

## LA POLITIQUE SANITAIRE EN GUYANE ET EN GUADELOUPE

Déplacement en Guyane et en Guadeloupe d'une délégation de la commission des Affaires sociales, du 22 au 27 avril 2018

### Guyane : un système de soins sous pression

Un an après les « accords de Cayenne » du 21 avril 2017 qui ont mis fin à un mouvement social de grande ampleur, en déployant un plan d'urgence comportant un volet « santé », la mission a rencontré les équipes administratives et médicales des **trois centres hospitaliers** de Guyane (le centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, celui de l'ouest Guyanais à Saint-Laurent-du-Maroni et le centre médico-chirurgical de Kourou récemment transformé en établissement public), des acteurs associatifs, des représentants de l'État et des élus locaux.

#### Un enjeu majeur d'accès aux soins

La Guyane s'étend sur un territoire vaste de **83 500 km<sup>2</sup>**, recouvert quasi-intégralement par la forêt amazonienne.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la Guyane compte près de 260 000 habitants, environ 31 000 de plus qu'en 2010 (*Insee, janvier 2018*).

La population est très jeune : plus de 40% des habitants ont moins de 20 ans.

#### Le premier défi d'accès aux soins est lié à la géographie du territoire.

Près des 9/10<sup>e</sup> de la population vivent dans les villes du littoral reliées entre elles par voie terrestre. Mais certaines communes « de l'intérieur » ne sont accessibles qu'en hélicoptère ou en deux à trois jours de pirogue.

En dehors des trois centres hospitaliers, **18 centres délocalisés de prévention et de soins** maillent le territoire ; moins de la moitié d'entre eux assurent une présence médicale continue. Près de 200 patients sont ainsi transférés chaque mois vers les hôpitaux guyanais. Cette situation rend le déploiement d'**hôtels hospitaliers** particulièrement utile pour éviter d'engorger les services.



Carte des Centres Délocalisés de prévention et de Soins (CDPS) de Guyane (CHAR, 2018)

#### Un autre défi est lié à l'accès aux droits et à la situation sociale

D'après l'Insee le taux de pauvreté est de 44%. Les établissements de santé accueillent une part importante de patients sans couverture sociale ou sans papier (20 à 30%).

La plus grande **précarité** des populations impacte les indicateurs de santé. On note ainsi une surmortalité infantile près de trois fois plus élevée que dans l'hexagone ou une surmortalité liée au VIH/SIDA, néanmoins en baisse. Des diagnostics tardifs entraînent des pathologies plus lourdes ou très avancées. C'est par exemple le cas chez des patients diabétiques, dont le nombre est par ailleurs en forte augmentation.

Par ailleurs, la **dynamique démographique** en Guyane est cinq fois plus élevée que la moyenne nationale, sous l'effet d'une natalité élevée (l'indice de fécondité est de 3,5 enfants par femme) et d'importants flux migratoires

Ce dynamisme est le plus marqué dans l'ouest guyanais. Cette situation impose aux équipes de soins une course permanente et un mode de fonctionnement dégradé. Le **nouvel hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni**, mis en fonctionnement en octobre 2018 après cinq ans de travaux, permet de tripler le nombre de lits mais apparaît déjà sous-dimensionné.



Le chantier du nouvel hôpital de l'ouest guyanais (Saint-Laurent-du-Maroni)

### **Un enjeu majeur d'attractivité médicale**

Dans un contexte qui contribue au quotidien à l'épuisement des équipes de soins, la question de l'attractivité médicale est centrale.

Deux problèmes se conjuguent :

**- d'une part, celui de la démographie médicale : l'ensemble du territoire guyanais est classé déficitaire en offre de soins.**

La densité médicale est de 231 médecins pour 100 000 habitants contre 330 en moyenne nationale (*conseil national de l'ordre des médecins, 2017*). Des **carences** pèsent sur certaines spécialités (comme la pédiatrie ou la néo-natalité, où les besoins sont importants) et d'autres sont absentes du territoire, ce qui nécessite des évacuations sanitaires vers les Antilles ou l'hexagone. Une ordonnance de 2005 permet de recruter en Guyane des médecins diplômés hors de l'Union européenne mais les conditions fixées par la profession sont assez restrictives.

Au-delà de l'offre strictement médicale, les structures de prise en charge du handicap, la protection maternelle et infantile, le nombre d'Ehpad sont également en nombre insuffisant.

Les défaillances de l'amont (offre libérale) comme de l'aval (structures d'accueil) se répercutent sur l'hôpital ;

**- d'autre part, celui du *turn over* des équipes qui impacte la capacité des établissements de santé à définir un véritable projet médical.**

Des spécialités médicales sont proposées ou ne le sont plus « au fil de l'eau », selon les arrivées ou départs de praticiens.

Le problème d'attractivité n'est pas propre aux professions de santé : il affecte l'ensemble des emplois publics et renvoie à des enjeux plus larges d'attractivité du territoire (offre de logement, qualité de l'offre scolaire, etc.) qui appellent une politique globale.

### **Les pistes de réflexion**

#### **→ La formation des professionnels**

Le *numerus clausus* « médecins » est passé de 5 en 2016-2017 à 12 pour 2018-2019 pour la Guyane. La formation se poursuit en Guadeloupe puis dans l'hexagone, avec un retour des praticiens formés aléatoire. Un système de bourses d'études pour les jeunes guyanais pourrait être envisagé pour les inciter à revenir exercer sur le territoire.

Parallèlement, les financements de l'Institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) sont à consolider et la mise en place d'une année de préparation est une initiative à saluer.

#### **→ La structuration de l'offre de soins**

Il n'existe actuellement en Guyane ni centre hospitalier universitaire (CHU) ni groupement hospitalier de territoire (GHT) ; un projet médical de territoire est toutefois en projet. La promotion de « **pôles d'excellence** » multi-sites doit être recherchée pour renforcer l'attractivité de l'offre de soins et favoriser les complémentarités entre établissements.

#### **→ L'innovation**

L'expérimentation peut aider à mieux adapter l'offre de soins et les prises en charge à la réalité des besoins. Des **coopérations** plus poussées entre professionnels de santé seraient à développer, par exemple pour confier certains actes de base (suivi, dépistage) à des sages-femmes ou infirmiers.

#### **→ Les coopérations**

Une convention avec l'AP/HP signée en janvier 2018 est à saluer : elle porte à la fois sur l'appui administratif, la recherche et la coopération médicale, avec la création de postes d'assistants spécialistes partagés.

Un autre axe est la coopération sanitaire transfrontalière : une **mission** est en cours (sur Guyane/Suriname et Mayotte/Comores), confiée par le Premier ministre à Dominique Voynet et au préfet Marcel Renouf.

## Guadeloupe : après l'incendie du CHU, gérer l'après-crise

### Un contexte particulier : l'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre et ses conséquences

La mission s'est déroulée dans un contexte encore marqué par la **gestion de crise** : l'**incendie du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre, le 28 novembre 2017**, déclaré au niveau d'un local technique, a nécessité l'évacuation totale en quelques heures des patients et de l'établissement.

S'il n'a pas fait de victime, cet incident a causé d'importants dégâts sur un bâtiment déjà vétuste.

Ses conséquences ont pu être correctement prises en charge grâce à la **mobilisation des autres établissements de santé publics comme privés** du territoire, vers lesquels des services du CHU ont été transférés.

Le personnel a toutefois été impacté dans ses conditions de travail. Des inquiétudes portaient également sur le **plan de réorganisation** du CHU, décidé courant juin et qui se met progressivement en place : a été retenue une option de **délocalisation partielle** du site, associée au nettoyage et à la décontamination d'une partie des actuels bâtiments

La perspective demeure celle d'un **nouveau bâtiment**, projet envisagé dès 2014 : celui-ci devrait être fonctionnel **d'ici 2022-2024**.



Structures temporaires dans l'enceinte du CHU

### Une dynamique de coopération entre les acteurs à valoriser

La situation de crise a créé une **dynamique** de coopération entre les acteurs. La délégation a visité, outre le CHU, trois établissements de santé (le centre hospitalier de Basse-Terre, la clinique des nouvelles eaux vives et le centre de Monteran spécialisé en soins psychiatriques) et s'est entretenue avec des représentants des autres établissements publics comme privés, des libéraux, ainsi que les responsables de projets innovants (télémédecine et plateforme territoriale d'appui) et l'agence interrégionale de santé.

Dans un territoire insulaire, ces **complémentarités** sont indispensables à valoriser et à amplifier, dans le cadre d'un projet médical partagé de territoire.

### Expérimenter et s'adapter aux particularités du territoire

Un autre enjeu est celui de l'**attractivité** médicale : des manques sont sensibles dans certaines spécialités, comme la cardiologie ou la psychiatrie, alors que les besoins sont importants. L'idée de bénéficier, comme la Guyane, d'une dérogation pour l'accueil de **médecins diplômés hors de l'Union européenne** serait à étudier.

Alors que la densité en infirmiers est le double de la moyenne nationale, les **pratiques avancées** offrent une opportunité, en particulier pour assurer le suivi d'une population vieillissante.

La mission a également été sensibilisée aux **surcoûts** liés à l'insularité ou à l'isolement, qui donnent lieu, dans les territoires ultra-marins, à un coefficient de valorisation dans le cadre de la tarification à l'activité. Les acteurs locaux ont estimé que ces surcoûts étaient sous-évalués, ce qui plaiderait pour une remise à plat.

Dans ce cadre, les dépenses de **médicaments** (acheminés par avion) et d'**évacuations sanitaires** (« evasan »), en particulier, pèsent sur les budgets des établissements de santé : une plus grande mutualisation des achats de médicaments serait opportune, de même que la négociation des tarifs des transports et évacuations sanitaires pour l'ensemble des outre-mer par l'assurance maladie, pour parvenir à une baisse des coûts.



### **Le chlordécone, un scandale sanitaire**

L'utilisation de cet insecticide, entre 1973 et 1993, sur les plantations de banane pour lutter contre le charançon du bananier a entraîné une **pollution persistante des sols et des eaux** contre laquelle il n'existe à l'heure actuelle aucune solution.

16% des parcelles d'usage agricole de l'île (principalement au sud de Basse-Terre) sont impactées, ainsi que les zones maritimes qui les bordent.

Ce pesticide, cancérigène possible et perturbateur endocrinien potentiel, a été interdit dès 1990 mais a bénéficié d'une dérogation jusqu'en septembre 1993.

Les **risques sur la santé humaine** de l'exposition à cette substance, par la voie de l'alimentation, ont donné lieu à de nombreuses recherches depuis la fin des années 1990, qui ont mis en évidence un risque augmenté de survenue du cancer de la prostate, de cas de prématurité ou de retards de croissance.

Depuis 2008, **trois plans nationaux** se sont succédé et ont prévu des mesures de prévention individuelle et collective à destination des populations des Antilles.

Le **projet « Jafa » (jardins familiaux)** permet par exemple de sensibiliser les populations exposées à la contamination *via* la consommation de denrées issues de leur jardin pollué, pour changer les comportements.

Lors de son déplacement aux Antilles, le 27 septembre 2018, le Président de la République a annoncé l'ouverture d'une procédure pour reconnaître l'exposition au chlordécone comme maladie professionnelle. Il a demandé à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) de rendre d'ici à mars 2019 un rapport permettant de dire à partir de quel niveau d'exposition les ouvriers agricoles qui furent employés dans les bananeraies pourront être pris en charge et indemnisés.



Alain Milon  
(Les Républicains – Vaucluse)



Michel Amiel  
(LaREM – Bouches-du-Rhône)



Laurence Cohen  
(CRCE – Val-de-Marne)



Jocelyne Guidez  
(Union centriste – Essonne)



Bernard Jomier  
(Socialiste et républicain – Paris)



René-Paul Savary  
(Les Républicains – Marne)



Commission des affaires sociales  
<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>  
 15, rue de Vaugirard 75291 Paris Cedex 06  
 01 42 34 20 84 – [secretaires.affaires-sociales@senat.fr](mailto:secretaires.affaires-sociales@senat.fr)