	3,10	-15%
DMS - C	4,79	4,98	4%
DMS - O	4,35	4,74	9%

Source : PMSI, ARS Guyane

e) COOPERATION ENTRE ETABLISSEMENTS

Depuis quelques années, les objectifs d'amélioration de la performance hospitalière en Guyane s'accompagnent également d'une stratégie de coopération inter-établissement permettant de mettre en place des parcours de soins coordonnés, des filières cohérentes et de mettre en place des mutualisations et optimisations de moyens. Cette logique de coopération dépasse également le simple cadre hospitalier puisque des coopérations avec les secteurs médico-social et associatif sont également promues par l'ARS, notamment à travers la signature d'un certain nombre de conventions.

f) DEMOGRAPHIE MEDICALE SALARIEE

Le dispositif actuel s'appuie également sur des professionnels de santé salariés dans les établissements.

Tableau 63 : nombre de professionnels de santé salariés dans les établissements de Guyane en 2013

	CHAR	Dont ETP rémunérés en CDPS 2013	CHOG	CMCK	Clinique saint Paul	Clinique Véronique	TOTAL ETP hospitaliers
ETP médicaux	203,44	20,65	64,19	40,99	8	22,8	339,42
<i>dont médecins</i>	120,42		26,47	22,27	7	8	184,16
<i>dont chirurgiens</i>	17,58		8,86	6,28		10,5	43,22
<i>dont anesthésistes</i>	11,43		6,47	3,9			21,8
<i>dont gynécologues obstétriciens</i>	10,18		10,13	5,04		3	28,35
ETP non médicaux	1 797,34	97,76	575,1	335,54	55,25	129,89	2 893,12

Source : SAE (outils hospidiag de l'ANAP)

3. INVESTISSEMENTS NECESSAIRES DU DISPOSITIF POUR REpondre AUX FUTURS BESOINS

L'offre de MCO en établissement en Guyane repose sur 726 lits et places, réparties entre 5 établissements (cf. supra).

La projection effectuée ci-après selon les deux méthodologies fait apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030.

Rappel de la méthodologie de projection

La projection des coûts a été établie à partir des éléments volumétriques projetés dans les deux méthodologies. Ces volumétries, exprimées en unités d'œuvre de premier niveau (journées, séances, heures) sont converties en une unité d'œuvre de second niveau (lits et places, plan d'aide) lorsque la conversion est pertinente pour approcher ensuite le niveau de dépense. En effet, la traduction des indicateurs choisis en impacts sur le dispositif et en nécessité de développement d'offre ne peut pas être mécaniquement réalisée sans prendre en compte des hypothèses de développement. Les ratios de conversion de nombres de journées/séances/heures en nombre de lits/places/plan d'aide utilisés sont d'abord les ratios réellement constatés en Guyane lors du dernier exercice connu. Lorsque cela était pertinent, des scénarii alternatifs ont été définis : i) un scénario de rattrapage des niveaux nationaux actuels de recours et des capacités et performance et ii) un scénario intégrant des évolutions de ces niveaux par rapport à leur niveau actuel.

Ces éléments volumétriques servent d'inputs d'assiette dans un calcul qui les croise avec des coûts unitaires issus d'analyses de la dépense actuelle. Les coûts unitaires utilisés ont été établis à partir des dernières données financières connues au niveau de finesse pertinent pour l'analyse : journée, séance, heure, lits/place, plan d'aide. Ce niveau de finesse permet de simuler la dépense annuelle en établissement en dépassant la stricte logique de l'investissement. Celui-ci est pris en compte dans les amortissements et intérêts inclus dans le coût annuel. La projection de dépense ainsi réalisée est donc une estimation du besoin global annuel de dépense exprimé en € valeur 2014 qui traduit à la fois le besoin d'investissement et le besoin de fonctionnement.

Par ailleurs, le niveau établissement spécialisé (MCO, psychiatrie, SSR, EHPAD etc.) a semblé le plus pertinent. En effet, la logique de mutualisation et de regroupement de filières et de pathologie dans des établissements ou dans une offre fongible empêche de descendre à un niveau de coûts par filière ou par pathologie.

Ces dépenses unitaires ont été améliorées, le cas échéant, par des indicateurs d'efficience, lorsque les taux d'occupation de l'offre actuelle étaient bas, et qu'il semblait pertinent de prendre en charge les besoins supplémentaires en priorité dans l'offre existante faiblement occupée.

Rappel de la projection du nombre de séjours et séances MCO réalisés

	Données de base		Projection 2020		Projection 2030	
	2009	2014	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 1	Scénario 2
Nombre total	60 209	70 349	82 184	84 796	104 748	115762
ZE Cayenne	37 637	43 716	49 689	52 320	60 357	70587
ZE Kourou	7 077	6 715	7 925	6 305	10 311	5676
ZE Saint Laurent du Maroni	13 861	14 957	18 235	16 387	24 851	19081

a) PROJECTION : SCENARIO DE CONSTANCE

Le besoin supplémentaire est estimé entre +122 et +149 lits / places MCO d'ici 2020 et entre +355 et +469 lits/ places MCO d'ici 2030 selon la méthode retenue.

		<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
				Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Coûts nets en établissement		274 578 €	199 343 499 €	33 536 089 €	40 937 547 €	97 474 264 €	128 683 937 €
		<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
				Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Places en établissement		726		122	149	355	469
ZE Cayenne		451		74	92	205	286
ZE Kourou		69		12	11	35	23
ZE Saint Laurent du Maroni		154		27	29	84	77

La dépense moyenne annuelle par lit/place ressort en Guyane en 2014 à 275 K€ (source : calculs sur la base de l'Etat financier régional relatif aux dépenses 2014, transmis par l'ARS)

Aussi, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée **entre +34 M€ et +40 M€(2020) et entre +97 M€ et +129M€(2030) selon la méthode retenue.**

b) PROJECTION COMPLEMENTAIRE - SCENARIO DE RATTRAPAGE DES TAUX D'EQUIPEMENTS METROPOLITAINS

L'offre MCO en Guyane se caractérise par un retard avec la métropole (taux d'équipement de 3,2 contre 4 en métropole. Cf. *plus haut*), une simulation complémentaire de l'effet rattrapage a été effectuée (c'est-à-dire en intégrant des taux d'équipement similaires à ceux métropolitains actuels). **Elle fait ressortir un besoin de lits supplémentaires évalué entre +153 et +186 lits/places MCO d'ici 2020 et entre +444 et +586 lits/places MCO d'ici 2030.**

		<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
				Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Places en établissement		726		153	186	444	586
ZE Cayenne		451		92	115	256	357
ZE Kourou		69		15	14	44	29
ZE Saint Laurent du Maroni		154		34	36	105	97

Aussi, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +41M€ et + 51M€ d'ici 2020, et entre +122M€ et +161 M€ d'ici 2030.

		<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
				Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Coûts nets en établissement		274 578 €	199 343 499 €	41 920 111 €	51 171 934 €	121 842 830 €	160 854 922 €

c) PROJECTION ALTERNATIVE : SCENARIO INTEGRANT UNE DIMENSION PERFORMANCE ET EFFICIENCE

Les données d'activité des établissements (PMSI) font ressortir que les établissements de MCO ont connu une amélioration de leurs durées moyennes de séjour en médecine entre 2009 et 2013. A l'inverse, les DMS d'obstétrique et de chirurgie se sont dégradées. Pour autant, cet effet efficacité net est d'environ -7%.

	2009	2013	Moy.
Efficienc e 2009-2013 (DMS)	3,96	3,68	-7%
DMS - M	3,64	3,10	-15%
DMS - C	4,79	4,98	4%
DMS - O	4,35	4,74	9%

La poursuite de cette amélioration permettrait d'absorber une partie du besoin supplémentaire de prise en charge au sein de l'offre actuelle, et réduirait donc de 7% le besoin d'offre nouvelle.

En conséquence, ressortent de manière amoindrie les besoins suivants :

- Un besoin de lits/places MCO supplémentaires évalué entre +114 et + 139 d'ici 2020, et entre +331 et +436 d'ici 2030.

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
			<u>Besoins supplémentaires</u>			
Places en établissement		726	114	139	331	436
ZE Cayenne		451	69	86	190	266
ZE Kourou		69	11	10	33	21
ZE Saint Laurent du Maroni		154	25	27	78	72

Aussi, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +31M€ et +38M€ à horizon 2020, et entre +91M€ et +120 M€ à horizon 2030.

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
			<u>Besoins supplémentaires</u>			
Coûts nets en établissement		274 578 €	31 225 174 €	38 116 610 €	90 757 477 €	119 816 545 €

4. RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Poursuivre les réflexions d'augmentation de développement du dispositif (+50% pour l'activité MCO avec près de 70% des besoins dans la zone de Saint-Laurent-du-Maroni)	4	2	<ul style="list-style-type: none"> - Cette réflexion pourra s'appuyer sur les données calculées dans le présent rapport - Elle pourra également être menée de façon partenariale - Les possibilités de développement ont un coût financier et vont également dépendre de choix politiques
Poursuivre les travaux d'optimisation de la performance notamment suite au passage à la tarification à l'activité, afin d'améliorer l'activité des établissements et leur efficacité (optimisation et rationalisation des moyens mis en œuvre)	4	3	<ul style="list-style-type: none"> - Cette action nécessite d'accompagner les établissements dans cette dynamique (formation des professionnels, etc.)
Poursuivre la mise en place de stratégies de coopérations pertinentes pour la prise en charge des patients guyanais . Il s'agit de coopérations inter-établissements mais également des coopérations avec la médecine de ville, l'ambulatoire et les acteurs de santé du territoire (associations, etc.). En particulier, et compte-tenu de l'importance croissante de ces pathologies sur le territoire, de véritables filières de prise en charge sur le diabète , l'AVC, le cancer avec les établissements métropolitains et des Antilles. Cet enjeu sera également à articuler avec celui de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire qui constitue une innovation du Projet de loi de modernisation de notre système de santé (stratégie nationale de santé) et qui sera mis en place dès 2016.	3	2	<ul style="list-style-type: none"> - Cette action nécessite une bonne dynamique de coopération sur le territoire

II. RECOURS AUX SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION⁴⁸

1. RECOURS ACTUEL AU SSR ET PROJECTIONS 2020, 2030

La Guyane dispose aujourd'hui des capacités en SSR suivantes :

Etablissement	SSR
Centre médical Saint-Paul (Cayenne)	1 SSR polyvalent, 1 SSR pour affections cardio-vasculaires, 1 SSR pour affections de l'appareil locomoteur, 1 SSR pour affections des systèmes digestifs, métabolique et endocriniens, 1 SSR pour affection du système nerveux
CHAR (Cayenne)	1 SSR polyvalent
Clinique Saint-Adrien (Cayenne)	1 SSR pour affections des personnes âgées (récent)
CHOG (Saint-Laurent-du-Maroni)	1 SSR polyvalent

On compte en 2012 plus de 26 000 journées réalisées en SSR, dont près des trois quart ont été réalisées par la Clinique Saint-Paul (en hospitalisation complète).

On note également la forte proportion d'hospitalisations en SSR en dehors de la région pour les patients de Guyane : plus de 50% des hospitalisations complètes en SSR de patients guyanais étaient réalisées en 2012 dans une autre région que la Guyane.

Tableau 64 : Consommation de journées SSR en Guyane en 2010 et 2012

	2009 ou 2010		2012	
	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle	Hospitalisation complète	Hospitalisation partielle
SSR réalisé en Guyane	28 996	--	24 646	1 734
Séjours SSR réalisés hors Guyane	29 719	287	28 197	410
Total	58 715	287	52 843	2 144

Source : -SAE 2009-2012 (pour les séjours réalisés en Guyane) – PMSI SSR 2010-2012(pour les séjours SSR réalisés hors Guyane)

Projection de l'indicateur : nombre de journées d'hospitalisations en SSR (source : SAE)

Le nombre de journées d'hospitalisations en SSR s'appuie sur les données de la SAE uniquement, disponibles pour les années 2009 et 2012. Elles ne relatent donc que des séjours SSR réalisés en Guyane qui ne sont pas disponibles par zones d'emploi, ni sexe et âges. Le détail en fonction des hospitalisations complètes et partielles est proposé dans les calculs suivants.

⁴⁸ Source : SAE

Hospitalisations complètes

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	28 996	24 646	30 394	15 977	38 738	9294

Hospitalisations partielles

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	0	1 734	2 138	---	2 725	-

Hospitalisations complètes et partielles

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	28 996	26 380	31 655	22 357	40 346	17 650

Ces projections ne tenant compte que des hospitalisations SSR réalisées dans des établissements de la région, elles sous-estiment très probablement le recours au SSR futur en Guyane compte tenu des projets de création de SSR d'ores et déjà débutés et prévus d'ici 2020 et 2030, et du vieillissement de la population. En effet, de même que pour les indicateurs de consommation de soins MCO, l'évolution de cet indicateur est fortement dépendante de l'évolution de l'offre. Les facteurs pouvant influencer l'évolution du recours au SSR sont les suivants :

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none">- Vieillesse de la population- Amélioration de la situation économique des populations (déterminants de santé)- Amélioration des infrastructures de transport (autre facteur extérieur)- Amélioration du dispositif de prise en charge en SSR au niveau local qui permet de limiter les taux de fuite (hospitalisations hors Guyane) (facteurs d'offre)	<ul style="list-style-type: none">- Amélioration de la prévention routière- Meilleure prise en charge de l'HTA et du diabète

2. ANALYSE DU DISPOSITIF ACTUEL DE PRISE EN CHARGE

A date d'étude, les acteurs interrogés ont évoqué une pénurie de lits de SSR sur la région. Selon eux, la quasi-totalité des patients retourne à domicile après des séjours hospitaliers et préfèrent des solutions d'hospitalisation à domicile de type HAD. L'analyse des données du PMSI et de la SAE montrent que les taux de fuite sont également très élevés dans le secteur SSR (plus de la moitié des séjours de SSR en hospitalisation complète de patients domiciliés en Guyane avaient lieu hors de la région). Cependant, l'offre s'est étoffée, notamment grâce aux projets de la Clinique Saint-Adrien. En outre, le territoire dispose désormais d'une offre diversifiée (SSR gériatriques, pédiatrique, polyvalents, spécialisés dans la prise en charge de plusieurs types d'affection, etc.), bien que plutôt centré à Cayenne (Clinique Saint-Paul, Saint-Adrien et CHAR).

Le SROS 2011-2016 a également identifié les enjeux suivants relatifs à l'offre de SSR sur le territoire Guyanais :

- Garantir une meilleure utilisation de ces soins en garantissant un parcours pertinent en SSR, par une bonne orientation et une bonne admission dans ces services ;
- Augmenter l'offre d'accueil en SSR afin d'éviter les fuites hors du territoire pour ces prises en charge. Le SROS note également que « *l'importance grandissante du diabète et de ses complications, de l'obésité, des accidents vasculaires cérébraux, le nombre de personnes vivant très loin de toute possibilité de soins ambulatoires ou à domicile, et enfin, le vieillissement de la population, rendent plus impératif encore le développement résolu et la coordination des structures de SSR.* » ;
- Les difficultés à obtenir des données chiffrées fiables pour la Guyane.

Etoffé, le dispositif semble aujourd'hui plus à même à répondre aux besoins de la population guyanaise. Une évaluation des besoins en place, et en particulier en fonction des différentes spécialisations du SSR pourra être réalisée en fonction de l'évolution des besoins et de l'environnement.

3. EVOLUTIONS NECESSAIRES DU DISPOSITIF POUR REpondre AUX FUTURS BESOINS

L'offre de SSR en établissement en Guyane repose sur **130 lits et places en 2014**, réparties entre plusieurs établissements (*voir plus haut*).

a) PROJECTION - SCENARIO DE CONSTANCE

Rappel de la projection du nombre d'hospitalisations complètes et partielles

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	28 996	26 380	31 655	22 357	40 346	17 650

La projection effectuée selon les deux méthodologies fait apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030 : le besoin est estimé entre **+26 et -20 lits/places SSR** à horizon 2020 et entre **+69 et -43 lits/places SSR** à horizon 2030 selon la méthode retenue.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		2014	Besoins supplémentaires			
Places en établissement		130	26	-20	69	-43

La dépense moyenne annuelle par lit/place en Guyane ressort en 2014 à 65 K€, et à 322€ par journée d'hospitalisation (source : calculs sur la base de l'Etat financier régional relatif aux dépenses 2014, SNIIRAM).

Aussi, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +1,7M€ et -1,3M€ d'ici 2020 et entre + 4,5M€ et - 2,8M€ d'ici 2030 en coûts 2014.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		2014	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement		8 505 711 €	1 700 820 €	-1 297 137 €	4 503 061 €	-2 814 816 €

Les effectifs supplémentaires nécessaires pour le fonctionnement de cette offre nouvelle sont compris entre +16 et -12 ETP d'ici 2020 et entre +42 et -27 ETP d'ici 2030.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		2014	Besoins supplémentaires			
ETP	0€	80,22	16	-12	42	-27

b) PROJECTION - SCENARIO DE RATTRAPAGE

Le taux d'équipement de la Guyane en SSR est de 0,6 pour 1000. Celui de la France métropolitaine est de 1,3. Un rattrapage aurait donc pour conséquence une hausse importante des places et des moyens associés.

La projection effectuée fait apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030 : le besoin est estimé entre **+56 et -43 lits/places SSR** à horizon 2020 selon la méthode retenue et entre +149 lits/places et -93 lits/places à horizon 2030 selon la méthode retenue.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		2014	Besoins supplémentaires			
Places en établissement		130	56	-43	149	-93

Dans ce scénario, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +3,7 M€ et -2,8M€ d'ici 2020 et entre +9,8M€ et -6M€ d'ici 2030 en coûts 2014.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
		2014	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement		8 505 711 €	3 685 110 €	-2 810 464 €	9 756 633 €	-6 098 769 €

Les effectifs supplémentaires nécessaires pour le fonctionnement de cette offre nouvelle sont compris entre +35 et -27 ETP d'ici 2020 et entre +92 et -58 ETP.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	moyenne	2014	Besoins supplémentaires			
ETP	0€	80,22	35	-27	92	-58

c) PROJECTION ALTERNATIVE SCENARIO INTEGRANT UNE DIMENSION PERFORMANCE ET EFFICIENCE

Aucun scénario intermédiaire n'a été identifié pour le SSR.

4. RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
<p>Développer les parcours de soins et les coopérations entre les établissements et avec la médecine de ville, ainsi que les services d'aides à domicile (SAD, SSIAD, HAD, etc.) et établissements et services médico-sociaux en ciblant des populations et besoins émergents particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Personnes âgées dépendantes ; o Diabète ; o Parcours suite à un AVC. 	4	2	
Mettre en place une commission de suivi et d'animation de la filière SSR	3	2	- Définir des objectifs précis pour cette commission afin de pouvoir suivre ses actions et l'atteinte de ses objectifs (préalablement à définir)

III. ACTIVITE HAD

1. RECOURS ACTUEL EN HAD ET PROJECTIONS 2020, 2030

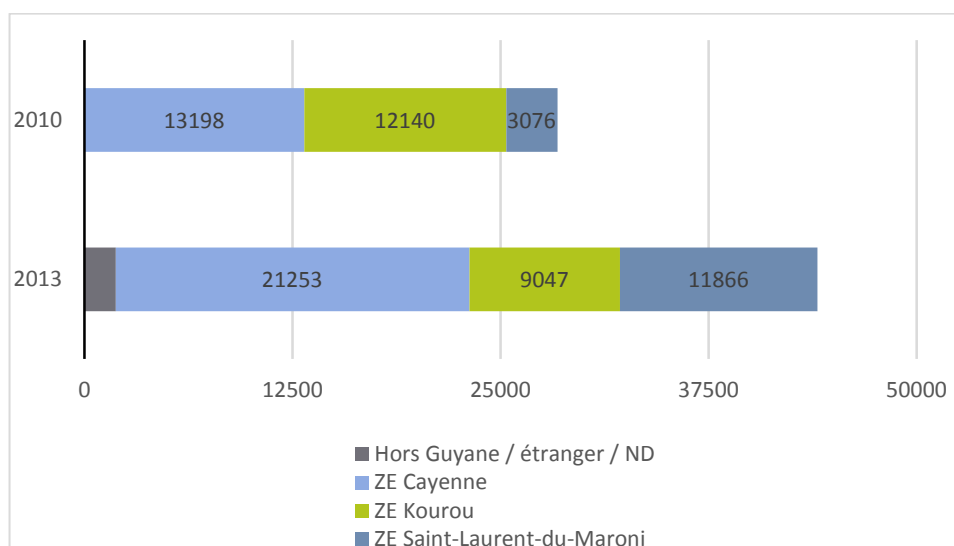
Plus récente qu'en métropole, l'hospitalisation à domicile (HAD) s'est développée en Guyane au point d'atteindre près de 45 000 journées en 2013. Entre 2010 et 2013, on assiste à un quasi-doublement des journées HAD réalisées, signe d'une forte demande pour ce type de prise en charge, mais également d'un fort développement de l'activité. On observe que l'essentiel de l'activité est réalisé dans la zone d'emploi de Cayenne et une augmentation importante de l'activité à Saint-Laurent-du-Maroni entre 2010 et 2013.

Tableau 65 : nombre de journée HAD réalisées selon la zone d'emploi de domicile des patients de Guyane en Guyane en 2010 et 2013

	2010	2013
Hors Guyane / étranger / ND	6	1 563 / 1 880
ZE Cayenne	13 198	21 253
ZE Kourou	12 140	9 047
ZE Saint-Laurent-du-Maroni	3 076	11 866
Total	28 420	44 046

Source : ATIH-PMSI

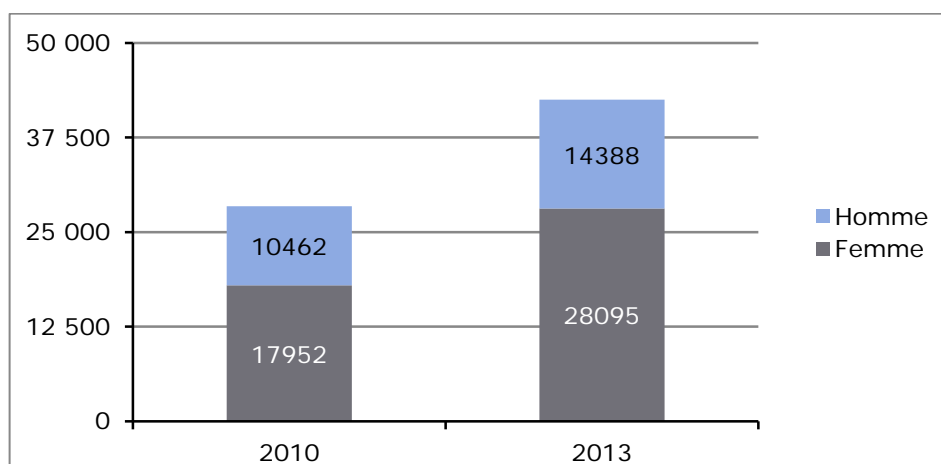
Nombre de journée HAD réalisées par zones d'emploi en Guyane en 2010 et 2013



Source : ATIH-PMSI ; Calculs et réalisation : EQR Conseil

La demande d'hospitalisation en HAD concerne principalement des femmes : elles représentent environ deux-tiers des journées HAD réalisées en 2010 et 2013. Ce constat peut s'expliquer par le fait que l'HAD a réalisé une activité de suivi de grossesse sur la période.

Nombre de journées HAD réalisées en Guyane en 2010 et 2013 par sexe



Source : ATIH-PMSI ; Calculs et réalisation : EQR Conseil

Projection de l'indicateur : nombre de journée d'hospitalisation en HAD (source : PMSI)

Les données d'hospitalisations en HAD sont disponibles pour 2010 et 2013. Compte tenu de la forte évolution de l'indicateur sur la période 2010-2013, au global (TCAM = +15,7%) et dans la zone de Saint-Laurent-du-Maroni (TCAM = +56,8%), les résultats obtenus avec la méthode 2 apparaissent disproportionnés. **La méthode 1 est retenue pour cet indicateur.** En effet il est probable que la croissance de l'offre HAD s'atténuera dans les années à venir ; l'évolution du recours à l'HAD aux horizons 2020 et 2030 suivra donc très probablement les projections de population

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2010</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	28 420	44 046	52 853	122 433	67 365	527 440
ZE Cayenne	13 198	21 253	24 702	64 597	30 006	316 171
ZE Kourou	12 140	9 047	10 984	4 555	14 290	1709
ZE Saint Laurent du Maroni	3 076	11 866	14 973	--	20 405	--
Hommes	10 462	15 126	18 156	35 753	23 171	122 183
Femmes	17 952	28 920	34 687	87 983	44 148	431 204

NB : le nombre de séjours hors Guyane et les données non renseignées dans la base (« ND ») n'ont pas été pris en compte dans les projections suivantes (Hors Guyane : 6 séjours en 2010 et 1 563 en 2013; ND communes : 317 en 2013).

2. ANALYSE DU DISPOSITIF ACTUEL DE PRISE EN CHARGE

On compte en Guyane deux structures HAD, l'HAD Guyane et l'HAD du Centre Médical Saint Paul. Chaque antenne de l'HAD Guyane (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni) intervient dans sa zone de proximité.

HAD Guyane - Antenne de Cayenne



Source : ATIH-PMSI

HAD Guyane - Antenne de Kourou



Source : ATIH-PMSI

HAD Guyane - Antenne de Saint-Laurent



Source : ATIH-PMSI

Le SROS 2011-2016 avait identifié le développement de l'HAD comme un enjeu transversal majeur du SROS/PRS, comme autre mode de prise en charge substitutif à l'hospitalisation conventionnelle notamment. Les politiques de santé publiques au niveau régional favorisent le développement de ce type de prise en charge, qui semble répondre aux besoins de la population guyanaise. **Ainsi, l'offre s'est beaucoup accrue ces dernières années.** Cette augmentation se traduit notamment dans les chiffres d'activité analysés, qui permettent effectivement de constater une augmentation notable de l'activité entre 2010 et 2013.

Le rapport de la Cour des comptes note également que le taux de recours à l'HAD pour 100 000 habitants est particulièrement élevé en Guyane par rapport à la moyenne nationale. Le manque de places en soins de suite et de réadaptation, en services de soins infirmiers à domicile et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et le suivi des grossesses à risque réalisé à domicile par ces structures en sont des explications. Trois facteurs sont avancés : l'HAD serait plus facilement utilisée faute de places en hospitalisation conventionnelle; malgré de mauvaises conditions d'habitat, les solidarités familiales jouent, les familles acceptant plus facilement les contraintes liées à ce type de prise en charge; la forte densité d'infirmiers libéraux, couplée à une faible offre en soins de suite et en structures médico-sociales, peut aussi faciliter le recours à l'HAD.

Le SROS met toutefois en lumière les difficultés auxquelles doit faire face l'HAD en Guyane :

- problèmes d'ouverture ou de prolongation de droits par la CGSS ;
- habitat dispersé n'offrant pas toujours les garanties nécessaires en termes d'hygiène (eau courante) ou de sécurité (moyen de communication) ;
- quasi absence de visites à domicile par les médecins traitants dont la densité reste par ailleurs très inférieure à la moyenne métropolitaine de même que celle de nombreux paramédicaux ;

- une méconnaissance générale de l'HAD qui peut freiner le développement de ce type de prise en charge.

3. EVOLUTIONS NECESSAIRES DU DISPOSITIF POUR REPONDRE AUX FUTURS BESOINS

L'offre d'HAD en établissement en Guyane se mesure en journées, projetées à partir de plusieurs établissements (*voir plus haut*).

a) PROJECTION - SCENARIO DE CONSTANCE

La projection effectuée selon les deux méthodologies fait apparaître un besoin de 52 853 à 527 440 journées supplémentaires à horizon 2020 et 2030.

	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
	2010	2013	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre total	28 420	44 046	52 853	122 433	67 365	527 440
ZE Cayenne	13 198	21 253	24 702	64 597	30 006	316 171
ZE Kourou	12 140	9 047	10 984	4 555	14 290	1709
ZE Saint Laurent du Maroni	3 076	11 866	14 973	276 936	20 405	24 932 917

La dépense moyenne annuelle par journée ressort en 2014 à 244€ en Guyane (source : calculs sur la base de l'Etat financier régional relatif aux dépenses 2014, transmis par l'ARS).

Aussi, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +2 M€ et + 19 M€ en 2020 et entre + 6 M€ et + 118 M€ en 2030 en coûts 2014 selon la méthode retenue.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	<u>moyenne</u>	<u>2014</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Coûts nets en établissement	244-€	10 728 271 €	2 145 118 €	19 092 699 €	5 679 802 €	117 740 134 €
ZE Cayenne		5 176 587	1 002 568	10 073 518	2 529 921	70 578 674
ZE Kourou		2 203 575	445 802	710 325	1 204 845	381499,1078
ZE Saint Laurent du Maroni		2 890 198	607 702	43 186 523	1 720 424	5 565 761 024

L'évolution des besoins en personnel n'a pas été estimée. En effet, d'une part les données relatives aux ETP HAD n'étaient pas disponibles, d'autre part, l'évolution peut passer par du redéploiement de personnel.

b) PROJECTION - SCENARIO DE RATTRAPAGE

Aucun scénario de rattrapage n'a été identifié pour la HAD, car les taux de recours à l'HAD en Guyane sont supérieurs à ceux observés au niveau national.

c) PROJECTION ALTERNATIVE SCENARIO INTEGRANT UNE DIMENSION PERFORMANCE ET EFFICIENCE

L'HAD a connu une amélioration sensible de sa performance (mesurée par la DMS) entre 2010 et 2014, caractérisée par une baisse de 18%.

	2010	2011	2012	2013	2014	Variation
Efficience 2010-2014 (DMS)	50,66	59,04	44,94	42,72	41,51	-18%

La poursuite de cette amélioration permettrait d'absorber une partie du besoin supplémentaire de prise en charge au sein de l'offre actuelle, et réduirait donc de 18 % la dépense nouvelle.

En actionnant l'efficience, la dépense supplémentaire décrite ci-dessus pour une année serait ramenée à un besoin plus restreint mais néanmoins conséquent, compris entre +1,8M€ et +15,6 M€ en 2020 et entre + 4,7 M€ et + 96 M€ en 2030 en coûts 2014.

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	moyenne	2014	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement	200€	10 728 271 €	1 757 555 €	15 643 181 €	4 653 620 €	96 467 780 €
ZE Cayenne		5 176 587	821 432	8 253 515	2 072 835	57 827 079
ZE Kourou		2 203 575	365 258	581 989	987 163	312572,872
ZE Saint Laurent du Maroni		2 890 198	497 907	35 383 924	1 409 591	4 560 183 426

4. RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Promouvoir la prise en charge en HAD, en favorisant sa connaissance auprès des prescripteurs hospitaliers et de ville	4	4	- Action qui nécessite une opération de communication
Favoriser la mise en place de partenariats autour de thématiques spécifiques (suivi de grossesse, suivi de diabète, etc.)	3	3	- A mettre en lien avec les objectifs de développement de la prévention, la mise en place de réseaux, de parcours de soins coordonnés, etc.
Favoriser la coopération avec les structures d'aval (EHPAD, SSIAD, MAS, etc.)	3	3	- A articuler avec les projets du secteur médico-social
Evaluer les prises en charge en HAD : typologies de patients, parcours, besoins, force et faiblesses de la prise en charge	2	2	- Action qui nécessite de mener une étude spécifique
Travailler la fluidité des parcours et de la prise en charge	2	2	- Cette action pourra se fonder sur les résultats de l'étude menée (évaluation des besoins de prise en charge en HAD)

IV. PSYCHIATRIE

1. RECOURS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET PROJECTIONS 2020, 2030

L'analyse de l'évolution du nombre de journées entre 2009 et 2012 montre que l'activité n'a pas fortement évolué sur la période, notamment pour les hospitalisations à temps complet. Le nombre de journées à temps partiel a en revanche augmenté, et en particulier pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Tableau 66 : nombre de journées en psychiatrie en 2012 dans le secteur hospitalier

	Nb de lits/places Temps complet	Nb de journée temps complet	Nb de lits/places temps partiel	Nb de journée TP jour	Nb de journée TP nuit	Centre d'accueil thérapeutique à TP
Psychiatrie générale	92	26 735	20	3 188	64	---
Psychiatrie infanto-juvénile	4	190	25	2 579		1 673
Total psychiatrie (champ calculé)	96	26 925	45	5 767	64	1 673

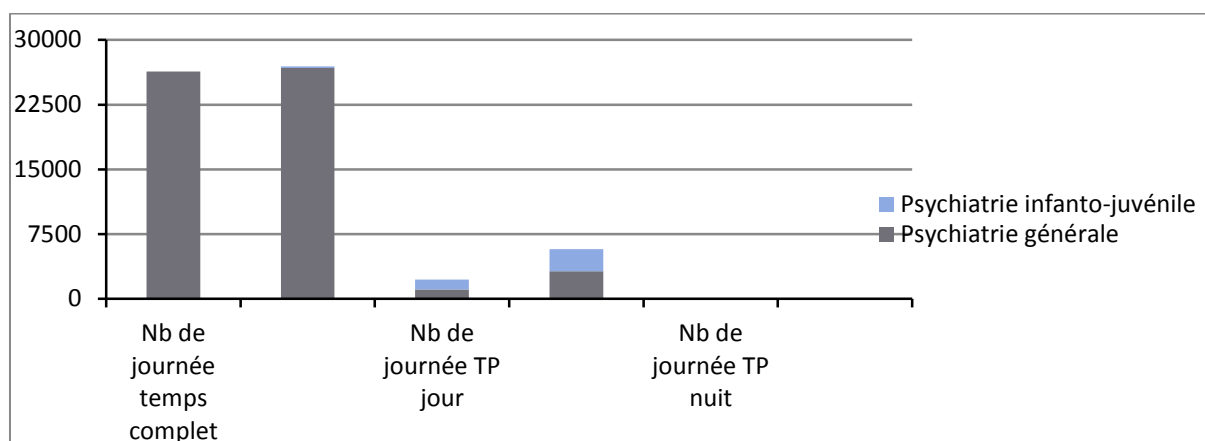
Source : SAE 2012

Tableau 67 : nombre de journées en psychiatrie en 2012 dans le secteur ambulatoire

	CMP ou unité de consultation du secteur	A domicile ou en institution substitutive au domicile	En unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	En établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
Psychiatrie générale	11 103	773	1 405	---
Psychiatrie infanto-juvénile	7 844	113	24	82
Total psychiatrie (champ calculé)	18 947	886	1 429	82

Source : SAE 2012

A l'inverse, on constate sur la période 2009-2012 une diminution du nombre de journées réalisées dans le secteur ambulatoire en psychiatrie, en particulier en CMP et à domicile, et ce, en dépit d'un nombre plus important de structures ouvertes. Ce constat peut en partie s'expliquer par, la création de 16 lits d'hospitalisation à temps complet dans l'Ouest guyanais et 25 places d'hôpital de jour sur la période.



Projection de l'indicateur : nombre de journées ou venues de psychiatrie (hors prise en accueil thérapeutique) (source : SAE)

Le nombre de journées de psychiatrie est disponible pour les années 2009 et 2012. Il prend en compte les journées à temps complet et à temps partiel (jour et nuit) réalisées, en psychiatrie adultes d'une part et en psychiatrie infanto-juvénile d'autre part. Les projections pour la psychiatrie adulte ont été réalisées sur la base de la population OMPHALE âgée de plus de 16 ans et, à l'inverse, celles réalisées pour les enfants ont été faites sur la base de la population âgée de moins de 16 ans.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre adultes	27 422	29 987	38 203	---	50 152	---
Nombre infanto - juvénile	1 156	2 769	3 308	---	4 086	---

NB : la méthode 2 n'a pas été réalisée pour cet indicateur car elle fournissait des résultats incohérents (dans le sens d'une augmentation du nombre de journées, car le nombre de journées/venues a beaucoup augmenté sur la période 2009-2012, probablement due au développement du dispositif sur la période).

Un calcul similaire a été réalisé pour le nombre d'actes, de soins et d'intervention réalisés dans le milieu ambulatoire en psychiatrie.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre adultes	34 503	13 281	16 920	---	22 212	---
Nombre infanto - juvénile	8 785	8 063	9 632	---	11 898	----

NB : la méthode 2 n'a pas été réalisée pour cet indicateur car elle fournissait des résultats incohérents (dans le sens d'une diminution du nombre d'actes), car le nombre d'actes a beaucoup diminué sur la période 2009-2012, probablement due au développement du dispositif sur la période).

2. ANALYSE DU DISPOSITIF ACTUEL DE PRISE EN CHARGE

L'offre de prise en charge en psychiatrie est aujourd'hui largement concentrée sur la zone d'emploi de Cayenne : le CH de Cayenne compte 84 lits d'hospitalisation, des places en hôpital de jour dont un accueil spécifique pour les mineurs. La zone compte également 5 structures ambulatoires (CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie), dont 5 structures pour adultes et 6 structures infanto-juvéniles.

Douze places d'hospitalisation ont également été ouvertes au CHOG, à Saint-Laurent-du-Maroni, dont 8 pour les adultes et 4 pour les enfants. La zone ne comprend pas de structures ambulatoires type CMP, unité de consultation des services de psychiatrie, CATTP. Néanmoins, l'offre reste toutefois largement déséquilibrée et insuffisante. Notamment pour y pallier, l'ARS finance des infirmiers psychiatriques dans des zones plus reculées du territoire (bassin de l'Oyapock par exemple).

La zone d'emploi de Kourou ne compte quant à elle aucune structure d'hospitalisation ou ambulatoire.

Il est également à noter que la psychiatrie connaît des taux de fuite importants hors du territoire guyanais. Un rapport de la DREES datant de 2001 soulignait déjà des taux de fuite en psychiatrie de 8,9% en Guyane, contre 3,8% en Guadeloupe, 2,1% en Martinique, et 2,3% à la Réunion la même année.

Selon le PRS 2011-2016, la prise en charge psychiatrique sur le territoire guyanais dispose des principales caractéristiques spécifiques suivantes :

- Insuffisance des possibilités d'accueil, tant dans le secteur hospitalier que médico-social ;
- Des troubles qui vont devenir de plus en plus important avec le vieillissement de la population ;
- Une forte prévalence des troubles psychiques liés à l'usage de drogue (cocaïne notamment) ;
- De forts besoins de prise en charge chez les jeunes ;
- Le problème particulier de la prise en charge transculturelle dans une région riche d'une trentaine de groupes ethniques et culturels distincts ;
- La problématique transverse de l'égalité d'accès aux soins psychiatriques, notamment à cause de la rareté des relais ambulatoires ;
- La question du suicide, notamment au sein des communautés amérindiennes, sujet faisant d'ores et déjà l'objet d'un travail de prévention de la part des acteurs ;
- Les difficultés transverses liées aux difficultés de recrutement et de pérennisation des professionnels de santé et médecins psychiatres formés à la prise en charge des pathologies.

3. EVOLUTIONS NECESSAIRES DU DISPOSITIF POUR REpondre AUX FUTURS BESOINS

a) PROJECTION - SCENARIO DE CONSTANCE

Rappel de la projection du nombre d'hospitalisations complètes et partielles en psychiatrie

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre adultes	27 422	29 987	38 203	---	50 152	---
Nombre infanto - juvénile	1 156	2 769	3 308	---	4 086	---

La projection effectuée selon la seule méthodologie chiffrée fait apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030 : le besoin est estimé à **+26 lits/places d'ici 2020 et +63 lits/places pour 2030**.

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
		2014	Besoins supplémentaires			
Places en établissement		96	26		63	

La dépense moyenne annuelle par lit/place ressort en 2014 à 274 K€ en Guyane (source : calculs sur la base de l'Etat financier régional relatif aux dépenses 2014, transmis par l'ARS).

Aussi, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +7 M€ pour 2020 (méthode 1) et à + 17M€ pour 2030 (méthode 1) en coûts 2014.

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
	moyenne	2014	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement	273 979 €	26 302 016 €	7 029 984 €		17 249 356 €	

Les effectifs supplémentaires pour faire fonctionner cette offre nouvelle s'élèvent à 4 ETP supplémentaires d'ici 2020 et à 10 ETP supplémentaires d'ici 2030.

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
		2014	Besoins supplémentaires			
en ETP d'intervention		14,91	4		10	

b) PROJECTION - SCENARIO DE RATTRAPAGE

Le taux d'équipement de la Guyane en psychiatrie adulte est de 0,8 pour 1000. Celui de la France métropolitaine est de 1,5. Un rattrapage aurait donc pour conséquence une hausse importante des places et des moyens associés.

La projection effectuée fait apparaître un besoin de création de lits/places supplémentaires à horizon 2020 et 2030 : le besoin est estimé entre **+48 lits/places** à horizon 2020 et **+118 lits/places** à horizon 2030.

	Données actuelles	Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	2014	Besoins supplémentaires			
Places en établissement	96	48		118	

Dans ce scénario, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +13 M€ en 2020 (méthode 1) et + 32M€ en 2030 (méthode 2) en coûts 2014.

	Données actuelles	Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	2014	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement	26 302 016 €	13 181 220 €		32 342 543 €	

Les effectifs supplémentaires nécessaires pour le fonctionnement de cette offre nouvelle s'élèvent à 7 ETP supplémentaires d'ici 2020 et 18 ETP supplémentaires d'ici 2030.

	Données actuelles	Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	2014	Besoins supplémentaires			
en ETP d'intervention	14,91	7		18	

c) PROJECTION - SCENARIO DE RATTRAPAGE INTEGRANT UNE DIMENSION PERFORMANCE ET EFFICIENCE

Aucun scénario intermédiaire n'a pu être identifié pour la psychiatrie, faute de données.

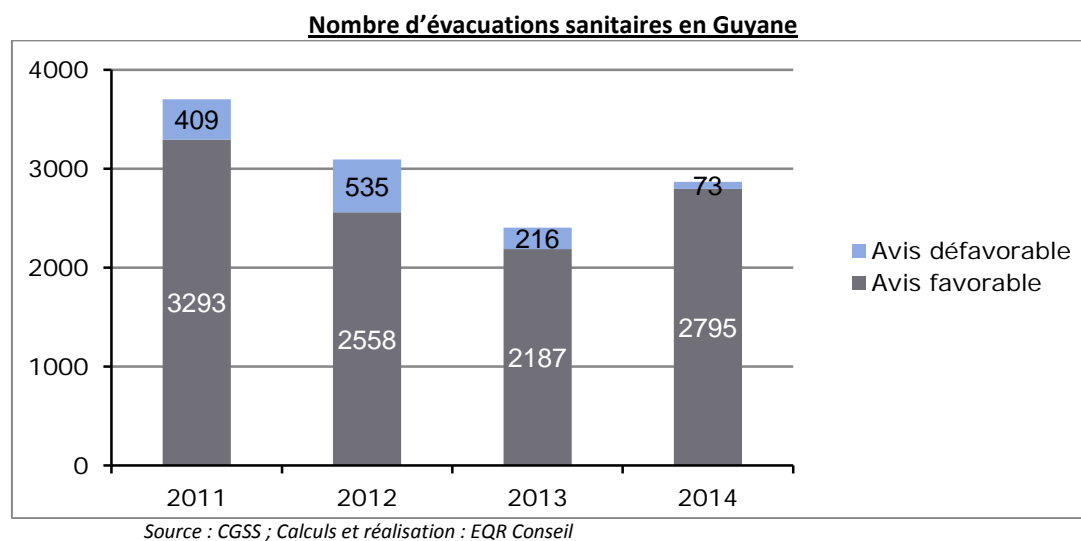
4. RECOMMANDATIONS COMPLEMENTAIRES

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Etoffer les possibilités d'accueil dans le dispositif et mener une réflexion globale intégrant l'accueil et la pris en charge dans les autres secteurs (médico-social notamment)	4	2	- Cette action nécessite de moyens financiers importants
Poursuivre la veille autour des besoins de la population et des thématiques spécifiques de prise en charge à développer (troubles de l'adolescence, prévention du suicide par exemple).	4	4	- Mener cette réflexion de façon partenariale
Articuler les projets de développement de la psychiatrie avec les objectifs du plan autisme	4	3	

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
De même que pour les autres spécialités, une bonne coordination des acteurs et des parcours sont cruciales, en psychiatrie plus qu'ailleurs pour une prise en charge individualisée et adaptée des patients dans le dispositif	3	3	
Repenser les besoins de prise en charge au niveau extrahospitalier (CMP, autres dispositifs innovants)	3	3	Cette action nécessite de mener une étude sur la question

V. LES EVACUATIONS SANITAIRES (EVASAN)

Les évacuations sanitaires sont importantes en Guyane : on en compte près de 3 000 en 2014. Celles-ci ont par ailleurs eu tendance à augmenter entre 2013 et 2014. Elles sont toutefois légèrement plus faibles en 2014 qu'en 2010. La faible importance du phénomène ne permet pas de conclure un accroissement des besoins d'évacuation sanitaire d'urgence. Par ailleurs, on observe sur la période 2011 – 2014 plutôt une baisse globale du nombre d'EVASAN.



VI. ACCES AUX SOINS HOSPITALIERS ET AUX URGENCES

L'accès aux soins et aux services d'urgence est un enjeu majeur de la Guyane. Une étude récente de l'INSEE sur ce sujet a montré que l'accès aux soins hospitaliers présentait des inégalités entre les populations, suivant leur lieu de résidence. En effet, le temps théorique moyen d'accès aux structures hospitalières n'est que de 16 minutes pour les communes du littoral. Ce temps se rapproche du temps de France métropolitaine qui est de 15 minutes. Ainsi, la majorité de la population guyanaise réside aujourd'hui dans les lieux d'implantation des différents centres hospitaliers : Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni.

Toutefois, les populations issues de communes plus reculées ont des temps d'accès théoriques bien supérieurs. Les habitants de Saint-Georges-de-l'Oyapock se trouvent par exemple à plus de 2 heures de route du premier centre hospitalier. **Ainsi, l'étude INSEE estime qu'environ un cinquième de la population se situe à plus de 30 minutes d'un service d'urgence.** Cette situation pose des difficultés aux populations concernées qui doivent effectuer de longs trajets pour se rendre à l'hôpital. En cas d'hospitalisation, elles doivent également anticiper leur venue, voire trouver un hébergement à proximité de l'hôpital. Cela pose des difficultés aux populations les plus précaires, qui tendent, pour ces questions logistiques et financières à renoncer aux soins.

VII. TERRAIN DE DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE

L'amplitude du territoire et l'enclavement des zones intérieures imposent une logistique coûteuse, renchérissant des coûts de construction et de fonctionnement. Ce déficit global d'équipement a poussé l'ARS à mettre l'accent sur les technologies de médecine à distance. La Guyane dispose déjà d'une couverture aérienne du SMUR [Service Mobile d'Urgence et de Réanimation], basée à Cayenne.

Un plan régional de télémédecine a également été élaboré en 2010. Entre 2001, date des premiers essais, et 2011, 3 500 patients ont bénéficié de dispositifs de télémédecine. Dans ce cadre, le programme *Melody* a permis de réaliser des télé-échographies entre Cayenne et Maripasoula en 2011. Grâce à ces initiatives, la Guyane ambitionne de devenir un territoire leader en télémédecine.

Synthèse des enjeux liés à la demande en soins hospitaliers

- Des faibles taux de recours aux hospitalisations en MCO, du fait des difficultés de mobilité et de logements qu'elle peut rencontrer pour se faire hospitaliser ;
- Une forte augmentation de l'activité de dialyse à prévoir
- Un taux de recours en obstétrique important, notamment du fait de la jeunesse de la population, de la forte natalité et une activité plus importante dans la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- Une augmentation entre 2009 et 2014 des séjours AVC et orthopédie ;
- Une forte augmentation du recours au SSR entre 2010 et 2012 et un développement récent du dispositif ;
- Une forte augmentation de l'activité HAD ;
- Une faible évolution de la demande en psychiatrie et des taux de fuite hors Guyane importants ;
- Un volume important d'EVASAN ;
- D'importants projets de restructuration et réaménagement de l'offre hospitalière sur le territoire, notamment au CHAR et au CHOG mais des besoins à couvrir à terme ;
- Des enjeux pour le secteur hospitalier de couverture des besoins, d'adaptation aux évolutions technologiques et d'accompagnement à l'optimisation de la performance.

PARTIE VI : évolution de la demande de prise en charge médico-sociale à horizon 2020 et 2030 et impact sur le dispositif de prise en charge actuel

I. PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT ET DE LA DÉPENDANCE

1. BESOINS AUJOURD'HUI ET A HORIZON 2020 ET 2030

a) UN VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET UNE AUGMENTATION DES BESOINS DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

Les données démographiques analysées ainsi que les projections OMPHALE mettent en exergue le phénomène de vieillissement de la population, qui va s'accroître à horizon 2020 et 2030. En effet, **le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans va augmenter de façon conséquente, et en particulier dans la zone d'emploi de Cayenne** (+ 6 160 personnes âgées de plus de 60 ans d'ici 2020 et +16 190 d'ici 2030 en valeurs absolues). Cette augmentation du nombre de personnes âgées va induire d'importants de prise en charge de la dépendance.

La dépendance est difficilement estimable. Selon l'enquête de l'INSEE « En Guyane, trois fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 » datant de décembre 2012, « *Le vieillissement de la population guyanaise entraîne une augmentation de la population dépendante : 900 en 2007, ils seront 3 000 en 2030. L'augmentation sera légèrement plus prononcée pour les hommes que pour les femmes* ».

Évolution des populations totales et dépendantes de Guyane de 2007 à 2030

	Population totale en 2007	Population totale en 2030	Population dépendante en 2007	Population dépendante en 2030	Évolution de la population totale entre 2007 et 2030 (en %)	Unité : nombre	Évolution de la population dépendante entre 2007 et 2030 (en %)
60-69 ans	7 335	25 583	239	779	248,8		225,9
70-74 ans	2 027	8 383	133	480	313,6		260,9
75-79 ans	1 450	5 996	134	468	313,5		249,3
80-84 ans	946	3 787	164	559	300,3		240,9
85-89 ans	535	1 746	138	376	226,4		172,5
90 ans et +	330	1 445	133	520	337,9		291,0
Ensemble	12 623	46 940	941	3 182	271,9		238,2

Sources : enquêtes Handicap-Santé, Omphale, Recensement de la population 2007

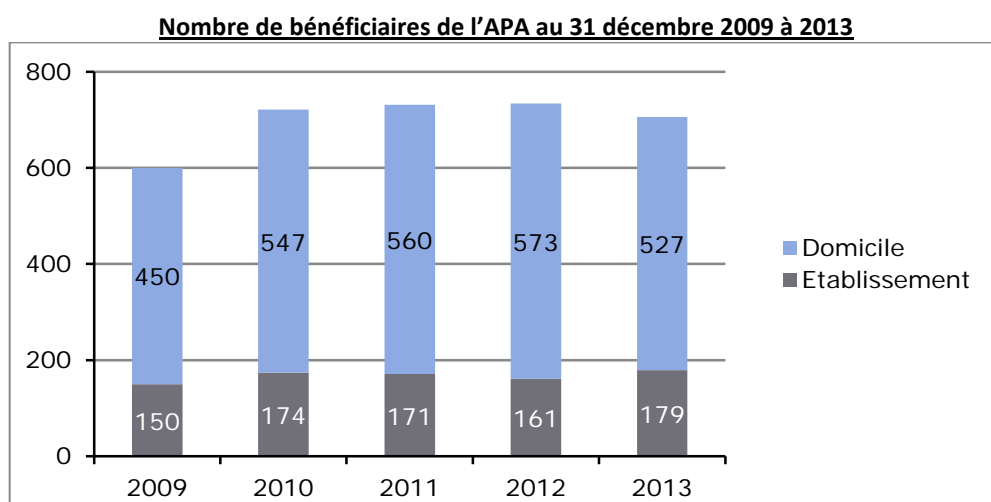
b) DES BÉNÉFICIAIRES APA D'AVANTAGE AU DOMICILE ET PRÉSENTANT UNE DÉPENDANCE PLUS LÉGÈRE EN MOYENNE QU'EN FRANCE

Concernant les besoins en matière de dépendance, l'étude de l'INSEE « Evolution de la dépendance en Guyane d'ici 2030 » montre qu'en 2009, **600 personnes de plus de 60 ans perçoivent l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en Guyane. Seul un quart de ces bénéficiaires vit en institution, les trois autres vivant à domicile.** Par comparaison, on compte en France en 2012 1 220 830 bénéficiaires de l'APA dont 59,6% vivent à domicile et 40,4% vivent en établissement.

Les deux tiers des bénéficiaires de l'APA sont des femmes. Ceci est dû notamment au fait que l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes. En institution, la moitié des allocataires APA de Guyane est classée en dépendance lourde, contre 75 % en Guadeloupe.

En revanche, à domicile, la gravité de la dépendance est plus élevée en Guyane que dans les autres départements français d'Amérique : trois bénéficiaires guyanais sur dix connaissent une dépendance lourde, ils sont deux aux Antilles françaises.

Le nombre de demande d'APA a quant à elle augmenté entre 2009 et 2010 mais ce taux est resté relativement stable depuis, de même que la répartition entre l'APA à domicile et l'APA en établissement.



Source : CG ; Calculs et réalisation : EQR

Projection de l'indicateur : nombre de bénéficiaires de l'APA

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Total APA	600	706	1 056	939	1 737	1 410
Nombre APA établissement	150	179	268	244	440	379
Nombre APA domicile	450	527	788	695	1 297	1031
ZE Cayenne	0	323*	472	--	716	---
ZE Kourou	0	64*	104	--	190	---
ZE Saint Laurent du Maroni	0	39*	60	--	126	---

*Les données suivantes portent uniquement sur l'APA à domicile. Un écart peut être constaté du fait de sources différentes pour les données territorialisées et d'un manque d'information

Les résultats obtenus avec la méthode 1 apparaissent les plus proches des résultats de l'étude de l'INSEE présentés plus haut. Le nombre de personnes âgées dépendantes peut toutefois être revu à la baisse dans l'hypothèse de la mise en place d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'information permettant de promouvoir le « bien vieillir », en amont de la dépendance.

c) DES BESOINS DE PRISE EN CHARGE DE PATHOLOGIES SPECIFIQUES

Le vieillissement de la population entraîne l'accroissement des besoins de prise en charge et en particulier de pathologies spécifiques au grand âge, comme la maladie d'Alzheimer et les maladies neuro-dégénératives.

La maladie d'Alzheimer et les affections apparentées sont assez mal connues en Guyane. Toutefois, une étude menée en 2009 par la DRESS avec le concours du Conseil Général et de la DSDS a montré qu'il existait entre 525 et 745 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en Guyane en 2010. Ces chiffres sont par ailleurs probablement sous-évalués, s'agissant de projections des études respectivement PAQUID et Faenza et Granarolo. L'étude montre également que la prévalence de cette maladie devrait être multipliée par deux d'ici 2020.

Projection de l'indicateur : nombre de personnes atteintes de démences (dont Alzheimer) (source : SESAG)

L'étude du SESAG menée en 2009 évalue que le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer allait évoluer de la façon suivante :

	2010	2020	2030
75 ans et plus	525	915	1 877
65 ans et plus	745	1414	2 535

La projection suivante est calculée sur la base du recensement du nombre de gyanais bénéficiant d'une ALD 15 (Alzheimer) et doit être interprétée avec précaution. Elle se fonde en effet sur le dénombrement des patients en ALD et de leurs pathologies enregistrées pour le régime général en 2009 et 2012 (y compris SLM), qui constituent des données médico-administratives. Par nature, leur évolution annuelle est donc très sensible à toute modification réglementaire, administrative (ex : modifications apportées au système d'information...) ou conjoncturelles survenues au cours de l'année ou au cours d'années précédentes.

Les évolutions importantes enregistrées en 2012 du nombre de patients exonérés au titre d'une pathologie hors liste (+18,0 %) et d'une polyopathie (+19,2 %) par rapport à l'année précédente ne doivent pas en 2012 être interprétées comme une forte évolution des pathologies exonérées de ces patients. Cette évolution peut être mise en relation avec l'arrêté du 14 janvier 2009 abrogeant l'arrêté du 30 décembre 1986 qui limitait à deux ans la période d'exonération du ticket modérateur pour les ALD non inscrites sur liste. La durée d'exonération maximale d'une hors liste a été portée à cinq ans, impactant probablement le stock des hors liste et polyopathologies enregistrées en 2012.

Les évolutions enregistrées dans le dénombrement des trente affections de longue durée (ald 30) sont également à relativiser, en raison de la meilleure identification des affections des patients dont la cause médicale n'était pas précisée.

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2012</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	120	196	242	725	308	3 721

Projection de l'indicateur : Prévalence des maladies neurodégénératives (source : INSERM national)

Définition : Les maladies neurodégénératives forment un sous-groupe de maladies dégénératives affectant le fonctionnement du cerveau ou plus généralement du système nerveux de façon progressive au cours de leur évolution. Ces maladies provoquent généralement une détérioration du fonctionnement des cellules nerveuses, en particulier les neurones, pouvant conduire à leur mort cellulaire. La conséquence pour le malade est une altération progressive et souvent irréversible des fonctions nerveuses, qui peut conduire à son décès.

Selon l'INSERM, les maladies neurodégénératives toucheraient 2 à 4% de la population âgée de plus de 65 ans au niveau national et 15% des plus de 80 ans.

	<u>Période de référence</u>	<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Plus de 65 ans	342	537	--	941	--
Plus de 80 ans	354	512	--	1 008	--

La prévalence des maladies neurodégénératives ainsi que l'évolution des du nombre de personnes atteintes de démences peuvent également être revues à la baisse dans l'hypothèse de la mise en place d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'information permettant de promouvoir le « bien vieillir », en amont de la dépendance. Cependant, elles peuvent être à l'inverse revues à la hausse dans le cas du renforcement de l'activité de dépistage pour ces pathologies.

2. ANALYSE DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ACTUEL

a) DES EQUIPEMENTS DEFICITAIRES ET CENTRES SUR CAYENNE

Fin 2014, la Guyane compte **quatre Etablissements** d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dont 3 se situent à Cayenne et 1 à Saint-Laurent-du-Maroni. **Au total, 199 places sont ainsi installées sur le territoire sur 202 places autorisées, dont plus des trois-quarts à Cayenne.** Un service USLD de 30 places est également situé à Cayenne.

Le territoire compte également un accueil de jour de 10 places spécialisé dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et un **SSIAD de 131 places** dont 10 places EMA (Equipe Mobile Alzheimer) et 15 places pour personnes handicapées.

On trouve également **2 logements foyer**, dont 1 de 44 places à Cayenne, géré par le CCAS de Cayenne et 1 de 40 places à Remire-Montjoly, géré par le CCAS de Remire-Montjoly. Seules 42,8% des places autorisées pour ces établissements ont

été installées : on peut y voir le signe d'une demande non suffisamment élevée pour ce type d'établissement.

Tableau 68 : établissement d'accueil médicalisé pour personnes âgées en Guyane

Type de structure	Places installées	Localisation	Total places installées
EHPAD	44 pl.	CAYENNE	199
	70 pl.	CAYENNE	
	47 pl.	SAINT-LAURENT du MARONI	
	38 pl.	CAYENNE	

Sources : Statiss, ARS, CG

Tableau 69 : places d'hébergement en logement foyer

Type de structure	Places installées	Localisation	Total places installées
LOGEMENT FOYER*	44 pl. installées	CAYENNE	36
	40 pl. installées	REMIRE MONTJOLY	

*Suite aux travaux de rénovation en cours, les 84 places des 2 foyers logement seront à nouveau disponibles courant 2016.

Ainsi, le taux d'équipement en EHPAD autorisés de la Guyane est de **52,1 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans**. Ce taux est près de deux fois inférieur aux taux métropolitain (122,6 places) mais est supérieur au taux moyen observé dans les DOM (45,4).

Tableau 70 : Taux d'équipements pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2013

	Places d'EHPAD, EHPA, hébergement temporaire et lits USLD	Taux d'équipement (/1000 PA>75ans)
Guyane	74,1	54,0
France métropolitaine	122,6	98,4
DOM	45,4	36,8
France	121,3	97,4

Sources : Drees/ARS/DRJSCS, INSEE, Statiss 2013

L'analyse des taux d'équipement autorisés par zone d'emploi montre que c'est la zone d'emploi de Saint-Laurent-du-Maroni qui paraît la mieux équipée, de façon relative par rapport à la jeunesse de sa population et le faible nombre de personnes âgées.

Tableau 71 : Taux d'équipements autorisés pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2013

	Nb de places	Nb habitants de plus de 75 ans (INSEE RP 2011)	Estimation des taux d'équipements
ZE CAYENNE	152	2881	52,7
ZE KOUROU	0	322	0
ZE SAINT LAURENT DU MARONI	50	673	74,3

Sources : CG Guyane, INSEE

Le taux assez faible est encore amoindri par l'écart entre la capacité autorisée et la capacité installée.

En effet, seules 199 places étaient installées en 2014 sur les 202 autorisées.

Type d'établissement ou service	Nom	Capacité autorisée	Capacité installée	Dernière activité connue
EHPAD	CHOG	50	47	16 503
EHPAD	EDMARD LAMA	70	70	24 273
EHPAD	SAINT PAUL	44	44	15 964
EHPAD	JSGERANTE	38	38	12 659
Total EHPAD		202	199	69 399

Sources : CG Guyane

Les taux d'occupation sur places installées observés dans les EHPAD de Guyane sont plutôt conformes aux moyennes observées au niveau national. L'EHPAD qui enregistre le plus fort taux d'occupation en 2014 est l'EHPAD Saint Paul, situé à Cayenne (99%). Deux EHPAD ont eu un moindre taux d'occupation que les autres : il s'agit des EHPAD Edmard Lama (Cayenne) et J-S Gérante (Cayenne) avec respectivement 95% et 92% en 2014. Par comparaison, l'enquête KPMG « observatoire des EHPAD 2014 » indique que le taux d'occupation moyen observé en EHPAD au niveau national est de 98% et ne varie pas selon la forme juridique des organismes gestionnaires.

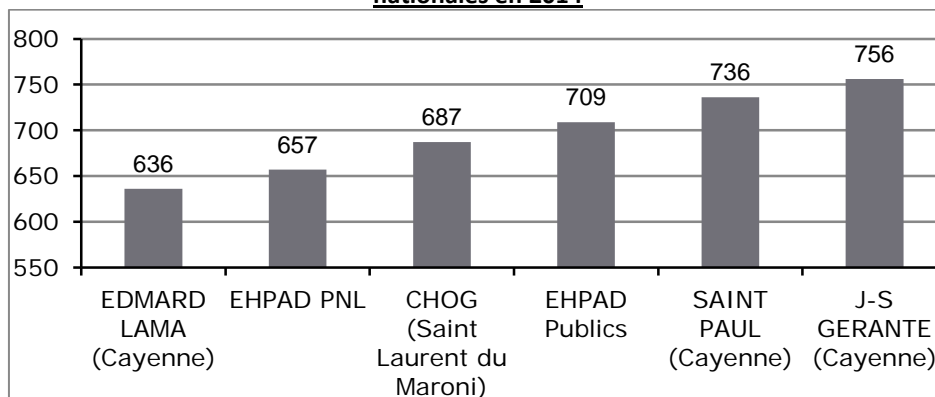
Tableau 72 : taux d'occupation des EHPAD de Guyane en 2014

EHPAD	CAPACITÉ	Taux d'occupation sur places installées
CHOG (Saint Laurent du Maroni)	47	96%
EDMARD LAMA (Cayenne)	70	95%
SAINT PAUL (Cayenne)	44	99%
J-S GERANTE (Cayenne)	38	92%

Source : CG Guyane

Par ailleurs, les profils des patients accueillis en Guyane apparaissent en conformité avec les moyennes nationales, ce qui indique une charge de travail en matière de prise en charge de la dépendance relativement similaire.

Comparaison des GMP des résidents accueillis en EHPAD en Guyane par rapport aux moyennes nationales en 2014



Source : CG ; KPMG, observatoire des EHPAD, 2014

En établissement, les effectifs autorisés connus s'élevaient à **162,55 ETP**. Ils sont répartis comme suit :

EHPAD CHAR	53.2
EHPAD CHOG	29.6
EHPAD Saint-Paul	37.25
EHPAD EBENE	42.5
TOTAL	162.55

Source : ARS Guyane

b) DES SERVICES ET ASSOCIATIONS EN COURS DE STRUCTURATION

Des Services d'Aide et d'Accompagnement à la Personne (SAAD) œuvrent également en direction des personnes âgées, à leur domicile :

- 17 structures sont agréées dont 9 à Cayenne, 3 à Rémire-Montjoly, 2 à Matoury, 1 à Kourou, 1 à Saint-Laurent-du-Maroni et 1 à Montsinny ;
- 2 structures autorisées dont 1 à Cayenne et 1 à Rémire-Montjoly.

Le dispositif de prise en charge des personnes âgées est complété par les actions de :

- L'association Guyane Alzheimer (branche de France Alzheimer) ;
- Des consultations mémoire de l'hôpital privé Saint-Adrien à Cayenne ;
- Le réseau Gérontologie-Alzheimer de Guyane, agissant principalement sur l'île de Cayenne ;
- D'une MAIA, agissant sur l'île de Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Macouria.

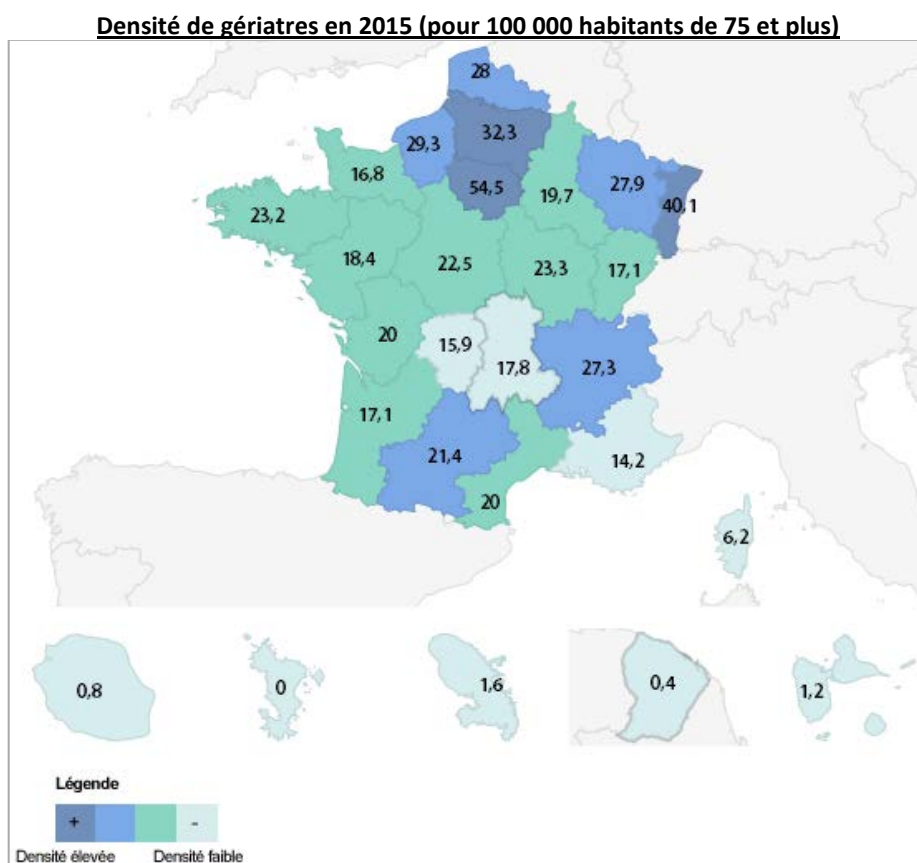
Par ailleurs, deux projets ont vu le jour en 2015 :

- la création d'un CLIC porté par le Conseil-Général ;
- la création de la filière gériatrique en clinique privée Saint Adrien à Cayenne.

c) UN DEFICIT EN PROFESSIONNELS DE SANTE SPECIALISES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

Le territoire compte **peu de professionnels de santé spécialisés** dans la prise en charge des personnes âgées ou des pathologies du vieillissement. Il ne compte **que 2 gériatres libéraux en exercice, situé à Cayenne et à Kourou.**

En 2015, on compte en moyenne au niveau national 26,5 gériatres pour 100 000 habitants de plus de 75 ans. La comparaison des densités régionales met en exergue le manque important de médecins gériatres en Guyane. En effet, on compte en Guyane en 2015 0,4 gériatre pour 100 000 habitants, ce qui est beaucoup plus faible que la moyenne nationale, mais également des autres territoires d'Outre-Mer. Ce déficit s'ajoute également au contexte de pénurie de médecins généralistes et autres professionnels de santé sur le territoire.



Sources : DREES, CNOM, représentation : profilmedecin.fr

3. EVOLUTIONS NECESSAIRES DU DISPOSITIF POUR REpondre AUX FUTURS BESOINS

a) BESOINS EN ETABLISSEMENTS

1 Méthodologie

Les calculs du dispositif nécessaire de prise en charge à horizon 2020 et 2030 sont réalisés sur la base des éléments actuels présentés ci-dessus et des besoins calculés à l'aide des projections réalisées selon les méthodologies 1 et 2.

Pour les calculs de places en établissements, **deux approches ont été réalisées** (constance du taux d'équipement actuel et rattrapage des taux d'équipement nationaux). Aucune simulation d'amélioration de performance n'a en revanche été réalisée, les établissements étant déjà marqués par des taux d'occupation élevés (95%).

Les projections ont été chiffrées en € et en ETP sur la base de la connaissance des coûts actuels en Guyane :

- **Coût moyen de la place en EHPAD : 69 379 €** (toutes sections confondues et pour un taux de remplissage de 98%) : ce montant représente la moyenne pondérée des coûts totaux 2014 des EHPAD en Guyane (*cf. infra*).

Type d'établissement ou service	Nom	Coût à la place installée
EHPAD	CHOG	60 824 €
EHPAD	EDMARD LAMA	80 367 €
EHPAD	SAINT PAUL	59 228 €
EHPAD	JSGERANTE	76 680 €
Total EHPAD (moyenne pondérée)		69 379 €

- **Nombre d'ETP par résident en EHPAD : 0,82.** Ce ratio correspond au total des effectifs autorisés 2014 (163 ETP) rapporté au nombre de places installées (199).
- **Coût moyen du plan d'aide : 4 518€.** Ce ratio correspond à la dépense d'aide à domicile 2013 par bénéficiaire de l'aide.
- **Nombre d'heures d'intervention facturées par aide à domicile : 1 248h.** Ce ratio correspond à un taux de facturation de 80% des heures, constaté dans un SAAD moyen, à défaut de disposer de l'information sur les SAAD de Guyane.

Enfin, les projections en ETP ont été réalisées selon le type de personnel technique. En 2014, la décomposition des différents personnels techniques dans les EHPAD de Guyane est la suivante. Ainsi, on compte par exemple 45,4 ETP d'AS/AMP pour l'ensemble des 199 places, soit un ratio de 0,25 ETP d'AS/AMP par place.

EHPAD	EFFECTIF TECHNIQUE (en ETP)					
	ASH, Agents serv. Nettoyage - blanchissage - repas	AS/AMP	Psychologue	Animation	Cuisine – Serv. généraux - Diététicien	TOTAL
TOTAL	37	45,4	0,7	4,2	7,1	94,4
Par place (base 181)	0,20	0,25	0,004	0,02	0,04	0,52

2 Projection - scénario de constance

Cette projection repose sur le maintien des constantes actuelles (statu quo) : 25% de personnes âgées bénéficiaires de l'APA en établissement (cf. *Supra.*)

Rappel des projections du nombre de bénéficiaires de l'APA

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
	2009	2013	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Total APA	600	706	1 056	939	1 737	1 410
Nombre APA établissement	150	179	268	244	440	379
taux de PA en établissements			25%	25%	25%	27%
Nombre APA domicile	450	527	788	695	1 297	1 031
ZE Cayenne	0	323	472	--	716	---
ZE Kourou	0	64	104	--	190	---
ZE Saint Laurent du Maroni	0	39	60	--	126	---

En conséquence, ressortent les besoins supplémentaires suivants de places en établissement par rapport au niveau initial de 199 places installées (pour 202 autorisées):

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
	moyenne	2014	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Places en établissement		199	Besoins supplémentaires			
		199	69	45	241	180

La dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle (€ annuels pour faire fonctionner ces places en établissement, par application du coût moyen des places énoncé plus bas) apparaissent ci-dessous :

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
	moyenne	2014	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Places en établissement		199	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement	63 104 €	12 557 671 €	4 354 167 €	2 839 674 €	15 208 034 €	11 358 698 €

Les besoins en ETP, selon le type de professionnels, correspondent aux résultats suivants. Par exemple, selon les projections fondées sur la méthode 1, le besoin d'AS ou AMP supplémentaires est de 17.3 ETP pour 2020 et 60.3 pour 2030.

	Besoins supplémentaires en ETP selon le type de professionnel			
	2020 Méthode 1	2020 Méthode 2	2030 Méthode 1	2030 Méthode 2
Places en établissement nécessaires (rappel)	69	45	241	180
Besoin en ETP correspondant	35.9	23.4	125.3	93.6
Dont besoin en AS/AMP	17.3	11.25	60.3	45
Dont besoin en psychologue	0.3	0.18	1.0	0.72

Compte tenu de la répartition actuelle et projetée des personnes âgées bénéficiaires de l'APA par zones d'emploi en Guyane, on peut en déduire les nécessités de territorialisations suivantes de besoins en place :

	2014	Projections 2020		Projections 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Places en établissements	199	69	45	241	180
ZE Cayenne	151	51	33	167	125
ZE Kourou	30	11	7	44	33
ZE STLM	18	7	4	29	22

3 Projection complémentaire - scénario de rattrapage des taux d'équipements nationaux

Une projection a été effectuée pour tenir compte d'un rattrapage avec la moyenne nationale (40% de personnes âgées bénéficiaires de l'APA en établissement, 60% à domicile).

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
	2009	2013	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Total APA	600	706	1 056	939	1 737	1 410
Nombre APA établissement	150	179	422	376	695	564
taux de PA en établissements			40%	40%	40%	40%
Nombre APA domicile	450	527	634	563	1 042	846

En conséquence, ressortent les besoins supplémentaires suivants de places en établissement par rapport au niveau initial de 199 places installées :

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	moyenne	2014	Besoins supplémentaires			
Places en établissement		199	223	176,6	496	365

La dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle, ainsi que les effectifs supplémentaires, toutes spécialités confondues, pour faire fonctionner cette offre nouvelle apparaissent ci-dessous :

	Données actuelles		Projection 2020		Projection 2030	
			Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	moyenne	2014	Besoins supplémentaires			
Places en établissement		199	223	176,6	496	365
Coûts nets en établissement	63 104 €	12 557 671 €	14 097 406 €	11 144 145 €	31 286 902 €	23 032 915 €

Les besoins en ETP, selon le type de professionnel, prenant en compte l'hypothèse d'un rattrapage des moyennes nationales sont les suivants

	Besoins supplémentaires en ETP selon le type de professionnel			
	<u>2020 Méthode 1</u>	<u>2020 Méthode 2</u>	<u>2030 Méthode 1</u>	<u>2030 Méthode 2</u>
Places en établissement nécessaires (rappel)	223	176.6	496	365
Besoin en ETP correspondant	115.96	91.8	257.92	189.8
<i>Dont besoin en AS/AMP</i>	55.8	0.7	9.9	14.6
<i>Dont besoin en psychologue</i>	0.9	3.532	19.8	189.8

Compte tenu de la répartition actuelle et projetée des personnes âgées bénéficiaires de l'APA par zones d'emploi en Guyane, on peut en déduire les nécessités de territorialisations suivantes de besoins en place.

	2014	Projections 2020		Projections 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Places en établissements	199	223	177	496	365
ZE Cayenne	151	165	131	344	253
ZE Kourou	30	36	29	91	67
ZE STLM	18	21	17	61	45

4 Projection alternative - scénario intégrant une dimension performance et efficience

Les taux d'occupation (ou de remplissage) des établissements ont été pris en compte pour mesurer la capacité d'absorption de nouveaux résidents à offre constante. Avec des taux moyens supérieurs à 95%, peu de marge a été constatée et ce scénario n'a donc pas été calculé.

a) BESOINS EN PRESTATIONS A DOMICILE

1 Méthodologie

Pour les prestations APA, la simulation repose sur des plans d'aide stabilisés au niveau actuel. Ceux-ci font l'objet d'une projection en €, dont l'équivalence en ETP d'intervention est déduite sur la base d'intervenants à temps plein facturant 80% de leur temps (heures productives). Ce raisonnement en ETP est plus pertinent qu'un raisonnement en places, même si une corrélation peut être faite, sur la base de la moyenne actuelle de 0,181 ETP par bénéficiaire d'un plan d'aide de 20h mensuelles.

L'équivalence en heures est déduite sur la base d'une moyenne de 20€/h, retenue à défaut de disposer de la moyenne du coût de revient réel des SAAD de Guyane.

2 Résultats

Les résultats sont exprimés :

- en plan d'aide en € ;
- en ETP d'intervention ;
- en volume d'heures d'intervention supplémentaires.

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
	<u>moyenne</u>	<u>2013</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Plan d'aide moyen en €	4 518 €	3 288 835 €	1 179 102 €	758 962 €	3 478 575 €	2 276 886 €
en ETP d'intervention	0,181		47	30	139	91
équivalence en heures	226	164 442	58 955	37 948	173 929	113 844

Dans cette hypothèse, le besoin représente entre **37 948 et 58 955 heures d'intervention supplémentaires en 2020** et entre **113 844 et 173 929 heures d'intervention supplémentaires**.

Si l'on intègre un scénario de rattrapage avec le taux de places en établissement de la métropole (60% de domicile), les simulations donnent les résultats suivants :

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
	<u>moyenne</u>	<u>2013</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Plan d'aide moyen en €	4 518 €	3 288 835 €	481 579 €	164 442 €	2 327 483 €	1 441 124 €
en ETP d'intervention	0,181		19	7	93	58
équivalence en heures	226	164 442	24 079	8 222	116 374	72 056

Dans cette hypothèse, le besoin supplémentaires représente entre **8 222 et 24 079 en 2020** et entre **72 056 et 116 374 heures d'intervention supplémentaires**.

a) SYNTHÈSE DES RESULTATS (ETABLISSEMENT/DOMICILE)

La sollicitation supplémentaire pour l'établissement et le domicile ressort donc avec les totaux suivants en besoins financiers et en effectifs :

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
	<u>moyenne</u>	<u>2013</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Total en €		15 846 506 €	5 533 269 €	3 598 636 €	18 686 610 €	13 635 583 €
Places en établissement		199	69	45	241	180
Heures d'aide à domicile		164 442	58 955	37 948	173 929	113 844
Total en ETP			104	67	336	238

Si l'on intègre un scénario de rattrapage avec le taux de places en établissement de la métropole (60% de domicile/40% en établissement), les simulations donnent les résultats suivants :

	<u>Données actuelles</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
			<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
	<u>moyenne</u>	<u>2013</u>	<u>Besoins supplémentaires</u>			
Total en €		15 846 506 €	14 578 985 €	11 308 586 €	33 614 385 €	24 474 039 €
Places en établissement		199	223	177	496	365
Heures d'aide à domicile		164 442	24 079	8 222	116 374	72 056
Total en ETP			202	151	498	356

b) BESOINS EN SPECIALISTES

A densité constante, compte-tenu de la projection du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (données INSEE Omphale), 2 gériatres devraient être recrutés en plus d'ici 2030.

	Nombre de plus de 75 ans	Nombre de gériatres à densité constante (1/4470 personnes de plus de 75 ans)	Nombre de gériatres avec rattrapage densité nationale (26,5/100 00 personnes de plus de 75 ans)
Guyane 2014	4 470	1,0	1,2
Guyane 2020	6 100	1,4	1,6
Guyane 2030	12 560	2,8	3,3

2. RECOMMANDATIONS D'EVOLUTION COMPLEMENTAIRES

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
REEQUILIBRAGE DE L'OFFRE ACTUELLE			
Prendre en compte les évolutions de la structure familiale, des préférences de prise en charge de la population afin de pouvoir rééquilibrer l'offre en conséquence.	2	2	- S'appuyer sur des études sociologiques en lien avec des acteurs spécialisés (CRPV, ethnologues, etc.)
L'offre en SSIAD pourra également s'étendre à la zone Ouest, notamment à Saint Laurent du Maroni (une transformation du SSIAD et SAD en SPASAD est prévu en 2016 avec un développement d'une antenne sur l'ouest.	3	2	- Nécessite des moyens importants en termes de matériel mais des actions sont déjà engagées en ce sens
Soutenir et structurer le développement de l'aide aux aidants (mise en place d'une plate-forme de répit notamment). Un appel à candidatures a été lancé pour une plate-forme en 2015 et une autre est prévu à horizon 2017	3	3	- Nécessite également des moyens de développement
Poursuivre le développement de l'offre de prévention et de dépistage notamment : <ul style="list-style-type: none"> Renforcement du dispositif de dépistage et de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et maladies neurodégénératives par des formations et des outils adaptés en direction des professionnels, notamment au regard de l'évolution croissante à venir de ces maladies ; Renforcement des actions de prévention visant à réduire les pathologies du vieillissement (diabète, HTA, maladie neurodégénératives, etc.) 	4	3	- Action à mettre en lien avec les objectifs de prévention

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Soutenir et promouvoir l'installation sur le territoire de professionnels spécialisés dans la prise en charge du vieillissement (gériatre, diabétologue, cardiologue, etc.)	5	2	- A mettre en lien avec le plan d'action en faveur des professionnels de santé mis en place par l'ARS
CREER DE NOUVELLES OFFRES			
Soutenir le projet de création d'un SPASSAD, porté par l'association EBENE	4	4	- Projet d'ores et déjà en cours
Mettre en place un dispositif de repérage de la fragilité et des personnes âgées isolées afin de pouvoir inscrire au plus tôt dans un parcours de prise en charge	3	2	- Action qui doit être menée de façon partenariale et en bonne coordination entre les acteurs
Mener une réflexion sur les parcours des personnes âgées et la coordination des acteurs du vieillissement de façon à assurer la fluidité des parcours et une stratégie de prise en charge efficiente et précoce	2	2	- Pour le mettre en œuvre, les acteurs pourront capitaliser sur des démarches nationales type PTA (plateforme territoriale d'appui - art 74 loi de santé)

II. BESOINS DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP

1. BESOINS AUJOURD'HUI ET A HORIZON 2020, 2030

La définition française du handicap, donnée par la loi du 11 février 2005, stipule qu'un handicap est constitué par « *toute limitation ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Le handicap est une notion complexe à définir. Il n'existe pas de recensement des personnes en situation de handicap à l'exception de deux registres départementaux des handicaps, le registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) de l'Isère et des deux Savoie, créé en 1992, et le registre des handicaps de l'enfant de Haute-Garonne (RHE31) créé en 1999.

Le handicap ne donne pas systématiquement lieu à une reconnaissance administrative pouvant ouvrir des droits à des prestations ou des dispositifs d'accompagnement spécifiques.

A noter que l'enquête handicap-santé en ménages ordinaires (HSM, réalisée par l'Insee et la DREES en 2008) a permis de mesurer plus systématiquement les limitations fonctionnelles des personnes et les facteurs environnementaux freinant ou favorisant la réalisation des activités de la vie quotidienne, formant des situations de handicap repérables. Cette étude n'a toutefois pas été réalisée en Guyane.

Il est difficile d'estimer et de projeter de façon précise le nombre de personnes atteintes d'un certain type de handicap sur un territoire donné. L'évaluation du nombre de personnes atteintes d'un handicap en Guyane s'appuie sur deux méthodes :

- calcul du nombre de **personnes atteintes du handicap**, à partir de taux de prévalence nationaux ;
- exploitation des données de la **MDPH (reconnaisances administrative)**.

2. ESTIMATION DE LA POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP FONDEE SUR LA PREVALENCE NATIONALE

Les calculs de prévalence doivent être pris avec précautions. Le guide méthodologique du SROMS (août 2011) note par exemple de nombreuses limites à l'utilisation de ces taux qui doivent être pondérés par une approche en terme de limitation d'activités et de besoins d'accompagnement dans les différents domaines, ainsi que par l'évolution des souhaits et attentes des familles, en matière de scolarisation, d'accueil et d'accompagnement auxquels il convient d'ajouter les inégalités de santé.

Pour la présente étude, différentes sources ont été croisées dans le but de connaître des taux de prévalence nationaux, pouvant être appliqués au territoire guyanais, afin de tirer une estimation du nombre de cas. En fonction des pathologies, différentes sources ont été utilisées. Ces données doivent donc être utilisées avec précaution et fournissent un simple ordre de grandeur.

a) PREVALENCE DU HANDICAP ET ESTIMATION DU NOMBRE DE CAS EN GUYANE

Tableau 74 : estimation de la prévalence des différents handicaps en Guyane en 2013

Déficiences	Taux de prévalence pour 1000 habitants	Source	Estimation Guyane
Motrice	39,9	CTNERHI/CITEVA + APF	9 478
Auditive	89	DREES – étude HID	21 142
Visuelle	57	DREES – étude HID	13 540
Intellectuelle	10	Académie médecine + UNAPEI	2 375
Autisme et TED	6,27	Plan autisme Guyane	1 500
Handicaps rares	0,1	Schéma national handicap rares	24

Projection des indicateurs : prévalence de handicap en population générale

Les projections ne sont pas disponibles avec la méthode 2 car les prévalences ont été calculées pour l'année 2013.

<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>

Déficience motrice	---	9 478	11 373	---	14 496	---
Déficience auditive	---	21 142	25 370	---	32 335	---
Déficience visuelle	---	13 540	16 247	---	20 708	---
Déficience intellectuelle	---	2 375	2 850	---	3 632	---
Autisme et TED	---	1 500	1 800	---	2 294	---
Handicaps rares	---	24	29	---	37	---

b) FOCUS SUR LA PREVALENCE DES DEFICIENCES SEVERES « ENFANTS » ET ESTIMATION DU NOMBRE DE CAS EN GUYANE

A partir des données de prévalence issues des registres départementaux des handicaps, le registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP) de l'Isère et des deux Savoie, créé en 1992, et le registre des handicaps de l'enfant de Haute-Garonne (RHE31) créé en 1999, une estimation du nombre de cas a été réalisée pour le département de la Guyane. Les résultats des registres nous permettent de calculer des estimations pour les différents types de déficiences sévères (*cf. définitions*). On retiendra ici les taux de prévalence pour la génération de 1998-2002 enregistrés dans les deux registres.

Les déficiences sévères enregistrées par les Registres

Déficiences motrices : toutes les paralysies cérébrales quel que soit le niveau de gravité (selon la définition du groupe SCPE – Surveillance of Cerebral Palsy in Europe : tout déficit moteur ou trouble de la posture permanent résultant d'une lésion non évolutive survenue sur un cerveau immature) ; toutes les autres déficiences motrices, quelle que soit l'étiologie (maladies dégénératives, héréditaires, malformations du système nerveux central, autre étiologie) dans la mesure où ces pathologies nécessitent un appareillage ou une rééducation continue.

Déficiences sensorielles sévères : déficiences auditives définies par une perte auditive supérieure à 70 dB au niveau de la meilleure oreille sans appareillage ; déficiences visuelles définies par une acuité visuelle inférieure à 3/10 au meilleur œil avec la meilleure correction.

Déficiences intellectuelles : définies par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 50. Quand le QI n'est pas précisé ou n'a pas été effectué, l'enregistrement porte sur tous les retards mentaux classés moyens, sévères et profonds (Classification Internationale des Maladies de l'OMS, 10e révision).

Troubles Envahissants du Développement (TED) selon la définition de la CIM 10 et quel que soit le niveau de sévérité de l'atteinte : autisme infantile, autisme atypique, syndrome de Rett, autres troubles désintégratifs de l'enfance, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et troubles envahissants du développement non spécifiés.

Tableau 75 : estimation du nombre d'enfants atteints de déficiences sévères en Guyane en 2013

	Taux de prévalence pour 1000 enfants de 0 à 19 ans		Estimation nombre de cas en Guyane	
	RHEOP	RHE 31	RHEOP	RHE 31
Déficience motrice	3,2	3	171	160
Déficience intellectuelle	3,2	3,1	171	165
Déficience visuelle	0,5	0,7	27	37
Déficience auditive	0,8	0,8	43	43
Autisme et TED	3,5	3,2	187	171

Projection des indicateurs de prévalence de handicap dans la population des moins de 20 ans

Les projections du nombre de cas obtenus en 2013 avec les prévalences conduit aux résultats suivants pour 2020 et 2030. (Le nombre de cas de base correspond à la moyenne des résultats RHEOP et RHE 31.

	<u>Données de base</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Déficience motrice sévère	---	166	193	---	239	---
Déficience intellectuelle sévère	---	168	196	---	242	---
Déficience visuelle sévère	---	32	37	---	46	---
Déficience auditive sévère	---	43	50	---	62	---
Autisme et TED sévère	---	179	209	---	258	---

3. ESTIMATION DE LA POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP FONDEE SUR LA RECONNAISSANCE MDPH

***NB :** l'analyse des données MDPH permet également de quantifier la demande d'aide et de prise en charge des personnes handicapées sur le territoire.*

Toutefois, cette approche ne permet pas de pouvoir tirer des conclusions quant aux besoins réels de prise en charge du handicap en Guyane. Les données collectées portent sur les « flux d'activité » : il s'agit des demandes de reconnaissance et/ou de prestations déposées au cours de l'année, ainsi que du nombre de décisions prises par les MDPH, qu'elles soient favorables ou non. En revanche, les données ne permettent pas d'estimer le nombre total de personnes bénéficiant d'une reconnaissance et/ou d'une prestation accordée par les MDPH à un instant donné (« stocks d'activité »).

4. ANALYSE DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ACTUEL

a) TAUX D'ÉQUIPEMENT

Pour ce qui concerne la prise en charge et l'accompagnement des **adultes handicapés**, on compte sur le territoire 2 ESAT, 1 Foyer d'Accueil de jour (ou foyer occupationnel), 2 MAS, 3 SAMSAH et 1 SAVS. Ces derniers sont localisés pour la plupart à Cayenne, sauf un ESAT et une MAS à Kourou. La Guyane ne comprend ni FAM, ni foyer d'hébergement (pour travailleurs handicapés). **En 2013, la capacité d'accueil du dispositif (places en établissements et services installées) est de 455 places pour adultes.**

Tableau 76 : Capacités installées en établissements et services médico-sociaux pour adultes (année : 2014)

Type d'établissement	Capacité installée	Localisation	Total places installées
ESAT	78 pl.	KOUROU	178
	100 pl.	CAYENNE	
FOYER DE VIE / ACCUEIL DE JOUR	45 pl.	REMIRE MONTJOLY	45
MAS	39 pl.	CAYENNE	102
	63 pl.	KOUROU	
SAMSAH	40 pl.	CAYENNE	100
	40 pl.	CAYENNE	
	20 pl.	CAYENNE	
SAVS	30 pl.	CAYENNE	30

Source : ARS/CG

L'analyse des taux d'équipement montre que le territoire est déficitaire en structure d'accueil pour personnes handicapées : il se situe en deçà des moyennes française et outre-mer à la fois pour les ESAT, foyers de vie, d'hébergement et FAM. Ainsi, les orientations MDPH en FAM ne peuvent trouver de réponses sur le sol guyanais. Les taux de services (SAMSAH) et en MAS se rapprochent davantage des moyennes observées dans les départements d'outre-mer mais restent toutefois très inférieurs à la moyenne française. enfin, il n'y a pas de SAMSAH handicap psychique sur le territoire.

Tableau 77 : taux d'équipement en places installées dans les structures handicap adultes pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

	Nombre de places	Guyane	Outre-Mer	France
ESAT	178	1,5	2	2,4
Services	100	0,8	0,7	1,4
FH	0	0	0,1	1,2
FOT/FV	45	0,4	0,7	1,4
FAM	0	0	0,5	0,6
MAS	102	0,9	0,5	0,7
Global	425	3,6	4,5	9,3

Source: ARS/CG; INSEE-RP 2011

Tableau 78 : Nombre de places installées dans les structures handicap enfants pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (année : 2014)

Type d'établissement	Spécificité	Localisation	Places	Total
IME	autisme	REMIRE MONTJOLY	20	183
	Polyhandicap	REMIRE MONTJOLY	30	
	DI	CAYENNE	133	
CAMSP	Ttes déf.	CAYENNE	80	160
	Ttes déf.	SAINT-LAURENT du MARONI	80	
CMPP	Ttes déf.	CAYENNE	80	160
	Ttes déf.	SAINT-LAURENT du MARONI	80	
IEM	DM	MATOURY	15	15
ITEP	Tcc	MATOURY	16	16
SAFEP/SAAAIS	DV	CAYENNE	80	80
SAFEP/SSEFIS	DA	CAYENNE	45	45
SESSAD	Autisme	REMIRE MONTJOLY	16	310
	DI	CAYENNE	80	
	DM	REMIRE MONTJOLY	60	
	DI	SAINT-LAURENT du MARONI	80	
	TCLA	CAYENNE	20	
	T 21	REMIRE MONTJOLY	30	
	Tcc	MATOURY	24	
SSAD	Polyhandicap	REMIRE MONTJOLY	35	35

Source: ARS/CG

L'analyse des taux d'équipement en **structures d'accueil et places de services pour enfants et adolescents** handicapés sur le territoire guyanais montre que celui-ci est inégalement doté selon les types de structures et handicap pris en charge : le territoire apparaît nettement déficitaire en IME par rapport aux moyennes Outre-Mer et France. A l'inverse, il dispose de taux d'équipement convenables voire supérieurs aux moyennes pour les établissements accueillant un public déficient sensoriel (auditif et visuel) ainsi que pour les services d'accompagnement à domicile type SAAD ou SESSAD. **En 2014, la capacité d'accueil du dispositif (places en établissements et services installées) est de 1 004 places pour enfants.**

Tableau 79 : taux d'équipement en places installées dans les structures handicap enfants pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (année : 2014)

	Nombre de places installées	Guyane	Outre-Mer	France
IME	183		3,4	4,4
ITEP	16	0,1	0,2	0,9
IEM	15	0,1	0,2	0,5
Déficient sensoriels (visuels, auditifs)	125	1,2	0,6	0,5
SESSAD	310	2,8	2,8	2,7
Global (tous types de structures confondus)	969	8,9	7,6	9,4

Source: ARS/CG; INSEE-RP 2011

Ce rattrapage a pu être permis par une politique forte en matière de création de place. Ainsi, depuis 2010 (et les constats dressés dans le schéma régional d'organisation médico-social), 188 places ont déjà été créées.

Fin 2010, un **Centre Ressource Autisme (CRA)** a également ouvert ses portes. Il est porté par le CH de Cayenne. Son équipe se compose d'un psychiatre, psychologue, éducatrice spécialisée, secrétaire-documentaliste. Ses missions sont les suivantes :

- assurer l'accueil, l'orientation et le conseil des personnes autistes et de leurs familles ;
- réaliser des évaluations diagnostics des troubles autistiques ;
- diffuser les connaissances actuelles sur l'autisme auprès des professionnels et des familles (centre de documentation, sensibilisation, formations) ;
- favoriser la mise en réseau des ressources et des professionnels ;
- participer à des actions de recherche sur l'autisme.

Son activité s'est concentrée sur l'île de Cayenne mais le centre a vocation à réaliser un travail partenarial avec d'autres acteurs spécialisés et concernés par l'autisme. Des formations ont déjà été dispensées auprès des personnels de PMI et de la MAS.

b) TAUX D'OCCUPATION

Les taux d'occupation dans les établissements et services prenant en charge des personnes handicapées sont les suivants. Ceux-ci doivent toutefois être pris avec précaution car ils peuvent présenter des écarts avec la réalité d'occupation dans les services en raison de reporting erroné de la part des établissements. Ces faibles taux d'occupation sont également liés aux difficultés de transport, rendant difficile l'accès aux structures, notamment pour les services et les accueils autres qu'en internat.

Tableau 80 : taux d'occupation des établissements accueillant des personnes handicapées entre 2011 et 2013

Association	Structures	Localisation	Nombre de places installées	Taux d'occupation		
				2011	2012	2013
ADAPEI	SESSAD	REMIRE MONTJOLY	16			15%
	IME les clapotis	REMIRE MONTJOLY	20	50%	71%	71%
SOS	Itep semi internat	MATOURY	16	74%	64%	76%
	Itep internat	MATOURY	20			
	SESSAD colibri	MATOURY	24	93%	88%	89%
APAJH	SESAM 973	CAYENNE	80	70%	43%	57%
	SESSAD T21	REMIRE MONTJOLY	30			23%
	IME semi internat	REMIRE MONTJOLY	25	23%	35%	42%
	IME internat	REMIRE MONTJOLY	15			
	SSAD	REMIRE MONTJOLY	35	40%	42%	40%
IMED	IMED	CAYENNE	133	96%		102%
APADAG	SESSAD TCL	CAYENNE	20			95%
	SESSAD Am.	CAYENNE	45	95%	98%	84%
APADAG	SAMSAH	CAYENNE	40	100%	99%	97%
APAJH	SAMSAH	REMIRE MONTJOLY	40	51%	53%	53%
AGMN	SAMSAH	CAYENNE	30	46%	78%	88%
SOS	MAS internat	KOUROU	60			14%
	MAS accueil de jour	KOUROU	3			
EBENE	MAS - internat	CAYENNE	30	98%	102%	

	MAS-semi internat	CAYENNE	9	92%	41%	
--	-------------------	---------	---	-----	-----	--

Source : ARS Guyane

c) PLAN AUTISME

La mise en œuvre d'un plan autisme

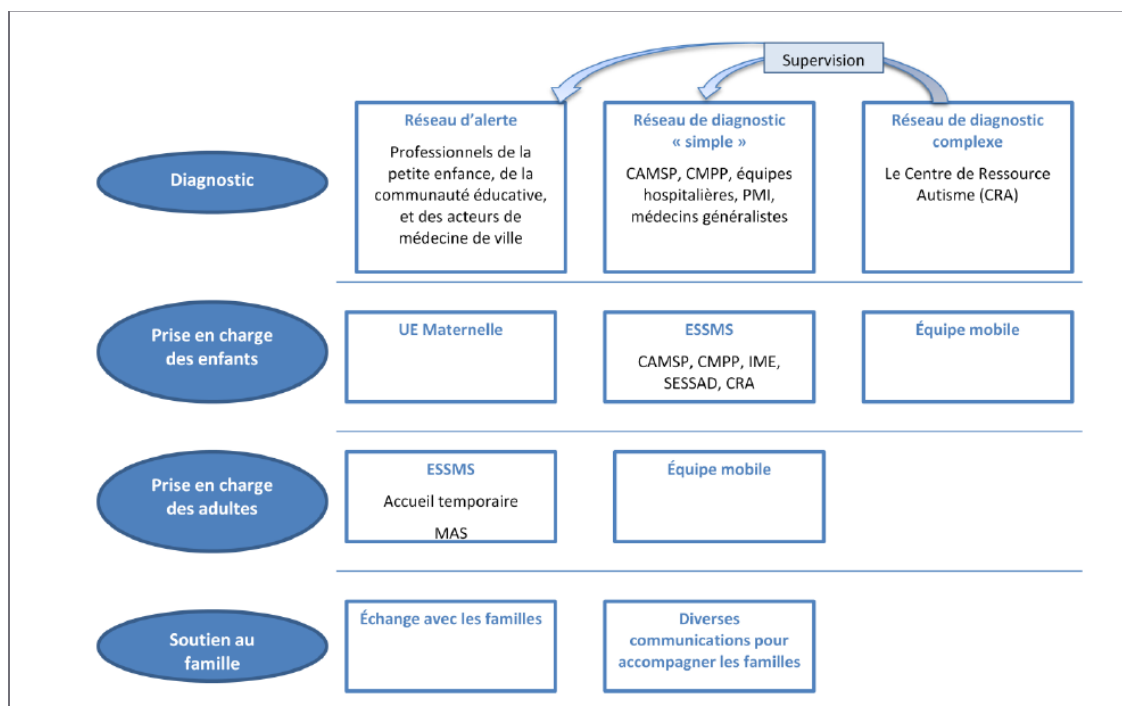
La Guyane s'est dotée d'un plan d'action régional pour la période 2013-2017. Selon le plan, l'autisme est un trouble encore tabou en Guyane et largement sous diagnostiqué. Sa prévalence serait de 0,7% du nombre de naissance si l'on se base sur les estimations de prévention de la HAS, soit 50 nouveau-nés par an concernés par l'autisme. Ainsi, 1 500 personnes (enfants et adultes) autistes résideraient aujourd'hui en Guyane mais la majorité de ces personnes ne sont pas identifiées.

Des acteurs œuvrent d'ores et déjà auprès de la population présentant des troubles autistiques sur le territoire : Centre de Ressource pour l'Autisme (CRA), places en IME, SESSAD, accueil de jour de la MAS l'Ebène, CMP et MAS de Kourou (20 places étant réservées pour les personnes atteintes de ces troubles à la MAS), dispositifs de l'éducation nationale.

Afin d'atteindre ses objectifs, l'ARS se fixe 6 objectifs prioritaires pour la prise en charge de l'autisme, déclinés en actions concrètes :

- Objectif 1 : recenser et cartographier les besoins
- Objectif 2 : communiquer et informer
- Objectif 3 : repérer, diagnostiquer et intervenir précocement
- Objectif 4 : adapter, renforcer et coordonner les accompagnements et prises en charge
- Objectif 5 : favoriser et adapter la scolarisation
- Objectif 6 : soutenir les familles et les aidants

Futur paysage « autisme » en Guyane tel que présenté dans le plan autisme



Source : ARS Guyane, plan autisme

5. EVOLUTIONS NECESSAIRES DU DISPOSITIF POUR REpondre AUX FUTURS BESOINS

a) BESOINS EN INVESTISSEMENTS

L'offre de prise en charge des personnes handicapées en établissement et services en Guyane repose sur 1161 places installées, réparties entre plusieurs établissements.

Charges nettes et coût à la place des ESMS pour personnes handicapées en Guyane pour l'année 2014

Association	Structures	Nombre de places	Charges nettes 2014	Coût à la place
ADAPEI	SESSAD	16	397 347,00	24 834,19 €
	IME les clapotis	20	1 061 947,38	53 097,37 €
SOS	ITEP semi internat	16	1 147 948,43	71 746,78 €
	SESSAD colibri	24	499 090,57	20 795,44 €
APAJH	SESAM 973	80	1 526 588,62	19 082,36 €
	SESSAD T21	30	665 445,00	22 181,50 €
	IME semi internat	40	4 761 245,82	119 031,15 €
	SSAD	35	845 379,58	24 153,70 €
IMED	IMED	133	4 302 772,85	32 351,68 €
APADAG	SESSAD TCL	20	537 825,18	26 891,26 €
	SESSAD Am.	45	1 157 132,19	25 714,05 €
ADPEP	IEM	15	753 752,00	50 250,13 €
	Pôle K CAMSP	65	783 247,00	12 049,95 €
	Pôle K CMPP	65	924 908,00	14 229,35 €
	Pôle K SESSAD	65	875 968,00	13 476,43 €
	Pôle OG CAMPS	80	727 791,00	9 097,39 €
	Pôle OG CMPP	80	952 567,00	11 907,09 €
	Pôle OG SESSAD	40	1 345 244,00	33 631,10 €
	Pôle moteur SESSAD	60	1 345 654,00	22 427,57 €
APADAG	SAMSAH	40	296 213,53	7 405,34 €
APAJH	SAMSAH	40	405 825,75	10 145,64 €
AGMN	SAMSAH	30	343 505,60	11 450,19 €
SOS	MAS internat	63	5 280 667,00	83 820,11 €
EBENE	MAS - internat	39	2 791 963,41	71 588,81 €
		1161	33 730 029	29 562

Source : ARS GUYANE

La projection effectuée selon les deux méthodologies fait apparaître un besoin de 57 669 à 73 502 journées supplémentaires à horizon 2020 et 2030.

Figure 1: Projection du nombre de journées handicap

	Données de base		Projection 2020		Projection 2030	
	2009	2013	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Total		48 059	57 669	0	73 502	0

NB : compte-tenu du caractère « global » des calculs réalisés à partir des prévalences, les analyses réalisées ne permettent toutefois pas de conclure quant à une territorialisation des besoins en infrastructure, en fonction du type d'établissement

b) PROJECTION - SCENARIO DE CONSTANCE

Le besoin est estimé à 232 places supplémentaires d'ici 2020 et +615 places supplémentaires d'ici 2030.

		Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
<u>moyenne</u>		<u>Besoins supplémentaires</u>			
<u>2014</u>					
Places en établissement	1 161	232		615	
IME	208	42		110	
MAS	102	20		54	
ITEP	36	7		19	
CAMSP	145	29		77	
CMFP	145	29		77	
Samsah	110	22		58	
Sessad	415	83		220	

La dépense moyenne annuelle par place ressort en 2014 à 30 K€ (source : calculs sur la base de l'Etat financier régional relatif aux dépenses 2014, transmis par l'ARS).

Aussi, à iso répartition entre types d'établissements, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée entre +7 M€ en 2020 et + 18 M€ en 2030 en coûts 2014.

		Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
<u>moyenne</u>		<u>Besoins supplémentaires</u>			
<u>2014</u>					
Coûts nets en établissement	29 562 €	33 730 029 €	6 862 968 €	18 170 082 €	

c) PROJECTION - SCENARIO DE RATTRAPAGE

Le taux d'équipement en structures handicap adultes est de 3,7 pour 1000 en Guyane (source ARS/CG), contre 9,3 en France. A l'inverse, le taux en structures enfants est le même que celui de France (9,4 pour 1000).

A donc été simulé un rattrapage ciblé sur les places adultes (212 actuellement).

Le besoin global est estimé entre +258 places d'ici 2020 et +684 places d'ici 2030.

		Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
<u>moyenne</u>		<u>Besoins supplémentaires</u>			
<u>2014</u>					
Places en établissement	1 161	258		684	

		Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
<u>moyenne</u>		<u>Besoins supplémentaires</u>			
<u>2014</u>					
Places en établissement	1 161	258		684	

La dépense moyenne annuelle par place ressort en 2014 à 30 K€ (source : calculs sur la base de l'Etat financier régional relatif aux dépenses 2014, transmis par l'ARS).

Aussi, à iso répartition entre types d'établissements, la dépense supplémentaire une année donnée pour faire fonctionner cette offre nouvelle est évaluée à +7,6 M€ en 2020 et + 20,2 M€ en 2030, en coûts 2014.

	Données actuelles	Projection 2020		Projection 2030	
		Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
	2014	Besoins supplémentaires			
Coûts nets en établissement	33 730 029 €	7 635 396 €		20 215 128 €	

d) PROJECTION ALTERNATIVE SCENARIO INTEGRANT UNE DIMENSION PERFORMANCE ET EFFICIENCE

Aucun scénario alternatif n'a été identifié pour le handicap.

6. RECOMMANDATIONS D'EVOLUTIONS COMPLEMENTAIRES

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
TRAVAILLER LES PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP			
Développer de façon partenariale le dépistage précoce et le repérage des besoins (notamment CAMSP) et la mise en lien de tous les professionnels qui dépitent	2	2	- Nécessite une mise en lien et une bonne coopération entre les acteurs
Favoriser une bonne orientation des personnes prises en charge, notamment par une bonne connaissance mutuelle entre les acteurs	3	3	- Peut être mis en place en même temps que l'action précédente
Au sein du dispositif, penser les parcours, les sorties, les réorientations, les évolutions possibles, grâce à une bonne coordination entre les acteurs	3	3	- Est également en lien avec les actions précédentes
AUTRES RECOMMANDATIONS			
Afin de soutenir les projets partenariaux, réfléchir à des outils de communication pertinents permettant une rapide et efficace diffusion des informations à tous	2	2	- Nécessite une réflexion autour des moyens
Prendre en compte les besoins des établissements médico-sociaux dans les projets d'action en faveur de l'installation de professionnels de santé : spécialistes (ORL dans les établissements pour déficients auditifs par exemple) ou professionnels paramédicaux (psychomotricien, ergothérapeute notamment)	2	2	- Mutualiser les ressources et les équipements entre plusieurs gestionnaires pour une meilleure efficience
Poursuivre les actions de formation des professionnels afin d'adapter la pratique professionnelle aux besoins des personnes accueillies	4	3	- Action à mettre en lien avec les objectifs de développement de la loi 2002-2 et la démarche qualité

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
Mener une réflexion spécifique sur la prise en charge du polyhandicap, plus complexe	3	4	- Mener cette réflexion de façon partenariale
Penser la prise en charge des personnes du point de vue pratique, en particulier besoins en transport et/ou en hébergement car ces difficultés d'accès peuvent constituer des freins majeurs à une prise en charge pérenne des personnes	3	3	- Nécessite une mise en lien et une bonne coopération entre les acteurs pour l'organisation d'un service de transport efficient
Mener une réflexion sur les possibilités d'adaptation de l'offre aux populations vivant sur le fleuve par des propositions innovantes et adaptées	2	2	- Action innovante qui nécessite une réflexion partagée et des moyens

III. BESOINS DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS (CSAPA / CAARUD)

1. BESOINS A AUJOURD'HUI ET A HORIZON 2020, 2030

Les conditions de précarité et l'isolement dans lesquels vit une partie importante de la population sont un terrain favorable de développement des problématiques d'addictions en particulier à l'alcool et à la drogue (crack, cocaïne). Le territoire dispose de **8 structures médico-sociales de prise en charge de personnes souffrant d'addictions (CAARUD, CSAPA, communauté thérapeutique) portées par 5 associations gestionnaires ainsi que 10 places dédiées dans la MAS de Kourou.**

Gestionnaire	Dénomination ESMS	Total capacité	Communes
<u>AKATI'J</u>	CAARRUD Kourou	ambulatoire	KOUROU Cedex
	CSAPA avec hébergement [ex-CSST (avec hébergement)] Kourou	ambulatoire avec hébergement	KOUROU Cedex
	CSAPA St Laurent	ambulatoire	SAINT-LAURENT du MARONI
	CT St Laurent	ambulatoire et hébergement	SAINT-LAURENT du MARONI
<u>CHAR</u>	CSAPA Cayenne	ambulatoire	CAYENNE
<u>IN'PACT</u>	CAARRUD St Laurent	20 pl.	SAINT-LAURENT du MARONI
<u>RDS</u>	CAARRUD Cayenne	50 pl. en ambulatoire avec 20 places de nuit	CAYENNE
<u>SOS- PSA</u>	CSAPA avec hébergement	35 pl. d'hébergement	ROURA

Les files actives de ces établissements ont eu tendance à augmenter sur les dernières années. On compte en 2013 environ 300 nouvelles personnes prises en charge en CAARUD et un peu plus de 200 en CSAPA.

NB : les données 2011 de files actives doivent être prises avec précaution : en effet, certains éléments (notamment le nombre de nouvelles personnes) n'ont pas été renseignés précisément. Dans certains cas, les données 2011 ont été remplacées par les données 2010 pour des questions de fiabilité. La file active inclue l'ensemble des personnes prises en charge à la fois dans le local et/ou en unité mobile, à l'occasion d'intervention hors les murs De plus, la CT a ouvert fin 2011.

Cette augmentation semble concerner toutes les structures CSAPA et CAARUD, et en particulier à Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni.

Tableau 82 : évolution des files actives des structures de prise en charge des addictions par localisation entre 2011 et 2013

		2013	Evolution 2011 - 2013		
		File active (local + unité mobile)	Dont nouvelles personnes	Evolution file active	Evolution nouvelles personnes
CAARUD	Cayenne	435	28	2,4%	154,5%
CAARUD	Kourou	402	250	132,4%	177,8%
CAARUD	Saint-Laurent du Maroni	423	67	157,9%	
CSAPA	Cayenne	422	139	-9,2%	-12,0%
CSAPA	Saint-Laurent du Maroni	216	47	17,4%	-47,2%
CSAPA	Kourou	188	85	37,2%	73,5%
CT	Saint-Laurent du Maroni	63	0	173,9%	-100,0%

Source : ARS Guyane d'après les rapports d'activité des structures

Projection de l'indicateur : nombre de personnes prises en charge dans le secteur des addictions (ARS Guyane et rapport d'activité des structures)

	<u>Période de référence</u>		<u>Projection 2020</u>		<u>Projection 2030</u>	
	<u>2009</u>	<u>2013</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>	<u>Méthode 1</u>	<u>Méthode 2</u>
Nombre total	1 433	2 149	2 579	4 367	3 287	12 028
ZE Cayenne	ND	857	996	---	1 210	---
ZE Kourou	ND	590	716	---	932	---
ZE Saint Laurent du Maroni	ND	702	886	---	1 207	---

Le nombre de personnes prises en charge dans le secteur des addictions est dépendant de l'offre d'accompagnement proposé. Les facteurs suivants pouvant agir à la hausse ou à la baisse sur l'évolution de ce nombre de personnes ont été recensés.

A la hausse	A la baisse
<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la précarité - Augmentation de l'offre (augmentation des files actives) - Dépistage des besoins 	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'information ciblées - Amélioration des conditions de vie - Amélioration des conditions économiques

NB : il est difficile d'estimer les besoins de prise en charge des addictions. Les calculs suivants s'appuient sur les files actives des structures CAARUD, CSAPA et CT du territoire (ambulatoire et hébergement). Il ne s'agit que d'une partie de l'ensemble des personnes prises en charge pour des problématiques d'addictions et ils ne permettent pas d'estimer l'ensemble des besoins).

2. RECOMMANDATIONS D'EVOLUTION NECESSAIRES POUR REpondre AUX BESOINS FUTURS

Recommandations	Niveau de priorité (1 à 5)	Faisabilité (1 à 5)	Conditions de mise en œuvre / facteur clé de succès
La nécessité d'un travail en réseau renforcé, notamment avec le secteur hospitalier	2	3	- Action à mettre en lien avec les objectifs de coopération et de déclioisonnement des secteurs
Evaluer le besoin en structures d'hébergement type ACT pour répondre aux besoins de prise en charge globale des personnes	2	3	
Trouver des solutions pour améliorer les questions de transport, car il est difficile pour certains usagers de se rendre dans les structures de prise en charge à Cayenne, Kourou ou Saint-Laurent-du-Maroni. Ces situations sont des facteurs de rupture de la prise en charge	1	2	- Nécessite une réflexion partenariale et des moyens de mise en œuvre

IV. BESOINS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION

Selon une étude INSEE de juin 2013 sur la pauvreté et l'exclusion en Guyane, un guyanais sur 4 vit en dessous du seuil de pauvreté (soit 26.9% de la population guyanaise en 2006). La proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté est plus élevée chez les étrangers qui sont 42% (enquête BDF 2006). En outre, une part importante de la population guyanaise est en situation d'exclusion, souvent mal-logée ou en errance.

Le territoire dispose de 6 places de lits halte soins santé (LHSS), de 14 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) à Saint-Laurent du Maroni, 15 à Kourou et 23 à Rémire-Montjoly à destination de personnes souffrant de maladie chronique.

Aussi, il est important de développer en Guyane des dispositifs accueillant des personnes sans domicile fixe ou mal-logées quelle que soit leur situation administrative comme des places en lits halte soins santé (LHSS) pour les personnes nécessitant des soins infirmiers aigus et des places lits d'accueil médicalisé (LAM) pour celles atteintes de pathologies lourdes aussi bien à l'est qu'à l'ouest guyanais.

De plus, le nombre de places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) pour les personnes souffrant d'une maladie chronique et d'appartement thérapeutique pour celles souffrant d'addictions est également à augmenter.

Synthèse des enjeux de la demande de prise en charge et d'accompagnement dans le secteur médico-social

- Une demande stable pour la prise en charge du vieillissement et de la dépendance (taux de demande d'APA stable, vieillissement lent de la population), mais des besoins importants à long terme à la fois en termes de places, de services d'aide à domicile, de prise en charge des pathologies du vieillissement et de spécialisation des acteurs ;
- Des besoins de prise en charge du handicap difficile à évaluer mais une demande qui tend à augmenter, en particulier chez les adultes (demandes MDPH, etc.). Des enjeux également repérés, en premier lieu sur la question des parcours, le repérage des besoins, diagnostic, les sorties, les évolutions, la coordination des acteurs à articuler avec le plan autisme dont s'est doté la Guyane ;
- Une augmentation des files actives des CSAPA et CAARUD, traduisant des besoins importants en matière de prise en charge des addictions et un enjeu de travail en réseau des acteurs.
- Les caractéristiques socio-économiques de la population guyanaise montrent l'importance de développer des dispositifs à destination des personnes en situation d'exclusion, mal-logées ou en errance.

3 TABLEAU RECAPITULATIF DES INDICATEURS

Indicateur	Méthode privilégiée	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
		Année	2013*	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Accès aux droits							
Nombre de personnes sous CMU (source : CGSS)	1	(2010) 16 932	22 089	26 506	41 077	33 783	99 654
Nombre de personnes sous CMU-C (source : CGSS)	1	(2010) 27 284	29 919	35 902	37 100	45 759	50 447
Nombre de personnes sous AME (source : CGSS)	1	(2010) 11 575	9 050	10 860	5 097	13 841	2 244
Etat de santé des populations							
Nombre de déclaration de cas de tuberculose (source : InVS, Statiss)	1	(2010) 53	70	84	114	107	228
File active des patients suivis pour le VIH/Sida (source : COREVIH)	2	1 300	1 327	1 592	1 532	2 030	1 882

Indicateur	Méthode privilégiée	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
		Année	2013*	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre de séjours/séances de chimiothérapie (source : PMSI)	1	1 270	1 936	2 323	4 049	2 961	11617
Nombre de personnes diabétiques (source : ORSG)	1	--	5 252	6 477	--	8 255	--
Nombre de personnes diabétiques (source : CGSS)	1	4 659	5 735	6 882	8 250	8 771	13 869
Nombre de patients suivis pour diabète en CDPS (source : données CDPS)	2	332	376	451	467	575	638
Nombre de personnes obèses (source : enquête PODIUM)	1	---	(2008) 4 131	5 373	---	6 683	---
Nombre de patients suivis pour HTA en CDPS (source : données CDPS)	2	681	882	1 058	1 387	1 349	2647
Nombre de séjours d'hospitalisation pour AVC (source : PMSI)	1	201	329	384	594	490	1592
Nombre de séjours d'hospitalisation pour Infarctus du myocarde (source : PMSI)	1	103	105	113	91	144	83
Prévalence de l'insuffisance rénale terminale (source : registre du rein)	1	ND	227	272	---	347	---
Nombre de séances de dialyse (source : PMSI)	1	ND	18 843	22 013	--	28 057	--

Indicateur	Méthode privilégiée	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
		Année	2013*	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Prévalence de drépanocytose (source : BEH)	1	NC	2 000	2 400	---	3 059	---
Périnatalité							
Nombre d'issues de grossesse (source : RIGI)	2	6 325	6 603	7 920	7 119	10 080	7 927
Nombre d'enfants prématurés (source : RIGI)	2	896	853	1 023	783	1 302	692
Nombre d'enfants hypotrophes (source : RIGI)	2	828	786	943	718	1 200	630
nombre d'enfants nés avec des malformations (source : RIGI)	2	130	134	161	141	205	152
Nombre de grossesses pathologiques (source : RIGI)	2	3 235	3 217	3 858	3 186	4 911	3142
Nombre d'IVG hôpital (source : SNIIRAM)	2	1 564	1 135	1 361	648	1 733	291
Nombre d'IVG ville (source : SNIIRAM)	2	618	510	612	364	779	225
Nombre d'IVG CPEF (source : RIGI)	2	(2012) 632	677	812	1 096	1 033	2180

Indicateur	Méthode privilégiée	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
		Année	2013*	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste (source : SNIIRAM)	2	(2010) 1 737	1 833	2 200	2 078	2 803	2486
Ambulatoire							
Nombre de consultations réalisées en CDPS (source : données CDPS)	1	ND	163 860	200 957	---	256 131	---
Recours aux soins hospitaliers							
Nombre de séjours MCO (source : PMSI)	2	60 209	70 349	82 184	84 796	104 748	115 762
Nombre de séjours obstétricaux (source : PMSI)	1	9 653	10 342	12 076	11 234	15 370	12 895
Nombre de séjours digestifs (source : PMSI)	2	6 103	6 470	7 558	6 940	9 634	7799
Nombre de séjours d'orthopédie-traumatologie (source : PMSI)	2	2 794	3 161	3 693	3 666	4 707	4 692
Nombre de journées d'hospitalisations en SSR (source : SAE) (complètes et partielles)	1	28 996	26 380	31 655	22 357	40 346	17 650
Nombre de journée d'hospitalisation en HAD (source : PMSI)	1						

Indicateur	Méthode privilégiée	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
		Année	2013*	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 1	Méthode 2
Nombre de journées ou venues de psychiatrie (hors prise en accueil thérapeutique) (source : SAE)	1	(2010) 27 422	29 987	38 203	---	50 152	---
Personnes âgées							
Nombre de personnes âgées dépendantes (APA)	1	600	706	1 056	939	1 737	1 410
Nombre de personnes atteintes de démences (dont Alzheimer) (source : SESAG)		120	196	242	725	308	3 721
Prévalence des maladies neurodégénératives chez les plus de 65 ans (source : INSERM national)	1	---	342	537	--	941	--
Personnes handicapées							
<i>Prévalence de handicap en population générale</i>							
Déficience motrice	1	---	9 478	11 373	---	14 496	---
Déficience auditive	1	---	21 142	25 370	---	32 335	---
Déficience visuelle	1	---	13 540	16 247	---	20 708	---
Déficience intellectuelle	1	---	2 375	2 850	---	3 632	---

Indicateur	Méthode privilégiée	Période de référence		Projection 2020		Projection 2030	
		Année	2013*	Méthode	Méthode	Méthode	Méthode
				1	2	1	2
Autisme et TED	1	---	1 500	1 800	---	2 294	---
Handicaps rares	1	---	24	29	---	37	---
<i>Projection des indicateurs de prévalence de handicap dans la population des moins de 20 ans</i>							
Déficience motrice sévère	1	---	166	193	---	239	---
Déficience intellectuelle sévère	1	---	168	196	---	242	---
Déficience visuelle sévère	1	---	32	37	---	46	---
Déficience auditive sévère	1	---	43	50	---	62	---
Autisme et TED sévère	1	---	179	209	---	258	---
Addictions							
Nombre de personnes prises en charge dans le secteur des addictions (source :ARS Guyane et rapport d'activité des structures)	1	1 433	2 149	2 579	4 367	3 287	12 028

Annexes

I. ANNEXE 1 : CARTE DES ZONES D'EMPLOI DE LA GUYANE



II. ANNEXE 2 : LISTE DES INDICATEURS PROJETS

Indicateur	Source(s) de la donnée
Indicateur : nombre de déclarations de cas de tuberculose	InVS
Indicateur : nombre de personnes connues vivant avec le VIH/Sida	COREVIH
Indicateur : nombre de personnes obèses	Enquête PODIUM
Indicateur : nombre de personnes diabétiques	ORSG/CGSS
Indicateur : Prévalence des maladies neurodégénératives	INSERM national
Indicateur : prévalence de l'insuffisance rénale terminale	Registre du rein
Indicateur : nombre de séjours MCO	PMSI
Indicateur : nombre de séjours obstétricaux	PMSI
Indicateur : nombre de séjours d'orthopédie-traumatologie	PMSI
Indicateur : nombre de séjours digestifs	PMSI
Indicateur : nombre de séjours d'hospitalisation pour AVC	PMSI
Indicateur : nombre de séjours d'hospitalisation pour infarctus du myocarde	PMSI
Indicateur : nombre de séances de dialyse	PMSI
Indicateur : nombre de séances de chimiothérapie	PMSI
Indicateur : nombre de journées d'hospitalisations en SSR	SAE
Indicateur : nombre d'hospitalisations en HAD	PMSI

Indicateur : nombre de journées de psychiatrie	SAE
Indicateur : nombre de personnes sous CMU	CGSS
Indicateur : nombre de personnes sous CMUC	CGSS
Indicateur : nombre de personnes sous AME	CGSS
Indicateur : nombre d'exonérations du ticket modérateur	
Indicateur : nombre de consultations réalisées en CDPS	Données CDPS
Indicateur : nombre de patients suivis pour diabète en CDPS	Données CDPS
Indicateur : nombre de patients suivis pour HTA en CDPS	Données CDPS
Indicateur : nombre de naissances	RIGI
Indicateur : nombre d'accouchements réalisés par césarienne	RIGI
Indicateur : nombre d'IVG	SNIRAM
Indicateur : nombre d'IVG réalisées en CPEF	Rapport d'activité CPEF
Indicateur : nombre d'enfants prématurés	RIGI
Indicateur : nombre d'enfants hypotrophes	RIGI
Indicateur : nombre d'enfants nés avec des malformations	RIGI
Indicateur : nombre de grossesses pathologiques	RIGI
Indicateur : nombre de personnes atteintes de handicap moteur	MDPH et prévalences nationales

Indicateur : nombre de personnes atteintes de handicap sensoriel auditif	MDPH et prévalences nationales
Indicateur : nombre de personnes atteintes de handicap sensoriel visuel	MDPH et prévalences nationales
Indicateur : nombre de personnes atteintes de handicap mental	MDPH et prévalences nationales
Indicateur : nombre de personnes atteintes de handicap psychique	MDPH et prévalences nationales
Indicateur : nombre de personnes atteintes d'autisme et de TED	MDPH et prévalences nationales
Indicateur : nombre de personnes atteintes de handicap rare	MDPH et prévalences nationales
Indicateur : nombre de personnes atteintes de la drépanocytose	Rapport de la Cour de Comptes et BEH
Indicateur : nombre de personnes âgées dépendantes	Etude INSEE
Indicateur : nombre de personnes atteintes de démences	
Indicateur : nombre de personnes prises en charge dans le secteur des addictions	ARS Guyane et rapport d'activité des structures

III. ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Type d'acteur	Institution	Fonction	Nom	Date du RDV
Institutionnel	ARS Guyane		Mme Duplan	Le 09/01/15
Institutionnel	ARS Guyane	DG	M. Meurin	Le 09/01/15
Institutionnel	ARS Guyane	DROSMS	Mme Cazaux	le 14/01/15
Institutionnel	ARS Guyane	DA DROSMS	Mme Marrien	
Institutionnel	ARS Guyane	DSP	Dr. Mckenzie	Par téléphone le 28.01/2015
Institutionnel	AFD		MM. Damoiseau et Yvergnaud	Le 09/01/15

institutionnel	ORS Guyane	Directeur	Dr. Castor Newton	Le 08/01/15
institutionnel	Conseil Régional	Responsable de la formation santé	Mme Scholastique	Le 08/01/15
Institutionnel	CGSS	Directrice	Mme Harang	Le 09/01/15
Institutionnel	CGSS	Service études	Mme Conan	
Institutionnel	Centre de Ressources Politique de la ville de Guyane (CRPV)	Directeur	Denis Souillard	Le 13/01/15
Institutionnel	Centre de Ressources Politique de la ville de Guyane (CRPV)	Responsable démarche jeunesse	Raphaël Wintrebert	
Institutionnel	INSEE	Directeur	Y. N'Ouara	Le 13/01/15
Institutionnel	INSEE	Etudes	M. Hurpeau	
Institutionnel	Registre rein/Registre autisme/COREVIH	Président	Dr. Nacher	Par téléphone le 08/01/15
Institutionnel	CRSA	Président de la Commission Permanente	M. Bhagooa	Le 08/01/15
Institutionnel	CRSA	Président de la Commission spé prévention	M. Sanceau	Le 12/01/15
Institutionnel	CRSA	Président de la Commission spé prises en charge et accompagnements médico-sociaux	Mme Roy Jadfard	Le 08/01/15
Institutionnel	CRSA	Président de la Commission spé droits des usagers du système de santé	Mme Anna Goarant	Le 08/01/15
Institutionnel	CG Guyane	Directrice Générale Adjointe chargée de la Solidarité et de la Prévention (DGASP)	Mme Aline Loubet	Le 13/01/15
Institutionnel	CG Guyane	Observation sociale et projets stratégiques auprès du DGA Solidarité et Prévention	Mme Béatrice Bernus	
Institutionnel	CG Guyane	Médecin Chef PMI/Chef du pôle PMI, Direction Enfance, Jeunesse et Famille	Mme Dr Françoise Pena-Julien	Le 13/01/15
Institutionnel	CG Guyane	Géronte/Chef du pôle coordination gérontologique, Direction de l'autonomie	Mme Dr Claude Rosnel	Le 13/01/15

URPS	URPS Médecins	Président	Dr Alain Bouix	Par téléphone le 12/01/2015
Etablissement de soins/opérateurs	CH Cayenne	Directeur	M. Delpech	Le 09/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	CH Cayenne	CDPS	Dr. Brousse	Le 12/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	CH Cayenne	DAF	M. Amri	Le 09/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	CH Ouest Guyane	Directeur	M. Brignon	Le 09/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	CH Ouest Guyane	DAF	M. Le Toux	Le 09/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	CMCK (Croix Rouge)	Directeur	M. Hackett	Le 08/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	CMCK (Croix Rouge)	Président CME	M. Maurin	Le 08/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	Centre Prévention Santé (Croix Rouge)		Dr Grenier	Le 09/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	HAD	Directeur	M. Bourlier	Le 13/01/15
Etablissement de soins/opérateurs	Samu-Social de l'Ile de Cayenne	DG	Tania TARCY	Le 12/01/15
Atelier de travail personnes handicapées	Une dizaine de représentants d'associations et de structures médico-sociales (Directeurs, chefs de service) : ADAPG, SESSAD, SAMSAH, IMED, SAVCS, etc.			le 14/01/15
Atelier de travail prévention	Trois représentantes de CAARUD, CSAPA et de la communauté thérapeutique de Roura			le 14/01/15

IV. ANNEXE 4 : DOCUMENTATION ET BIBLIOGRAPHIE UTILISEES

Etudes

- Plans et schémas de santé régionaux (PRS, SROMS, SROS, PRSE, PRIAC, plan d'action professionnels de santé, PRAPS, etc.)
- « La Santé Dans les Outre Mers » de la Cour des comptes (Juin 2014)
- « Dynamiques démographiques et politique urbaine en Guyane : le cas de Saint-Laurent-du-Maroni, GRET, Novembre 2013
- « Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités », INSEE Antilles Guyane, ARS Guyane, septembre 2014
- « Accès à l'eau potable : les enjeux sanitaires en Guyane », ARS Guyane
- « Un point sur le défaut d'accès à l'eau persistant en Guyane et les maladies entériques récurrentes », ARS Guyane, avril 2012
- « Migrations et soins en Guyane », AFD Inserm, 2009
- « Evaluation du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2009-2014 en Guyane » Geste, avril 2014
- « La santé comme rapport au corps et au risque : la situation des 15-25 ans en Guyane », CRPV, septembre 2014
- « Couverture vaccinale des enfants et adolescents en Guyane Française », 2009
- « Les jeunes adultes en Guyane : démographie et mobilité », CRPV, juillet 2013
- « En Guyane, 3 fois plus de personnes dépendantes en 2030 », ARS Guyane, INSEE Antilles Guyane, décembre 2012
- BEH « Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016 », mars 2006
- « Enquête Etablissements de Santé pour personnes handicapées », ARS Guyane, 2010
- Formation des PH dans le cadre du PRITH, juillet 2014
- Plan national maladies neuro-dégénératives 2014-2019
- « Analyse des données sur le handicap en Guyane », CG Guyane MDPH, ARS Guyane, DSDS, INSEE, 2012
- « Impact du vieillissement sur les structures de soins à horizon 2010, 2020 et 2030 », DREES, 2008

- « La couverture vaccinale en Guyane en 2000 », Conseil Général, InVS, CIRE Antilles-Guyane, DDASS de Guyane
- « Santé et Démographie en Guyane Vers une catastrophe prévisible... », Dr Bouix, SYNDICAT DES MEDECINS DE LA GUYANE, Juin 2005
- « La mission effectuée du 23 au 30 juillet 1999 par une délégation chargée d'étudier la situation sanitaire et sociale en Guyane », 1^{er} mars 2000
- « Evolution de la population en Guyane entre 2007 et 2012 », INSEE, décembre 2014

Bases de données utilisées

- Bases STATISS de 2009 à 2013
- PMSI MCO de 2009 et 2013
- ALD 2009 et 2012
- RIGI 2010-2013
- Extractions SAE 2009-2013
- Extractions SNIIRAM (IVG) 2009 à 2015
- AKATIJ « Programmation de construction d'une communauté thérapeutique mères enfants à Awala Yalimapo »
- Bilan des appels à projets prévention 2010
- Bilan des structures médico-sociales
- Rapports d'activité des CDPS
- Rapport d'activité des centres de prévention santé Croix Rouge
- Rapports d'activité MDPH 2012 et 2013
- Bilan APA et PCH 2009 - 2013
- Rapports d'activité PASG 2012- 2013
- Rapports d'activité COREVIH 2010-2013
- Rapports d'activité 2012 et 2013 du SAMU SOCIAL
- Bilan des demandes d'APA par communes
- Rapports d'audit CHAR et CHOG
- Données du recensement public de l'INSEE
- Projet médical du CHAR

- Projections OMPHALE « migrations basses » INSEE
- RAPPORT DE FINANCEMENT DE L' « HOPITAL NEUF », CHOG, Février 2013
- Etude PAQUID « La prévalence de la maladie d'Alzheimer en Guyane », janvier 2009
- Bases de données CGSS (CMU, CMUC, AME, EVASAN, démographie médicale, diabétiques traités)
- Rapports d'activité CPEF 2011 - 2013
- "seventh annual general meeting of the pan caribbean partnership against hiv and aids (pancap)" ORSG, CR Guyane, oct. 2007
- "High blood pressure and obesity: disparities among four French Overseas Territories", Jocelyn Inamo, Jean-Loup Daigreb, Jean-Louis Boissinc, Pauline Kangambegad, Laurent Lariflae, Helene Chevallierf, Beverley Balkaug,h, Didier Smadjai and Andre Atallahj, oct 2010
- BANQUE DE DONNEES SANITAIRES DE GUYANE, Rapport de suivi d'Indicateurs de Morbidité : Incidence et Prévalence, ORSG, ARS Guyane, Juillet 2014
- Recueil d'indicateurs régionaux - Offre de soins et état de santé, offre de soins et état de santé, édition 2014
- Predictive factors of the survival of women with invasive breast cancer in French Guiana: the burden of health inequalities, Tristan Roue*, Sylvain Labbe*, Juliette Plenet*, Sophie Belliaro*, Jean-Pierre Droz and Mathieu Nacher
- L'IRCT dans les DOM-TOM ESRD patients in overseas territories, J. Deloumeaux, J. Guiserix, S. Merle, JM Gabriel, JM. Tivollier, F. Garnier, M. Nacher, D. Rochemont, J. Peruvien, N. Neller, B. Bonal, C. Couchoud
- The prevalence of overweight and obesity, and distribution of waist circumference, in adults and children in the French Overseas Territories: The PODIUM survey, J.-L. Daigre a, A. Atallah b, J.-L. Boissin c, G. Jean-Baptiste d, P. Kangambega e, H. Chevalier f, B. Balkau g,h, D. Smadja i, J. Inamo, 2008
- ORS Rhône-Alpes « Cancer, maladies cardio-vasculaires, sida et infection à VIH, diabète : projections épidémiologiques à l'horizon 2010, 2020, 2030 » septembre 2006 ;
- OMS « Prévention des maladies chroniques : un investissement vital »,

V. ANNEXE 5 : DONNEES SOURCES QUANT A LA PRISE EN CHARGE DU VIEILLISSEMENT ET DE LA DEPENDANCE

Annexe 1 : données EHPAD (source : Conseil Général)

EHPAD	CAPACITÉ AUTORISÉ E	NBR LITS INSTALLÉ S	GMP	Taux d'occupati on	EFFECTIF TECHNIQUE (en ETP)						HEBERGEMEN T	DEPENDANC E	COUT A LA PLACE / HEBERGEME NT	COUT A LA PLACE / DEPENDANCE	AS/CAPACI TE AUTORISE	AS/LITS INSTALLE S
					ASH, Agents serv. Nettoyage - blanchissa ge - repas	AS/AM P	Psycholog ue	Animatio n	Cuisine - Serv.généra ux - Diététicien	TOTA L						
CHOG	50	47	687	98%	9	13,2	0	0,2	0,1	22,5	1 507 089,47 €	469 646,28 €	32 720,14 €	10 196,40 €	26,40%	28,09%
EDMARD LAMA	70	70	636	95%	10	7,2	0,7	2	0	19,9	1 847 692,92 €	640 793,60 €	35 532,56 €	12 322,95 €	10,29%	13,85%
SAINT PAUL	44	44	736	95%	11	9	0	1	7	28	1 438 417,00 €	320 844,46 €	34 411,89 €	7 675,70 €	20,45%	20,45%
J-S GERANTE	38	38	756	92%	7	16	0	1	0	24	1 624 382,56 €	423 919,13 €	46 464,03 €	12 125,83 €	42,11%	42,11%

Annexe 2 : données EHPAD (source : ARS)

	EBENE	CHAR	CHOG	St-PAUL
Capacité en nombre de places : 2013	38	70	50	44
Capacité en nombre de journées : 2013	13870	25550	17155	15695
TARIF SOIN GIR 1/2 2014	90,62	90,73	58,55	59,48
TARIF SOIN GIR 3/4 2014	70,9	73,57	45,51	50,14
TARIF SOIN GIR 5/6 2014	51,18	56,40	32,47	40,80
GMP : 2013	756	613	687	740.45
Nombre de journées réalisées : 2013	12659	21240	16503	15964
depenses section soin 2014	865 523,50 €	1 690 608,10 €	881 985,84 €	846 768,11 €
total depenses ttes sections tarifaires confondues 2013	3 201 041,00 €	4 630 625,75 €	3 260 575,87 €	2 348 658,00 €
Coût moyen prise en charge annuelle en établissement :	84 237,92 €	66 151,80 €	65 211,52 €	53 378,59 €

VI. ANNEXE 6 : DONNEES COMPLEMENTAIRES RELATIVES A L'INCONFORT DES LOGEMENTS

Définitions : selon l'INSEE, **une résidence principale** est un logement occupé de façon habituelle et à titre principal par une ou plusieurs personnes qui constituent un ménage. Depuis 2005, une résidence principale peut comporter plusieurs ménages si ceux-ci ont des budgets séparés. **Le code "Confort du logement" est déterminé par la combinaison de certaines caractéristiques du logement :** pour les DOM : présence ou non d'électricité, de point d'eau (froide / chaude), de baignoire ou douche, de W.C.) On dit qu'un logement a une baignoire ou une douche quand celle-ci est installée dans le logement et à la disposition exclusive de ses occupants. Dans le cas des DOM, la caractéristique de chauffage central n'est pas prise en compte, car elle est sans objet. Par contre, la présence ou non d'un point d'eau potable à l'intérieur du logement (eau chaude ou eau froide seulement), ainsi que celle d'électricité est spécifiée pour les DOM. Il y a éclairage électrique si une pièce au moins a une installation d'éclairage électrique.

Tableau 19 : niveau d'inconfort des résidences principales en Guyane selon l'INSEE en 2011 par communes

	Résidences principales 2011	Sans électricité	Sans eau chaude	Sans Bain/douche
Régina	264	8,5%	83,3%	33,3%
Cayenne	19 793	1,0%	57,3%	7,2%
Iracoubo	497	16,1%	81,1%	41,6%
Kourou	7 286	1,0%	23,8%	3,3%
Macouria	3 044	9,2%	48,5%	13,3%
Mana	1 914	44,2%	85,4%	58,0%
Matoury	8 946	10,3%	45,6%	9,4%
Saint-Georges	990	11,3%	82,4%	45,8%
Remire-Montjoly	6 683	2,5%	29,3%	4,9%
Roura	739	29,9%	64,6%	22,3%
Saint-Laurent-du-Maroni	8 617	22,9%	77,3%	39,2%
Sinnamary	958	3,6%	64,8%	12,4%
Montsinéry-Tonnegrande	747	27,2%	61,0%	19,3%
Ouanary	27	---	---	---
Saül	74	--	--	--
Maripasoula	2 071	31,7%	96,3%	68,0%
Camopi	294	54,4%	98,3%	74,2%
Grand-Santi	1 455	81,8%	97,8%	93,1%
Saint-Élie	372	23,3%	100,0%	91,0%
Apatou	1 477	68,7%	93,5%	83,7%
Awala-Yalimapo	291	37,1%	97,9%	77,3%
Papaïchton	1 107	21,6%	99,1%	80,6%
Guyane	59 052	12,7%	57,3%	21,6%

Source : Insee - RP 2011

VII. ANNEXE 7 : PRESENTATION DU PLAN D'ACTION EN FAVEUR DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Objectifs opérationnels	Actions/développement
<p><i>Développer et renforcer l'accueil personnalisé des professionnels de santé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualisation d'un parc de logement par des accords avec les bailleurs sociaux, les collectivités ou les agences immobilières - Généralisation d'une procédure d'accueil permettant de faciliter l'intégration des nouveaux arrivants et l'organisation de journées d'accueil - Mise en place d'aides et d'accompagnements concernant l'environnement familial (aide aux démarches d'emploi pour le conjoint, aide aux démarches de scolarisation des enfants)
<p><i>Initier un accueil adapté à l'environnement professionnel</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un temps d'accueil mutualisé avec les établissements et services, les URPS, les ordres et les institutions pourrait être organisé à l'initiative de l'ARS autour d'une journée afin de présenter les différents enjeux de santé de la région, ses composantes socio-culturelles, les contraintes géographiques ainsi que les principaux dispositifs existants sur le territoire - Proposer des formations adaptées à la prise de fonctions, notamment s'agissant de l'exercice en territoire isolé, pour faciliter l'exercice professionnel
<p><i>Accueillir et accompagner les professionnels en formation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le déroulement de l'internat que l'accompagnement des maîtres de stages et la coordination des différents acteurs - Développer la formation en médecine générale et recenser les spécialités en tension afin de mener des actions de sensibilisation visant à attirer des internes sur ces postes - Accompagner les établissements pour qu'ils soient en mesure d'accroître leur possibilité en termes de proposition de lieux de stage - Développer la promotion du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) afin d'inciter des étudiants et internes en formation à y souscrire et augmenter le nombre dédié à la Guyane - Recenser les étudiants guyanais en médecine, qui sont en formation dans les différentes universités de l'hexagone et également à l'UAG afin de mieux identifier les choix de spécialités et communiquer autour des possibilités d'exercer en Guyane (variétés de lieux de stage, potentialités en termes de recherche, CESP...) - Donner de la visibilité aux travaux de recherche pouvant être menés en Guyane et garantir un accompagnement des étudiants souhaitant s'inscrire dans de tels travaux - Favoriser le développement de l'offre de stage (3 établissements de santé, services de la PMI, 7 maîtres de stage en libéral) et accompagner les maîtres de stage, notamment les libéraux - Obtenir la création d'un poste de chef de clinique de médecine générale, créer une unité d'enseignement de médecine générale dans le 2ème cycle et augmenter le nombre de PUPH sur les Antilles-Guyane - Créer les conditions pour favoriser l'accueil des stagiaires en ambulatoire (médecins libéraux, MSP, PMI) et en CDPS (hébergement, accompagnement) - Rompre l'isolement des maîtres de stages hospitaliers ou ambulatoires et organiser localement une formation ainsi qu'un accompagnement des maîtres de stage. - Anticiper la création en 2014 de l'externat à la faculté de médecine de l'UAG en travaillant sur les conditions d'accueil, notamment s'agissant des possibilités de logement et en renforçant l'équipe pédagogique actuelle.

<p>Faciliter l'exercice professionnel en Guyane</p>	<p>- <u>Améliorer la visibilité sur l'offre de soins et faciliter le recours aux soins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Connaître l'offre de santé et développer les filières de prise en charge o Mettre en place le registre opérationnel des ressources (ROR), dispositif devant recenser l'ensemble de l'offre de soins et médico-sociale disponible sur le territoire o Actualiser les « fiches établissement » présentant les spécialités, les plateaux techniques disponibles et le projet d'établissement, fiches diffusées via la PAPS. <p>- <u>Promouvoir les nouveaux modes d'exercice et valoriser les pratiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Diffuser l'information sur l'exercice regroupé et les protocoles de coopération ; o Accompagner les porteurs de projets, en favorisant les projets d'exercice regroupé de type maison de santé pluridisciplinaire (MSP) associant généralistes, spécialistes, professions paramédicales, associations, structures d'hospitalisation à domicile, réseaux et services médico-sociaux (SSIAD, CAMSP,...). o Valoriser les possibilités offertes par le développement de la télé-médecine (notamment la télé-expertise ou téléassistance) o Diversifier les terrains de stage pour les internes à laquelle contribue la promotion des nouveaux modes d'exercice ainsi que la valorisation des fonctions de maîtres de stage assurés notamment par les médecins de PMI o Connaître l'organisation de la permanence des soins et expérimenter son extension afin de valoriser les pratiques existantes et organiser les liens nécessaires avec les établissements. o Etudier les possibilités ouvertes par les évolutions règlementaires, notamment concernant les « praticiens territoriaux de médecine générale » et la constitution d'un pool de remplaçants. o Mettre en place la messagerie sécurisée o Permettre aux professionnels de mieux faire connaître leurs besoins, attentes et propositions en organisant au moins une fois par an une journée d'échanges sur les 3 principaux bassins de vie, réunissant les professionnels de santé, les représentants des établissements, les ordres et URPS, la CGSS, l'ARS, les collectivités, afin de recenser les besoins et de présenter les principaux projets et orientations des politiques de santé.
<p>Améliorer les procédures et promouvoir le développement de la formation</p>	<p>- <u>Améliorer les pratiques administratives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Mettre en place une démarche de réduction des délais et d'harmonisation des pratiques et procédures (recrutement, inscription à l'ordre, aides à l'installation, ...) o Fluidifier les procédures de recrutement et de mutualiser les informations et compétences permettant un traitement plus rapide et éclairé des demandes de recrutement o Mieux coordonner les différentes campagnes de communication afin notamment d'assurer une cohérence et une bonne visibilité de l'ensemble des mesures d'accompagnement existantes pour les étudiants et professionnels souhaitant s'installer

<p><i>Promouvoir le développement de la formation</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le développement de la l'offre de formation sanitaire et sociale représente un objectif de la collectivité régionale dans le cadre de son « Schéma Régional des Formations sanitaires et sociales » 2009 / 2014. - Poursuivre la création d'un Institut de Formation aux métiers de la santé aux Antilles-Guyane. L'objectif étant avec cet Institut de doter la région Antilles-Guyane d'un véritable service public de formations sanitaires capable de répondre aux besoins des populations à l'horizon 2020-2030, et plaçant celles-ci au cœur de ce nouveau dispositif - Réguler dans les 3 à 5 ans à venir les démographies de professionnels de santé pour relever les défis épidémiologiques de chaque territoire - Augmenter les capacités techniques et matérielles des centres de formations - Obtenir un «retour sur investissement» des nouveaux formés qui bénéficieront des avantages de ce nouveau dispositif public de formation - Equilibrer l'offre de formations sur les 3 territoires. - <u>Formation continue et promotionnelle :</u> <ul style="list-style-type: none"> o Travailler sur les conditions de faisabilité de l'extension du dédommagement de 15C aux deux jours que nécessite le voyage aérien aller-retour et prévoir un forfait annuel de remboursement pour le billet o Faire en sorte que les formations mises en place par les organismes agréés pour le développement professionnel continu (DPC) soient ouvertes à tous. o Définir les orientations régionales à prendre en compte dans les offres de DPC.
<p><i>Renforcer la communication autour des priorités régionales</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) et promouvoir son appropriation - Identifier les acteurs et services dédiés aux étudiants ou aux professionnels et mettre en ligne les informations essentielles - Renseigner et alimenter régulièrement la PAPS - Faire de la PAPS un espace d'informations sur les évènements organisés localement et concernant la vie professionnelle, notamment s'agissant de l'offre de formation continue. - Relayer les campagnes de communication nationales ou locales. - Valoriser les métiers de la santé : « Exercer en Guyane, vivre pleinement sa passion » - Attirer les professionnels de santé en exercice et en formation par la diffusion de supports de communication adaptés, via la PAPS ou à l'occasion de manifestations locales ou nationales (réunion du premier choix s'agissant des internes, journées outre-mer développement...); - Susciter les vocations locales par la participation aux forums métiers et le partage d'expériences - Dynamiser les inscriptions dans les filières de formation (Plan médias sur la promotion des métiers médico-sociaux, promotion des filières de formation aux Antilles –Guyane). - Mobiliser les relais d'information et acteurs locaux pour donner de l'ampleur à la politique (donner un mouvement d'ensemble).

VIII. ANNEXE 8 : PLAN POUR LES FORMATIONS SANITAIRES ET PARAMEDICALES (SCHEMA REGIONAL DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION GUYANE).

Le schéma régional des formations sanitaires et sociales de la Région Guyane (2009-2014) s'inscrivait dans les axes globaux du Plan régional de développement des formations professionnelles (PRDF). Il repérait **5 axes majeurs de développement** :

- Axe 1 : Développer l'offre de formations sanitaires et sociales sur le territoire guyanais ;
- Axe 2 : Améliorer la vie étudiante ;
- Axe 3 : Permettre un accès plus aisé à la qualification et à la formation ;
- Axe 4 : Développer les partenariats avec les employeurs des secteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux de la région ;
- Axe 5 : Mettre en place des projets de coopération interrégionaux avec les acteurs de la formation.

Une évaluation du SRFSS a été réalisée en avril 2014 par la région Guyane. Elle fait l'état des lieux de la mise en œuvre du schéma et repère un certain nombre de problématiques liées à la formation :

- Un taux de pression élevé à l'entrée en formation ;
- Un niveau faible à l'entrée ;
- Un manque de formateurs au profil requis (postes pourvus par des faisant fonctions) ;
- La mise en place des nouveaux programmes ;
- Une quasi-saturation des terrains de stage ;
- Les locaux et les équipements insuffisants ;
- Des problématiques d'insertion professionnelle.

Le schéma établit un diagnostic de l'offre de formation sur le territoire.

Institut de formation	Formations	Principales caractéristiques
IFSI de Cayenne	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmier (20 places) - Aide-soignant (15 places) - Auxiliaire de puériculture (15 places) 	<ul style="list-style-type: none"> - Un taux de pression élevé à l'entrée en formation (demande très forte) - Le niveau souvent faible des candidats à l'entrée en formation - Un manque de formateurs au profil requis (un certain nombre de postes pourvus par des faisant fonctions faute de licence de l'éducation) - La mise en place des nouveaux programmes qui posent difficulté en stage - Une quasi-saturation des terrains de stage (les étudiants ayant le sentiment d'être trop nombreux pour être encadrés correctement) - Les locaux et les équipements (importantes détériorations et manque d'équipements pour la formation) - Insertion professionnelle (difficultés croissante à trouver un emploi sur le territoire)
	<ul style="list-style-type: none"> - Formation pour tous diplômés de travail social - En plus formations de préparation aux examens ou concours et maîtresse de maison et surveillants de nuit - En projet pour la rentrée 2014 : une filière de formation pour les tuteurs et une filière de formation pour les médiateurs (notamment pour la prévention spécialisée). 	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre de places ouvertes résulte directement des besoins déclarés des employeurs (départ retraite et turnover et ouverture de postes). - Ce système donne satisfaction et conduit à une bonne insertion des diplômés - Le seul cas important de dysfonctionnement a été celui de la formation des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) car les employeurs n'ont pas recruté les diplômés à l'issue de la formation - Pour les ES, pas assez de candidats et difficulté liée au faible nombre de lieux de stage. - Insuffisance d'effectifs de formateurs
IRDTS		

PP+

- Auxiliaire de puériculture depuis 2012
 - Préparations au concours d'entrée en formation auxiliaire de puériculture, aide-soignant
 - et infirmier depuis 2013
 - Ouverture en 2013 de préparations au concours d'entrée aux formations Orthophoniste, Ergothérapeute, Psychomotricien, Masseur kinésithérapeute, Cadre de santé, 20 places et d'une durée de 900h chacune, et Puériculteur, 20 places également, d'une durée de 150h.
 - Autres formations et titres professionnels : Agent de propreté, Secrétaire médicale,
 - Assistant de vie aux familles, personnel de crèche et assistant maternel
- Une formation Auxiliaire de Puériculture très attractive : PPLUS enregistre 70 candidats environ pour 20 places
 - Une très bonne insertion professionnelle
 - Les diplômés de la précédente promotion sont tous en emploi dans une structure petite enfance, au CHAR ou au CMCK.
 - Un organisme qui s'oriente sur les filières non assurées par l'IFSI et sur les formations manquantes en Guyane
 - PPLUS est un organisme récent dans le secteur : la formation d'auxiliaire de puériculture, ouverte en 2012, est la plus ancienne. Les autres ont été ouvertes en 2013.

Un certain nombre de problématiques sont également repérées quant à la réalisation de stages sur le territoire guyanais. Elles ont notamment trait aux :

- Difficultés d'hébergement (prix élevés, absence de résidences universitaires, tension sur le parc de logement, etc.) ;
- Conditions d'études (manque d'équipements et d'infrastructures étudiantes) ;
- Aux stages (manque de terrain de stages, absence de gratification des stages courts) ;
- Aides financières (complexité des dispositifs et des procédures de demande, inégalités de traitement, délais de versement des aides...mettent en difficultés les étudiants).

Au niveau de la répartition territoriale, un déséquilibre est notable entre les structures d'accueil et de soins qui recrutent et la population, avec une concentration dans la zone littorale Kourou-Cayenne. Les instituts de formation sont également concentrés dans cette zone.

Précédentes publications de la collection

Notes techniques n°1	Panorama des inégalités hommes – femmes dans le monde (Juin 2015)
Notes techniques n°2	La Commission du Mékong face à un tournant – Quelle place pour l'aide française (Septembre 2015)
Notes techniques n°3	Quelle efficacité environnementale de la certification pêche et aquaculture « durable » ? (Septembre 2015)
Notes techniques n°4	Vérité des prix ou socialisation de la couverture des coûts ? (Octobre 2015)
Notes techniques n°5	Accompagnement technique et renforcement des capacités : leçons de l'expérience (Octobre 2015)
Technical Reports No 6	Actors and networks of agroecology in the Greater Mekong Subregion (October 2015)
Technical Reports No.7	Creating Alliances to Accelerate Commercially Viable Sanitation (November 2015)
Notes techniques n°8	La recherche française sur l'éducation dans les pays en développement : un état des lieux (Novembre 2015)
Technical Reports No.9	Facilitating green skills and jobs in developing countries
Notes techniques n°10	Étude sur le développement de l'entrepreneuriat social à Madagascar
Notes techniques n°11	Ecole et Santé de la reproduction Une recherche-action dans les départements du Littoral et de l'Atlantique au Bénin (nov. 2014 – juil. 2015)

Notes techniques n°12	Observation spatiale pour l'agriculture en Afrique : potentiels et défis
Notes techniques n°13	Améliorer la prise en compte de la nutrition dans les projets de développement rural et de santé
Notes techniques n°14	Villes et stratégies climatiques : cinq cas d'études
Notes techniques n°15	Jeunesses sahéliennes : dynamiques d'exclusion, moyen d'insertion
Technical Reports No.16	Supporting Access to and Retention in Employment for Women by Enhancing Child Care Services in Turkey
Notes techniques n°17	Méthode de suivi de l'impact climat des investissements (MRV) appliquée aux projets agricoles et forestiers des Banques Nationales de Développement
Notes techniques n°18	Gestion des ressources en eau souterraines comme biens communs
Notes techniques n°19	Eau des villes, assainissement et précarités – des réalités contrastées à Ouagadougou (Burkina Faso) et Niamey (Niger)
Technical Reports No.20	The effectiveness of an environmental credit line in Egypt: Synergies between market incentive and binding regulations
Notes techniques n°21	Développement rural à co-bénéfices - Gouvernance, suivi, certification
Notes techniques n°22	Dynamiques des systèmes agraires et devenirs de l'agriculture familiale en Guinée
Notes techniques n°23	Évaluation de la politique d'aménagement du territoire en Tunisie de 1995 à 2010

Notes techniques n°24	Cocoa farmers' agricultural practices and livelihoods in Côte d'Ivoire
Notes techniques n°25	Vulnérabilité sociophysique aux inondations au Sénégal
Technical reports No.25	Socio-physical Vulnerability to Flooding in Senegal
Notes techniques n°26	Revenus et trajectoires agricoles en Afrique d'ici 2050 : vers un trop-plein d'agriculteurs ?
Notes techniques n°27	Comprendre le processus d'installation des jeunes en agriculture pour mieux l'accompagner - Grille d'analyse et premiers résultats
Notes techniques n°28	Les dynamiques d'inclusion / exclusion de la jeunesse en zone MED
Notes techniques n°29	Quelle compétitivité de la Côte d'Ivoire, du Sénégal et de la Tunisie ? - Un état des lieux à partir des nouvelles données de l'Observatoire de la Compétitivité Durable
Notes techniques n°30	Urgences et crises sanitaires dans les pays à ressources limitées : de la préparation à la réponse
Notes techniques n°31	Capitalisation des actions de formation-insertion des jeunes conduites par les organisations non gouvernementales
Notes techniques n°32	L'accès et le maintien des femmes à l'emploi de qualité au Maroc, en Tunisie et en Turquie
Notes techniques n°33	Le financement participatif et l'aide publique au développement : état des lieux et recommandations
Technical Reports No.34	Outlooks for flare reduction in Nigeria

Notes techniques n°35

Risque d'inondation et villes des pays en développement

Notes techniques n°36

Etude de capitalisation : Impact et mise en œuvre de programmes à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) en Afrique subsaharienne

Notes techniques n°37

Etude de capitalisation :
Impact et mise en œuvre de programmes de soutien à l'entrepreneuriat en Afrique subsaharienne

Qu'est-ce que l'AFD ?

L'Agence Française de Développement (AFD), institution financière publique qui met en œuvre la politique définie par le gouvernement français, agit pour combattre la pauvreté et favoriser le développement durable.

Présente sur quatre continents à travers un réseau de 75 bureaux, l'AFD finance et accompagne des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète.

En 2015, l'AFD a consacré 8,3 milliards d'euros au financement de projets dans les pays en développement et en faveur des Outre-mer.

Agence Française de Développement
5 rue Roland Barthes – 75598 Paris cedex 12
Tél : +33 1 53 44 48 86 – www.afd.fr

Conception et réalisation : Elsa MURAT, AFD

Qu'est-ce que l'ARS ?

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Guyane est un établissement public autonome, chargé de la mise en œuvre de la politique régionale de santé, en coordination avec l'ensemble des partenaires impliqués et en tenant compte des spécificités de la région.

Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009.

Son champ d'intervention propose une approche globale, cohérente et transversale de la santé. Il couvre tous les domaines de la santé publique : la prévention, la promotion de la santé, la veille et la sécurité sanitaires, l'organisation de l'offre de soins dans les cabinets médicaux de ville, en établissements de santé et dans les structures médico-sociales.