

Renforcement de l'offre de soins en Guyane

Rapport

Dr Christine GARDEL

Joël BLONDEL

**Membres de l'Inspection
générale des affaires
sociales**



N°2020-066R

Philippe YVIN

**Membre de l'Inspection
générale de
l'administration**



N°20071

Patrice BLEMONT

**Membre de l'Inspection
générale de l'Éducation, du
Sport et de la Recherche**



N°2020-160

Février 2021

SYNTHESE

La Guyane se distingue des autres régions françaises par des particularités fortes, géographiques, culturelles et socio-économiques. Sa démographie est très dynamique et l'immigration, souvent irrégulière, est élevée. Si l'état de santé de la population s'améliore, d'importants retards restent à déplorer, amplifiés par les inégalités sociales et territoriales et par des spécificités épidémiologiques liées à la génétique, à l'environnement et aux conditions de vie : prématurité, mortalité infantile, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), maladies vectorielles, diabète, saturnisme, couverture vaccinale insuffisante ...

L'offre de soins en Guyane a progressé, notamment grâce à la modernisation des plateaux techniques hospitaliers. Malgré cela, elle ne répond encore que très partiellement aux besoins de la population, notamment en raison de personnels médicaux et paramédicaux en nombre insuffisant (de 50 % inférieur à la moyenne nationale) et, pour partie, trop peu qualifiés. Le rapport rappelle notamment que 139 praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), non encore qualifiés par l'ordre des médecins, soit près de 40 % du total des praticiens, exercent dans les hôpitaux guyanais. Au sein du système hospitalier, des spécialités de recours ne sont pas assurées et certaines activités de proximité et de recours fonctionnent de manière inégale et fluctuante, du fait de la rotation rapide des personnels.

La prévention est insuffisante, malgré la présence de centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) implantés sur l'ensemble du territoire. La protection maternelle et infantile (PMI) est en grande difficulté. La médecine scolaire déploie des efforts méritoires pour se structurer. D'une manière générale, les acteurs, institutionnels et de terrain, sont insuffisamment coordonnés.

La médecine de ville est très fragile et, quantitativement, très en-deçà des besoins de la population, en particulier s'agissant des médecins spécialistes de second recours. Il en va de même pour les professions paramédicales, à l'exception des sages-femmes. Beaucoup de médecins sont isolés et les structures de regroupement peu nombreuses (cinq maisons de santé pluriprofessionnelles - MSP). Seuls quelques médecins libéraux sont installés dans les communes de l'intérieur. Dans ces territoires, il est essentiel que les acteurs présents se coordonnent autour d'un projet territorial de santé au sein de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui doivent être soutenues. **Le secteur privé hospitalier** est, pour l'essentiel, circonscrit aux domaines de la dialyse, de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des soins de suite et de réadaptation (SSR). Les aides à l'installation sont mal connues et peu mobilisées.

Les CDPS, structures indispensables de maillage territorial, souffrent d'un manque de moyens matériels et peinent, de ce fait, ainsi qu'en raison de l'isolement, à maintenir des équipes de soignants en nombre suffisant. La venue périodique de dentistes et d'ophtalmologistes est devenue exceptionnelle. Renforcer et réformer les CDPS et leur gouvernance constituent une nécessité absolue : déploiement d'un plan de développement, en partie déjà élaboré, associé à la création d'une direction dédiée du centre hospitalier de Cayenne (CHC), mise en place de comités territoriaux de santé avec la participation des élus, des représentants des usagers et des opérateurs de santé, en priorité dans les communes isolées.

Les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock doivent accéder au statut d'hôpitaux de proximité, bénéficier, chacun, d'un accès à l'imagerie standard, de l'ouverture d'une unité médicale d'hospitalisation de courte durée (UMHCD), de la création d'un centre périnatal de

proximité (CPP) et doivent participer à la structuration universitaire, avec le recrutement de chefs de clinique de médecine générale.

En ce qui concerne **l'offre de soins hospitalière**, les trois centres hospitaliers¹ sont désormais rassemblés dans un groupement hospitalier de territoire (GHT). Ces établissements ont rencontré ces dernières années des difficultés structurelles, organisationnelles et financières, dont certaines perdurent, malgré les efforts réalisés. La poursuite de la rénovation des organisations internes, le développement des coopérations inter-hospitalières et la responsabilisation de porteurs de projets fiables et constants, devront accompagner l'élargissement de l'offre. La mission constate une progression régulière de l'activité des trois établissements, mais une faible dispersion des motifs d'hospitalisation, des durées de séjours élevées et des taux d'activité programmée et de recours à l'ambulatoire modestes. Les travaux du GHT commencent, quant à eux, à gagner en densité et se déroulent dans un esprit de coopération qu'il convient absolument de continuer à faire vivre.

Résultante de la situation décrite précédemment, le taux de fuite en 2019 (9 %) est en augmentation, de même que le nombre d'évacuations sanitaires (EVASAN - 3 631 dont 186 urgentes - par comparaison, le triple de la Martinique - et 3 445 programmées - 1 400 en Martinique), pour un coût global de 13,7 M€. Les CDPS ont en outre effectué 949 transferts intra-territoriaux en urgence. A ces évacuations sanitaires justifiées par défaut de prise en charge possible en Guyane, s'ajoutent autant de séjours réalisés hors du territoire à l'initiative des patients.

Plus de la moitié des EVASAN d'urgence concerne la prise en charge de pathologies aiguës, cardiaques et neurologiques, avec des pertes de chance importantes. Les EVASAN programmées sont principalement concentrées sur trois disciplines : cancérologie, traitement de l'infertilité et cardiologie².

La structuration universitaire des hôpitaux doit se poursuivre dans les disciplines devant être prioritairement confortées (gynécologie-obstétrique, psychiatrie, endocrinologie ou imagerie...) en prenant appui sur des unités médicales mixtes (UMM) constituées avec des CHU et en sensibilisant le conseil national des universités (CNU) pour préparer des trajectoires hospitalo-universitaires. Dans le cadre d'un CHU multisites, chacun des trois sites hospitaliers a vocation à accueillir, à terme, au moins une discipline universitaire. Aujourd'hui, la priorité est de créer des postes de chefs de cliniques qui permettront de seconder les professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH) et leur libérer du temps pour l'enseignement et la recherche. La valence universitaire de cinq postes devrait ainsi être prochainement financée par la collectivité territoriale de Guyane (CTG).

La mission identifie **des disciplines qu'il convient de structurer et renforcer** en priorité :

- la périnatalité, qui doit devenir une filière d'excellence, avec l'amélioration du suivi des grossesses, notamment en y incluant la PMI et les CDPS, et la montée en puissance des plateaux techniques (maternité de niveau 3 à St Laurent du Maroni) ;
- l'ensemble cardiologie, neurologie, soins critiques, qui doit s'attacher de nouvelles compétences médicales et poursuivre le renforcement des lits de réanimation ;
- la cancérologie avec le dépistage, aujourd'hui particulièrement peu efficace, et la chirurgie, avec un nombre très faible d'interventions et l'absence de radiothérapie. Des choix d'implantation doivent être définis pour assurer une activité chirurgicale de recours de qualité ;

¹ Centre hospitalier de Cayenne (CHC), centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG), centre hospitalier de Kourou (CHK)

² Par nombre décroissant d'EVASAN par spécialité

- la prise en charge de l'infertilité qui représente le tiers des EVASAN programmées du territoire ;
- la santé mentale, dont certaines pratiques ont été fortement mises en cause par la contrôleur générale des lieux de privation de liberté, doit conforter son offre de proximité et de recours. Cette démarche passe impérativement par des ressources médicales supplémentaires et par un projet immobilier adapté.

En ce qui concerne la formation, la mission constate des efforts notables accomplis par le département de formation et de recherche en santé (DFRS) de l'université de Guyane : structuration de la première année de médecine et relèvement d'un *numerus clausus*, néanmoins encore trop modeste, implantation de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) sur le campus universitaire et mise à niveau du corpus pédagogique, augmentation du nombre de formations d'infirmiers, financées par la CTG, développement des diplômes universitaires en santé.

Elle demeure cependant très dépendante de celles dispensées en dehors du territoire Guyanais (deuxième et troisième années du premier cycle de médecine effectuées en Guadeloupe et deuxième cycle en métropole, formations paramédicales – spécialités infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes ... - principalement réalisées hors de Guyane). La grande difficulté à attirer des internes de médecine est le résultat d'un manque d'attractivité (méconnaissance du territoire et faiblesses du système de santé), d'un défaut de portage des dossiers par les autorités de santé locales, d'un manque de maîtres de stages en médecine de ville et d'un dispositif de décision qui dépend essentiellement de l'université des Antilles et de l'ARS de Guadeloupe.

Les principales pistes visant à conforter la formation en santé en Guyane sont les suivantes : création d'un premier cycle de médecine complet d'ici 2024 et celle, concomitante, de l'unité de formation et de recherche (UFR) de médecine ; poursuite du renforcement des formations paramédicales, notamment par implantation progressive et adaptée de celles qui font défaut en Guyane ; mise en œuvre d'une démarche globale en vue de l'accueil en stage d'internes ; conduite à son terme du projet de création d'un pôle universitaire en santé.

La recherche en santé est productive et reconnue comme telle, bien que moins soutenue et moins visible que la recherche en biodiversité (laboratoire d'excellence « centre d'étude de la biodiversité amazonienne » - LABEX CEBA - notamment), prédominante en Guyane.

Plusieurs unités de recherches sont présentes dans le secteur de la santé avec un degré d'investissement inégal : l'Institut Pasteur de Guyane (IPG), l'université de Guyane (UG) et son laboratoire « Tropical Biomes and Immuno-Pathophysiology » (TBIP), le centre d'investigation clinique (CIC) Antilles-Guyane (dont le site de Guyane assure la coordination et dont le budget de fonctionnement est partagé par tiers entre les trois territoires), et dans une moindre mesure l'institut de recherche et de développement (IRD) et le centre national de la recherche scientifique (CNRS). Le CIC bénéficie de financements recherche principalement issus du fonds européen de développement régional (FEDER) et des crédits dédiés aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) obtenus grâce à un très bon score au *système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques* (SIGAPS). Aujourd'hui, faute de financement possible de la délégation de la recherche clinique et de l'Innovation (DRCI), le CIC n'est cependant pas en mesure d'initier des travaux de recherche clinique ou de participer à des inclusions en essais cliniques multicentriques, tout comme de remporter, malgré des tentatives répétées, des appels d'offre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). C'est pourquoi, la mise en place d'un fonds d'amorçage temporaire (cinq ans), doit être envisagé pour financer une DRCI et créer les conditions d'une montée en puissance d'un effort de recherche tout à fait prometteur. Celui-ci pourra se déployer, à partir de la fin 2022, au sein du nouveau bâtiment de recherche de l'hôpital, en cours de

construction. Le centre de recherche biologique (CRB) du CHC, désormais certifié, doit pouvoir bénéficier des financements de droit commun.

D'assez nombreux travaux de recherche sont effectués en commun par des équipes issues de différents laboratoires de la région, parfois élargies à des chercheurs de pays environnants sur des problématiques amazoniennes. Mais ils reposent souvent sur des relations interpersonnelles entre chercheurs et plus rarement sur des démarches institutionnelles pérennes. Or, des gains élevés, à la fois en qualité et en visibilité des travaux, pourraient être tirés de collaborations structurées et portées dans la durée. C'est pourquoi, la mission propose la création d'une plateforme de recherche scientifique sur les maladies tropicales et émergentes, dotée d'un fonds d'amorçage temporaire de cinq ans.

Des mesures permettant d'**améliorer l'attractivité** de la Guyane pour les personnels soignants sont, de surcroît, indispensables. Elles engagent l'ensemble des acteurs locaux étroitement coordonnés (État, collectivités territoriales, acteurs de santé, opérateurs) : l'amélioration des capacités à se transporter sur les différents sites, par des moyens aériens dédiés au GHT puis au futur CHU ; la facilitation de l'accès à des logements de qualité, quels que soient les sites, et la construction de résidences dédiées aux internes et aux stagiaires ; le développement du numérique en santé, qui passe par un débit et une couverture suffisante des infrastructures internet ; un accueil de qualité par les structures et les professionnels de santé. Le système de santé doit également développer sa propre attractivité en promouvant des projets professionnels innovants et en associant les praticiens aux projets de formation et de recherche. Enfin, l'effort financier conjugué des différents financeurs doit être poursuivi et amplifié : agence régionale de santé (ARS) avec les crédits du fonds d'intervention régional (FIR), CTG, grâce notamment aux fonds européens, université, financements ministériels nationaux, assurance maladie.

Un grand nombre des **mesures du Ségur de la santé** peuvent également constituer un levier déterminant pour élever le niveau des ressources en santé du territoire, compléter les investissements dans les secteurs encore déficitaires, faciliter les adaptations et les dérogations indispensables aux particularités de la Guyane. La mission a dénombré 16 mesures du Ségur de la santé pouvant être mobilisées à cet effet, qui devraient faire l'objet de décisions rapides, pour donner le signal de la mobilisation collective. Le programme d'investissements d'avenir 4 (PIA4) pourrait être également mobilisé.

L'amélioration de l'offre de santé en Guyane constitue un impératif de santé publique. La création d'un CHU est souhaitée par l'ensemble des autorités locales. Elle implique que l'offre de soins de proximité ait été préalablement renforcée et une offre graduée de recours structurée. Elle passe donc par une période préparatoire qui nécessitera la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés à l'échelon local et national. Les travaux à conduire (cf liste des jalons et des recommandations ci-dessous) doivent l'être dans un cadre partenarial le plus large possible. C'est celui du GHT élargi à la médecine de ville et à l'hospitalisation privée. Ils doivent être menés de façon organisée et rigoureuse, en mettant en œuvre le projet médical partagé et en favorisant la mutualisation des fonctions support, ouvrant ainsi la voie à une direction commune des trois centres hospitaliers. La future structure hospitalo-universitaire rassemblera, dans le cadre d'un CHRU de Guyane multisites unifié, organisé en quatre pôles, les trois établissements publics de santé actuels et le pôle CDPS. Le règlement intérieur précisera les modalités d'une délégation propre à assurer une gouvernance adaptée aux spécificités du territoire (conseils d'établissement locaux, commissions médicales d'établissement locales (CMEL), et les divers comités consultatifs). Les instances centrales du CHU comprendront, dans un esprit fédératif, des personnalités issues des territoires et les directeurs délégués des quatre pôles seront, auprès du futur directeur général, membres du directoire.

Ce chantier doit être mené dans un délai suffisant pour conduire les nombreuses actions identifiées, mais raisonnable de façon à fixer un cap qui ne se diluera pas dans un calendrier trop long. La mission considère une échéance de cinq ans comme réaliste et appropriée.

L'ensemble de ces préconisations doit être traduit sous la forme d'un « plan opérationnel santé Guyane » à 5 ans, mis en œuvre sous l'égide d'un comité local réunissant les autorités publiques, État et collectivités territoriales, piloté par une agence régionale de santé notablement renforcée, en associant l'université et l'ensemble des représentants des professionnels (ville et hôpital), et appuyé par une mission nationale interministérielle garantissant l'investissement des administrations centrales dans la durée. L'avancement de ce plan devra faire l'objet d'une évaluation régulière.

Au terme de ses investigations, **la mission** formule 39 recommandations, parmi lesquelles elle **souligne l'importance de 14 jalons essentiels** qui sont autant de conditions nécessaires à remplir en amont de la création du CHRU de Guyane en 2025 :

1. Accentuer les efforts développés pour l'éducation et l'accès à la santé et pour la prévention, en favorisant les coopérations entre PMI, santé scolaire et CDPS, acteurs dont les moyens humains doivent être renforcés, et en soutenant l'action des associations et des médiations en santé.
 2. Favoriser, sur la base d'un travail conjoint entre l'ARS et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), l'installation de médecins libéraux, en améliorant l'accueil, en faisant mieux connaître les aides à l'installation, en leur proposant des modalités d'exercice diversifiées, en développant des maisons de santé pluriprofessionnelles et en promouvant la coopération entre les partenaires, au sein de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
 3. Faire des CDPS le quatrième pilier du futur CHU, les développer en élargissant leurs implantations, en renforçant leurs moyens humains et financiers, en modernisant leurs équipements et en leur donnant accès au numérique. Les doter d'ores et déjà d'une direction dédiée.
 4. Renforcer l'offre de soins dans les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et St Georges de l'Oyapock et les labelliser en hôpitaux de proximité. Les doter d'unités médicales d'hospitalisation de courte durée, de moyens en imagerie et d'un centre périnatal de proximité. Ouvrir des postes de chefs de cliniques de médecine générale pour promouvoir l'enseignement et la recherche sur ces territoires.
-
5. Elargir le champ des spécialités au sein des hôpitaux guyanais et les faire monter en qualité, en ciblant des priorités, parmi lesquelles la périnatalité, appelée à devenir le pôle d'excellence du territoire, la neurologie et la cardiologie interventionnelles, la cancérologie, la psychiatrie, l'endocrinologie et le traitement de l'infertilité, et développer les capacités en soins critiques. Assurer pour cela des recrutements de haut niveau, élargir les compétences des praticiens déjà en poste et fidéliser l'ensemble des professionnels.
 6. Poursuivre la structuration universitaire des hôpitaux guyanais en privilégiant les disciplines répondant à des parcours prioritaires. S'appuyer sur des unités mixtes médicales avec des CHU, pour constituer des équipes médicales stables et proposer des projets de soins, de formation et de recherche de qualité. Consolider les valences enseignement et recherche des PU-PH en ouvrant des postes de chefs de clinique.
 7. Mettre en place, d'ici quatre ans, un premier cycle complet d'études de médecine en Guyane et créer, concomitamment, une UFR de médecine à laquelle seront directement rattachés les personnels hospitalo-universitaires. Augmenter, sans attendre, le nombre de places offertes pour le passage en deuxième année.
 8. Assurer la montée en charge des formations d'infirmier (IDE), conforme à l'objectif fixé par le schéma régional, de 170 places, et doter l'IFSI d'une implantation définitive sur le campus universitaire. Renforcer la ressource en spécialités infirmières et en infirmiers en pratique avancée (IPA), en développant les formations adaptées.

9. Accompagner le développement de la recherche en santé en Guyane, dans le cadre du Ségur, en mettant en place, pendant une durée de cinq ans, un crédit d'amorçage non reconductible, permettant de prendre en charge la délégation à la recherche clinique et à l'innovation et une montée en puissance du centre d'investigations cliniques (CIC), afin notamment qu'il puisse participer à des essais cliniques et à des appels à projet.
10. Favoriser la coopération entre organismes de recherche pour donner plus de force et de visibilité à la recherche en santé en Guyane. Créer, à cette fin, une plateforme scientifique de recherche sur les maladies tropicales, de façon partenariale, à partir d'une approche scientifique fédérative, appuyée sur un fonds d'amorçage du ministère de la recherche.
11. Développer l'attractivité, en facilitant l'accès au logement pour tous les professionnels de santé (réservations de logement et construction de deux résidences pour les étudiants, les stagiaires et les jeunes praticiens, à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni), en mettant en place une politique d'accueil de qualité pour tous les nouveaux arrivants, et en concevant une politique de communication ciblée promouvant les atouts du territoire et les projets en santé.
12. Définir un « plan opérationnel santé Guyane » sur cinq ans, rassemblant les préconisations de ce rapport. Consolider, dans ce plan, les investissements à venir des hôpitaux guyanais, dans le cadre du Ségur de la santé, et engager une étude sur la mise en place rapide de moyens aériens dédiés pour le GHT et le futur CHU. Mettre en place une évaluation régulière de l'avancement de ce plan.
13. Faire du GHT, tout au long des cinq prochaines années, l'outil d'intégration du projet médical et des fonctions support, ouvrant la voie, le moment venu, à une direction commune des trois hôpitaux. En 2025, créer l'établissement unifié, l'établir comme CHR de Guyane par décret, celui-ci passant alors convention avec les universités de Guyane et des Antilles pour acquérir le statut de CHU. Sa gouvernance devra être adaptée aux réalités du territoire.
14. Mobiliser les moyens financiers de tous les partenaires, au bénéfice du renforcement de l'offre de soins, de la formation et de la recherche en santé, au cours des prochaines années, et conforter la forte mobilisation, déjà engagée, des crédits européens attribués à la Guyane.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité/s responsable/s Chef de file en gras
	Offre de soins		
1	Promouvoir l'e-santé en impliquant tous les intervenants de Guyane, opérant ou soutenant des services numériques, dans la gouvernance et la mise en œuvre de la stratégie régionale numérique en santé.	2	ARS / Préfecture / CTG / GHT / opérateurs
2	Accentuer les efforts développés pour l'éducation à la santé et l'accès aux soins, en soutenant les associations et les médiateurs en santé, et en renforçant le lien entre accès aux droits et accès aux soins. Réactiver la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention pour assurer une gouvernance entre tous les opérateurs qui interviennent sur ce champ.	2	ARS / GHT / Rectorat / CTG / CGSS
3	Développer la prévention en promouvant les coopérations entre la PMI, la médecine scolaire et les CDPS. Les moyens humains de ces services doivent être renforcés	1	ARS / Rectorat / CTG / GHT
4	Renforcer la démocratie en santé, en créant des comités territoriaux de santé adossés aux CDPS, en priorité dans les communes isolées, avec la participation des élus, des représentants des usagers et de tous les opérateurs de santé intervenant sur ces territoires.	2	ARS / GHT
5	Favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes en leur proposant des modalités d'exercice diversifiées (maisons de santé, cabinets de groupe, exercice mixte ville-hôpital). Développer les maisons de santé pluriprofessionnelles et promouvoir le dispositif « 400 MG »	1	ARS / URPS / CGSS
6	Promouvoir et soutenir la création de communautés professionnelles territoriales de santé. Adapter le cadre conventionnel pour que ces communautés puissent se constituer dans les territoires isolés, où n'exercent pas de médecins libéraux	2	CGSS / DGOS / ARS /
7	Renforcer l'attractivité des CDPS pour les soignants et limiter le taux de rotation élevé des personnels, en adaptant le temps de travail et les modalités d'exercice (exercice mixte entre la Guyane et la métropole, entre la ville et l'hôpital, entre le soin et la prévention...)	2	GHT / DGOS / ARS
8	Favoriser les délégations de tâches, en adossant les coopérations interprofessionnelles existantes à des protocoles nationaux article 51, et verser la prime de coopération correspondante. Accompagner les IDE en exercice au sein des	2	GHT / DGOS / ARS / université

	CDPS dans un parcours de VAE pour la reconnaissance de leur qualification au niveau du master IPA		
9	Soutenir l'exercice médical isolé dans les CDPS, en organisant des filières de prise en charge, en facilitant le recours à la téléexpertise, en mettant en place une plateforme territoriale d'appui à la gestion des cas complexes, et en améliorant les conditions de logement des soignants	2	GHT / ARS
10	Développer les CDPS, en élargissant leurs implantations, en renforçant leurs moyens humains et financiers et en modernisant leurs équipements. En faire le quatrième pilier du futur CHU et les doter d'ores et déjà d'une direction déléguée dédiée	1	GHT / DGOS / ARS
11	Renforcer l'offre de soins dans les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock et les labelliser en hôpitaux de proximité. Les doter d'unités médicales d'hospitalisation de courte durée, de moyens d'imagerie, d'un centre périnatal de proximité. Ouvrir des postes de chefs de cliniques de médecine générale pour renforcer l'enseignement et la recherche sur ces territoires	1	DGOS / DGESIP / ARS / GHT
12	Pour progresser vers la structuration universitaire des services hospitaliers en Guyane, en confortant les filières professionnelles, créer des unités médicales mixtes par spécialité, en partenariat avec des services universitaires	1	GHT / université / ARS
13	Afin d'assurer un développement équilibré du territoire en ressources de qualité et rationaliser l'emploi des moyens, conforter et diversifier les équipes médicales de territoires (EMT) ainsi que les équipes mobiles de spécialistes	2	GHT
14	Poursuivre la structuration universitaire des hôpitaux guyanais en privilégiant les disciplines répondant à des parcours prioritaires. S'appuyer sur les unités mixtes médicales pour constituer des équipes médicales stables et proposer des projets de soins, de formation et de recherche. Pour consolider les valences enseignement et recherche des PU-PH, ouvrir des postes de chefs de clinique	1	DGESIP / ARS / GHT
15	Labelliser une filière périnatale territoriale portée par une fédération médicale inter hospitalière de gynéco-obstétrique pour assoir les échanges, les coopérations et mutualisations indispensables, et pour adapter les moyens à la variation de l'activité pendant l'année. Assurer la structuration universitaire de la discipline de gynécologie obstétrique	1	DGOS / DGESIP / ARS / GHT
16	Renforcer sensiblement le nombre de lits en soins critiques, y compris pédiatriques, adapter à cette fin les autorisations et former les personnels qualifiés.	1	ARS / GHT
17	Améliorer l'efficacité des campagnes de dépistage des cancers en favorisant les partenariats entre le centre régional de coordination des dépistages des cancers et les acteurs mobilisés sur les territoires	2	CRCDC / ARS / CGSS

18	Conforter l'offre chirurgicale de proximité et structurer une offre graduée de recours pour la chirurgie des cancers avec des filières territoriales adossées à des services universitaires ou des centres de lutte contre le cancer de métropole	1	GHT / ARS
19	Garantir la qualité et la sécurité des soins en veillant à responsabiliser les porteurs de projets, à fidéliser les équipes médicales et soignantes, à développer leurs compétences et à partager les pratiques professionnelles dans le respect des recommandations de bonnes pratiques	1	GHT
	Formation		
20	Mettre en place, d'ici quatre ans, un premier cycle complet d'études de médecine en Guyane et créer, dans le même temps, une UFR de médecine à laquelle seront directement rattachés les personnels hospitalo-universitaires	1	université / DGESIP
21	Augmenter progressivement, pour les cinq prochaines années, le nombre de personnels médicaux à former, dans le cadre de la nouvelle procédure de fixation des objectifs pluriannuels	1	ARS
22	Proposer des stages d'internat de qualité et améliorer l'accueil et les conditions de travail et de vie des internes. Pour cela, mettre en place, sous le pilotage de l'ARS et en lien avec les responsables de la subdivision, une démarche coordonnée et structurée des acteurs de santé	2	ARS / GHT
23	Développer le nombre de maîtres de stage universitaire, par une coopération entre l'ARS et l'URPS médecins, en déployant une campagne de communication ciblée, doublée d'une action d'accompagnement des internes effectuant leurs stages en situation isolée	2	URPS / ARS
24	Favoriser la venue, en plus grand nombre, d'étudiants en médecine sur le territoire guyanais, en créant un « CESP Outre-mer » permettant d'accompagner ces étudiants et de valoriser leur parcours de formation et de stages pour les sélections de troisième cycle	2	DGOS / DGESIP / ARS
25	Accompagner le parcours de qualification des PADHUE pour que le plus grand nombre ait une autorisation de plein exercice reconnue à l'échéance du 31 décembre 2025	2	GHT / ARS
26	Assurer la montée en charge des formations d'infirmier (IDE), conforme à l'objectif de 170 places fixé par le schéma régional, et doter l'IFSI d'une implantation définitive sur le campus universitaire	1	CTG / ARS / université / GHT
27	Renforcer la ressource en spécialités infirmières et en IPA, en développant les formations adaptées	1	ARS / CTG
28	Arrêter, dans le courant de l'année 2021, un programme pluriannuel de déploiement de formations aujourd'hui absentes du territoire, et la détermination des modalités	2	CTG / ARS

	partenariales et matérielles de leur réalisation, dans le cadre d'une coopération publique-privée		
29	Favoriser la qualification des personnels paramédicaux par le développement de l'alternance et de la VAE	2	DGOS / ARS / université / CTG
30	Promouvoir les formations en santé, médicales, paramédicales et formations continues (diplômes d'université) et leur donner une forte visibilité, en les regroupant au sein d'un « pôle universitaire santé » de l'université de Guyane	2	université / CTG
	Recherche		
31	Mettre en place, pendant une durée de cinq ans, un crédit exceptionnel de 350 000 € par an non reconductible, appuyé sur la mesure 16 du Ségur de la Santé, pour financer l'amorçage de la DRCI, pour participer à des essais cliniques et candidater aux programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)	1	DGOS / GHT
32	Constituer en Guyane, de façon partenariale, à partir d'une approche scientifique fédérative et d'un fonds d'amorçage du MESRI, une plateforme scientifique de recherche destinée à développer la recherche dans le domaine des maladies tropicales et émergentes	1	université / MESRI / INSERM / Agence nationale de recherche sur les maladies infectieuses émergentes
	Attractivité – Gouvernance		
33	Faciliter l'accès au logement pour tous les professionnels de santé, étudiants, stagiaires et jeunes praticiens arrivant en Guyane, en développant les réservations de logements et en construisant deux résidences à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni	1	GHT / CTG
34	Mobiliser les moyens financiers de tous les partenaires au bénéfice du renforcement de l'offre de soins en Guyane, de la formation et de la recherche en santé, dans les prochaines années, et en particulier, conforter la forte mobilisation, déjà engagée, des crédits européens	1	Préfecture / CTG / ARS
35	Mettre en place une politique d'accueil de qualité pour les nouveaux professionnels s'installant en Guyane et pour tous les étudiants et stagiaires, en particulier les internes, et développer en direction de ces publics une communication ciblée. Développer des projets professionnels professionnels attractifs, associer les praticiens aux projets de formation et de recherche.	1	GHT / ARS / / URPS
36	Faire du GHT l'outil d'intégration du projet médical et des fonctions support, ouvrant la voie à une direction commune des hôpitaux, afin de créer le CHU de Guyane en 2025, dont la gouvernance devra être adaptée aux réalités du territoire	1	GHT / ARS
37	Consolider les moyens des hôpitaux guyanais, dans le cadre du Ségur de la santé, sous la forme d'un programme pluriannuel	2	DGOS / ARS / GHT / CTG

	d'investissement et engager une étude sur les moyens aériens pour le GHT et le futur CHU		
38	Définir un « plan opérationnel santé Guyane » sur cinq ans, rassemblant les préconisations de ce rapport, comprenant le programme pluriannuel d'investissement et de recrutement. Mettre en place une évaluation régulière de l'avancement de ce plan.	1	ARS / ministères / partenaires locaux
39	Renforcer les coopérations régionales dans les trois champs de la recherche, de la formation et de l'offre de soins, en particulier avec le Brésil et le Suriname, et doter à cet effet le GHT d'une ingénierie dédiée	2	GHT / ARS / université

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	19
1 LES DETERMINANTS DE LA SANTE	21
1.1 UN ESSOR DEMOGRAPHIQUE TRES DYNAMIQUE	21
1.2 UN ETAT DE SANTE GLOBAL QUI S'AMELIORE, DES RETARDS QUI PERSISTENT.....	22
1.2.1 <i>La persistance d'une surmortalité liée aux conditions de vie.....</i>	22
1.2.2 <i>Des facteurs de risques environnementaux et liés au mode de vie.....</i>	22
1.2.3 <i>Des pathologies liées à ces déterminants.....</i>	23
1.3 DE FORTES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES.....	24
1.3.1 <i>Une forte précarité qui limite l'accès aux soins</i>	24
1.3.2 <i>Des dépenses publiques de santé qui compensent les difficultés d'accès aux droits.....</i>	25
1.4 UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE ET FRAGILE.....	25
1.5 UNE EXPERTISE SCIENTIFIQUE DEMANDEE PAR LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE EN AMONT D'UNE REPRISE DES DONS DU SANG.....	26
2 RENFORCER L'OFFRE DE SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE ET STRUCTURER LES ACTIVITES DE RECOURS EN FIDELISANT DES PROFESSIONNELS DE SANTE QUALIFIES TRAVAILLANT EN RESEAU.....	29
2.1 UN CADRE REGLEMENTAIRE ADAPTE POUR SOUTENIR LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE	30
2.1.1 <i>La loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019.....</i>	30
2.1.2 <i>Les accords du SEGUR de la santé du 13 juillet 2020.....</i>	30
2.1.3 <i>Le Projet régional de santé (PRS2) 2018 - 2028.....</i>	31
2.1.4 <i>Le plan stratégique e-santé 2018-2022</i>	31
2.1.5 <i>La convention constitutive du GHT et le projet médico-soignant partagé (PMSP)</i>	33
2.2 DES DEMARCHES DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE A COORDONNER.....	33
2.2.1 <i>La prévention primaire, éducation pour la santé et promotion de la santé : un enjeu de coordination des politiques publiques.....</i>	34
2.2.2 <i>La prévention secondaire (repérage et dépistage) : des acteurs multiples, mal identifiés et peu coordonnés</i>	35
2.2.3 <i>Le cadre d'intervention communautaire pour renforcer les actions de prévention</i>	36
2.2.4 <i>La mission d'évaluation du Haut conseil de la santé publique.....</i>	37
2.3 DES LEVIERS POUR RENFORCER L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES	37
2.3.1 <i>Un déficit démographique qui témoigne de l'urgence à agir</i>	37
2.3.2 <i>C'est pendant les études médicales que tout se joue</i>	38
2.3.3 <i>Des aides à l'installation encore mal connues et inefficaces seules.....</i>	38
2.3.4 <i>Les déterminants à l'installation des jeunes médecins sont multiples et ne se limitent pas à des considérations financières</i>	39
2.3.5 <i>Le cumul emploi retraite (CER), un dispositif utile en période de transition</i>	39
2.3.6 <i>Des communautés professionnelles territoriales de santé pour améliorer l'accès aux soins sur les territoires et développer l'exercice coordonné</i>	40
2.4 DES CENTRES DELOCALISES DE PREVENTION ET DE SOINS A CONFORTER ET DES HOPITAUX DE PROXIMITE A LABELLISER, POUR RENFORCER L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES DANS LES TERRITOIRES ISOLEES.....	41
2.4.1 <i>Un atout majeur pour les territoires qui justifie le plan de développement envisagé par le CHC.....</i>	41
2.4.2 <i>Des facteurs de fragilité à corriger</i>	42
2.4.3 <i>Les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint Georges de l'Oyapock sont à renforcer pour aller vers la labellisation d'hôpitaux de proximité</i>	45
2.5 L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE : DES CONSTATS QUI DESSINENT LES PRIORITES	48
2.5.1 <i>Une activité hospitalière qui progresse régulièrement.....</i>	48
2.5.2 <i>Une faible dispersion des motifs de séjours et des séances concentrés sur certaines prises en charge.....</i>	49
2.5.3 <i>Une typologie de séjours qui justifie une évolution de certaines modalités de prise en charge</i>	51
2.5.4 <i>Le GHT récemment constitué permet de sortir d'un système concurrentiel entre les trois centres hospitaliers</i>	54

2.6	DES PARTENARIATS EXTERNES ET INTERNES A RENFORCER.....	54
2.6.1	<i>Un taux de fuite important, indicateur d'autonomie et de notoriété</i>	55
2.6.2	<i>Un nombre important de médecins à diplômes hors union européenne</i>	57
2.6.3	<i>Une structuration universitaire des services à poursuivre sur la base de projets de service organisés autour du soin, et de valences enseignement recherche reposant sur des compétences adaptées.....</i>	59
2.6.4	<i>Des évaluations de la qualité et sécurité des soins qui rendent nécessaires des actions d'amélioration</i>	60
2.7	UNE PRIORITE D'EXCELLENCE POUR LA GUYANE : LA FILIERE PERINATALITE	61
2.7.1	<i>Améliorer le suivi des grossesses</i>	62
2.7.2	<i>Renforcer les ressources hospitalières pour disposer d'un réseau de maternités plus performant</i>	63
2.7.3	<i>Assurer la structuration universitaire de la discipline de gynécologie obstétrique</i>	64
2.7.4	<i>Conforter la pédiatrie</i>	64
2.8	LIMITER LES EVACUATIONS SANITAIRES D'URGENCE POUR REDUIRE LES PERTES DE CHANCE DES GUYANAIS	64
2.8.1	<i>Améliorer la prise en charge du syndrome coronarien aigu (SCA).....</i>	64
2.8.2	<i>Mieux traiter les accidents vasculaires cérébraux</i>	65
2.8.3	<i>Renforcer la filière soins critiques.....</i>	67
2.9	DEVELOPPER UNE OFFRE DE RECOURS DE QUALITE POUR REDUIRE LES EVACUATIONS SANITAIRES PROGRAMMEES.....	69
2.9.1	<i>La cancérologie.....</i>	69
2.9.2	<i>La prise en charge de l'infertilité</i>	73
2.10	PARTAGER UNE CULTURE COMMUNE DE SANTE MENTALE.....	73
2.11	AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET ANTICIPER LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	74
3	DEVELOPPER UNE OFFRE DE FORMATION COMPLETE, ADAPTEE ET STRUCTUREE.....	76
3.1	LA FORMATION EN SANTE, ESSENTIELLEMENT REALISEE A L'EXTERIEUR DU TERRITOIRE GUYANAIS, DEMEURE A CONSTRUIRE..	76
3.1.1	<i>Une formation en médecine encore embryonnaire au regard des besoins du territoire</i>	76
3.1.2	<i>Un début de restructuration des formations paramédicales.....</i>	82
3.1.3	<i>D'autres formations universitaires bénéficiant d'une certaine dynamique</i>	84
3.2	LE RENFORCEMENT DES ETUDES DE MEDECINE EN GUYANE DOIT ALLER DE PAIR AVEC LA PREFIGURATION DU CHU	85
3.2.1	<i>La mise en place, d'ici quatre ans, d'un premier cycle complet d'études de médecine</i>	85
3.2.2	<i>Le développement de l'offre de stages d'externat et d'internat en lien avec la structuration de l'offre de soins du futur CHU.....</i>	88
3.2.3	<i>La mise en place, dans le cadre du GHT, de dispositifs de formation continue partenariaux, entre les hôpitaux guyanais et avec des établissements hospitaliers métropolitains</i>	89
3.2.4	<i>Une attention plus forte portée à la formation et la qualification des PADHUE.....</i>	90
3.3	LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE FORMATION PARAMEDICALE DOIT S'AMPLIFIER EN VUE D'UNE COUVERTURE LOCALE ET BEAUCOUP PLUS COMPLETE DES BESOINS	90
3.3.1	<i>L'achèvement de la réimplantation de l'IFSI et de la montée en charge des formations d'IDE</i>	91
3.3.2	<i>Le « Ségur de la santé » comme opportunité pour répondre aux besoins non satisfaits de personnel infirmiers sur le territoire guyanais.....</i>	91
3.3.3	<i>D'autres formations à implanter et à renforcer.....</i>	92
3.3.4	<i>Le développement de filières et de dispositifs de soutien nouveaux.....</i>	93
3.4	LE PROJET DE POLE DE FORMATION EN SANTE SUR LE CAMPUS UNIVERSITAIRE DOIT ETRE SOUTENU.....	95
4	UNE RECHERCHE MEDICALE DEJA FECONDE, MAIS A CONFORTER	96
4.1	LA RECHERCHE EN GUYANE EST DEJA TRES PRESENTE ET ELLE EST FORTEMENT MARQUEE PAR LA THEMATIQUE DE LA BIODIVERSITE	96
4.2	UNE RECHERCHE MEDICALE D'ORES ET DEJA ACTIVE EN GUYANE.....	97
4.3	UNE RECHERCHE MEDICALE CLINIQUE ENCORE A CONFORTER DANS LA PERSPECTIVE D'UN FUTUR CHU	102
4.4	LA MUTUALISATION DES EFFORTS POUR RENDRE PLUS VISIBLE LA RECHERCHE MEDICALE EN GUYANE	104
4.4.1	<i>Mutualiser pour conforter l'excellence.....</i>	105
4.4.2	<i>Consolider la visibilité de la recherche médicale en Guyane.....</i>	106
5	RENFORCER L'ATTRACTIVITE	108
5.1	LE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE DE SOINS EN GUYANE EST DEPENDANT DU RENFORCEMENT DE L'ATTRACTIVITE DU TERRITOIRE.	108
5.1.1	<i>Les transports</i>	108

5.1.2	<i>Le logement</i>	109
5.1.3	<i>Le numérique</i>	109
5.2	DES FINANCEMENTS CONSEQUENTS A CONSOLIDER.....	110
5.3	LE SYSTEME DE SANTE DOIT DEVELOPPER SA PROPRE ATTRACTIVITE	110
6	LA GOUVERNANCE ET LES MOYENS DE L’ACTION	111
6.1	DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE AU CHU DE GUYANE EN 2025 : UNE INTEGRATION PROGRESSIVE, UNE GOUVERNANCE ADAPTEE	111
6.2	MOBILISER DES MOYENS COMPLEMENTAIRES POUR CONSOLIDER LE PROJET	113
6.2.1	<i>Compléter les investissements déjà engagés</i>	113
6.2.2	<i>Doter le GHT d’un vecteur aérien dédié</i>	113
6.3	PRENDRE APPUI SUR LES MESURES DU SECUR DE LA SANTE	114
6.4	UN PLAN SANTE A CINQ ANS POUR LA GUYANE	117
7	DEVELOPPER LA COOPERATION INTERNATIONALE	117
7.1	LA SANTE, UN ENJEU DE COOPERATION ADAPTE A LA SITUATION REGIONALE.....	118
7.2	DES CADRES D’ACTION A MOBILISER.....	119
7.3	LES CHAMPS DE LA RECHERCHE ET DE LA FORMATION	119
7.4	L’OFFRE DE SOINS, LA COOPERATION AU QUOTIDIEN	120
	LETRE DE MISSION	123
	ANNEXE 1 : LES VINGT PARCOURS PRIORITAIRES DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	127
	ANNEXE 2 : PANORAMA DRRT DES EQUIPES DE RECHERCHE QUI ŒUVRENT SUR LE TERRITOIRE DE LA REGION DE GUYANE	131
	ANNEXE 3 : EFFORT DE RECHERCHE DU CIC CE – SITE DE CAYENNE	135
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	141
	SIGLES UTILISES	153

RAPPORT

Introduction

Par lettre du 7 août 2020, les ministres des Outre-mer, des solidarités et de la santé et de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont chargé l'inspection générale des affaires sociales, l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche et l'inspection générale de l'administration d'une mission sur le renforcement de l'offre de soins en Guyane. Cette lettre de mission précisait que les travaux devaient être menés dans la perspective de création d'un centre hospitalier universitaire en Guyane, dont le principe avait été acté par l'État, à la demande des élus locaux du territoire, en avril 2017.

La lettre de mission précisait par ailleurs que les travaux devaient se déployer selon trois axes :

- la déclinaison locale du Ségur de la santé, tant au niveau des ressources humaines qu'à celui des équipements de santé, ainsi que la définition de mesures qui permettent de renforcer l'attractivité du système de santé guyanais ;
- la structuration universitaire du centre hospitalier de Cayenne, la mise en adéquation de l'offre pour répondre aux besoins de santé et le développement de la recherche en santé ;
- le développement de synergies entre les différentes structures de recherche, dans une dynamique de coopération régionale caribéenne et sud-américaine.

Sur la base de ces orientations, qui avaient fait l'objet d'une communication en direction des acteurs locaux, une réunion de lancement de la mission s'est tenue le 27 août au ministère des Outre-mer, en présence des élus guyanais, dont le président de la collectivité territoriale de Guyane. Par la suite, la mission s'est entretenue avec une quarantaine d'interlocuteurs, parlementaires, membres de cabinets ministériels, directeurs d'administration centrale, experts et personnalités qualifiées. Elle s'est ensuite rendue en Guyane, au cours de deux déplacements de chacun une semaine. Durant ces deux séjours, elle a visité les trois hôpitaux et sept centres délocalisés de prévention et de soins, dont six situés le long des fleuves Maroni et Oyapock, et mené de nombreux entretiens avec les élus locaux, les représentants institutionnels et les professionnels de la santé.

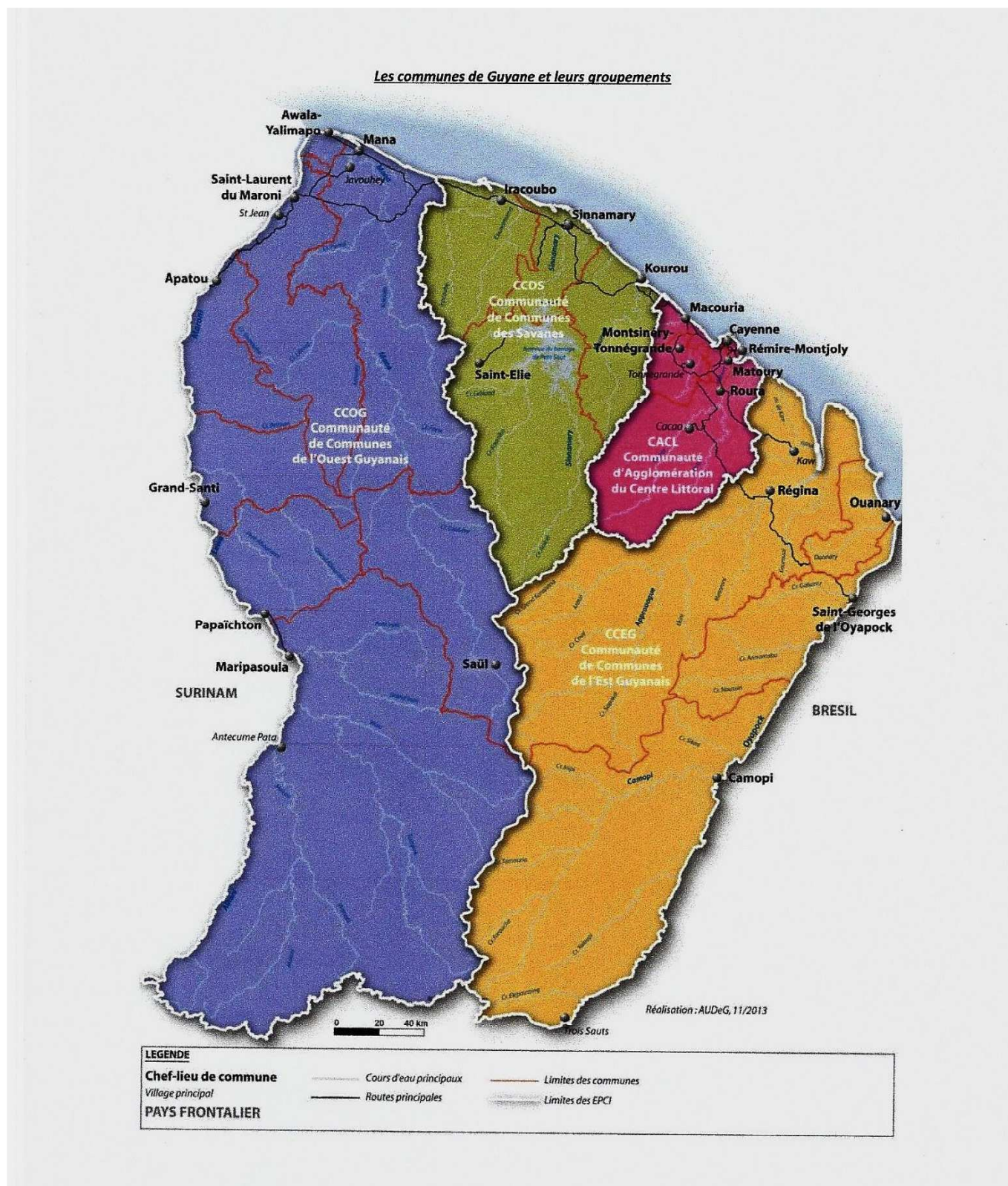
À partir de la documentation rassemblée³ et des enseignements tirés de ses visites et entretiens, la mission, après une analyse des déterminants de la santé en Guyane, a traité dans ce rapport des différentes composantes de l'offre de soins, afin de définir les priorités de son renforcement. Le rapport évoque ainsi successivement la prévention et la promotion de la santé et les conditions d'amélioration des soins primaires. Sont ensuite détaillées les propositions de renforcement de l'offre de soins hospitalière, sur la base des insuffisances quantitatives et qualitatives constatées et en anticipation des évolutions démographique et épidémiologique d'ores et déjà amorcées.

La formation des personnels médicaux et paramédicaux est apparue à la mission comme un enjeu majeur pour l'amélioration de la situation sanitaire de la Guyane et elle formule des propositions pour progresser dans cette voie. La recherche en santé, qui constituera une composante importante du futur CHU, doit gagner en densité et en lisibilité et, pour cela, trouver les modalités d'une

³ La mission s'est particulièrement appuyée sur les deux rapports de la seconde administration provisoire de l'IGAS de 2018 – 2019 au centre hospitalier de cayenne et du rapport de l'IGAS sur l'offre de soins en Guyane de décembre 2019

coopération renforcée entre organismes. Tels sont les thèmes étudiés dans la partie du rapport qui lui est consacrée. Enfin, la mission s'est attachée à traiter trois dimensions transversales, l'attractivité du territoire, la gouvernance du système de santé et la coopération internationale.

Carte 1 : La Guyane administrative



1 Les déterminants de la santé ⁴

Le territoire Guyanais présente plusieurs spécificités. Outre sa superficie, 83 534 km², égale à celle d'un pays comme l'Autriche, et sa faible densité, à peine plus de 3 habitants par km², la population est très inégalement répartie. La moitié du nombre d'habitants, 150 000, habite la communauté d'agglomération autour de Cayenne. La Guyane routière regroupe 89 % de la population, 11 % des habitants résidant dans des communes accessibles uniquement par voie fluviale ou aérienne. L'essor démographique se poursuit à un rythme soutenu, qui devrait voir la population de la Guyane dépasser d'ici 10 à 20 ans celle des départements des Antilles.

Au regard des standards de ses voisins d'Amérique du Sud, la Guyane apparaît privilégiée en termes de niveau de santé de sa population, mais la revendication d'égalité par rapport à la métropole, dans ce domaine comme dans d'autres, notamment l'éducation, est forte et les retards constatés par rapport à l'hexagone sont incontestables. De surcroît, malgré un taux de couverture sociale important et une consommation de soins inférieure en apparence, mais presque égale à la métropole, à structure comparable de population, les inégalités à la fois sociales et territoriales persistent dans l'accès aux soins.

1.1 Un essor démographique très dynamique

La Guyane connaît un essor démographique très important. Elle comptait, selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 290 691 habitants au 1^{er} janvier 2020 (nombre auquel il faudrait ajouter celui des personnes en situation irrégulière, estimé entre 30 000 et 60 000) et elle enregistre un accroissement de 2,45 % par an. Les projections situent sa population, selon le scénario central de référence de l'INSEE, à 339 000 en 2030, 387 000 en 2040. Les moins de 25 ans représentent 44 % de la population et l'âge médian est de 25 ans contre 40 ans en métropole. 8000 naissances sont enregistrées chaque année.

Il convient de souligner que la croissance de la population de l'Ouest guyanais (100 000 habitants regroupés dans les huit cités de la communauté de communes), 3,4 %, est nettement supérieure à celle de l'ensemble du territoire. Elle préfigure un nouvel équilibre de la région, dont les conséquences devront être tirées en matière d'offre de soins et de promotion de la santé.

Le taux de mortalité, 3 pour 1 000, contre 9,3 en France métropolitaine est faible et s'explique par la jeunesse de la population. Le taux de natalité, 26,4 pour 1 000 contre 11 pour 1 000 en France métropolitaine et l'indice de fécondité 3,56 contre 1,84 dans l'hexagone, sont les plus élevés au niveau national avec ceux de Mayotte.

Enfin, il convient d'anticiper l'évolution des besoins de santé liée au vieillissement de la population. Entre 2007 et 2017, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus est déjà passé de 5,9 % à 8,4 % de la population.

⁴ Les données utilisées dans cette partie sont extraites des sources suivantes : ARS de Guyane (Etat de santé de la population en Guyane, janvier 2020 ; Etat financier régional relatif aux dépenses de santé 2019) ; ARS de Guyane et AFD (besoins en santé en Guyane à l'horizon 2030) ; ARS et Insee Guyane (l'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais, novembre 2017) ; Mathieu Nacher (santé globale et Guyane in bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé publique France, janvier 2020) ; Caisse Générale de sécurité sociale de Guyane (offre de soins libérale en Guyane, octobre 2020) ; Collectivité territoriale de Guyane (situation de l'emploi dans le secteur sanitaire et social, extrait du schéma régional des formations sanitaires et sociales) ; Observatoire régional de la santé de Guyane (offre de soins et besoins en Guyane, juillet 2020).

1.2 Un état de santé global qui s'améliore, des retards qui persistent

1.2.1 La persistance d'une surmortalité liée aux conditions de vie

L'espérance de vie à la naissance, si elle reste inférieure à celle de la moyenne nationale, croît régulièrement : 78,2 ans pour les hommes, 83,3 ans pour les femmes, contre respectivement 79,5 ans et 85,4 ans pour l'ensemble du pays.

Le taux de mortalité infantile, 10 pour 1 000 contre 3,7 France entière, diminue régulièrement mais demeure élevé.

Le nombre important d'affections périnatales, les mauvaises conditions sanitaires existant dans certaines parties du territoire, la prévalence élevée des maladies infectieuses et le suivi parfois insuffisant des grossesses, souvent précoces (la part des grossesses des jeunes femmes mineures est treize fois supérieure à celle enregistrée en métropole), expliquent, selon l'analyse de l'INSEE, ce chiffre encore insatisfaisant. Le taux de mortinatalité est deux fois plus élevé que la moyenne nationale, 19 contre 8,6 pour 1 000. La prise en charge des nombreux prématurés constitue par ailleurs un défi majeur pour le système de santé guyanais. En effet, on comptabilisait, en 2018, 1145 naissances ayant lieu entre 22 et 36 semaines d'aménorrhée, soit un taux de naissances prématurées de 14,1 %, deux fois supérieur à la moyenne nationale. Les évolutions récentes en termes de grandes et très grandes prématurités ne sont pas favorables. De plus, 9 % des enfants souffrent d'une hypotrophie néonatale, contre 5 % en moyenne nationale.

La mortalité évitable avant 65 ans demeure supérieure à celle de la France métropolitaine mais décroît régulièrement et cet écart devrait, selon l'étude du professeur Mathieu Nacher, PU-PH à l'hôpital de Cayenne, être effacé dans une quinzaine d'années. Les affections périnatales, les accidents (accidents de la route et noyades), les cardiopathies et les pathologies vasculaires cérébrales figurent parmi les causes principales de décès, contrastant avec la métropole où prédominent les cancers, les pathologies chroniques hépatiques et les suicides. Concernant les suicides, si le taux global enregistré en 2016 était de 7,4 pour 100 000 habitants contre 13 dans l'hexagone, ce nombre global cache des disparités géographiques et sociales. Ce taux est jusqu'à dix fois plus élevé au sein des communautés amérindiennes et dans les communes de l'intérieur, en particulier chez les jeunes, traduisant un échec des plans jusqu'ici mis en œuvre pour lutter contre ce phénomène.

1.2.2 Des facteurs de risques environnementaux et liés au mode de vie

Certains risques comme le tabac, les drogues et l'alcool apparaissent moins prégnants en Guyane, alors que l'obésité, l'hypertension artérielle et le diabète constituent des déterminants de santé plus fréquemment répandus. Le VIH (taux de sérologie positive de 6,7 pour 1 000 contre 2,1 en métropole) les autres virus liés au milieu tropical, le saturnisme, l'accès à l'eau potable et la qualité de l'eau sont également des facteurs de risque à prendre en compte dans cet état de santé global de la population guyanaise.

Il convient de s'arrêter sur le VIH, la population guyanaise ayant été particulièrement touchée par ce virus. Le taux de 6,7 pour 1 000 enregistré en 2017 est le plus élevé des départements français, mais est en baisse par rapport aux années précédentes (taux se situant entre 7,2 et 11). Les incidences de nouvelles infections sont également les plus élevées de France. Le nombre de décès a diminué fortement, de 61 % entre 2002 et 2016, grâce aux campagnes de dépistage et aux succès thérapeutiques.

S'agissant des maladies vectorielles, il convient tout d'abord de souligner que le nombre total d'accès palustres diagnostiqués avait atteint un pic important en 2008 et 2009 avec plus de 3000 cas avant de redescendre à moins de 300 cas en 2016. Ce nombre est remonté à plus de 500 en 2017 et 2018. Toutefois, sur les 546 accès répertoriés en 2018, seuls 75 patients ont été hospitalisés et aucun décès n'a été enregistré.

Depuis 2015, un plan de lutte contre le paludisme permet la coordination des différents intervenants et notamment la cellule régionale de Santé Publique France qui assure la surveillance épidémiologique et la collectivité territoriale dont les services sanitaires mènent les opérations de lutte sur le terrain. Entre 2006 et 2016 quatre épidémies de dengue ont été constatées avec un pic de 16 200 cas. La circulation du virus a progressivement diminué, même si des foyers épidémiques liés à des cas importés sont régulièrement signalés. Le zika a été identifié pour la première fois en Guyane fin 2015, un an après une épidémie de chikungunya. L'épidémie de zika de l'année 2016 a entraîné 9 700 consultations.

La Covid 19 a touché 15 200 personnes et causé le décès de 74 malades en 2020. Le territoire a connu un pic de l'épidémie au cours de l'été 2020, qui a nécessité l'envoi de renforts très importants en personnels médicaux et paramédicaux (environ 600 professionnels) et en équipements. Malgré une forte mobilisation de tous les acteurs, cette crise a mis en évidence les insuffisances du système de santé guyanais et la nécessité de renforcer ses structures hospitalières.

1.2.3 Des pathologies liées à ces déterminants

Une analyse plus détaillée des pathologies permet de dégager les principaux enseignements suivants, qui, conjugués à ceux tirés de l'analyse des causes des évacuations sanitaires, permettront de dessiner des orientations pour le renforcement de l'offre de soins. S'agissant tout d'abord des cancers, une surreprésentation des cancers du col de l'utérus et de l'estomac par rapport à la métropole est observée (avec des taux respectivement trois fois et deux fois plus élevés) alors que les cancers de la prostate et surtout du sein connaissent une incidence plus faible. Les taux de dépistage sont plus faibles qu'en métropole avec seulement 30 % des femmes visées bénéficiant d'un dépistage du cancer du sein⁵. Les taux de mortalité révèlent un nombre de décès dus aux cancers de l'utérus, de l'estomac et de la prostate beaucoup plus élevé qu'en moyenne nationale.

En ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la Guyane compte 40 % de plus de cas, rapportés à la population, qu'en métropole. Ce nombre élevé est expliqué par la forte prévalence des risques artériels. A contrario, le taux de décès suite à un AVC est plus faible en Guyane qu'en métropole, l'âge moyen des patients concernés étant beaucoup plus précoce qu'en métropole. Cependant ces affections peuvent entraîner des séquelles graves chez des patients plus jeunes, qui nécessitent ensuite une prise en charge sur le long terme.

En 2018, 8 285 patients étaient traités pour un diabète. Ce nombre est en constante augmentation, il a été multiplié par 3,4 depuis 2004. Le nombre de patients traités pour hypertension est en diminution, en valeur absolue comme en pourcentage de la population.

Le saturnisme infantile constitue une spécificité de la Guyane. Il peut générer des troubles neurologiques, des anomalies rénales et de l'hypertension. En 2018, 208 cas étaient recensés en Guyane contre 442 dans l'hexagone. Selon l'office de l'eau, 40 000 personnes n'ont pas encore d'accès direct à l'eau potable. La qualité de l'eau est variable, de nombreux foyers ayant à disposition une eau

⁵ Dossier thématique Santé Publique France, avril 2020 : taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019

dont la teneur en plomb ou en aluminium dépasse le seuil autorisé ou encore contenant des pesticides. Par ailleurs, de nombreux cours d'eau sont pollués par le déversement de mercure dû à l'orpaillage illégal.

La couverture vaccinale de la population s'est améliorée depuis 20 ans, mais est encore imparfaite et ne progresse plus, en raison des insuffisances du système de santé. Cela est vrai pour le BCG, entre 75 % et 88 % selon les années, la coqueluche, le vaccin trivalent (rougeole, rubéole, oreillons) et le vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP). Par ailleurs, la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) est faiblement mise en œuvre.

L'analyse des affections de longue durée (ALD) traduit, tout d'abord, la jeunesse de la population guyanaise puisque le taux d'ALD rapporté à la population est de 5,2 % contre 16,4 % au niveau national. La caisse générale de sécurité sociale (CGSS) souligne également que beaucoup d'assurés atteignent le taux de 100 % à travers l'aide médicale d'Etat (AME) et la couverture maladie universelle (CMU). La répartition des types d'ALD 30 est assez proche de la répartition nationale (prédominance des maladies cardiaques et du diabète) avec cependant une moindre prévalence des cancers et des affections psychiatriques de longue durée et, à l'inverse, un nombre important d'affections liés au VIH, 7 % du total.

1.3 De fortes inégalités sociales et territoriales

1.3.1 Une forte précarité qui limite l'accès aux soins

Le territoire est caractérisé par un état de précarité marqué d'une grande partie de la population. Ainsi le taux de chômage reste supérieur à celui du reste de pays, même s'il a beaucoup diminué, 16,1 % en Guyane (22 % en 2017) contre 7,8 % au niveau national au premier trimestre 2020. Le nombre d'emplois a augmenté depuis dix ans (+1,7 % en moyenne par an), mais cette croissance reste insuffisante au regard de la croissance démographique. Encore faut-il souligner la part prépondérante des emplois du tertiaire et le faible dynamisme des secteurs primaire et secondaire.

La part de la population diplômée progresse mais reste inférieure aux chiffres nationaux. Ainsi, chez les adultes, la part des diplômés d'études supérieures était de 16,5 % en 2015, part multipliée par deux en 25 ans, contre 29 % en métropole. Cette évolution est également observée sur la même période pour le BAC, mais plus de deux-tiers de la population non scolarisée ne possèdent toujours pas de diplôme au-delà du brevet des collèges ou du CAP.

La structure familiale est éclatée. Sur 100 enfants mineurs, 34 vivent dans une famille avec parents et fratrie, 49 avec un seul parent, essentiellement des femmes, 17 dans des familles recomposées. Cette précarité touche notamment la population étrangère, 47 463 habitants étrangers en situation régulière recensés en 2017.

Le revenu disponible moyen par habitant en Guyane croît à la même vitesse que celui de l'hexagone mais demeure deux fois inférieur à celui-ci : 10 589 euros contre 20 485 euros, alors même que les prix à la consommation sont supérieurs en moyenne de 12 % à ceux de la métropole. Par ailleurs, en 2018, environ la moitié des allocataires de la caisse d'allocations familiales (CAF) disposaient d'un revenu provenant uniquement de ses allocations. Toutefois, grâce à la croissance constatée ces dernières années et à la baisse du chômage, cette part diminue régulièrement, tout comme celle des foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) dans la population. Le nombre de bénéficiaires du RSA, 21 854 en 2018, représentait 7,6 % du nombre de foyers contre 9 % en 2014. Enfin, 32 % des retraités guyanais touchent le minimum vieillesse contre 3,4 % en moyenne nationale.

La couverture sociale de la population est assurée par la sécurité sociale à hauteur de 87,8 %. Cette couverture bénéficie à 90 938 personnes au titre de la protection universelle maladie (PUMA) et à 37 776 personnes au titre de l'AME.

Ces données doivent être complétées par une analyse territoriale qui laisse apparaître de fortes disparités entre la Guyane du littoral et la Guyane de l'intérieur. Les habitants des communautés de communes de l'Ouest et de l'Est sont ainsi plus nombreux, en proportion de la population totale de ces territoires, à bénéficier des prestations sociales comme seuls revenus. En outre, le taux de couverture des populations par la caisse générale de sécurité sociale (CGSS), si elle atteint les 100 % pour les communes les plus peuplées, reste faible dans certaines communes de l'intérieur, 13 % à Papaïchton ou encore 34 % à Maripasoula par exemple. Les problèmes d'accès aux droits et d'accès aux soins sont ainsi étroitement associés sur le territoire et en particulier dans les communes isolées.

1.3.2 Des dépenses publiques de santé qui compensent les difficultés d'accès aux droits

L'analyse de la consommation des dépenses d'assurance maladie (749 millions d'euros en 2019) fait apparaître une dépense par habitant de 2 496 euros pour la Guyane en 2019 contre 3 234 euros France entière. La structure des dépenses est toutefois différente et reflète l'état de l'offre de soins disponible, puisque les dépenses de soins de ville représentent en Guyane 28 % des dépenses totales contre 43 % pour l'ensemble du pays, alors que les dépenses des établissements de santé représentent 44 % du total des dépenses de santé en Guyane contre 39 % au niveau national. À titre d'illustration, les honoraires privés comptent pour 6 % des dépenses d'assurance maladie en Guyane contre 11 % au niveau national.

Par ailleurs, les dépenses de santé publique, même si elles peuvent apparaître encore insuffisantes pour soutenir l'accès à la santé de toute la population, représentent cependant 2 % du total contre 0,4 % au niveau national (9,6 millions d'euros sont notamment consacrés à la prévention des risques infectieux dont une grande partie aux vaccinations et au HIV). Enfin, la Guyane se distingue par le niveau élevé de la part des dépenses consacrée à l'AME et soins urgents (102 millions d'euros en 2019 sur un total de 749 millions) qui représentent 13,7 % du total des dépenses contre 0,45 % au niveau national, et 10 % du total national des dépenses AME.

1.4 Une offre de soins insuffisante et fragile

L'offre de soins est assurée en Guyane par 176 médecins libéraux, dont 116 généralistes, inscrits à l'ordre des médecins en octobre 2020, trois établissements publics de santé, les centres hospitaliers de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent du Maroni et par le secteur privé des groupes Guyane santé et Rainbow. La couverture santé de la population est également assurée par 17 centres délocalisés de prévention et de soins dépendants du CH de Cayenne (ces centres assurent par ailleurs huit consultations délocalisées soit un total de 25 lieux d'offre sanitaire), par les services de la médecine scolaire et de la PMI. Les professions de santé regroupent en outre 70 chirurgiens-dentistes, 1 837 infirmiers, 127 masseurs-kinésithérapeutes, 194 sages-femmes, dont 39 en libéral.

La densité du nombre de professionnels de santé est nettement plus faible qu'en moyenne nationale. Elle était de 38 généralistes libéraux pour 100 000 habitants en 2019 contre 79 en métropole, et de 2 contre 8,3 pour les autres spécialistes. Elle se situait à 24 pour les dentistes contre 53 dans l'hexagone, 89 pour les infirmiers contre 140, cinq pour les orthophonistes contre 30. Elle est plus favorable pour les sages-femmes (246 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Guyane, contre 155 en métropole). L'offre actuelle pourrait, en outre, être menacée par le vieillissement des professionnels, un tiers des généralistes ayant aujourd'hui plus de 60 ans.

La Guyane doit donc relever un double défi, compenser à la fois son retard par rapport à la métropole et les départs à la retraite des praticiens. L'ARS estime⁶ ainsi qu'à l'horizon 2030, il faudrait voir s'installer en libéral 71 médecins généralistes et 51 spécialistes pour seulement maintenir les taux actuels, en prenant en compte la croissance démographique. Ce sont plusieurs centaines de médecins supplémentaires et plusieurs milliers de professionnels paramédicaux qui devraient s'installer en Guyane d'ici à 2030, dans l'hypothèse complémentaire d'un alignement sur la densité nationale.

Les professionnels de santé sont, en outre, fortement concentrés sur l'agglomération de Cayenne qui regroupe par exemple, à elle seule, 82 % des kinésithérapeutes et 80 % des infirmiers.

Dans le secteur médicosocial, la Guyane souffre d'un déficit d'équipements qui devra être compensé dans les années à venir, en l'associant à des programmes en faveur du maintien à domicile des personnes âgées (les services de soins à domicile représentaient seulement 116 places en 2017). Le besoin est estimé par l'ARS à 261 places supplémentaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'horizon 2030 à comparer aux 200 places existantes, et à 615 places supplémentaires pour le secteur du handicap, en particulier dans l'Ouest, qui souffre d'un fort déficit. 1 121 places sont actuellement disponibles pour les personnes en situation de handicap sur l'ensemble du territoire.

L'offre des hôpitaux guyanais progresse, mais reste inférieure aux standards nationaux, 348 lits en hospitalisation complète pour 100 000 habitants, contre 598 dans l'hexagone en 2018. Les 1 200 lits et places des trois hôpitaux permettent de couvrir près de 90 % des séjours hospitaliers, le secteur privé en assurant moins de 10 %.

L'ouverture en 2019 du nouvel hôpital de l'Ouest guyanais à Saint-Laurent du Maroni a permis d'accroître de façon significative l'offre hospitalière dans cette partie du territoire, 210 lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) au lieu de 132 auparavant. Cet établissement présente un caractère réellement transfrontalier, la moitié des patients accueillis étant de nationalité étrangère, en provenance pour l'essentiel du Surinam. Le CH de Cayenne a également bénéficié d'une augmentation capacitaire de 45 lits. Les trois établissements publics ont réalisé plus de 70 000 séjours de patients en 2018 dont 40 % en obstétrique, 38 % en médecine, 15 % en chirurgie. 372 praticiens exercent dans les 61 activités autorisées, et 60 internes sont en formation dans les unités de soins chaque année.

Le secteur privé assure 80 % des soins de suite et de réadaptation (SSR). Ceux-ci demeurent insuffisants, une part importante des hospitalisations de patients guyanais en SSR s'effectuant en métropole. En 2018, la Guyane comptabilisait ainsi 43 lits de SSR pour 100 000 habitants contre 160 en métropole. La région souffre également d'un déficit en places d'hospitalisation de jour, 191 en 2018, soit un taux de 66 pour 100 000 habitants contre 114 dans l'hexagone.

1.5 Une expertise scientifique demandée par la Direction générale de la santé en amont d'une reprise des dons du sang

Jusqu'en 2000, la collecte en Guyane, complétée par les dons des militaires, était auto suffisante. Par la suite, l'approvisionnement a dû être complété par des apports de métropole.

La collecte en Guyane a été suspendue en 2005.

⁶ ARS de Guyane et AFD (besoins en santé en Guyane à l'horizon 2030)

L'approvisionnement du territoire en produits sanguins provient aujourd'hui à 70 % de la métropole et à 30 % des Antilles. La Guadeloupe fournit les produits sanguins (concentrés de globules rouges) pour le traitement des patients atteints de drépanocytose.

Avant une décision de reprise des dons, la Direction générale de la santé (DGS) souhaite qu'une expertise scientifique soit menée par Santé publique France (SPF) pour dresser un point de la situation épidémiologique en Guyane et à Mayotte.

Un protocole d'étude est en cours de rédaction afin d'évaluer les besoins liés notamment à l'évolution démographique et aux spécificités des groupes sanguins de la population guyanaise, et les risques liés au contexte épidémiologique de la région (maladies vectorielles).

Les représentants de l'établissement français du sang (EFS) rencontrés par la mission n'ont pas connaissance du calendrier de cette étude, mais ils anticipent une reprise de la collecte. Cette reprise de la collecte permettra notamment d'obtenir des produits sanguins compatibles pour les groupes sanguins rares des populations amérindiennes.

Tableau 1 : Principaux indicateurs des déterminants de la santé en Guyane

Indicateurs	Guyane	Métropole (M) ou France Entière (FE)
Population au 1/1/2020	290 691 habitants Estimation Insee 2030 : 339 000 habitants 2040 : 387 000 habitants	
Taux de couverture sociale moyenne	87,8 % mais seulement 37,5 % dans les communes isolées des fleuves	
Espérance de vie à la naissance		(FE)
-Hommes	78,2 ans	79,5 ans
-Femmes	83,3 ans	85,4 ans
Taux de mortalité infantile (nombre d'enfants morts avant un an pour 1000 naissances)	10	3,7 (FE)
Taux de mortinatalité (nombre de morts-nés pour 1000 naissances)	19	8,6 (FE)
Nombre de cas de saturnisme infantile	208	442 (M)
VIH (taux de sérologie positive pour 1000 habitants)	6,7	2,1 (M)
Taux d'hospitalisation pour AVC (nombre pour 100 000 habitants)	236	170 (FE)
Taux d'incidence de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus	22,5	6,6 (FE)

(nombre pour 100 000 habitants)		
Taux de chômage (1 ^{er} trimestre 2020)	16,1 %	7,8 % (FE)
Revenu disponible moyen par habitant	10 589 euros	20 485 euros (M)
Dépenses de santé par habitant	2 496 euros	3 234 euros (FE)
Part des dépenses AME (en % des dépenses de santé)	13,7 %	0,45 % (FE)
Nombre de généralistes libéraux pour 100 000 habitants	42	79 (M)
Nombre de spécialistes libéraux pour 100 000 habitants	2	8,3 (M)
Nombre de lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants	348	598 (M)

2 Renforcer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et structurer les activités de recours en fidélisant des professionnels de santé qualifiés travaillant en réseau

Le renforcement de l'offre de soins en Guyane est l'objet de la mission. Ce volet du rapport ne se limite pas aux évolutions indispensables en réaction à la situation présente mais propose une anticipation réaliste en regard des données démographiques et de la transition épidémiologique déjà amorcée. Répondre aux besoins de santé par une recomposition de l'offre de soins est un impératif pour la création du CHU de Guyane.

Cette volonté de l'Etat d'améliorer l'offre de soins, souhaitée par les représentants du territoire, est également un enjeu partagé par la population et les professionnels de santé eux-mêmes.

Chacun, porteur de cette ambition, doit y prendre part.

Cet objectif s'inscrit dans un contexte favorable grâce :

- aux accords de Guyane signés en 2017 avec des engagements forts et des mesures financières d'urgence ;
- à la loi du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et plus récemment les accords du Ségur de la santé ;
- au Projet Régional de Santé (PRS2) qui, partant des constats partagés, détermine les évolutions de l'offre de soins en Guyane à l'horizon 2028.

Le cadre législatif et réglementaire existe donc mais il ne suffit pas au résultat attendu d'une amélioration de l'offre de soins. Pour décider, il faut prendre en compte les diversités territoriales et culturelles et s'appuyer sur les dynamiques en place. Pour agir, il faut intensifier les coopérations existantes ou en définir d'autres possibles. Pour réussir, il faut s'accorder sur des objectifs atteignables qui tiennent compte des ressources disponibles ou à anticiper. Pour y parvenir, il faut renforcer l'attractivité, recruter et fidéliser des personnels qualifiés et lever les freins de résistances au changement.

Renforcer l'offre de soins repose sur une stratégie de complémentarité entre les acteurs mobilisés mais trop souvent isolés, voire retranchés dans un périmètre d'intervention défini réglementairement ou territorialement. Renforcer l'offre de soins, garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sont des objectifs que tous les opérateurs du territoire partagent.

Trop souvent happés par les urgences du quotidien, ils ont peu de temps et de disponibilité pour repenser une organisation et innover dans leurs modes de fonctionnement. Les innovations organisationnelles sont pourtant de puissants leviers pour améliorer le parcours de soins des patients, organisé entre la ville et l'hôpital et gradué entre les soins de proximité et de recours. C'est ainsi que dans l'urgence de la crise sanitaire de la Covid 19 il a été possible d'adapter l'offre pour prendre en charge en proximité les malades, pour libérer et créer des lits de réanimation nécessaires. Cette dynamique d'adaptation pour répondre à l'urgence de la crise a montré que de nouvelles modalités d'action pouvaient avoir rapidement un impact sur les prises en charge et sur les organisations de travail.

Répondre aux besoins de santé en proximité et organiser les soins de recours constitue une exigence, dans un contexte où des moyens importants sont dégagés par la collectivité nationale et par l'Union européenne (Ségur de la Santé, loi de programmation de la recherche, plan de relance, fonds

européens React). Atteindre cet objectif nécessite une recomposition de l'offre et de son organisation sur les territoires, qui s'appuient sur des liens conventionnels et organiques, tout en respectant l'autonomie et les spécificités de chaque opérateur.

Que ce soit à l'hôpital ou en ville, les perspectives d'amélioration de l'offre ne sont réalisables qu'avec des personnels de santé présents sur le territoire, qualifiés et impliqués dans les projets de transformation et de renforcement de l'offre, décidés avec eux.

2.1 Un cadre réglementaire adapté pour soutenir la transformation de l'offre

2.1.1 La loi d'organisation et de transformation du système de santé du 24 juillet 2019⁷

C'est la traduction législative du plan « ma santé 2022 » présenté par le Président de la République le 18 septembre 2018.

Cette loi réforme les parcours de formation en santé. Elle supprime le numérus clausus pour les formations médicales, confie aux universités et ARS la régulation du nombre d'étudiants à former en tenant compte des capacités de formation et des besoins du territoire. Elle intègre la prévention dans les cursus de formation en santé et crée un nouveau module avec la réalisation d'un stage pluriprofessionnel de service sanitaire. La loi adapte le cadre légal afin d'assurer un plein déploiement de la télémédecine (TLM), téléexpertise et télé soins. Enfin, elle rénove le dispositif de coopération entre professionnels de santé, instauré par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de 2009.

2.1.2 Les accords du SEGUR de la santé du 13 juillet 2020

Ces mesures, reprises par la proposition de loi pour « *améliorer le système de santé par la confiance et la simplification* » et par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, ouvrent de nouvelles perspectives pour soutenir l'organisation des soins en Guyane et renforcer l'accès à la santé des Guyanais.

Elles ont vocation à soutenir l'attractivité, faciliter les innovations organisationnelles des structures et des modes d'exercice, permettre une adaptation de l'offre pour prendre en compte les caractéristiques et contraintes particulières du territoire et soutenir l'investissement pour accompagner les transformations visant à renforcer la coopération territoriale.

Des mesures d'accompagnement sont nécessaires pour inscrire la Guyane dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins, et dans cette perspective pour mettre en œuvre plusieurs des recommandations formulées par la mission. La déclinaison territoriale des mesures du Ségur de la santé constituera pour les Guyanais un signal fort à court terme de l'engagement de la communauté nationale. La mission propose, relayant en particulier les travaux engagés par les ARS des Outre-mer et traduisant certaines de ses recommandations, une première ébauche d'une telle déclinaison (chapitre 6.3).

⁷ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé. www.legifrance.gouv.fr

2.1.3 Le Projet régional de santé (PRS2) 2018 - 2028⁸

Pour fixer les priorités de ce PRS 2, l'ARS s'est appuyée sur une analyse sociodémographique, un diagnostic des déterminants de santé, de l'état de santé de la population et des besoins de soins. Pour en faire un projet utile pour les acteurs, l'ARS a mené une large concertation avec eux.

La mission s'est appuyée sur ce cadre stratégique concerté pour analyser l'existant deux ans après l'adoption du PRS.

Le PRS2 a fixé huit priorités qui, bien que déterminantes, méritent d'être complétées pour renforcer l'offre de soins :

- la création du GHT regroupant les trois centres hospitaliers (CH) avec la définition du projet médico-soignant partagé (PMSP) et le déploiement de fédérations médicales inter hospitalières (FMIH) organisant la coopération entre ces établissements ;
- le renforcement de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale sur l'Ouest Guyanais et le renforcement des centres délocalisés de prévention et de soins des fleuves ;
- la mise en œuvre d'une offre de cardiologie et neurologie interventionnelles ;
- la définition d'un plan périnatalité intégrant des actions de prévention, dépistage et soins pour le parcours « mère enfants » ;
- le développement de parcours de vie pour les personnes atteintes de maladies chroniques, depuis la prévention nutrition santé, le dépistage des complications, les soins et la prise en charge médico-sociale ;
- la mise en œuvre du virage ambulatoire ;
- le renforcement de l'offre de soins du CHC, complété par des missions d'enseignement et de recherche pour aller vers un CHU, avec l'ouverture d'une UFR à l'université et le développement d'un pôle de recherche européen en médecine tropicale ;
- la préparation du système de soins à la réponse aux risques d'épidémies. Dans ce PRS étaient citées les arboviroses, principalement la dengue.

2.1.4 Le plan stratégique e-santé 2018-2022

Le numérique constitue un axe puissant de transformation du système de santé et une réponse adaptée aux enjeux sanitaires et aux contraintes géographiques de la Guyane. C'est un levier essentiel pour mettre à niveau la région en termes d'accessibilité et d'égalité de soins mais aussi, une opportunité d'innover en proposant des solutions d'usage adaptées au contexte de la Guyane.

C'est aussi un accélérateur du changement de paradigme qui doit s'opérer dans les années à venir, passant d'un système de santé cloisonné à un système basé sur le parcours de santé, permettant une prise en charge globale et continue des usagers au plus proche de leur lieu de vie, en s'appuyant sur des services numériques.

C'est l'occasion de valoriser le territoire en proposant des conditions d'exercice attractives et adaptées pour les professionnels de santé, mais aussi des solutions permettant de compenser le manque de professionnels et rompre l'isolement de certains praticiens.

⁸ Arrêté ARS Guyane/DG/2018-252 du 12 décembre 2018

2.1.4.1 Un opérateur régional en appui au développement de la e-santé, le GCS GUYASIS⁹

L'ambition est de construire une solution régionale de partage et d'échange de données de santé et médico-sociales. La e-santé recouvre deux types d'usage : les actes de télémedecine et télésoins et le support des coordinations et coopérations pluridisciplinaires.

2.1.4.2 Des outils e-santé pour accompagner les usages

- le dossier patient informatisé (DPI). Il sera commun aux trois sites hospitaliers, intégrera les CDPS et, plus tard, le médico-social. L'objectif est un déploiement d'ici fin 2023. Ce déploiement bénéficie d'un accompagnement financier pluri annuel (1,5 M €) dans le cadre du programme national HOP'EN (pour Hôpital numérique ouvert sur son environnement) ;
- la télémedecine (TLM). Le CHC assure aujourd'hui la téléexpertise pour les CDPS. Il est primordial d'ouvrir ce réseau aux autres Centres Hospitaliers (CH) et à la médecine de ville et de passer d'une téléexpertise en différé à une télémedecine en temps réel. La TLM est également un outil indispensable pour soutenir les partenariats engagés avec les CHU de métropole, qui permettent des avis d'experts mais aussi des formations à distance, des partages de pratiques ou des « staffs »¹⁰ communs ;
- des outils de coordination pour améliorer les parcours de soins, comme pour la cancérologie (le dossier communiquant en cancérologie) ou « via trajectoire » pour fluidifier l'aval de l'hospitalisation ;
- des outils de partage, comme le projet IMAG (Imageries Antilles Guyane) avec un serveur inter-régional d'images médicales pour la mise en place de la téléradiologie. D'autres outils de partage ne sont toujours pas opérationnels, malgré des moyens dédiés lors de l'administration provisoire du CHC, comme le ROR (répertoire opérationnel des ressources) qui aurait pourtant facilité la gestion des lits pendant la vague Covid 19, ou le Résumé de passage aux urgences (RPU) pour le suivi et l'analyse des motifs de passages ;
- Des projets en phase de définition des besoins : le projet e-parcours et le projet HDS (hébergement des données de santé). Pour la création de cet entrepôt de données, les questions de l'hébergement et de la maintenance posées dès la période de l'administration provisoire du CHC sont toujours en débat. **La mission suggère que le Health data hub (carrefour de données en santé) créé par la loi du 29 juillet 2019 puisse être consulté sur ce point.** Ce projet doit impérativement reposer sur une coopération étroite entre les opérateurs publics (Etat, CTG, CGSS...) mobilisés au sein d'une instance de gouvernance régionale.

La première phase essentielle qui consiste à définir la stratégie, les usages et les outils est finalisée. Mais, pour poursuivre et mettre en œuvre ces orientations, la couverture numérique haut débit (fibre ou satellite) est nécessaire et la coopération entre les opérateurs publics (Etat, CTG) est indispensable.

⁹ Groupement de coopération sanitaire Guyane Système d'information de Santé. Ce GCS met en œuvre, avec le soutien de l'ARS, le volet numérique des politiques publiques de santé

¹⁰ Le staff est une réunion d'équipes médicales destinée à discuter des stratégies thérapeutiques.

Recommandation n°1 Promouvoir l'e-santé en impliquant tous les intervenants de Guyane, opérant ou soutenant des services numériques, dans la gouvernance et la mise en œuvre de la stratégie régionale numérique en santé.

2.1.5 La convention constitutive du GHT et le projet médico-soignant partagé (PMSP)

La convention constitutive a été signée en avril 2019 sous l'impulsion de l'administration provisoire du CHC.

Elle définit les priorités stratégiques à décliner dans le projet médico-soignant partagé :

- 1) mettre en place une coordination inter hospitalière ;
- 2) améliorer l'offre chirurgicale de proximité ;
- 3) développer les activités de recours sur un seul site ;
- 4) maintenir une activité obstétricale en réponse aux besoins ;
- 5) adapter l'offre de santé mentale ;
- 6) renforcer l'offre de soins primaires des CDPS.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est un objectif transversal avec le partage des pratiques et des procédures, la mise en place du DPI, la formation médicale continue et qualifiante.

La mission souligne l'important travail collectif réalisé par les équipes du GHT pour aboutir aux 20 parcours prioritaires du PMSP avec des objectifs, plans d'action, indicateurs et calendrier. Les freins et les leviers ont été identifiés.

Les conditions de réussite passent par la révision des autorisations et des capacitaires, mais ne doivent pas faire l'impasse sur une nécessaire amélioration de l'efficacité des organisations internes et des coopérations inter-hospitalières ainsi que sur l'engagement de porteurs de projets compétents, disponibles et légitimes. La plupart des recommandations visant à renforcer l'offre de soins hospitaliers proposées au paragraphe 2.7 et suivants, ne seront atteignables qu'en répondant à ces exigences organisationnelles.



Parce que c'est la personne qui doit être au centre de l'organisation du système de santé, c'est l'amélioration de son parcours de santé qui doit guider les actions à mener. Les parcours sont constitués d'étapes communes, des invariants qui passent par la prévention, les soins primaires, les soins hospitaliers de proximité, les prises en charge de recours et l'accompagnement médico-social. Chacune de ces étapes doit, bien sûr, être adaptée aux réalités des territoires et des populations qui y vivent et tenir compte des ressources disponibles ou attendues. La structuration des parcours de santé doit associer l'ensemble des professionnels, des institutions et des associations.

2.2 Des démarches de prévention et de promotion de la santé à coordonner.

La promotion de la santé et la prévention constituent le premier axe de la stratégie nationale de santé 2018-2022, dont la déclinaison en Guyane est essentielle, compte tenu des besoins analysés précédemment.

2.2.1 La prévention primaire, éducation pour la santé et promotion de la santé : un enjeu de coordination des politiques publiques.

Les concepts sont différents selon que l'accent est mis sur la maladie, sur les compétences psycho-sociales ou sur une approche globale de la personne.

La prévention et la promotion de la santé ont pour ambition de permettre à l'utilisateur d'être acteur de sa santé avec le soutien des professionnels, de sa communauté et de toutes les associations de bénévoles susceptibles de l'y aider.

Les actions de l'ARS, de l'éducation nationale (EN), de l'assurance maladie (caisse générale de sécurité sociale, CGSS) et de la collectivité territoriale de Guyane doivent être concertées et complémentaires, sous peine d'être illisibles pour la population et les objectifs inatteignables en raison de la dispersion des ressources humaines en capacité de les mener. Sans cette coordination, il y a au mieux des doublons, au pire des territoires ou des communautés abandonnés.

Le risque, si les actions et les professionnels qui les mènent ne sont pas coordonnés, est que la prévention et la promotion de la santé se réduisent à une compilation d'actions, liées ou non à des obligations réglementaires. Il faut éviter d'avoir une succession d'interventions menées « en silo » par des opérateurs sans lien entre eux. L'efficacité passe par la construction d'un programme concerté avec des objectifs à atteindre, lisibles et mesurables. La contrainte d'efficacité n'est pas financière. Les fonds ciblés pour les actions de prévention sont importants. La part du FIR qui leur est consacrée a augmenté de près de 40 % entre 2017 (6 M €) et 2019 (8,2 M €).

L'état financier régional produit annuellement par la CGSS et présenté au conseil de surveillance de l'ARS identifie les dépenses réparties par destination avec un premier volet santé publique comprenant la veille et la sécurité sanitaire. Celui-ci traduit une augmentation des dépenses régionales + 17,48 % en 2019 à hauteur de 14,1 M €¹¹. Le FIR a notamment permis de financer les associations (Croix Rouge Française et Médecins du monde) pour des actions répondant aux besoins des populations, comme par exemple la réalisation d'enquêtes alimentaires, la mobilisation sociale des habitants du plateau des Guyanes et leur formation à la lutte antivectorielle.

Une convention cadre entre tous les opérateurs (ARS, CGSS, CTG, CAF, EN, URPS, associations) doit être formalisée pour préciser les champs d'intervention partagés et le niveau d'implication de chacun. À partir de celle-ci, il sera possible de valider des conventions de collaboration de projets entre acteurs, dont des exemples seront donnés plus avant dans le développement de cette partie. Le suivi des projets ainsi engagés relève de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention qui réunit les contributeurs financiers de la prévention et promotion de la santé au niveau régional. Cette commission n'est, aujourd'hui, pas mobilisée par l'ARS, à l'inverse, par exemple, de la commission de coordination des politiques publiques dans le champ du médico-social.

¹¹ En application de l'article L.1432-3 du code de la santé publique, « Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée. » L'état financier présente dans une première partie les dépenses réparties par destination : - sante publique, y compris veille et sécurité sanitaire- soins de ville - établissements de santé - établissements et services médico-sociaux - autres prestations AT-MP, invalidité, décès - autres dépenses sanitaires et médico-sociales.

Recommandation n°2 Accentuer les efforts développés pour l'éducation à la santé et l'accès aux soins, en soutenant les associations et les médiateurs en santé, et en renforçant le lien entre accès aux droits et accès aux soins. Réactiver la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention pour assurer une gouvernance entre tous les opérateurs qui interviennent sur ce champ.

2.2.2 La prévention secondaire (repérage et dépistage) : des acteurs multiples, mal identifiés et peu coordonnés

Les opérateurs mobilisés en santé préventive sont multiples (la PMI, la santé scolaire, les médecins et les autres soignants, les centres de dépistages...), mal identifiés par les usagers, avec des interlocuteurs différents (selon l'âge de l'enfant par exemple), peu coordonnés et sans partage d'informations. Il en résulte des risques de rupture de parcours notamment entre le dépistage et le soin ou pour le suivi des maladies chroniques. À cela s'ajoutent des tensions sur les ressources humaines pour chacun des opérateurs. La coordination des intervenants est indispensable pour regrouper les forces et s'adapter aux spécificités territoriales.

- La PMI connaît aujourd'hui des difficultés manifestes pour remplir ses missions de prévention, effectuer des consultations de suivi de grossesse, de planification familiale et des consultations infantiles pour les populations en difficulté d'accès aux soins.

Selon son directeur médical¹², « *précarité et pression démographique rendent la tâche des PMI difficile dans un contexte de strict encadrement budgétaire ... les moyens de la PMI n'ont pas nécessairement suivi la croissance du nombre de naissances depuis dix ans : 30 % de femmes enceintes et d'enfants de plus qu'en 2010 doivent être accompagnés* ».

La PMI peine à recruter des médecins du fait de conditions statutaires rigides et peu favorables mais surtout, faute d'avoir une politique de ressources humaines dynamique, adaptée à cette pénurie. Il n'y a, par exemple, aucun suivi médical ni sage-femme à la PMI de Cacao et aucun suivi médical à Grand Santi. Aujourd'hui, il manque sept médecins de PMI (sur un effectif de 18) et 10 centres sur 19 n'ont aucune présence médicale. Ce constat de tension sur la ressource médicale est également posé au niveau national dans le rapport sur l'avenir de la PMI de la députée Mme Peyron¹³ : « *La situation démographique des médecins de PMI est aujourd'hui critique. Le nombre de médecins est en diminution depuis 2010. Cette tendance va s'accroître dans les prochaines années du fait de nombreux départs en retraite.* »

- La santé scolaire est engagée dans un travail en réseau, rendu possible par des conventions bilatérales, signées en 2018 et 2019, entre le rectorat et toutes les institutions mobilisées par ce secteur : CTG (pour la PMI), CGSS, ARS, Croix Rouge Française. Cette initiative, portée par l'engagement déterminé de la médecin conseillère technique du recteur, doit être pérennisée pour la continuité de ce travail en réseau qui a permis, par exemple, de mener des campagnes de dépistage de troubles visuels chez les enfants.

Les campagnes de rattrapage vaccinal (vaccinations obligatoires mais aussi vaccination contre le papillomavirus) organisées sur les territoires de l'intérieur, associant santé scolaire, PMI et CDPS, témoignent de l'efficacité de ce travail en réseau. Ces campagnes de rattrapage vaccinal ne sont

¹² Dr É. Giblot Ducray, directeur de la protection maternelle et infantile (PMI) – la Santé en action mars 2020

¹³ Rapport de la députée Michèle Peyron « Pour sauver la PMI, agissons maintenant » mars 2019

possibles que parce que les sages-femmes et infirmiers diplômés d'Etat (IDE) réalisent ces vaccinations.

- le Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) ne remplit pas ses objectifs de dépistages obligatoires des cancers. Les freins identifiés pour « aller vers » les populations seront décrits dans le paragraphe à suivre (cf. 2.9.1) traitant du parcours en cancérologie.
- la tension sur l'offre en médecine de ville en Guyane rend difficile l'implication de la médecine libérale dans ces actions de prévention, faute de temps, faute d'une valorisation de ces actes. La prévention en médecine libérale est désormais financée par l'assurance maladie en tant que mission socle des CPTS. Les enjeux et les objectifs de ces collectifs professionnels seront décrits au paragraphe consacré aux soins primaires.
- les CDPS développent une offre de santé publique, d'éducation à la santé, dépistage, vaccinations. Pour aller vers les populations de leur territoire, des équipes mobiles de santé publique en commune (EMSPEC) ont été récemment créées au sein des trois CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock. Ces équipes interviennent auprès des populations, selon la démarche du « aller vers », par exemple sur la nutrition ou la santé sexuelle. Les conditions d'interventions de ces équipes seront précisées dans le paragraphe à suivre sur les CDPS.
- l'Etat (préfet et directrice générale de l'ARS) et la CTG viennent de signer un contrat de prévention et de protection de l'enfance¹⁴ pour définir et mener un plan en 12 actions prioritaires. Ce contrat bénéficie d'un accompagnement financier pluriannuel avec un versement de 2 M € en 2020.

Recommandation n°3 Développer la prévention en promouvant les coopérations entre la PMI, la médecine scolaire et les CDPS. Les moyens humains de ces services doivent être renforcés.

2.2.3 Le cadre d'intervention communautaire pour renforcer les actions de prévention

Dans son rapport de février 2017¹⁵ le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) soulignait l'importance de la territorialisation des actions de prévention : « *il faut s'appuyer sur les dispositifs existants au niveau local et affirmer le cadre d'intervention communautaire* ». C'est au niveau territorial que se concrétisent les actions de prévention visant à réduire les inégalités sociales de santé, que doivent se développer des programmes ciblés, axés sur les populations vulnérables.

Ce cadre communautaire d'intervention ne peut exister sans l'implication des représentants des usagers et des élus locaux. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, a traduit cette nécessité en créant des conseils territoriaux de santé (CTS) qui participent au niveau des territoires à l'observation des besoins et à la déclinaison des actions. Les membres de la Commission régionale santé autonomie (CRSA), instance de démocratie sanitaire auprès de l'ARS, rencontrés par la mission, ont déploré l'impossibilité de constituer ces conseils dans le respect du droit commun¹⁶ institués par l'arrêté du 3 août 2016, faute de pouvoir réunir les 34 à 50 membres regroupant des professionnels, des usagers, des élus et des institutionnels.

¹⁴ Contrat de prévention et de protection de l'enfance en Guyane, 2020-2022; signé le 18 novembre 2020 entre le président de la CTG, la DG ARS et le préfet.

¹⁵ HCAAM séance du 23 février 2017. Prévention promotion de la santé, conduite de la politique.

¹⁶ Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé (JORF n° 0182 du 6 août 2016).

Dans le chapitre consacré aux CDPS, la mission reviendra sur cet enjeu de démocratie en santé. À la maille des territoires des CDPS, dans les communes isolées, des Comités territoriaux de santé (CTS), dont la composition serait adaptée aux ressources du territoire, pourraient ainsi partager les constats sur les besoins et les objectifs des actions de prévention et de soins à engager.

Recommandation n°4 Renforcer la démocratie en santé, en créant des comités territoriaux de santé adossés aux CDPS, en priorité dans les communes isolées, avec la participation des élus, des représentants des usagers et de tous les opérateurs de santé intervenant sur ces territoires.

2.2.4 La mission d'évaluation du Haut conseil de la santé publique

La mission inter inspections a échangé avec les experts du Haut conseil à la santé publique (HCSP)¹⁷ saisi par le directeur général de la santé pour « *établir un bilan sanitaire des populations et en déduire les recommandations de prévention intégrées et hiérarchisées* ». L'évaluation de l'impact de l'environnement sur l'état sanitaire de la population et les préconisations du Haut-conseil pourront ainsi compléter les propositions de la mission dans le champ de la prévention « de l'obésité, du surpoids, des conduites addictives et du risque suicidaire ».

2.3 Des leviers pour renforcer l'offre de soins primaires

« *C'est souvent avant l'hôpital que tout se joue* », tel est le constat du Pr Nacher lors de sa récente publication d'analyse des indicateurs de santé de la population guyanaise¹⁸.

2.3.1 Un déficit démographique qui témoigne de l'urgence à agir

Fin octobre 2020, 176 médecins libéraux étaient inscrits à l'ordre dont 116 médecins généralistes. En rappel de l'analyse détaillée de ces chiffres réalisée en première partie du rapport, il faut retenir que les médecins libéraux sont peu nombreux, mal répartis, et beaucoup sont en fin de carrière. Il ne s'agit pas seulement de corriger ce déficit mais d'anticiper son aggravation dans les cinq prochaines années si rien ne change.

En Guyane, les réalités territoriales ont un impact sur l'organisation des soins primaires. Les libéraux sont installés pour l'essentiel dans les communes du littoral et les CDPS couvrent les territoires de la Guyane de l'intérieur. Tous les médecins inscrits à l'ordre sont ainsi installés sur le littoral, sauf deux médecins généralistes (MG), installés dans des communes de l'intérieur accessibles par la route (Apatou et St Georges de l'Oyapock). Les libéraux rencontrés ont mis en avant une « concurrence » des CDPS, compte tenu de l'accès aux soins gratuits qui limiterait leur installation sur ces territoires de l'intérieur. Cette objection n'a pas été confirmée par l'échange avec le médecin généraliste rencontré à la maison de santé pluriprofessionnelle de Saint-Georges de l'Oyapock.

Le constat du déficit démographique des médecins libéraux est sans appel et les causes identifiées sont des freins à lever pour favoriser et accompagner l'installation de nouveaux praticiens. Les leviers doivent conjuguer les mesures incitatives et organisationnelles. Attirer les jeunes médecins au moment de leur formation et leur proposer des modalités d'exercice regroupées et diversifiées qui répondent à leurs attentes, constituent une priorité pour tenter de combler le déficit de professionnels.

¹⁷ Décision du président du HCSP n° 09bis modifiant la décision n° 09 du 26 février 2020.

¹⁸ BEH n° 2-3-2_janvier 2020, Santé globale en Guyane : étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs.

2.3.2 C'est pendant les études médicales que tout se joue

La connaissance du territoire et les spécificités des pathologies rencontrées sont des éléments de découverte importants pendant les stages d'externes et d'internes. Le manque d'attractivité de la Guyane permet difficilement d'attirer un médecin diplômé qui n'a pas eu d'expérience préalable sur ce territoire.

Parce que beaucoup de médecins aujourd'hui en activité se sont installés après une mission en tant que « volontaires à l'aide technique » (VAT), les représentants du Conseil départemental de l'ordre (CDOM) rencontrés plébiscitent ces missions médicales, en complément des missions de renforts de la réserve sanitaire, pour découvrir l'intérêt d'un exercice en Guyane.

Parmi les pistes précisément décrites dans le chapitre formation qui suit, il faut annoncer ici celle qui a trait au développement de la maîtrise de stage. En effet les médecins libéraux, maîtres de stages universitaires (MSU) sont trop peu nombreux en Guyane, ce qui ne permet pas d'accueillir et de former des internes de médecine générale qui pourront, ensuite, faire le choix d'une carrière professionnelle en Guyane.

Le contrat d'engagement de service public (CESP) constitue également un parcours de formation des médecins (et chirurgiens-dentistes) pour accompagner des projets professionnels en Guyane. Ce dispositif est peu connu par les internes rencontrés pendant la mission. Des propositions pour l'adapter au contexte des Outre-mer seront formulées au chapitre formation.

Une autre voie de découverte des particularités d'exercice sur ces territoires serait de proposer des missions de volontariat civil à l'aide technique (VCAT). Santé publique France qui sait organiser des missions courtes de renfort dans le cadre de la réserve sanitaire et le service de santé des armées (SSA) de Guyane, implanté dans les territoires isolés et qui a l'expérience des missions anciennes du VAT, pourraient ainsi coopérer pour organiser des missions d'appui de plusieurs mois. Celles-ci permettraient d'accompagner des jeunes et de les former aux spécificités de santé publique du territoire. Cette période tutorée pourrait faire naître des projets d'installation.

2.3.3 Des aides à l'installation encore mal connues et inefficaces seules

La France dispose d'une large palette de dispositifs incitatifs, qui repose sur un triple niveau d'intervention : les aides conventionnelles, les aides de l'Etat et les aides des collectivités territoriales.

Ces aides au maintien et à l'installation des médecins sont liées au zonage arrêté par l'ARS qui définit les zones d'intervention prioritaires (ZIP). En Guyane, les 22 communes sont toutes classées en ZIP. Ainsi, un médecin qui fait le choix d'une installation en Guyane, peut prétendre à ces aides, sous forme d'aide en investissement à l'installation, de garantie minimum de revenu d'activité, d'aide en fonctionnement proportionnée aux revenus d'activité et de prise en charge des frais de déplacement. Ces dispositifs montent en puissance. En 2019, quatorze médecins, deux chirurgiens-dentistes et neuf sages-femmes ont bénéficié de mesures incitatives à l'installation pour un montant total de 380 000 €. En 2020 (chiffres arrêtés à novembre), des aides, d'un montant total de 853 000 € ont été allouées à 20 médecins et neuf sages-femmes. Mais ces incitations financières doivent être complétées par d'autres mesures, en termes d'attractivité et de modalités d'exercice pour attirer et fidéliser des professionnels.

2.3.4 Les déterminants à l'installation des jeunes médecins sont multiples et ne se limitent pas à des considérations financières

Si les attaches antérieures à un territoire ou la connaissance de celui-ci, notamment pendant les études, sont des critères de choix du lieu d'installation, ce ne sont pas les seuls déterminants.

Si les mesures incitatives peuvent aider, elles ne sont pas suffisantes pour emporter la décision d'installation du jeune médecin.

Une récente enquête du conseil national de l'ordre des médecins¹⁹ confirme que le cadre de vie, les conditions d'exercice et le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé, sont des facteurs-clefs pour l'installation des jeunes médecins.

Selon cette étude, seuls 3 % des jeunes médecins souhaitent un exercice isolé, 45 % veulent un exercice regroupé en Maisons de santé pluriprofessionnelles ou cabinets de groupe et 27 % se dirigent vers un exercice mixte, salarié et libéral.

En Guyane, c'est principalement un mode d'exercice isolé qui prévaut, il n'existe que cinq MSP²⁰. La création de MSP ne peut se faire sans le soutien de l'URPS, avec l'aide d'un pair « leader » local, qui mobilise les acteurs de santé du territoire. L'ARS et la CGSS peuvent aider en finançant un accompagnement pour la rédaction du projet de santé, et un support juridique. La CTG est également engagée pour accompagner l'éventuelle phase de construction de bâtiments ou de mise en place d'équipements. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) permet d'accompagner financièrement ces collectifs professionnels, notamment pour libérer du temps médical en finançant des postes de coordination et d'assistants médicaux (onze contrats d'assistants médicaux sont ainsi en cours de signature).

La possibilité d'un exercice mixte pour les jeunes médecins généralistes, accompagnés par le dispositif national des « 400 MG », qui permet à des jeunes en fin de cursus, de débiter leur exercice à temps partagé, entre le libéral (ou centre de santé) et l'hôpital (sur un statut de praticien contractuel), n'a pas trouvé son public en Guyane, alors même que ce mode d'exercice mixte est en apparence plébiscité.

Recommandation n°5 Favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes en leur proposant des modalités d'exercice diversifiées (maisons de santé, cabinets de groupe, exercice mixte ville-hôpital). Développer les maisons de santé pluriprofessionnelles et promouvoir le dispositif « 400 MG ».

2.3.5 Le cumul emploi retraite (CER), un dispositif utile en période de transition

Les médecins, membres du CDOM, ont insisté auprès de la mission, sur la nécessité d'accompagner les médecins qui prolongeront leur activité, pour corriger l'effet ciseaux inéluctable entre les départs à court terme et l'arrivée de nouveaux diplômés à moyen terme.

L'évolution du dispositif CER répond à cet objectif. Le CER permet à un médecin généraliste retraité, qui accepte de reprendre une activité, de bénéficier d'une exonération de cotisations complémentaires vieillesse, tant que son revenu annuel d'activité est inférieur à un plafond, plafond qui a été doublé au 1^{er} janvier 2020 et porté à 80 000 €. Le CER permet par ailleurs une souplesse

¹⁹ CNOM Enquête sur les déterminants à l'installation- avril 2019

²⁰ Les 5 MSP en Guyane : une sur la commune de Cayenne, 3 sur la commune de Matoury et une à St Georges de l'Oyapock qui a été rencontrée par la mission.

quant aux conditions d'exercice, en temps et en modalités. Le médecin en CER exerce le plus souvent sur des périodes discontinues en tant que remplaçant ou adjoint d'un médecin installé.

Le CDOM s'engage à relayer cette évolution du dispositif. La moitié des médecins retraités sont inscrits par le CDOM comme étant « actifs ». Cependant, la mission n'a pas pu obtenir le nombre de médecins bénéficiant du CER. Les médecins de l'URPS rencontrés par la mission ont proposé une mesure d'exonération fiscale pour le maintien en activité des médecins, à l'image des règles fiscales proposées dans les zones d'aide à finalité régionale (ZAFR).

La mission propose plutôt que soit étudiée la mise en place d'un dispositif d'exonération de charges fiscales et sociales en faveur des professionnels de santé libéraux s'installant en Guyane, sur le modèle des dispositifs ZFU/ZRU, sous condition stricte de maintien de leur présence en Guyane, sur le moyen terme.

2.3.6 Des communautés professionnelles territoriales de santé pour améliorer l'accès aux soins sur les territoires et développer l'exercice coordonné

Créée par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé, la CPTS a pour vocation d'être une organisation souple de coordination, à la main des professionnels libéraux, notamment quand ils sont organisés en MSP, autour d'un projet de santé qui tient compte des besoins du territoire. Ce projet de santé de territoire permet de déterminer les priorités de prévention (cf. chapitre précédent), de s'accorder sur une organisation pour les soins non programmés et l'accès au médecin traitant. Il détermine les conditions de déploiement de la TLM, télésoins ou téléexpertise. Il valide les pratiques partagées sur des filières prioritaires pour ce territoire, par exemple santé mentale, ou périnatalité. Un accord conventionnel interprofessionnel signé en juin 2019, vise à apporter un soutien financier au fonctionnement de ces CPTS et à l'investissement (outils numériques) et finance certaines missions comme la prévention. Cet accord conventionnel permet également de valoriser le travail de coordination nécessaire pour accompagner les missions collectives et libérer ainsi du temps soignant.

Il n'y a aujourd'hui en Guyane, aucun projet de CPTS, validé par la CGSS et l'ARS.

Ce dispositif est sans doute encore mal connu par les professionnels ; un travail préparatoire de conception, regroupant l'ARS, les URPS, la CGSS et le GHT constitue un préalable. Les médecins libéraux très occupés par leur exercice quotidien objectent, à raison, le manque de temps pour formaliser un projet de santé pluriprofessionnel. Le soutien des URPS, l'implication d'autres professionnels de santé (IDE et pharmaciens notamment), et un accompagnement externe avec soutien financier de l'ARS, peuvent lever ce frein.

Dans le chapitre à suivre sur les CDPS, le rapport revient sur tout l'intérêt de ce collectif professionnel de santé pour rassembler tous les soignants des territoires isolés. En l'absence de médecin libéral sur ces territoires, l'initiative de création de CPTS doit être portée par le CHC, qui gère les CDPS.

Recommandation n°6 Promouvoir et soutenir la création de communautés professionnelles territoriales de santé. Adapter le cadre conventionnel pour que ces communautés puissent se constituer dans les territoires isolés, où n'exercent pas de médecins libéraux.

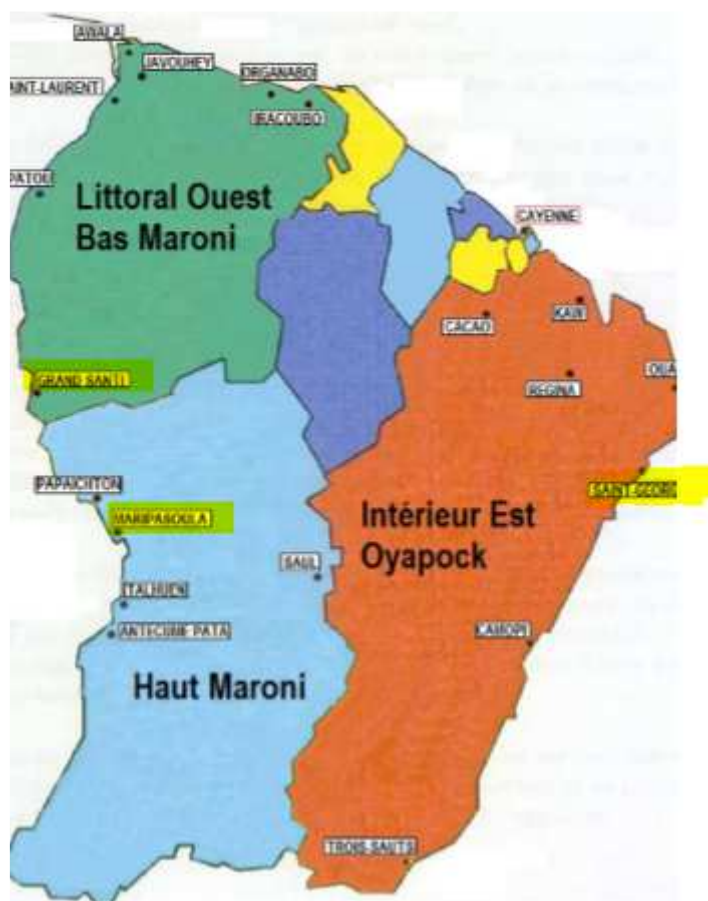
2.4 Des centres délocalisés de prévention et de soins à conforter et des hôpitaux de proximité à labelliser, pour renforcer l'offre de soins primaires dans les territoires isolés

L'offre de soins primaires des CDPS, qui dépendent de l'hôpital public (du CHC), représente une spécificité de la Guyane et un atout pour une réponse aux besoins de soins de proximité d'une population vivant dans des habitats éclatés sur le territoire, avec des voies de communication réduites et soumises aux aléas climatiques (pirogues et avion).

2.4.1 Un atout majeur pour les territoires qui justifie le plan de développement envisagé par le CHC

17 CDPS sont répartis sur le territoire, huit accessibles par la route, neuf par pirogue ou avion.

Carte 2 : Les CDPS en Guyane



Source : Centre hospitalier de Cayenne – plaquette « les CDPS en Guyane »

L'activité principale des CDPS est le soin. Plusieurs d'entre eux interviennent à distance du centre, dans des écarts (hameaux) éloignés, avec déplacement d'équipes (médecin, IDE et sage femmes) et à des fréquences régulières, a minima mensuelles. L'utilité de cette offre sur des territoires souvent isolés et très étendus n'est plus à démontrer. Ils ont une file active d'environ 30 000 patients, stable depuis plusieurs années et réalisent plus de 160 000 consultations annuelles. Ils procèdent, chaque année, à plus de 1500 transferts vers les hôpitaux dont plus de 900 en urgence.

Ces opérations de transfert sont très coûteuses en temps et en gestion pour les équipes sur place. Le recueil de leur activité est informatisé, et ces données de santé seront intégrées au DPI en cours de test. Cette interopérabilité est indispensable pour le suivi individuel mais aussi épidémiologique des populations.

Le centre hospitalier de Cayenne prévoit de développer l'activité des CDPS, pour mieux répondre à des besoins en croissance en raison de la pression démographique, et pour améliorer la qualité des services rendus. **Ce projet comprend un volet en termes d'équipements et de développement de l'activité, avec la reconstruction de plusieurs CDPS (Camopi, Papaïchton et Apatou), l'ouverture de deux nouveaux centres, à Providence et Trois Palétuviers sur le fleuve Oyapock, la médicalisation renforcée de plusieurs d'entre eux et la multiplication de consultations de spécialistes. Ce projet comprend également un renforcement du pilotage des centres, la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui administratif et logistique. La mission partage pleinement ces objectifs** (cf. recommandation 10). Le directeur du CHC demande, d'ores et déjà, un soutien financier renforcé²¹, dans le cadre de ses dotations attribuées, compte tenu de la mission prioritaire remplie par les CDPS, au regard de la spécificité géographique de la Guyane.

Installés dans des territoires isolés, les CDPS doivent être vigilants à entretenir des liens avec les représentants locaux, élus et usagers. Le comité territorial de santé décrit au § 2.2.3 et objet de la recommandation n° 4, peut constituer le cadre de ce dialogue pour expliquer les projets et recueillir les attentes. Cette implication des élus dans la territorialisation des projets de santé décline aussi la mesure 10 des accords du Ségur.

2.4.2 Des facteurs de fragilité à corriger

2.4.2.1 Limiter le taux de rotation des professionnels de santé

En 2018, 85 recrutements de médecins ont été nécessaires dans les CDPS pour couvrir 19 ETP médicaux, soit un taux de rotation de 6,7 praticiens par poste. Les conditions d'exercice dans des locaux parfois vétustes et exigus, les difficultés logistiques liées à l'éloignement du CHC, les conditions de logement trop souvent précaires (par exemple pas de congélateur ni de machine à laver) sont autant de facteurs explicatifs à ce taux. Des innovations organisationnelles sont nécessaires pour y répondre, comme le temps de travail annualisé, déjà ponctuellement utilisé, l'exercice mixte salarié avec d'autres services hospitaliers ou avec le secteur libéral au sein de MSP, qu'elles soient en Guyane ou en métropole. Plusieurs médecins et IDE rencontrés, trouveraient ainsi un intérêt pour une activité mixte entre le CDPS et un service hospitalier, dans des disciplines très présentes dans les centres, comme les urgences, maternité, maladies infectieuses, ce qui aurait pour eux le double avantage de partager les pratiques et de mieux se connaître. Ces innovations organisationnelles sur le temps de travail pourraient faire l'objet d'expérimentations dans le cadre du Ségur de la santé.

À côté de ces personnels exerçant sur des courtes périodes, la mission a également rencontré des personnels en poste depuis plusieurs années qui sont des référents et assurent une continuité pour l'accueil, le soutien et la formation des autres personnels plus mobiles. Ce sont par exemple les cadres de santé à Maripasoula et Grand Santi, les médecins de Saint-Georges de l'Oyapock, Maripasoula ou Grand santi, l'aide-soignant de Saint Georges de l'Oyapock, l'IDE de Camopi ou de Cacao.

²¹ En 2018, le budget consacré par le CHC aux CDPS se montait à 18 millions, financé à hauteur de 14,5 millions par des crédits au titre de la mission d'intérêt général (MIG). Le déficit structurel de fonctionnement des centres pour le CHC se montait à près de 3 millions.

Recommandation n°7 Renforcer l'attractivité des CDPS pour les soignants et limiter le taux de rotation élevé des personnels, en adaptant le temps de travail et les modalités d'exercice (exercice mixte entre la Guyane et la métropole, entre la ville et l'hôpital, entre le soin et la prévention...).

2.4.2.2 S'appuyer sur la délégation de tâches pour libérer du temps médical

Développer, en Guyane, des protocoles de coopération conformément à la loi d'organisation et de transformation de notre système de santé (OTSS) s'avère très compliqué, au vu des exigences en termes de calendrier et de formalisation. Il est, en revanche, possible d'intégrer des protocoles nationaux. Le CHC doit expertiser les possibilités d'intégrer certaines de ses équipes aux protocoles nationaux art 51, validés par la Haute autorité de santé (HAS). Plusieurs de ces protocoles répondent aux pratiques actuelles de délégation, qui se font aujourd'hui en dehors de tout cadre, mais qui s'avèrent très utiles au quotidien, comme la réalisation de sutures simples, ou la surveillance de patients traités pour insuffisance cardiaque, le contrôle de stimulateurs cardiaques (pacemakers). Autre bénéfice à cette déclaration, c'est la possibilité de reconnaître, par une prime de coopération de 100 € par mois, l'implication des soignants dans ces protocoles.

Par nécessité et par expérience, des infirmiers en activité prolongée au sein de certains CDPS ont élargi leur champ de compétences et pratiquent des actes « délégués », en réponse aux besoins et aux attentes des patients qui y consultent : surveillance d'une maladie chronique traitée, sutures de petites plaies, vaccinations, sont des exemples relatés par les professionnels sur le terrain.

La loi²² introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux et le diplôme d'infirmier en pratique avancée a été créé par voie réglementaire²³. La formation de niveau master pour l'exercice de ce nouveau métier, abordée dans la partie du rapport consacrée à la formation, sera peut-être une réponse à moyen terme. À court terme, en lien avec l'université, les compétences acquises par ces IDE devraient être reconnues. Il convient de les soutenir dans la constitution de leur dossier, pour une reconnaissance de diplôme par la validation des acquis de l'expérience (VAE), processus de reconnaissance particulièrement adapté pour ces soignants exerçant en territoires isolés.

Recommandation n°8 Favoriser les délégations de tâches, en adossant les coopérations interprofessionnelles existantes à des protocoles nationaux « article 51 », et verser la prime de coopération correspondante. Accompagner les IDE en exercice au sein des CDPS dans un parcours de VAE pour la reconnaissance de leur qualification au niveau du master IPA.

2.4.2.3 Mieux accompagner l'exercice isolé qui insécurise les professionnels

Le partage des pratiques pour conforter la décision médicale, la formalisation de filières de soins courtes en cas d'urgences, la disponibilité d'avis spécialisés à la demande par téléexpertise, l'organisation de consultations avancées spécialisées, sont autant de pistes pour accompagner cet exercice isolé en CDPS, si particulier. Ces projets, partagés par la direction des CDPS, doivent être concrétisés rapidement.

²² Article 119 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

²³ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée.

Recommandation n°9 Soutenir l'exercice médical isolé dans les CDPS, en organisant des filières de prise en charge, en facilitant le recours à la téléexpertise, en mettant en place une plateforme territoriale d'appui à la gestion des cas complexes, et en améliorant les conditions de logement des soignants.

2.4.2.4 Donner accès aux soins dentaires, au dépistage des troubles visuels et organiser le recours à des avis spécialisés

Toutes les équipes des CDPS ont signalé l'absence de soins dentaires pour les populations alors que, dans certains centres, des fauteuils dentaires ont déjà été livrés, qu'il convient d'installer.

La prévention bucco-dentaire des enfants n'est pas réalisée. Le dépistage des troubles visuels de réfraction chez les enfants avec, quand ils existent, des conséquences sur les apprentissages, doit être organisé en lien avec la santé scolaire et la PMI. Des plages de consultations de spécialistes par téléexpertise doivent être programmées pour renforcer le suivi des pathologies chroniques.

2.4.2.5 Coordonner les professionnels et structures de santé intervenant en territoires isolés en créant des CPTS

La spécificité de gestion de ces centres de santé par l'hôpital public ne doit pas empêcher la création de CPTS, dont les principes ont été précisés au § 2.3.6. Dans ces territoires isolés, l'enjeu de regrouper les professionnels et structures de santé constitue une priorité. Regrouper tous les intervenants présents, peu nombreux mais très impliqués, pour formaliser un projet territorial de santé est une nécessité. **Même (et surtout) en l'absence de médecin libéral sur ces territoires, il faut réunir les forces présentes autour d'un projet territorial et rendre possible l'accompagnement financier des missions au même titre que ce que prévoit l'accord conventionnel interprofessionnel signé avec l'Assurance Maladie.** « L'exception territoriale » justifie que ce financement forfaitaire soit alloué, même si le projet est porté par l'hôpital public. Il permet une valorisation des missions de coordination et de prévention.

2.4.2.6 Renforcer l'accompagnement social

Ces centres sont souvent le seul recours aux soins pour un territoire et la gratuité des soins pratiqués constitue également un facteur d'attractivité pour des populations sans couverture sociale. L'accompagnement social de ces usagers pour accéder aux droits, à la prévention et aux soins représente une charge administrative pour les personnels soignants présents qui préparent les dossiers traités ensuite par la permanence d'accès aux soins (PASS) du CHC.

L'accompagnement social de proximité est une nécessité pour libérer du temps soignant et gagnerait à être défini d'un commun accord entre la CGSS et la PASS du CHC.

De même, la préfecture devrait examiner la possibilité pour les maires, agents de l'Etat, de délivrer les autorisations nécessaires à l'obtention de l'AME.

2.4.2.7 Clarifier la gouvernance des CDPS

La direction des CDPS est aujourd'hui rattachée au pôle santé publique et recherche du CH de Cayenne.

L'amélioration du fonctionnement des CDPS passe, à court terme, comme le demande le directeur du CHC, par un renforcement de l'équipe de coordination (aujourd'hui deux personnes). Mais, au-delà, la mission considère que pour consolider la gouvernance, son autonomie est nécessaire. La coordination des CDPS doit devenir le quatrième pilier du futur CHU multisites, dont les principes et modalités seront précisés dans la partie « gouvernance ». Le directeur délégué des CDPS devra avoir des responsabilités managériales, logistiques et de coordination médicale. Avec une délégation de gestion plus importante, il aura les marges de manœuvre pour traiter les aléas du quotidien et engager des projets visant à améliorer la qualité des pratiques et la qualité de vie au travail. Cette direction déléguée facilitera les innovations organisationnelles. Ainsi, les réponses rapides et réactives aux besoins identifiés pendant la période de crise sanitaire Covid 19, ont fait la preuve de leur efficacité et ont été signalées comme très positives par les équipes des centres, comme l'ouverture d'hôtels hospitaliers, l'augmentation des rotations aériennes, le changement rapide de matériels défectueux. Cette autonomie de gestion et de décision déléguée à la direction des CDPS s'inscrit dans la mesure 18 du Ségur de la santé.

Elle impliquera la mise en place de procédures adaptées en matière de support logistique (comme, par exemple, des systèmes de droit de tirage en matière d'achats) afin de répondre plus efficacement qu'aujourd'hui aux besoins matériels des CDPS, lesquels sont d'une nature très différente de ceux exprimés par les services du CHC et impliquent une réactivité qui fait, trop souvent, défaut.

Recommandation n°10 Développer les CDPS, en élargissant leurs implantations, en renforçant leurs moyens humains et financiers et en modernisant leurs équipements. En faire le quatrième pilier du futur CHU et les doter d'ores et déjà d'une direction déléguée dédiée.

2.4.3 Les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint Georges de l'Oyapock sont à renforcer pour aller vers la labellisation d'hôpitaux de proximité

Ces trois centres de santé sont, chacun, la « tête de pont » des CDPS du secteur géographique couvert (Haut-Maroni, Bas-Maroni et Oyapock). Ils assurent 50 % de l'activité totale des CDPS, ont un recours possible à la biologie délocalisée et des lits de « mise en observation » et ils y ont surveillé 2000 patients en 2018, le plus souvent pour des durées supérieures à 24 heures. Ils sont tous équipés d'un chariot d'urgence et d'une salle de déchocage.

2.4.3.1 La loi de juillet 2019²⁴ relative à l'organisation et la transformation de notre système de santé crée les hôpitaux de proximité

L'hôpital de proximité assure le premier niveau de la gradation des soins, et oriente les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours adaptés à leurs besoins.

Selon la loi, la spécificité de l'hôpital de proximité est son ancrage territorial ; il constitue également le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers. Il exerce des activités de médecine, propose

²⁴ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, titre II, chapitre II, articles 35 et 36.

des consultations de spécialités, dispose d'un accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté. Il n'exerce pas d'activité de chirurgie et d'obstétrique.

Le calendrier de concertations en cours pour la rédaction du décret en Conseil d'Etat visant à préciser les conditions d'application de ces articles et la révision du régime des autorisations, permet d'envisager des adaptations du modèle, pour labelliser ces trois hôpitaux de proximité, sites délocalisés du CHC, pour autant que les pistes d'évolution de l'offre, proposées ci-dessous, soient suivies. Ainsi, sur chacun de ces territoires isolés, ces hôpitaux de proximité apporteront une réponse aux besoins de la population, favoriseront la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, participeront à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé et contribueront à la prise en charge des soins non programmés.

2.4.3.2 Conforter les missions de prévention en santé publique des EMSPEC récemment mises en place dans ces trois centres

Les EMSPEC ont rejoint récemment les équipes soignantes de ces trois centres. Une IDE, avec l'appui de médiateurs en santé, intervient auprès des populations, selon la démarche du « aller vers », par exemple sur la nutrition ou la santé sexuelle. La note de cadrage qui précise leur périmètre d'intervention identifie cinq axes²⁵.

Il faut veiller à mieux intégrer ces équipes mobiles aux équipes soignantes exerçant dans ces CDPS. Le risque est en effet de reproduire une dissociation prévention / soins sur ces territoires, alors que, comme rappelé au chapitre prévention, c'est la bonne maille pour agir sur les parcours de santé.

L'appui des associations et des médiateurs est reconnu par tous comme un relais indispensable pour réaliser ces missions de « aller vers » et leur suivi dans le temps. Une action de prévention n'a d'efficacité que si elle est coordonnée entre tous les intervenants et répétée.

2.4.3.3 Ouvrir des unités médicales d'hospitalisation de courte durée

C'est une perspective intégrée au plan de développement des CDPS déjà mentionné.

Passer d'une surveillance de plusieurs jours dans un lit de « mise en observation » normalement limité à moins de douze heures, à une hospitalisation de plusieurs jours, constitue une réponse adaptée à la prise en charge de patients justifiant d'un suivi dans le cadre de soins non programmés. Alors que ces CDPS sont tous à plus de 30 mn d'un service d'urgence autorisé, la création de ces unités, avec un encadrement en personnels et un plateau technique pour des examens standards (biologie et imagerie), permettrait de se donner le temps nécessaire pour confirmer le diagnostic, éviter des EVASAN pour des traumatismes légers (diagnostic différentiel fracture non déplacée/ entorse par exemple) et de prendre ainsi des décisions médicales plus performantes.

Le personnel soignant assure aujourd'hui des astreintes pour accueillir les soins non programmés et surveiller les patients présents dans les lits de mise en observation (ils y restent très souvent au-delà de douze heures). La création d'une unité médicale d'hospitalisation de courte durée, adossée au pôle urgences et soins critiques du CHC, nécessitera un renforcement de l'équipe médicale et soignante. Les médecins des centres seraient des « médecins correspondant SAMU » avec la formation qui s'y rapporte. La colonelle, cheffe du service de santé des armées (SSA) de Guyane, rencontrée par la

²⁵ Les 5 axes d'intervention des EMSPEC : l'observation et le recueil des données territoriales de santé ; la prévention, promotion de la santé et campagnes de vaccination et de dépistage ; la formation continue ; soins et structuration des prises en charge spécifiques et projets de coopération transfrontalière

mission, a souligné l'intérêt du partage des pratiques d'urgence. Les médecins de ces hôpitaux de proximité pourraient bénéficier d'un renforcement de leurs compétences dans la prise en charge des urgences, grâce à la participation de médecins spécialistes du SSA.

L'expertise sur les conditions d'implantation (matériel, encadrement médical et paramédical), et d'autorisation de cette unité délocalisée du CHC, recommandée par la mission, relève de la direction générale de l'organisation des soins et la mise en œuvre relève d'une décision de l'ARS.

2.4.3.4 Créer un centre périnatal de proximité afin de coordonner les interventions des soignants

Depuis 1998, une maternité qui cesse d'être autorisée peut devenir un centre périnatal de proximité (CPP). Le plan périnatalité de 2005 préconisait la création de CPP dans les établissements, même s'il n'y avait pas eu auparavant « un site d'accouchements ». Le fonctionnement du CPP s'appuiera sur une convention de collaboration entre la PMI, le CDPS et la santé scolaire, afin de coordonner les activités, de partager les pratiques, de mutualiser les ressources, et, si nécessaire, de définir les modalités d'une délégation de gestion dont le financement devra être assuré. Un meilleur suivi des grossesses pourra permettre de retarder d'une à deux semaines le départ des femmes enceintes vers le CHC, et il sera possible d'expérimenter un suivi post partum de proximité.

2.4.3.5 Développer la dialyse péritonéale

L'insuffisance rénale chronique terminale est une pathologie très fréquente en Guyane, qui touche des personnes encore jeunes. La prévalence de la dialyse est 2,4 fois plus importante qu'en métropole : 681 patients en 2017 avec un taux standardisé de 1 694 pour un taux hexagonal à 712.

Jusqu'à l'année dernière, les patients devaient tous se rendre à Cayenne pour leurs séances d'hémodialyse, 3 fois par semaine. Depuis 2019, des postes d'hémodialyse ont été ouverts au CHOG pour couvrir l'Ouest du territoire. Les élus de Saint-Laurent du Maroni, rencontrés par la mission, se sont félicités de cette évolution de l'offre sur leur territoire. Mais nombreux sont encore les malades de l'intérieur qui doivent déménager pour bénéficier de ce traitement chronique. La dialyse péritonéale est une modalité thérapeutique qui peut se pratiquer en dehors des unités d'hospitalisation. Des unités de dialyse péritonéales pourraient être installées dans ces trois CDPS, avec le soutien de la HAD. En 2019, 1 100 séances de dialyses ont été réalisées pour des patients de l'Oyapock et 345 pour des patients du Maroni.

2.4.3.6 Intégrer ces futurs hôpitaux de proximité dans la structuration universitaire des hôpitaux guyanais

La structuration universitaire de ces CDPS, avec un temps partagé de chef de clinique universitaire de médecine générale (CCUMG), doit accompagner le renforcement de leur activité. Il y a aujourd'hui deux CCUMG en poste, un à Cayenne et un à St Laurent du Maroni. Leur nombre devra être porté à trois pour couvrir également le secteur de Saint-Georges de l'Oyapock. Cette évolution favorisera l'accueil des internes de MG, notamment en fin de cursus et permettra d'accueillir des externes ou des étudiants en missions de volontariat civique.

Cet encadrement universitaire sera facteur d'attractivité pour les jeunes médecins attirés par cette pratique médicale, qui revêt une dimension humanitaire. Ce renforcement universitaire des territoires correspond à la mesure 5 des accords de Ségur. Cette proposition est à mettre en relation

avec celle présentée dans la partie recherche du présent rapport, visant à intégrer « la médecine des fleuves » comme axe de recherche spécifique pour la Guyane.

Recommandation n°11 Renforcer l'offre de soins dans les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock et les labelliser en hôpitaux de proximité. Les doter d'unités médicales d'hospitalisation de courte durée, de moyens d'imagerie, d'un centre périnatal de proximité. Ouvrir des postes de chefs de cliniques de médecine générale pour promouvoir l'enseignement et la recherche sur ces territoires.

2.5 L'offre de soins hospitalière : des constats qui dessinent les priorités

La partie précédente sur les déterminants de santé de la population montre que, toutes causes confondues, près de 50 % des décès précoces ont des causes évitables.

Des spécificités épidémiologiques liées à la génétique, à l'environnement, aux conditions de vie, font que les pathologies dégénératives (diabète, hypertension artérielle, obésité) sont plus fréquentes, et responsables de complications plus précoces et plus graves (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, insuffisance rénale chronique ...).

2.5.1 Une activité hospitalière qui progresse régulièrement

Plus de 90 % de l'offre hospitalière est publique, exercée par trois centres hospitaliers répartis le long de la Guyane routière : le Centre hospitalier de Cayenne à l'est, le Centre hospitalier de Kourou et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni.

En 2019, l'ensemble des établissements de santé a enregistré un peu moins de 77 000 séjours, dont 85 % pour le public, avec quelques niches pour le privé : ophtalmologie, SSR, dialyse, interventionnel digestif et l'hospitalisation à domicile (HAD).

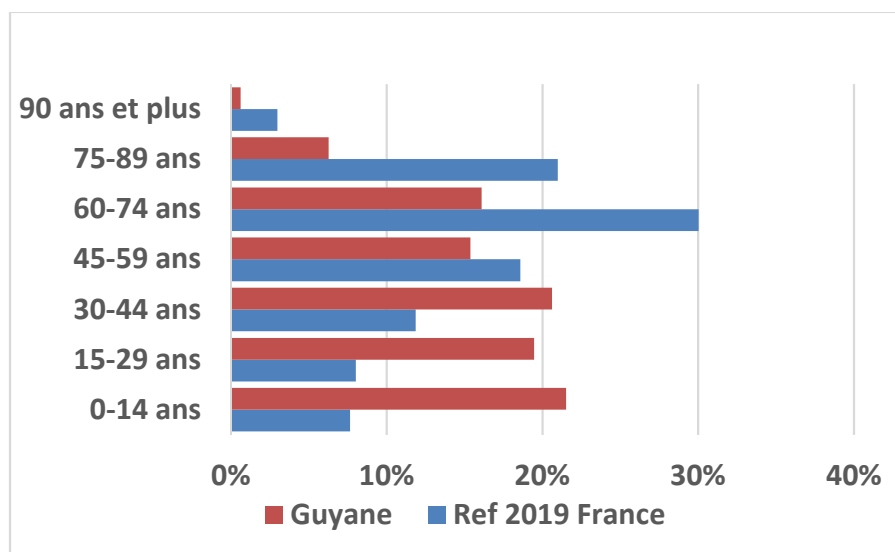
Cette activité globale a augmenté de 15 % en cinq ans.

Durant cette période, l'activité a fortement progressé au CHOG (+46 %) avec 16 500 séjours en 2019, et au CHC (+ 26 %) avec 40 000 séjours en 2019. À l'inverse l'activité a baissé au CHK (- 16 %) avec 6 900 séjours en 2019 et dans les cliniques privées (- 14 %) avec 13 500 séjours en 2019.

La répartition par classe d'âge est cohérente avec les caractéristiques démographiques comparées entre l'est et l'ouest et entre la Guyane et la métropole. La majorité des patients hospitalisés ont moins de 60 ans. Et la moitié des patients hospitalisés au CHOG ont moins de 30 ans.

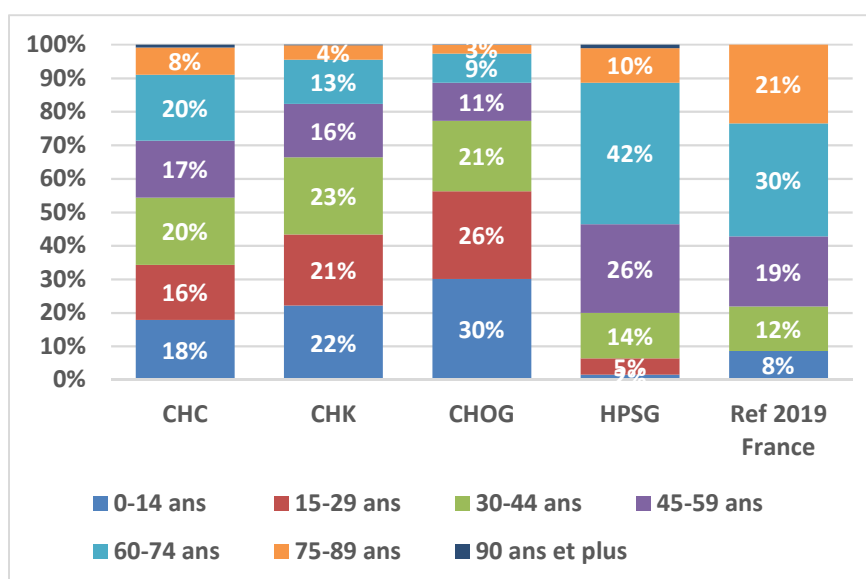
La progression d'activité observée depuis plusieurs années devrait continuer au vu de l'évolution démographique. L'impact sur le capacitaire ne peut cependant pas se déduire de ce seul critère, les modalités de prise en charge doivent également évoluer.

Graphique 1 : Pyramide des âges des séjours en 2019



Source : Diamant septembre 2020

Graphique 2 : GHT 2019 – pyramide des âges



Source : Diamant septembre 2020

2.5.2 Une faible dispersion des motifs de séjours et des séances concentrés sur certaines prises en charge

La répartition des séjours par discipline témoigne d'une concentration sur certaines activités (notamment prise en charge femmes enfants et séances d'hémodialyse) qui singularise l'activité de soins hospitaliers de proximité en Guyane :

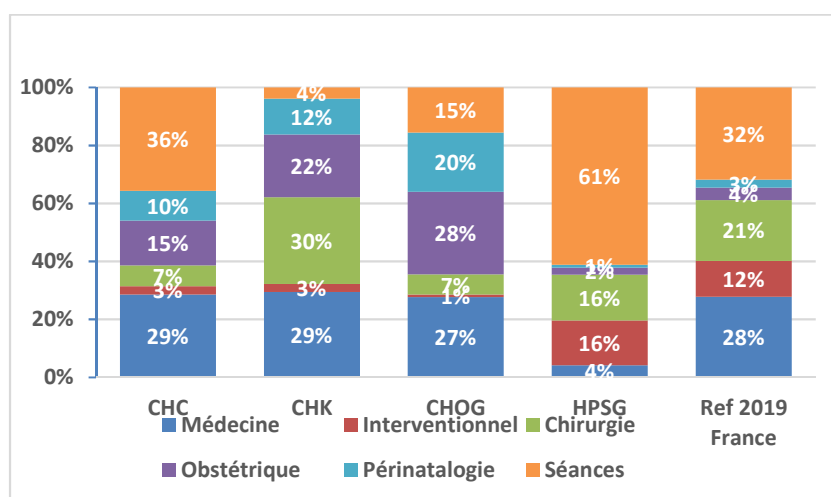
- Un fort taux de séances dû principalement aux séances de dialyse en cohérence avec la forte prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en Guyane. En 2019, la dialyse représente 61 % des séjours en clinique, 28,5 % des séjours du CHC et 12,6 % des séjours du CHOG (vs 10 % en moyenne nationale).

Le nombre de séances de dialyse augmente fortement : 17 000 séances en 2013, et 22 250 en 2019, avec une prévision de 26 000 séances en 2030. Le taux de fuite est faible (3 %) et un tiers des séances se déroule dans le privé.

Cette filière de néphrologie s'appuie sur une coopération territoriale aboutie, avec une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) et une équipe médicale territoriale qui a permis l'ouverture en 2019 de 16 postes de dialyse au CHOG, évitant ainsi aux patients d'aller trois fois par semaine à Cayenne pour leur dialyse. C'est une organisation régionale réussie et une référence à suivre pour d'autres disciplines, qui sera développée au § 2.6.

- l'activité « femmes enfants » est majoritaire au sein des trois CH, et atteint près de la moitié des prises en charge au CHOG, le tiers au CHK et le quart au CHC, alors qu'en moyenne nationale ce taux est inférieur à 10 % ;
- c'est au CHK que le ratio des activités chirurgicales est le plus important (30 %) ; il est singulièrement bas au CHC et au CHOG, inférieur à 10 % (vs 21 % au niveau national). Ces activités chirurgicales seront renforcées par le recrutement récent de chirurgiens (trois au CHC, deux au CHOG et un au CHK). Cependant l'efficacité de l'organisation des blocs chirurgicaux doit suivre (suivi du taux d'occupation, taux d'ouverture et taux de débordement). Les recommandations de la mission d'administration provisoire au CHC effectuée en fin 2018 pointaient déjà la nécessité de poursuivre les réorganisations médico-soignantes du pôle anesthésie-chirurgie.²⁶ Un audit de l'organisation des blocs opératoires qui a été mené par un cabinet conseil selon la méthodologie nationale retenue par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP²⁷) conclut que « les premières analyses semblent montrer des marges de manœuvre sur les ressources engagées. » ;
- pour les cliniques, sans surprise, ce sont les séances (hémodialyses) et les activités chirurgicales et d'endoscopie digestive qui prédominent.

Graphique 3 : GHT Guyane 2019 – prises en charge



Source : Diamant 2019

²⁶ Bilan et perspectives du CH de Cayenne 6 mois après l'administration provisoire, Jean Debeaupuis, Hamid Siahmed, Françoise Zantman. Rapport IGAS, 2019-054R, décembre 2019.

²⁷ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

2.5.3 Une typologie de séjours qui justifie une évolution de certaines modalités de prise en charge

- Des durées de séjour trop longues.

Les raisons sont multifactorielles, liées aux conditions sociales des patients (précarité), à leur éloignement des lieux de soins, aux manques de lit d'aval ou à des causes liées à l'organisation interne : gestion des lits, efficacité des plateaux techniques, anticipation des sorties. Dans une analyse des séjours réalisés au CHC en 2017, le Pr Nacher a montré²⁸ que « *les patients en situation de précarité présentent un indicateur de performance de durée moyenne de séjour (IP DMS)²⁹ (1,44) supérieure à celle des patients non précaires (1,25) ».*

Les conséquences sont également multiples, perte en tarification à l'activité (T2A), augmentation des taux d'occupation, impact sur la notoriété, et insatisfaction des patients.

Tableau 2 : Indicateurs de performance des hôpitaux par type d'activité en 2018 et 2019

IP DMS	CHC		CHK		CHOG	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018
Global	1,46	1,29	1,124	1,084	1,030	0,990
Chirurgie	1,94	1,39	1,103	1,05	1,361	1,180
Obstétrique	1,62	1,5	1,05	1,02	0,889	0,859
Médecine	1,41	1,24	1,233	1,195	1,126	1,156

Source : PMSI

Le développement des hôtels hospitaliers (« hospitels ») et de la fonction de gestionnaire de lits doit permettre de diminuer les durées de séjours. Dans son étude, le Pr Nacher a montré que l'accueil en « hospitel » des mères en attente d'accouchement, ou des patients en attente d'examen complémentaires ou de consultations, abaisserait l'IP DMS de 0,13.

L'autre argument avancé pour expliquer ces séjours trop longs, est le manque de structures d'aval. C'est une réalité. L'amélioration de l'aval est également déterminante et la coopération entre le GHT et les services d'hospitalisation à domicile (HAD), relevant du groupe privé Rainbow est très perfectible. Une partie du territoire est couverte par l'HAD en soins généraux, filière pédiatrique, gériatrie, obstétrique, soins palliatifs, une filière soins de suite et de réadaptation (SSR) est à venir. Ce groupe a, sur les sites hospitaliers, des infirmiers de liaison pour faciliter les demandes d'admission, mais cette coopération « public/ privé » manque de fluidité, alors que des médecins spécialisés, exerçant au sein de cette structure, pourraient utilement mobiliser du temps médical

²⁸ Nacher M, et al. Calcul de l'IP DMS en Guyane : prendre en compte le poids réel de la précarité et de l'isolement. Rev Epidemiol Santé Publique 2020

²⁹ L'IP DMS est un indicateur de performance basé sur la DMS nationale, nombre de journées établissement/ nombre de journées standardisées.

partagé, notamment en pédiatrie, gériatrie, soins palliatifs ou médecine physique et de réadaptation (MPR).

La réduction des durées de séjour passe par l'ouverture d'hôtels hospitaliers, une meilleure organisation des séjours, avec le développement de la fonction de gestionnaire de lits et une anticipation de l'aval. Une meilleure coopération avec la HAD est indispensable, à la fois pour anticiper des sorties et partager du temps médical spécialisé.

Tableau 3 : Évolution des HAD pour patients guyanais de 2015 à 2019

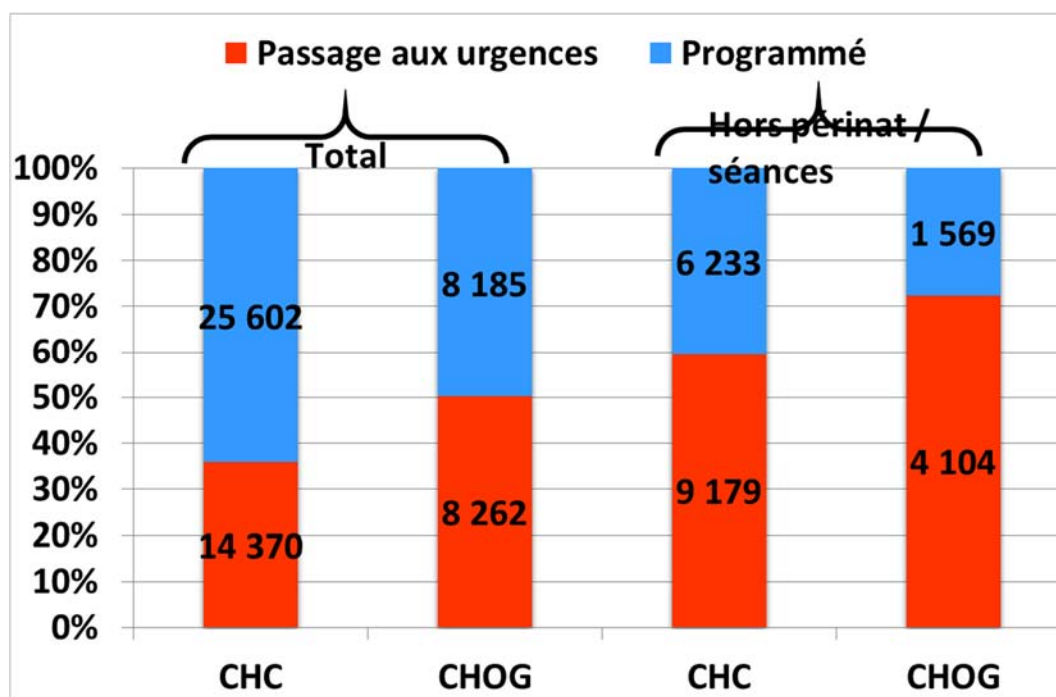
Age		2015	2016	2017	2018	2019	2019 / 2015
0-14 ans	Patients	140	36	166	192	216	54 %
	Journées	4 888	1 078	8 303	12 164	14 219	191 %
15 ans et plus	Patients	841	276	767	762	794	-6 %
	Journées	47 758	12 301	56 071	60 050	60 641	27 %
Total	Patients	970	311	912	940	996	3 %
	Journées	52 646	13 379	64 374	72 214	74 860	42 %

Source : Diamant 25 novembre 2020

- Un faible taux d'activité programmée

Un séjour sur deux au CHOG est passé par les urgences, ce taux est d'un tiers au CHC et au CHK. Ce mode d'entrée concerne principalement les jeunes (moins de 30 ans) et les personnes âgées (plus de 75 ans).

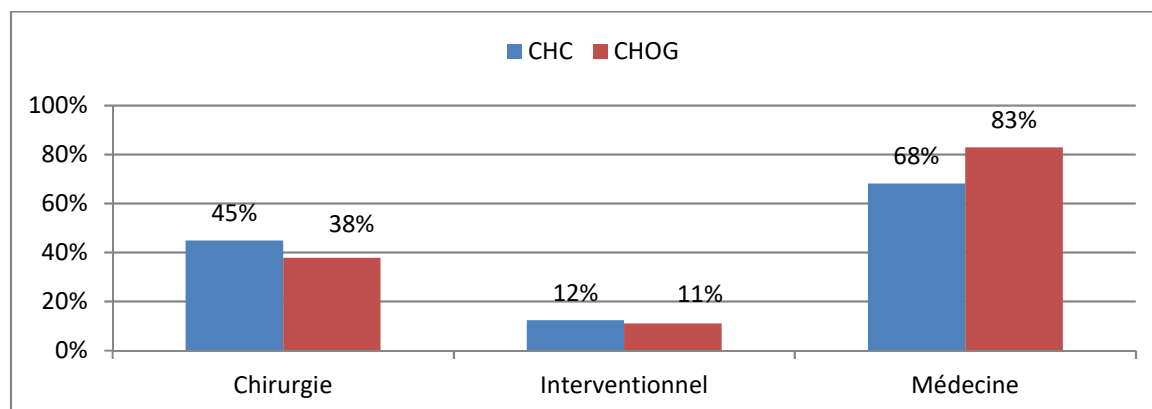
Graphique 4 : Passage aux urgences et activité programmée au CHC et au CHOG en 2019



Source : En nombre de séjours source Diamant 2019

L'hospitalisation programmée en médecine est très minoritaire, que ce soit au CHC ou au CHOG. Les données du CHK n'ont pas pu être analysées.

Graphique 5 : Taux d'admission en urgence par secteur et par établissement



Source : PMSI 2019 (données CHK non disponibles)

Les facteurs explicatifs peuvent relever à la fois d'un déficit de médecins libéraux mais aussi d'une filière ville hôpital mal organisée. Si l'hôpital ne peut que constater et prendre en charge des patients sans médecin traitant, qui justifient d'une hospitalisation après passage aux urgences, il peut à l'inverse organiser des filières courtes ville/ hôpital, notamment pour les personnes âgées.

- Un faible recours à la chirurgie ambulatoire.

Avec 2 635 séjours de chirurgie ambulatoire en 2019, le taux de chirurgie ambulatoire à l'échelle du GHT est de 36 %, avec une faible progression (plus cinq points) depuis 2015. Ce taux est inférieur à celui observé dans l'ensemble du pays qui se situe à 59 %. C'est au CHC que ce taux est le plus bas (31 %), alors qu'il a progressé ces dernières années au CHOG (40 %) et au CHK (42 %).

Seul un acte sur deux est réalisé en ambulatoire, pour le groupe des 18 gestes marqueurs identifiés au niveau national comme étant réalisables majoritairement (>80 %) en ambulatoire. Parmi les gestes marqueurs, c'est la chirurgie de l'utérus qui prédomine dans les trois établissements.

Le développement de l'ambulatoire dépend de la mise en place d'une organisation adaptée et de circuits patients spécifiques, avec des unités de chirurgie ambulatoires identifiées, qu'elles soient autonomes, intégrées ou satellites. Au-delà de l'évolution organisationnelle nécessaire, c'est la présence du binôme chirurgien/ anesthésiste qui est déterminante.

2.5.4 Le GHT récemment constitué permet de sortir d'un système concurrentiel entre les trois centres hospitaliers

Le regroupement de l'offre publique du territoire constitue un atout pour renforcer l'offre de soins et sortir d'un système concurrentiel entre les trois centres hospitaliers, qui étaient auparavant mobilisés sur des dynamiques internes de changement : deux administrations provisoires au CHC, une reconstruction du CHOG, un changement de statut, avec entrée dans la fonction publique hospitalière pour le CHK. Chacun d'eux avait également contractualisé avec l'ARS un plan de retour à l'équilibre.

Les lignes directrices de la coopération entre les trois établissements, fixées par la convention constitutive, visent à garantir une offre de proximité de territoire et à développer une offre de recours graduée. L'évolution de l'offre ne peut se concevoir qu'avec un renforcement de la qualité et de la sécurité des soins, qui s'appuie sur des équipes médicales et soignantes correctement dimensionnées et qualifiées et sur des pratiques professionnelles partagées, conformes aux recommandations validées par la Haute autorité de santé.

2.6 Des partenariats externes et internes à renforcer

De nombreux partenariats extra régionaux existent déjà, avec l'objectif d'améliorer les pratiques, en s'appuyant sur l'expertise médicale à distance avec des « staffs » communs, des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), des procédures partagées de prise en charge, avec les Hospices civils de Lyon (HCL), le centre Léon Bérard, le CHU de Besançon, de Martinique et l'APHP. Des missions d'expertise en Guyane ont été menées par des équipes APHP en pédiatrie, gynécologie obstétrique et pour les activités de recherche. Mais ces missions ponctuelles doivent être suivies dans la durée, avec des pilotes locaux, pour assurer la réalisation des projets.

Pour accompagner l'amélioration de l'offre, il est proposé d'adosser les services à renforcer à des services universitaires partenaires sur le territoire national. Il s'agit de créer des unités mixtes médicales par spécialité, non seulement pour partager l'expertise médicale et faciliter les prises en charge en Guyane, mais aussi pour favoriser les stages d'internes hors CHU de rattachement, sur des projets adaptés aux réalités du territoire, pour proposer des postes partagés de chefs de clinique ou d'assistants, et pour faciliter des périodes d'exercice de praticiens de métropole en Guyane par le biais de mises à disposition.

Les conventions d'association pour ces unités mixtes médicales proposeront également des coopérations sur des cursus de formation continue et des projets de recherche. Il s'agit, pour les services hospitaliers guyanais de bénéficier des compétences d'équipes innovantes à haut niveau d'expertise médicale, sur l'ensemble du territoire national. **Pour promouvoir ce type d'accord, la mission suggère que les services universitaires métropolitains qui s'y engagent bénéficient de crédits « missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » complémentaires.**

Recommandation n°12 Pour progresser vers la structuration universitaire des services hospitaliers en Guyane, en confortant les filières professionnelles, créer des unités médicales mixtes par spécialité, en partenariat avec des services universitaires de CHU.

À l'échelle du GHT, le modèle abouti de la coopération entre les disciplines est la fédération médicale inter hospitalière (FMIH). C'est une priorité stratégique du PRS 2 et une priorité médicale de la convention constitutive du GHT. C'est un mode d'organisation qui a fait ses preuves pour certaines disciplines, comme la néphrologie. La FMIH permet de coordonner des équipes médicales de territoire (EMT). Plusieurs EMT sont déjà opérationnelles³⁰, d'autres sont en projet. Dans une organisation sous contrainte de ressources et d'éloignement des sites hospitaliers (3h30 de déplacement par la route entre Cayenne et Saint-Laurent du Maroni), ces EMT sont une nécessité pour le collectif professionnel et la gradation des soins, le développement des compétences, ainsi que pour l'accompagnement des praticiens à diplôme hors union européenne (PADHUE) dans leur parcours de qualification. Mais le développement et le bon fonctionnement de ces EMT, comme ceux des équipes mobiles de spécialités nécessitent des moyens de déplacement dédiés, sous la forme notamment d'un vecteur aérien spécifique (cf. paragraphe 6.3).

Recommandation n°13 Afin d'assurer un développement équilibré du territoire en ressources de qualité et rationaliser l'emploi des moyens, conforter et diversifier les équipes médicales de territoires ainsi que les équipes mobiles de spécialistes.

2.6.1 Un taux de fuite important, indicateur d'autonomie et de notoriété

Le taux de fuite interrégional, indicateur d'autonomie et de notoriété, est de 9 % en 2019, en augmentation depuis 2015 (+1,6 point). Il correspond à un peu plus de 7 500 séjours réalisés hors du territoire. Un peu plus de la moitié (4 000) concerne des évacuations sanitaires organisées et prises en charge, urgentes ou programmées.

Ce taux de fuite est un indicateur d'autonomie quand il concerne les EVASAN urgentes demandées par le SAMU et financées par une dotation mission d'intérêt général et d'appui à la contractualisation (MIGAC) et les EVASAN programmées justifiées par la direction régionale du service médical (DRSM) pour des soins non réalisables en Guyane et financées par l'assurance maladie. Les activités de recours à développer en Guyane sont évidemment liées aux causes médicales principales de ces évacuations sanitaires.

Ce taux de fuite est un indicateur de notoriété quand il recouvre des hospitalisations pour des soins qui auraient pu être délivrés sur le territoire. Le patient fait le choix d'une hospitalisation hors de Guyane, soit par défiance envers l'offre territoriale, soit pour des délais de prise en charge incompatibles avec ses besoins, soit pour bénéficier d'un parcours de soins coordonné et sans rupture avec des soins d'aval. Ce taux est en fait très inégal selon les spécialités : quasiment nul pour

³⁰ Huit EMT sont opérationnelles : anesthésie ; imagerie ; soins critiques ; urologie ; endocrino-diabéto-nutrition-obésité ; rhumatologie ; infectiologie ; néphrologie-dialyse. Deux sont en projet : cardiologie ; pédiatrie-néonatalogie.

la périnatalité, il est important en chirurgie (17 %), en interventionnel (endoscopie) et majeur en SSR (40 %). L'amélioration des parcours de soins, une meilleure qualité et accessibilité des soins sur le territoire, le développement des prises en charge en ambulatoire, doivent réduire ce taux.

Tableau 4 : Les EVASAN en 2018 et 2019

	2018	2018	2018	2019	2019	2019
	Hors Guyane	Guyane	Total	Hors Guyane	Guyane	Total
EVASAN programmées	2854	566	3420	2894	551	3445
EVASAN urgence	232		232	186		186
Total EVASAN	3086	566	3652	3080	551	3631

Source : CGSS et CHC

Observations :

- ces EVASAN ont représenté, compte tenu des accompagnants, 5 413 prises en charge par la CGSS en 2018 et 5798 en 2019 ;
- le coût global est estimé à 12,4 millions d'euros en 2018 et 13,7 millions d'euros en 2019 ;

En comparaison, la Martinique a organisé, en 2019, 61 EVASAN urgentes hors de son territoire. Par ailleurs, les CDPS ont réalisé 858 transferts en urgence en 2018 et 949 en 2019 (financement mission d'intérêt général - MIG).

2.6.1.1 Les urgences cardiologiques et neurologiques expliquent la majorité des EVASAN en urgence

Plus de la moitié des EVASAN d'urgence concerne la prise en charge de pathologies aiguës cardiaques ou neurologiques. Que ce soit pour l'infarctus du myocarde (IDM) ou l'accident vasculaire cérébral, la réponse thérapeutique rapide est une recommandation de bonne pratique. Le recours à une évacuation sanitaire est une perte de chance pour le patient à la fois pour passer la phase aiguë mais aussi pour limiter les séquelles.

Le CHC, autorisé pour la cardiologie interventionnelle, est équipé d'un plateau technique spécialisé pour les actes de coronaro angioplastie et de rythmologie interventionnelle, permettant la réalisation de ces actes mais les ressources humaines ne sont pas présentes à ce jour ou n'étaient pas disponibles jusqu'à récemment.

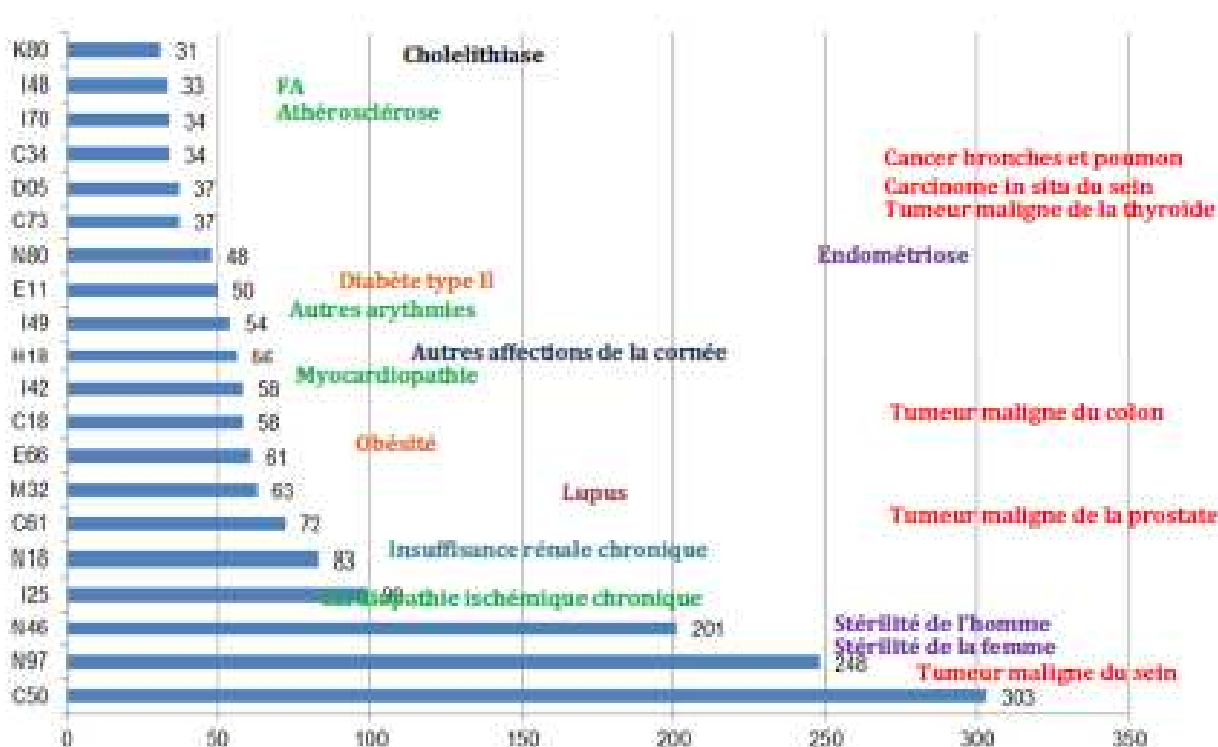
2.6.1.2 Les EVASAN programmées

Leur nombre est stable, environ 3500 en 2019 et 2018.

En comparaison, la Martinique a justifié près de 1 400 EVASAN programmées hors de son territoire en 2019.

L'analyse réalisée par la DRSM confirme que les trois disciplines principales à l'origine de ces transferts sont la cancérologie, le traitement de l'infertilité et la cardiologie.

Graphique 6 : Les 20 premiers diagnostics des EVASAN vers les Antilles ou la métropole en 2019



Source : Direction régionale du service médical de Guyane

Les diagnostics les plus fréquents des EVASAN hors de la Guyane sont les cancers du sein, la stérilité, et les cardiopathies / troubles du rythme. Les 20 diagnostics les plus fréquents représentent près de 43 % des EVASAN, en 2018 comme en 2019.

2.6.2 Un nombre important de médecins à diplômes hors union européenne

Le CHC, le CHOG et dans une moindre mesure pour l'instant le CHK, assurent leur mission de soins pour une large part, grâce à la présence de très nombreux Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne (PADHUE).

Depuis l'ordonnance de 2005, ce sont plus de 300 praticiens qui ont exercé dans les établissements du GHT. Beaucoup ont obtenu une reconnaissance de leur qualification par l'ordre des médecins³¹, certains ont quitté le territoire ou se sont installés dans le secteur privé en Guyane une fois celle-ci obtenue. D'autres, enfin, exercent toujours après cette reconnaissance, sous le statut de praticien hospitalier (PH)³², voire pour deux d'entre eux comme PU-PH.

Environ 140 PADHUE non encore qualifiés par l'ordre des médecins sont en poste actuellement, ce qui correspond à environ un tiers de l'effectif médical au CHC et au CHOG. Certains sont engagés dans une démarche de qualification. Cependant, l'équipe médicale est, pour certaines disciplines, constituée majoritairement de PADHUE n'ayant pas obtenu leur qualification, ce qui a une incidence sur le fonctionnement, la dynamique institutionnelle et la notoriété des services d'accueil. C'est le cas par exemple en radiologie, cardiologie au CHC ou en psychiatrie au CHOG.

Au CHOG, sur 117 praticiens, on dénombre 44 PADHUE non qualifiés et seulement 17 praticiens hospitaliers. Les PADHUE sont majoritaires dans plusieurs disciplines : cardiologie, anesthésie réanimation, pédiatrie, néonatalogie ou psychiatrie.

Au CHK, sur 69 praticiens, on dénombre sept PADHUE non qualifiés. Une des explications à cette moindre proportion est la fidélisation de médecins qui ont pu garder leur statut antérieur d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) du fait du rattachement de cet établissement à la Croix-Rouge.

Au CHC, sur 251 praticiens, on dénombre 88 PADHUE non qualifiés et 66 PH (dont les PU-PH). Les PADHUE représentent 80 % de l'effectif médical en gynécologie obstétrique, 70 % en psychiatrie et plus de la moitié en cardiologie et néonatalogie. Dans certains services, il n'y a aucun PH, comme en cardiologie ou chirurgie orthopédique.

Par décret du 31 mars 2020³³ et arrêté du 18 septembre 2020, le ministre de la santé a ouvert 243 postes au recrutement de PADHUE pour la Guyane³⁴. Cet arrêté détermine le nombre de recrutements par établissement et par spécialité. Cette liste a été établie par l'ARS, à partir des demandes de chacun des établissements, qui ont recensé leur postes vacants ou susceptibles de l'être à court terme. Ce total objective l'ampleur de la tension démographique actuelle et à venir dans les établissements de santé.

Les modalités de recrutement de ces nouveaux PADHUE ont été modifiées par le décret 2020-377 du 31 mars 2020. Désormais, un PADHUE (médecin, pharmacien, dentiste ou sage-femme) peut demander une autorisation dérogatoire d'exercice dans un établissement de santé public, ESPIC ou privé. Il peut être recruté si ses compétences sont reconnues pour cet exercice de la spécialité par la commission territoriale Martinique-Guyane, constituée à cet effet, et s'il a un contrat avec un établissement. L'échéance de ces contrats est fixée au 31 décembre 2025.

³¹L'obtention de la qualification relève de l'ordre des médecins via les commissions nationales de qualification instituées dans chacune des spécialités. Le médecin doit justifier d'une formation et d'une expérience qui lui assurent les compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées sollicitée.

³² Praticien Hospitalier : Le PH est un agent public sous statut. Pour rejoindre ce corps, géré par le Centre National de Gestion (CNG), il faut être lauréat du concours national des praticiens des établissements publics de santé. Ce concours est ouvert aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes ayant une autorisation de plein exercice et une autorisation pour une spécialité reconnue par le CNOM.

³³ Décret n° 2020 du 31 mars 2020 relatif à l'exercice dans certains territoires d'outre-mer des professions de médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens par des personnes ne remplissant pas les conditions de nationalité et de diplômes normalement applicables

³⁴ CHC : 100 médecins, 4 pharmaciens et 5 sages-femmes ; CHK : 25 médecins, CHOG : 68 médecins, 2 pharmaciens et 15 sages-femmes ; hôpital privé St Martin : 9 médecins ; Hôpital privé St Adrien 1 médecin, hôpital privé St Gabriel : 9 médecins et 4 sages-femmes ; Rainbow Guyane : 1 médecin.

Par ailleurs, le processus de reconnaissance de qualification des « anciens » PADHUE a également récemment évolué. Ainsi, conformément au décret d'août 2020³⁵, ils pourront faire valoir leurs compétences acquises auprès de la commission régionale d'autorisation d'exercice qui, au vu de leur expérience professionnelle, donnera un avis pour l'obtention de la qualification par la commission nationale placée auprès du CNG. Cette nouvelle procédure, sur un modèle de VAE, permet aux commissions de proposer un parcours de consolidation de compétences pour l'obtention de la qualification.

Ainsi, les processus de reconnaissance, de qualification et de recrutement des professionnels à diplômes hors union européenne ont profondément évolué en 2020.

La différenciation de parcours entre les « anciens » et « nouveaux » PADHUE recrutés risque de créer des tensions au sein de ce collectif professionnel. Le nouveau mode de recrutement permet en effet une reconnaissance de la spécialité, dès le contrat signé, alors que les plus anciens, souvent présents depuis plusieurs années, sont encore en parcours de reconnaissance de qualification.

Le parcours de qualification pour une reconnaissance de plein exercice des praticiens à diplômes hors union européenne doit être une priorité pour le GHT. **La mission considère que le GHT doit s'engager pour que l'ensemble des professionnels exerçant dans les hôpitaux guyanais dispose d'une qualification au plus tard fin 2025.**

2.6.3 Une structuration universitaire des services à poursuivre sur la base de projets de service organisés autour du soin, et de valences enseignement recherche reposant sur des compétences adaptées

Logiquement, c'est dans les spécialités spécifiques aux enjeux de santé publique du territoire que les premiers services sont devenus universitaires : en bactériologie, maladies infectieuses, dermatologie et santé publique. Les suivants ont plutôt répondu à des logiques de parcours, avec des médecins en place qui répondaient aux exigences du Conseil national des universités (CNU) - réanimation et pédiatrie. Se sont plus récemment développées des logiques d'opportunité avec une mutation effective et une autre en attente.

Pour les plus anciens services universitaires, il est possible de mesurer l'impact de la notoriété du PU-PH sur l'activité de soins, l'enseignement et la recherche. Dans ces services, l'équipe médicale est plus stable, qualifiée avec moins de postes vacants. Ils forment des internes.

Un PU-PH doit bénéficier d'un temps sanctuarisé pour se consacrer aux volets formation et recherche. Il doit pour cela être épaulé par des bi-appartenant juniors. L'ouverture de postes de chefs de cliniques universitaires est une nécessité. L'accord, encore non formalisé, de la CTG pour financer la valence universitaire de cinq postes de chefs de clinique constitue une opportunité.

Dans la note de synthèse rédigée après le séminaire GHT de novembre 2020, sur le thème « pour les patients de Guyane, bâtir ensemble un projet de CHRU », il est proposé la structuration universitaire de neuf disciplines³⁶.

La mission, pour sa part, considère que c'est d'abord le besoin de conforter les disciplines répondant aux besoins du territoire qui doit prévaloir pour les demandes de postes

³⁵ Décret n° 2020-1017 du 7 août 2020

³⁶ Les disciplines proposées par le GHT pour devenir universitaires : urologie (PUPH déjà présent), gynécologie-obstétrique, endocrino-diabète-nutrition-obésité, imagerie, oncologie, réanimation néo-natale, médecine physique et rééducation, cardiologie, urgences

universitaires, notamment en gynécologie-obstétrique, psychiatrie, cardiologie, endocrinologie ou imagerie. Les projets de soins de ces services devront formaliser les objectifs de coopération territoriale, s'engager dans la réalisation de consultations avancées et de téléexpertise au bénéfice des CDPS. Les UMM, avec des services universitaires (cf. recommandation n°12), viendront les soutenir pour mener leur projet de service et conforter des demandes de postes hospitalo universitaires lors des campagnes de révision annuelles des effectifs HU.

Dans la perspective d'un CHU multisites, il est important que chacun des sites ait, à terme, un ou des services référents d'excellence, justifiant d'une équipe universitaire, pour conforter la dynamique de la spécialité sur l'ensemble du territoire.

Il convient, enfin, de rappeler sur ce sujet que les effectifs actuels de professeurs des universités (PU) et maîtres de conférence – praticien hospitalier (MCU-PH) des CHU d'Outre-mer se situent entre 12 et 18, et que les deux CHU de métropole disposant du plus faible nombre d'universitaires sont Nîmes (48 universitaires) et Limoges (79 universitaires).

Recommandation n°14 Poursuivre la structuration universitaire des hôpitaux guyanais en privilégiant les disciplines répondant à des parcours prioritaires. S'appuyer sur les unités mixtes médicales pour constituer des équipes médicales stables et proposer des projets de soins, de formation et de recherche. Pour consolider les valences enseignement et recherche des PU-PH, ouvrir des postes de chefs de clinique.

2.6.4 Des évaluations de la qualité et sécurité des soins qui rendent nécessaires des actions d'amélioration

Le renforcement de l'offre de soins ne peut se concevoir qu'en garantissant la qualité, la sécurité des soins et la pertinence des actes. Au vu des évaluations nationales, des marges de progrès existent et des actions d'amélioration sont nécessaires pour redonner confiance à la population.

Que ce soit avec la certification HAS, le recueil des indicateurs nationaux de qualité et la mesure de la satisfaction de patients, de nombreux dispositifs d'évaluation de la qualité existent. Les résultats de ces différentes évaluations confirment qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité et la sécurité des soins avant une prochaine certification HAS à l'échelle du GHT et pour maximiser l'enveloppe d'incitation financière à la qualité.

L'enveloppe nationale d'incitation financière à la qualité dans les établissements de santé a été portée de 50 M € en 2016 à 300 M € en 2019. Ce dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) est piloté par le ministère de la santé et s'appuie sur le résultat des indicateurs généralisés par la HAS, mesurant certaines prises en charge et la satisfaction des patients. Les décisions de certification en A ou B sont également valorisées.

Compte tenu de l'augmentation de l'enveloppe nationale, le forfait d'incitation financière à la qualité du CHC a été multiplié par 4,5 cette année et se monte à 450 000 €. Il est de 115 500 € pour le CHK. Le CHOG a perçu pour la première fois cette année un forfait de près de 214 000 €.

Les décisions récentes de certification V2014 des établissements, publiées sur le site de la HAS, confirment que des améliorations sont nécessaires pour renforcer la qualité et la sécurité des prises en charge de patients :

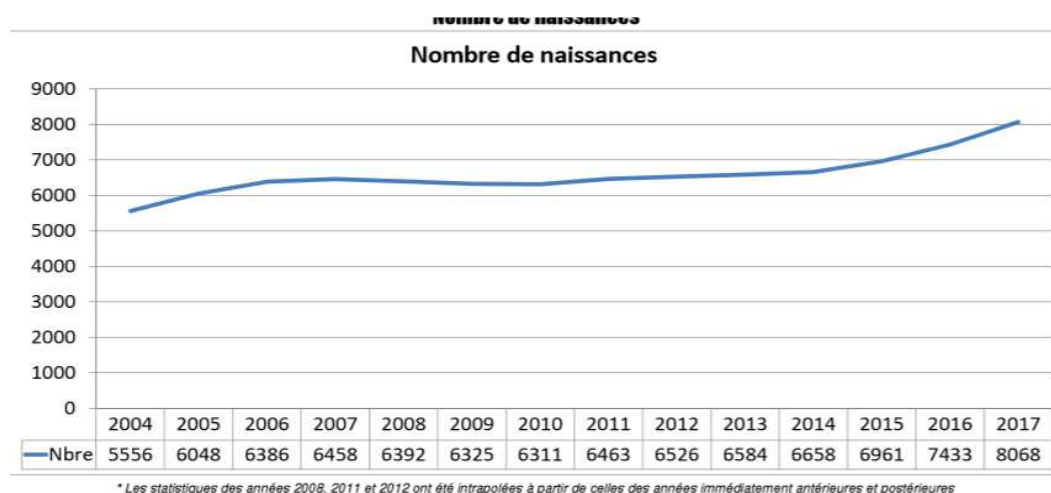
- en septembre 2018, le CHC est certifié avec obligation d'amélioration (C) portant sur le droit des patients, la gestion du risque infectieux, la prise en charge médicamenteuse et le management de la qualité et des risques ;
- en septembre 2019, le CHOG est certifié avec obligation d'amélioration (C) portant sur le droit des patients et des recommandations d'amélioration sur la gestion du risque infectieux, la prise en charge médicamenteuse et le management de la qualité ;
- en octobre 2019, la HAS a décidé de sursoir à statuer, après la visite de certification du CHK, compte tenu de réserves majeures sur le management de la qualité et des risques et sur le parcours patient.

2.7 Une priorité d'excellence pour la Guyane : la filière périnatalité

La filière périnatale regroupe la surveillance de la grossesse, l'accouchement et le suivi de la mère et du nouveau-né en post partum.

Le nombre d'accouchements a beaucoup augmenté ces dix dernières années et se stabilise depuis 2017 à 8 000 naissances par an.

Graphique 7 : Évolution du nombre de naissances en Guyane de 2004 à 2017



Source : Réseau issu des grossesses informatisé

De 1970 à aujourd'hui, trois plans nationaux de périnatalité ont été mis en œuvre, mais aucun ne comporte de mesures spécifiques pour l'Outre-mer. Pourtant, la Cour des comptes³⁷ rappelle dans son rapport sur la politique de périnatalité « la situation défavorable des départements d'outre-mer » signalée par le HCSP dès 1990. Selon la Cour, « aujourd'hui l'essentiel des marges d'amélioration de nos performances est à attendre de la mise en place de politiques ciblées sur les DOM et sur les femmes en situations d'exclusion ».

³⁷ Cour des comptes rapport sur la politique de périnatalité, 20 avril 2017.

En rappel des caractéristiques de cette filière décrites dans la partie « déterminants », il faut mentionner le nombre important de grossesses précoces, le défaut de suivi de plus de la moitié des grossesses, les taux de prématurité et de mortalité périnatale élevés et l'importance des facteurs de risques sociaux.

La sécurité de la naissance, au cœur des décrets de périnatalité de 1998, s'est déclinée en Guyane par le choix de réaliser l'ensemble des naissances dans un des quatre établissements de santé de la Guyane routière. Ainsi, chaque année, près de 1 000 femmes enceintes résidant dans les communes isolées de Guyane sont transférées au CHC, au début du neuvième mois de grossesse, en vue de leur accouchement en milieu hospitalier. Cette décision a allongé considérablement la durée moyenne de séjour dans cet établissement, et elle sature la seule maternité de niveau III de la région, par la nécessité d'accueillir un nombre conséquent de grossesses à bas risque obstétrical. Cette durée moyenne de séjour est par ailleurs allongée par la prise en charge d'un nombre important de patientes en situation de précarité.

Durant l'année 2018, neuf patientes ont accouché à domicile et 61 en CDPS³⁸.

L'analyse de ces constats permet de fixer les priorités pour aller vers l'excellence de la filière périnatalité.

2.7.1 Améliorer le suivi des grossesses

La réduction de la morbidimortalité périnatale passe par la diminution du nombre de grossesses non ou insuffisamment surveillées. En effet, en Guyane, le suivi de grossesse est globalement moins bon quantitativement et qualitativement qu'en métropole. Ainsi, seulement 65 % des parturientes sont suivies dès le premier trimestre (vs 95 % en métropole) ; le recours à l'échographie de dépistage est moindre, puisqu'en 2018, seulement 29 % des femmes ont bénéficié des trois échographies recommandées, contre 70 % au niveau national. Le suivi plus tardif de la grossesse s'explique en partie par des difficultés d'accès aux droits et aux soins, notamment dans les territoires isolés et parmi les populations les plus précaires. Ce retard de prise en charge entrave également la qualité du dépistage de la trisomie 21 (seulement 21 % des femmes en bénéficient en Guyane, vs 88 % au niveau national)³⁹.

Chacune des étapes de la filière doit être améliorée, en tenant compte des réalités sanitaires, sociales et territoriales. Le renforcement des moyens humains dédiés aux prises en charge des patientes s'impose, même si le territoire dispose d'un réseau de professionnels fortement impliqués cherchant à promouvoir, dans des conditions dégradées, les adaptations nécessaires, avec une réelle volonté d'innovation :

- améliorer la santé sexuelle et reproductive, avec comme cible les adolescents selon la démarche du « aller vers », initiée par exemple par la permanence de sages-femmes dans les collèges, articulant les interventions des professionnels de l'éducation nationale, de la PMI, des EMSPEC et des CDPS. Il s'agit notamment d'améliorer l'accès à la contraception et à l'IVG sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les violences sexuelles ;

³⁸ Rapport régional du Réseau Issu des Grossesses informatisé, RIGi

³⁹ Stéphanie Bernard sage-femme coordinatrice du réseau de santé périnatale en Guyane, Dr Nathalie Parez pédiatre, médecin référent périnatalité ARS ; Guyane, un plan de périnatalité adapté aux particularités du territoire. La santé en action n° 451, mars 2020.

- assurer un suivi des grossesses et des enfants, en tenant compte des ressources disponibles sur un territoire plutôt qu'en s'enfermant sur un périmètre réglementaire différencié entre la PMI et le soin.

2.7.2 Renforcer les ressources hospitalières pour disposer d'un réseau de maternités plus performant

Les quatre maternités sont toutes installées dans la Guyane routière : deux sur Cayenne (une maternité privée niveau 1 et une maternité publique (CHC) niveau 3), une maternité publique niveau 2A sur Kourou (CHK) et une maternité publique (CHOG), autorisée en niveau 3, mais non encore opérationnelle pour la réanimation néonatale faute de personnels médicaux et paramédicaux, et fonctionnant donc en niveau 2B.

L'excellence de la filière périnatalité passe par une meilleure coopération des acteurs du parcours ville-PMI-santé scolaire-CDPS-établissement de santé. Le réseau de santé périnatale régional doit être promoteur de cette filière. Il a, en effet, pour missions de garantir la qualité et la sécurité des soins et de renforcer le suivi des grossesses, et tout particulièrement celui des populations les plus vulnérables. Dans ce cadre, des parcours de santé spécifiques sont élaborés, les acteurs de santé sont formés et coordonnés, favorisant ainsi l'organisation des coopérations.

Le parcours médico-soignant partagé du GHT fixe des priorités qui répondent à ces enjeux et devraient avoir un impact sur les indicateurs sanitaires décrits :

- mettre en œuvre l'autorisation de maternité niveau 3 au CHOG afin de renforcer l'offre de soins néonatale et d'éviter les transferts de nouveaux nés vers Cayenne ;
- constituer une filière périnatale territoriale, pour une meilleure orientation des hospitalisations en adéquation aux besoins. Il n'est en effet pas justifié que les lits de la maternité niveau 3 du CHC soient occupés par des parturientes pour des motifs géographiques et non pour des raisons médicales ;
- éviter la suroccupation des services par l'ouverture d'hôtels hospitaliers (mesure 17 du Ségur) ;
- harmoniser des protocoles communs de prise en charge ;
- organiser la formation et l'évaluation des compétences professionnelles avec le support du réseau de périnatalité ;
- mutualiser les moyens humains et favoriser la mobilité du personnel médical et paramédical (mobilité entre les CH mais aussi avec les CDPS). Cet exercice partagé territorial permettrait aux personnels (et notamment les sages-femmes) de diversifier leur exercice, de réduire la pression professionnelle afférente aux prises en charge hospitalières, afin de limiter le taux de rotation, souvent justifié par un épuisement professionnel.

Le facteur essentiel pour atteindre ces objectifs est la fidélisation du personnel.

2.7.3 Assurer la structuration universitaire de la discipline de gynécologie obstétrique

L'importance et les spécificités de cet exercice en Guyane, la diversité territoriale et sociale des besoins, le renforcement de l'offre de soins pour corriger les déficits de prise en charge, objectivés par des indicateurs très atypiques, les besoins de formation, les thématiques de recherches liées notamment aux conditions environnementales, sont autant de raisons qui justifient d'aller vers une discipline universitaire. Elle doit se préparer dans le cadre du GHT, en fidélisant dès à présent des jeunes médecins attirés par ce territoire et engagés sur des valences universitaires.

Recommandation n°15 Labelliser une filière périnatale territoriale portée par une fédération médicale interhospitalière de gynéco-obstétrique pour assoir les échanges, les coopérations et mutualisations indispensables, et pour adapter les moyens à la variation de l'activité pendant l'année. Assurer la structuration universitaire de la discipline de gynécologie obstétrique.

2.7.4 Conforter la pédiatrie

Les enjeux et les conditions d'une meilleure coopération avec les services de la PMI visant à améliorer le suivi des nouveaux nés ont été précédemment décrits. Le renforcement de l'offre de soins néonatale sera abordé au paragraphe à suivre sur les soins critiques.

À la demande du ministre de la santé, une mission IGAS a été lancée sur la pédiatrie afin de mieux garantir l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins sur tous les territoires. Cette mission, menée en lien avec les sociétés savantes et le Conseil National Professionnel (CNP) de pédiatrie devrait proposer des pistes pour améliorer l'offre de prise en charge en pédiatrie, en ville, par les CDPS et à l'hôpital. Ces recommandations pourraient ainsi permettre au PU-PH, chef du service de pédiatrie au CHC, de compléter le parcours prioritaire « pédiatrie-néonatalogie » du GHT.

2.8 Limiter les évacuations sanitaires d'urgence pour réduire les pertes de chance des Guyanais

2.8.1 Améliorer la prise en charge du syndrome coronarien aigu (SCA)

2.8.1.1 Une priorité de santé publique

Les cardiopathies ischémiques représentent la troisième cause de décès prématurés en Guyane après les causes accidentelles et les affections périnatales. Une évacuation en urgence sur trois, réalisée en 2019, est due à une affection de l'appareil circulatoire. Selon l'étude FAST MI 2015⁴⁰, la mortalité hospitalière des SCA ST+ était significativement plus importante en Guyane qu'en métropole (8,5 % vs 2,8 %).

⁴⁰ FAST MI 2015 : observatoire français des syndromes coronariens aigus avec ou sans sus décalage de ST. Investigateurs principaux Pr N Danchin, Pr F Schiele, Pr S Tabassome

2.8.1.2 Une priorité du projet médico-soignant partagé sous contrainte de tensions sur les ressources

La prise en charge H 24 des SCA est une priorité du PMSP du GHT. L'équipement médical est adapté avec un plateau d'exploration cardiaque invasive (coronarographie, angioscanner coronaire, exploration électrophysiologie) et un plateau d'exploration cardiaque non invasive.

La tension sur les ressources humaines est majeure pour cette spécialité : un seul cardiologue interventionnel qui vient d'être qualifié et un autre récemment recruté qui n'a pas souhaité rester. Pour une file active évaluée à 300 angioplasties par an, l'effectif cible en cardiologues interventionnels est de trois praticiens pour assurer une astreinte H24. Cette cible RH est inférieure aux recommandations de la société française de cardiologie (SFC), mais calculée sur un bassin de population plus important que la réalité territoriale, et pour une garde H24 et non une simple astreinte. Par ailleurs, l'effectif de cardiologues doit également être complété pour avoir, selon la cible validée par le PMSP, une équipe de cinq médecins qualifiés alors qu'il n'y a, aujourd'hui, aucun PH, et seulement deux contractuels qualifiés.

Depuis mai 2019, une équipe de cardiologues interventionnels du CHU de Martinique est venue soutenir cette activité au CHC, pour assurer les gestes de reperméabilisation coronaires programmée et assurer la formation du cardiologue, dont la qualification en interventionnel vient d'être reconnue. Grace à cette activité réalisée désormais au CHC, il n'y a eu, en 2020, aucune évacuation sanitaire en urgence de patients pour angioplastie.

2.8.1.3 Une montée en charge progressive qui gagnerait à être accompagnée pour répondre aux recommandations de la société française de cardiologie

Selon la SFC, la création d'une activité de cardiologie interventionnelle doit correspondre à un besoin sanitaire réel. Le critère populationnel proposé au niveau de la métropole, d'un centre pour un bassin de population de 350 000 habitants, n'est pas adapté dans le contexte de la Guyane. Cette activité doit être implantée localement, même en deçà de la référence populationnelle nationale, pour éviter les EVASAN vers la Martinique ou la métropole.

Cette pratique doit répondre d'emblée aux recommandations concernant la formation et la compétence du personnel médical et paramédical. Une fois formé, un cardiologue coronarographe doit réaliser au moins 250 cathétérismes diagnostics par an et 125 cathétérismes thérapeutiques.

Le délai de mise en route de cette activité progressive est estimé à trois ans. Cette période sera nécessaire pour conforter l'équipe et les compétences. Pour accompagner le développement de cette pratique et en garantir la qualité, il serait utile d'avoir recours au soutien et à l'expertise du Groupe athérome coronaire et cardiologie interventionnelle (GACI).

2.8.2 Mieux traiter les accidents vasculaires cérébraux

2.8.2.1 Une priorité de santé publique

Le taux standardisé d'hospitalisation pour AVC était supérieur de 40 % au taux hexagonal en 2016 : 236 vs 170. En 2019, il y a eu 483 hospitalisations pour AVC. La forte prévalence des facteurs de risque, notamment l'hypertension artérielle, explique la fréquence élevée des AVC en Guyane.

Les EVASAN en urgence pour affections neurologiques représentent 20 % du total, mais aucune n'est réalisée pour le traitement en urgence d'un accident ischémique cérébral, le délai du transfert étant incompatible avec le délai limite pour réaliser ce traitement.

Même si les trois sites disposent du plateau d'imagerie nécessaire au diagnostic (Scanner et IRM) et peuvent fonctionner H24, les retards de prise en charge de l'urgence restent fréquents ; ce qui s'expliquent aussi par un défaut d'alerte et par des délais pré-hospitaliers.

2.8.2.2 Une priorité du projet médico-soignant partagé mais une forte disparité territoriale pour la réalisation de thrombolyse

La seule alternative thérapeutique est donc aujourd'hui la thrombolyse⁴¹ en urgence. La plateforme télé AVC, avec le CHU de Besançon est opérationnelle depuis 2017, et peut être activée avec les trois CH. À ce jour, 514 avis ont été rendus (environ 140 par an) et 56 thrombolyse réalisées (environ 18 par an). Les données d'activité montrent une grande disparité entre les trois CH, 83 % des avis sont sollicités par le CHC et seulement 6 % par le CHOG. La perte de chance est importante pour tous les patients de l'Ouest guyanais.

Le PU-PH de neurologie, après deux ans d'exercice au CHC dans le cadre d'une disponibilité, a été nommé en septembre 2020 par mutation du CHU de Tours. Il est mobilisé pour renforcer cette filière, en commençant par la formation des personnels présents, notamment par le diplôme universitaire (DU) d'urgence neuro-vasculaire.

2.8.2.3 Une montée en charge progressive qui dépendra des recrutements et compétences médicales

Dans cette discipline également, la question des RH et des compétences est aujourd'hui un facteur limitant. L'objectif de rendre l'établissement autonome pour la prise en charge des AVC est programmé pour la fin 2022. La valence hospitalo-universitaire du chef de service sera un atout pour développer des partenariats RH, attirer des postes partagés et des internes inter CHU notamment avec le CHU de Tours ou celui de Besançon.

La Société française neuro vasculaire (SFNV) travaille sur une actualisation des recommandations pour la prise en charge de l'infarctus cérébral, notamment sur les indications de la thrombectomie⁴². À plus long terme, et en fonction de ces recommandations cliniques (bassin de population pour une masse critique d'actes à réaliser) et de l'évolution du droit des autorisations, l'accès à la thrombectomie sur le territoire pourra s'envisager. Cet accès thérapeutique nécessitera des équipements complémentaires et surtout la disponibilité de neuroradiologues interventionnels, spécialistes dont le GHT ne dispose pas à ce jour.

⁴¹ La thrombolyse intraveineuse est un acte d'urgence qui consiste à injecter une substance capable de dissoudre le caillot qui bouche l'artère du cerveau cause de l'infarctus cérébral. L'infarctus cérébral et l'hémorragie cérébrale sont les deux causes d'AVC.

⁴² La thrombectomie est une intervention chirurgicale pour aller chercher le caillot qui bouche l'artère cérébrale.

2.8.3 Renforcer la filière soins critiques

2.8.3.1 Une priorité de santé publique

L'offre de soins critiques sur le GHT de Guyane est aujourd'hui très insuffisante, aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Les difficultés rencontrées lors de la crise Covid 19 en ont apporté la démonstration, même si la mobilisation exceptionnelle des ressources locales, les renforts extérieurs et les EVASAN ont permis de faire face au pic épidémique de l'été dernier. Dans le contexte d'un retour d'expérience (RETEX) sur la gestion de crise, l'ARS a demandé au directeur du CHC et au PU-PH, chef de service de réanimation, de « coordonner le projet d'augmentation capacitaire en soins critiques du GHT de Guyane ».

« Pour les adultes, l'objectif capacitaire en soins critiques envisagé nationalement (10 lits de réanimation et 15 lits d'unité de soins intensifs de psychiatrie (USIP) pour 100 000 habitants), si elle peut s'avérer nécessaire à long terme, n'apparaît pas justifiée, ni envisageable dans l'immédiat pour le territoire, hors les circonstances exceptionnelles que nous venons de connaître.

Pour autant, une augmentation capacitaire importante s'avère nécessaire à très court terme pour les adultes comme pour les enfants, ainsi qu'une répartition territoriale plus équitable pour apporter une réponse de proximité. Ces nouvelles capacités s'inscrivent dans le cadre d'une offre graduée et surtout dans une démarche d'amélioration de la qualité des prises en charge en soins critiques par la formation, le suivi et l'encadrement des équipes médicales et soignantes des différentes unités, au sein de l'équipe médicale de territoire de médecine intensive et de réanimation, mise en place par le GHT.

Avec ces objectifs, le GHT est parvenu à un consensus sur le niveau capacitaire à atteindre à court et moyen terme ainsi que sur la répartition des lits entre les différents sites hospitaliers, sous condition de disponibilité des moyens humains, notamment paramédicaux, adaptés. »⁴³

La mission partage les objectifs selon lesquels les capacités de lits de soins critiques doivent être sensiblement augmentées.

2.8.3.2 Une priorité du projet médico-soignant partagé

Le PMSP retient que la prise en charge des patients en état critique repose sur des structures de nature différente, apportant une réponse adaptée aux besoins du patient, selon une gradation de la gravité clinique. La filière de soins critiques sur le territoire est pilotée par le chef de service, nommé PUPH en septembre 2020. Elle repose sur une équipe médicale de territoire⁴⁴. Début 2020, l'essentiel des capacités de soins critiques étaient installées au CHC, à l'exception de quatre lits de surveillance continue au CHOG.

⁴³ Rapport Pr Kallel, Dr Ménard (CHC)

⁴⁴ Les indications cliniques de la filière soins critiques : Les patients sont hospitalisés en réanimation parce qu'ils ont une maladie aiguë et grave, avec une défaillance multi viscérale ; dans les services de soins intensifs, le patient est admis pour une défaillance aiguë d'organe correspondant à l'unité de soins intensifs de cardiologie (USIC), soins intensifs neuro vasculaires (USINV). Il existe enfin la filière de surveillance continue post réanimation, post opératoire ou post urgence au décours d'une hospitalisation.

Tableau 5 : Capacité de soins critiques au 1er février 2020

	Réanimation	Surveillance Continue	USINV	USIC
CHC	11	5	0	6
CHOG	0	4	0	0
CHK	0	0	0	0
GHT	11	9	0	6

Source : Rapport Pr Kallel, Dr Menard

2.8.3.3 Une évolution progressive du capacitaire jusqu'à l'échéance 2024, portée par une fédération médicale interhospitalière de réanimation

Tableau 6 : Proposition d'évolution du capacitaire pour les soins critiques

		Réanimation Adultes	Soins intensifs polyvalents adultes		Réanimation Pédiatrique	Soins Intensifs Pédiatriques
			Surv. continue & USINV	USIC		
Capacité proposée pour décembre 2020	CHC	15	8	6	4	6
	CHOG	4	4		0	2
	CHK	0	4		0	0
	GHT	19	22		4	8
		Réanimation Adultes	Soins intensifs polyvalents adultes		Réanimation Pédiatrique	Soins Intensifs Pédiatriques
Capacité proposée pour décembre 2024	CHC	20	19		4	6
	CHOG	4	4		0	4
	CHK	0	4		0	0
	CHK	24	27		4	10

Source : Rapport Pr Kallel, Dr Ménard⁴⁵

La coopération territoriale est le principe d'organisation intégrée de cette filière, qui permettra de fédérer les équipes. Quelle que soit leur localisation, les différentes unités de soins critiques du GHT sont liées à l'unité de réanimation de référence du territoire au CHC, dans le cadre de l'équipe médicale de territoire de médecine intensive réanimation.

Ce projet d'extension capacitaire nécessitera une augmentation des ressources humaines et une adaptation architecturale avec l'objectif de regrouper les deux unités, réanimation et soins intensifs (cf. partie attractivité/gouvernance).

En moyenne quinze transferts pour réanimation pédiatrique sont réalisés en urgence chaque année. Aux dires des médecins rencontrés, le besoin est en réalité supérieur. Un complément d'étude est

⁴⁵ A la dernière ligne, lire GHT au lieu de CHK

nécessaire pour objectiver ce besoin et anticiper les ressources humaines médicales et paramédicales nécessaires pour assurer un fonctionnement H24.

Recommandation n°16 Renforcer sensiblement le nombre de lits de soins critiques, y compris pédiatriques, adapter à cette fin les autorisations et former les personnels qualifiés.

2.9 Développer une offre de recours de qualité pour réduire les évacuations sanitaires programmées

L'analyse des motifs d'évacuations sanitaires programmées justifie les priorités retenues par la mission pour un renforcement de l'offre de recours en cancérologie et pour le traitement de l'infertilité.

La structuration universitaire de services, proposée par la mission au chapitre 2.6.3, doit également permettre de renforcer l'offre de recours des disciplines, comme pour l'endocrino-diabéto-nutrition-obésité, la psychiatrie ou la cardiologie.

D'autres activités de recours comme par exemple la greffe, le traitement des grands brûlés, ou certaines chirurgies spécialisées doivent continuer de s'organiser en synergie avec les Antilles. En effet, l'évaluation du besoin ne permet pas de proposer une dispersion de ces activités nécessitant une pratique régulière pour le maintien des compétences d'équipes très spécialisées.

2.9.1 La cancérologie

2.9.1.1 Un enjeu de santé publique

Selon les travaux du registre des cancers de Guyane⁴⁶, l'incidence est de 456 nouveaux cas de cancer par an sur la période 2007-2016. Le cancer occupe la deuxième place des affections de longue durée après le diabète. Même s'il y a globalement une sous-incidence des cancers en Guyane par rapport à la métropole, certaines localisations sont plus fréquentes. C'est le cas du cancer de l'estomac chez l'homme (associé à une surmortalité) et le cancer du col de l'utérus et de l'estomac chez la femme.

Une spécificité du cancer en Guyane réside dans la forte prévalence de développement de maladies transmissibles d'origine virale, microbienne ou bactérienne, dont certains agents infectieux peuvent participer au développement de cancers⁴⁷.

Le parcours de soins en cancérologie est caractérisé par un taux de fuite important. D'abord parce que certaines activités ne sont pas autorisées (radiothérapie), mais aussi pour des activités autorisées (chirurgie ou chimiothérapie). La priorité passe d'abord par une amélioration de la filière territoriale, un recrutement d'équipes médicales qualifiées, une coopération entre les équipes pour stabiliser une offre graduée sur un site, comme c'est le cas pour l'urologie, et l'organisation des soins de support en proximité.

⁴⁶ Rapport estimations régionales et départementales d'incidence des mortalités par cancer en France, Santé publique France, registre des cancers, HCL et Institut national du cancer, janvier 2019

⁴⁷ Par exemple HPV et cancers du col de l'utérus, VIH (prévalence > 1 %) et risque augmenté de cancers (sarcome de Kaposi ...), Helicobacter pylori et cancer de l'estomac.

2.9.1.2 Les autorisations pour traitement du cancer détenues par les centres hospitaliers et le niveau d'activité en 2019

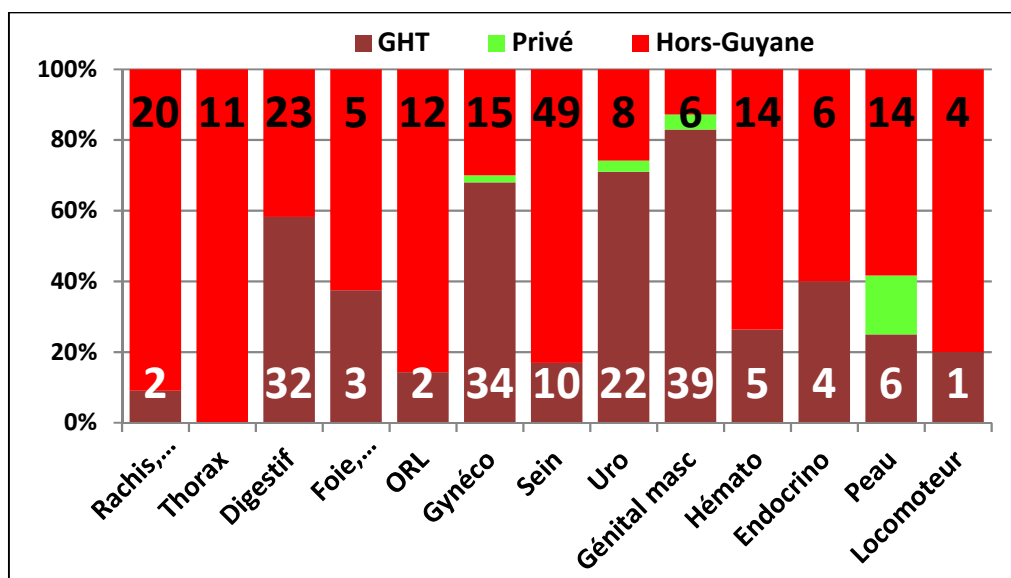
Le CHK, qui détient une autorisation pour la chirurgie des cancers urologiques, est l'établissement de recours pour ces cancers et a traité 44 patients en 2019.

Le CHC détient une autorisation pour la chirurgie des cancers digestifs. 36 patients ont été traités sur le territoire en 2019, dont 29 par l'établissement de recours autorisé.

À compter de fin 2020, le CHC ne dispose plus de l'autorisation pour la chirurgie des cancers du sein, faute d'avoir pu fidéliser un gynécologue qualifié en cancérologie sur place, et alors même qu'une équipe chirurgicale territoriale, avec les deux chirurgiens en exercice au CHOG et au CHK, aurait pu répondre à la demande de soins et permettre d'atteindre le seuil d'activité pour le maintien de cette autorisation. Cette rupture de parcours de soins par défaut d'organisation territoriale est délétère pour le patient. En 2019, 17 patientes ont été opérées en Guyane pour cancer du sein dont 15 dans l'établissement de recours autorisé. Le seuil d'activité est, à date, fixé à 30 par l'institut national du cancer (INCa). Une fenêtre de dépôt pour une demande d'autorisation de traitement chirurgical des cancers de la femme (sein et pelvien) a été ouverte par l'ARS. La date limite de dépôt a été reportée à la fin de l'état d'urgence sanitaire.

Malgré ces autorisations détenues sur le territoire, le taux de fuite pour le traitement des cancers hors Guyane est important (tableau données 2019).

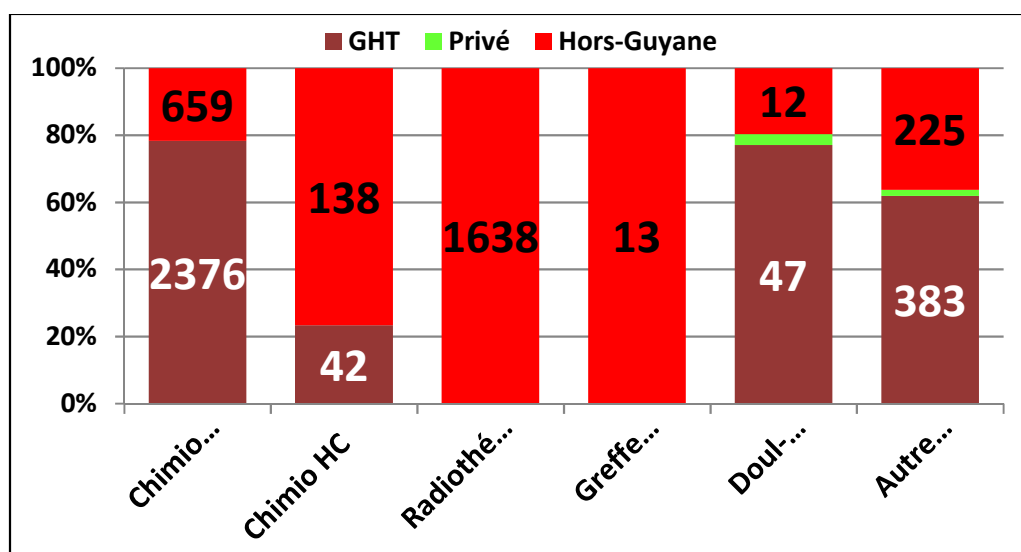
Graphique 8 : Nombre et lieu de prise en charge chirurgicale des patients guyanais



Source : Diamant – novembre 2020

Les trois établissements ont une autorisation de chimiothérapie et se situent au-dessus des seuils INCa (au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en hospitalisation de jour). Cependant le fort taux de fuite pour le traitement chirurgical des cancers (près de 50 %) engendre également des soins de chimiothérapie hors Guyane. En 2019, sur 3 000 séances de chimiothérapie, 20 % se sont déroulées hors Guyane. Près de 90 % des séances (2 033) réalisées en Guyane, le sont au CHC.

Graphique 9 : Nombre et lieu de prise en charge médicale des cancers



Source : Diamant – novembre 2020

2.9.1.3 Le parcours cancérologie : un parcours prioritaire du PMSP qui nécessite d'être cadencé

2.9.1.3.1 À court terme :

- Améliorer le dépistage ;

La priorité est de mettre en place un réseau de dépistage et de prévention pour généraliser le dépistage féminin (sein et col) avec des actions privilégiées vers les populations précaires et éloignées, en mobilisant le centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

Il n'est en effet pas possible de se satisfaire des taux de réponse aux dépistages obligatoires annoncés par le CRCDC. Ainsi, en Guyane, le taux de réalisation des dépistages n'est que de 30 % pour le cancer du sein (pour une moyenne nationale à près de 50 %⁴⁸), 13 % pour le cancer du col et 12 % pour le cancer du côlon. Le CRCDC, rencontré par la mission, signale des difficultés pour aller vers les populations de l'intérieur et les freins liés aux manques de professionnels de santé. Le CRCDC, qui a été interrogé par l'ARS et la CGSS pour partager les constats, propose des pistes d'amélioration. La mission considère qu'un plan d'action, avec engagement sur des résultats, est indispensable. Il revient à cette structure de mieux coordonner les opérateurs, de s'appuyer sur les CDPS, les équipes mobiles, les médiateurs et sur les associations, pour informer les populations, afin de les inciter à cette démarche volontaire de dépistage ;

- identifier des secteurs d'hospitalisation dédiés de cancérologie de recours ;
- recruter et fidéliser des personnels médicaux qualifiés ;

Le seul oncologue médical en fin de carrière, présent au CHK, ne souhaite pas s'investir dans une coopération territoriale. Deux autres médecins, l'un à diplôme européen, l'autre hors UE sont inscrits dans un parcours de qualification, ce qui permettrait d'atteindre à court terme une couverture

⁴⁸ Dossier thématique SPF, avril 2020 : taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 D

médicale avec un médecin qualifié par site. A moyen terme, le PMPS prévoit un effectif cible de six médecins qualifiés.

- adopter un référentiel commun territorial, de bonnes pratiques cliniques qui tiennent compte des référentiels des sociétés savantes et des recommandations de l'INCa ;
- mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires territoriales en lien avec les centres de référence qui coopèrent aujourd'hui avec les établissements : Centre Léon Bérard pour les tumeurs solides et l'APHP (St Antoine et Necker) pour l'hématologie ;
- renforcer la filière en soins palliatifs, en coopérant mieux avec la HAD privée présente sur le territoire ;
- présenter un dossier pour autorisation de chirurgie des cancers de la femme à l'échelle du GHT.

La proposition retenue au PMSP mobilise « l'exception territoriale » pour solliciter une autorisation de chirurgie des cancers féminins sur chacun des CH. Cette demande va à l'encontre des recommandations de l'INCa, qui insiste sur la concentration de ces activités de recours, comme c'est le cas aujourd'hui pour le traitement chirurgical des cancers urologiques et digestifs. Au regard des objectifs à atteindre et retenus par le GHT, pour renforcer la filière de cancérologie, cette dispersion des sites interventionnels n'est pas envisageable, tant que la filière n'est pas stabilisée avec une consolidation des équipes et des procédures centralisées sur un site hospitalier. Par ailleurs, le régime des autorisations pour la cancérologie est en cours de révision par le ministère et il convient d'attendre l'actualisation des conditions techniques de fonctionnement avant d'envisager et de justifier une « exception territoriale ». Le futur CHU multisites représente une opportunité pour une spécialisation par site des activités de recours, seul scénario qui permettra d'asseoir ces activités et d'en garantir la qualité, sous la contrainte du manque de ressources humaines qualifiées. La capacité des professionnels à se mettre d'accord pour proposer un dossier d'autorisation pour le GHT, témoignera de leur volonté de travail en commun en vue de la création du futur CHU.

Recommandation n°17 Améliorer l'efficacité des campagnes de dépistage des cancers en favorisant les partenariats entre le centre régional de coordination des dépistages des cancers et les acteurs mobilisés sur les territoires.

Recommandation n°18 Conforter l'offre chirurgicale de proximité et structurer une offre graduée de recours pour la chirurgie des cancers avec des filières territoriales, adossées à des services universitaires ou des centres de lutte contre le cancer de métropole.

2.9.1.3.2 À moyen terme

- préparer le développement d'une offre de radiothérapie en Guyane, compte tenu de la file active existante et de sa forte croissance, et dans la mesure où l'option thérapeutique constitue un traitement curatif et palliatif majeur, auquel beaucoup de patients n'ont pas accès en proximité. Le portage (privé/public) est à discuter. L'actualisation à venir des critères nationaux d'autorisation donnera le cadre possible et les conditions de fonctionnement (ressources médicales, soignantes et matériels) pour organiser cette offre sur le territoire ;
- mettre en place le dossier communicant de cancérologie avec le soutien du GCS GUYASIS (cf. § 2.1.4) ;
- évaluer les pratiques. Ce contrôle qualité relève du Centre de Coordination en Cancérologie de Guyane (3C) ;

- engager la structuration universitaire de la discipline, en s'appuyant sur des UMM avec des services universitaires ou des centres de lutte contre le cancer (CLCC), afin de favoriser des parcours professionnels partagés en complément des supports d'expertise existant aujourd'hui.

2.9.2 La prise en charge de l'infertilité

Les problèmes d'infertilité sont importants en Guyane en raison notamment de la fréquence des infections génitales, et à l'origine de très nombreuses EVASAN programmées (30 % du total). Des consultations d'infertilité et des stimulations sont réalisées sur les trois sites mais il n'existe pas d'offre de procréation médicalement assistée (PMA) actuellement sur le territoire. Les délais de recours sont très importants.

Ce parcours prioritaire pour le GHT, identifie le CHK comme centre de référence PMA. Dans le cadre de la convention APHP à renouveler, il est prévu un accompagnement médical et de biologie par l'hôpital Bichat pour assurer cette activité. Les étapes préalables afin de prévenir l'infertilité sont également précisées. Il s'agit de développer le dépistage et le traitement précoce des infections génitales et développer les consultations d'infertilité. **En opportunité, cette décision de rendre possible la prise en charge de l'infertilité sur le territoire est justifiée. La feuille de route pour y parvenir devra préciser les étapes à court et moyen terme ainsi que les compétences pluridisciplinaires indispensables à détenir pour y parvenir.**

2.10 Partager une culture commune de santé mentale

Le parcours de vie santé mentale est une priorité du PRS2. Le constat relevé fait état de 6 500 personnes suivies en psychiatrie en 2016 (5 200 au CHC et 1 300 au CHOG).

La politique de santé mentale doit se décliner en actions tout au long d'un parcours de santé intégrant la prévention, le diagnostic, le soin, la réhabilitation psychosociale, la réinsertion sociale (logement, hébergement, insertion professionnelle). Le projet territorial de santé mentale (PTSM) en cours d'élaboration sous le pilotage de l'ARS et qui inclut l'ensemble des acteurs et opérateurs intervenant tout au long de ce parcours, proposera des axes prioritaires qui devront être déclinés en actions concrètes sur les territoires. **Les comités territoriaux de santé proposés (cf. § 2.2. 3) devraient être parties prenantes des contrats territoriaux de santé mentale.**

La contrôleur générale des lieux de privation de liberté a publié en mars 2019⁴⁹ des recommandations, suite aux constats posés lors d'une visite des services de psychiatrie du CHC en octobre 2018. Ces recommandations pointent des manques d'offres de soins : absence de soins sans consentement sur l'Ouest guyanais, manque de places à orientations psychiatriques dans les structures médico-sociales : MAS, FAM, CATTP⁵⁰, délais trop longs pour un RDV en CMP⁵¹. Des constats de non qualité des prises en charges sont également posés : manque de suivi médical dans les unités d'hospitalisations, défaut d'accès aux soins somatiques, pratiques d'isolement abusives, manque de formation des personnels.

⁴⁹ JO du 24 octobre 2019.

⁵⁰ Maison d'Accueil Spécialisé ; Foyer d'accueil Médicalisé ; Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

⁵¹ Centre Médico Psychologique.

Ce parcours prioritaire du GHT fixe des objectifs très ambitieux, qui se déclinent à chacune des étapes d'un parcours coordonné intégrant la prévention, le repérage précoce, le partage des pratiques et l'aval avec le médico-social. Ils devront se déployer sur plusieurs années.

Le CHC doit conforter son offre de recours, mais il est également essentiel de développer les offres de proximité, notamment sur le secteur de Kourou et de Saint-Georges de l'Oyapock, de coordonner les interventions dans les CDPS, pour que la différenciation entre secteur sanitaire et psychiatrique n'entraîne pas de rupture de parcours⁵². Les soins sans consentement seront développés au CHOG, ainsi que la création d'une offre de soins pédopsychiatriques ambulatoires (adolescents).

Les projets de centres ressources prévention suicide, et le renforcement du centre de ressources autisme, engagé par le pédopsychiatre, font également partie de cette feuille de route.

Ces projets d'amélioration de l'offre en santé mentale nécessiteront des ressources médicales aujourd'hui non disponibles sur le territoire. Le service de psychiatrie du CHC est agréé pour les internes. Il accueille un interne en stage depuis plusieurs semestres. Des projets d'extension et d'aménagement des locaux sont également nécessaires (cf. parties 5 et 6).

2.11 Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et anticiper le vieillissement de la population

Le nombre de personnes de plus de 60 ans sur le territoire va continuer d'augmenter avec les générations plus nombreuses des années cinquante soixante. Les marqueurs du vieillissement et de dépendance sont observés plus tôt qu'en métropole, en raison de la précocité et de la forte prévalence des pathologies chroniques : obésité, diabète, hypertension artérielle. L'accueil familial des personnes âgées est en déclin pour des raisons multiples : réduction de la taille des logements, mobilité des générations plus jeunes, difficultés économiques et sociales. La problématique de vieillissement touche singulièrement les personnes sans droits qui ont aussi de plus grandes difficultés de maintien à domicile.

Il est nécessaire d'anticiper le vieillissement de la population guyanaise en développant une offre d'expertise gériatrique de liaison (équipe mobile de gériatrie) pour les urgences et les services d'hospitalisation des 3 CH, en développant des consultations mémoire et des bilans onco-gériatriques et en créant des services de courts séjours gériatriques.

Ces équipes mobiles doivent aussi répondre aux besoins des structures d'hébergement. Il faut également anticiper le besoin de structures d'accueil pour des patients avec déficits cognitivo-comportementaux évolués et les personnes âgées ne pouvant rester au domicile.

L'ARS finance un projet pour le repérage, le dépistage et le diagnostic des personnes en situation de handicap sur les territoires de l'intérieur afin de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la population et aux territoires.

● Une priorité partagée par l'ARS, la CTG et le GHT, qui exige une coordination renforcée

L'enjeu majeur est celui de la coopération entre l'Etat et la collectivité territoriale, entre le sanitaire et le médico- social. La coordination des projets que vont décliner le PRS 2, le schéma

⁵² C'est par exemple le cas au CDPS de Grand Santi, en lien avec le CHC pour les soins cliniques alors que le CMP dépend du CHOG.

territorial de l'autonomie 2020/2024 arrêté par la CTG et le projet médico-soignant partagé du GHT est indispensable pour garantir la lisibilité et la complémentarité des actions.

La gouvernance partagée du secteur est une priorité au sein de la conférence des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie (CFPPA) et du conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie (CTCA).

« La politique de l'autonomie bien menée, au profit de l'usager, ne peut se faire qu'à la seule condition que tous les acteurs de proximité, institutions et décideurs harmonisent, coordonnent et intègrent les actions de cette politique⁵³.

Il s'agit de coordonner les projets de création de structures (EHPAD, foyers logement, foyers de vie), de garantir la qualité des prises en charge dans les structures existantes. La création d'équipes mobiles de gériatrie, l'ouverture d'unités d'hébergement renforcé et la coopération public/ privé notamment pour l'HAD et le SSR sont des projets prioritaires à engager.



Comme indiqué précédemment, le PMSP du GHT validé lors d'un séminaire de mi-novembre 2020, auquel la mission a participé, intègre 20 parcours prioritaires (cf. annexe I). Le comité stratégique du GHT a retenu des critères de priorisation, selon la faisabilité des actions et les conditions nécessaires en termes de ressources et d'équipements.

La mission rappelle que les priorités qu'elle propose, concernent les grands enjeux de santé publique. Les évolutions proposées doivent permettre de redonner confiance à la population et de diminuer le nombre d'évacuations sanitaires. Ces priorités de santé publique retenues par la mission font l'objet de recommandations pour certaines disciplines, quand des actions spécifiques sont nécessaires pour mener les transformations (par exemple pour la gynécologie-obstétrique, la cancérologie ou les soins critiques).

Nonobstant celles-ci, le renforcement de l'offre de soins ne peut pas se réaliser au détriment de la qualité et de la sécurité des soins. La mission formule une recommandation générique pour toutes les prises en charge abordées dans cette partie du rapport ou faisant l'objet d'un des 20 parcours prioritaires du GHT afin de rappeler cet enjeu, retenu comme une priorité transversale de la convention constitutive du GHT.

Recommandation n°19 Garantir la qualité et la sécurité des soins en veillant à responsabiliser les porteurs de projets, à fidéliser les équipes médicales et soignantes, à développer leurs compétences et à partager les pratiques professionnelles, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques.

⁵³ Schéma territorial de l'autonomie 2020-2024 CTG Guyane.

3 Développer une offre de formation complète, adaptée et structurée

La formation en santé doit s'imposer comme l'un des piliers du renforcement de l'offre et de la qualité des soins, ainsi que celui d'un futur CHU. Elle constitue, en effet, l'un des déterminants de l'offre et de la qualité des soins dispensés et du nombre de personnels de santé disponibles pour couvrir les besoins, à la fois en secteur hospitalier et en médecine de ville (même si une partie de ces personnels peut être recrutée à l'extérieur de la région). La Guyane souffre aujourd'hui d'une démographie médicale insuffisante en nombre et inégalement formée⁵⁴. L'essentiel des formations est effectué à l'extérieur du territoire guyanais et les cursus réalisés en Guyane dans leur intégralité sont l'exception. Le personnel médical est principalement recruté en dehors du territoire et la Guyane, comme Mayotte, ont recours au recrutement massif de PADHUE.

Pour remédier à cette situation très pénalisante pour les patients guyanais, les acteurs de santé du territoire doivent résolument s'investir, avec l'appui de l'Etat de la CTG et des autres collectivités territoriales, dans la structuration d'une formation initiale et continue, des médecins et des personnels paramédicaux, essentiellement réalisée en Guyane et qui doit gagner en qualité. Des voies de progrès existent, qui ont été déjà en partie explorées, mais le plus souvent envisagées sans avoir connu de début de mise en œuvre.

La présente partie dresse, dans un premier temps, l'état de la formation en santé en Guyane. Elle examine ensuite comment le renforcement des études de médecine doit aller de pair avec les travaux préparatoires à la création d'un CHU. Puis elle aborde la question du développement de l'offre de formation paramédicale et sa meilleure implantation sur le territoire. Elle étudie, enfin, la question de la mise en place d'un pôle universitaire en santé en Guyane.

3.1 La formation en santé, essentiellement réalisée à l'extérieur du territoire guyanais, demeure à construire

3.1.1 Une formation en médecine encore embryonnaire au regard des besoins du territoire

L'université de Guyane dispose, depuis sa création en 2015, d'un département de formation et de recherche en santé dirigé par un PU-PH affecté au CHC. Les huit PU-PH⁵⁵ actuellement en poste en Guyane demeurent cependant rattachés, pour leur activité universitaire, à l'université des Antilles, elle-même liée, par convention, aux deux CHU de Pointe à Pitre et de Martinique.

L'université des Antilles héberge un premier cycle d'études de médecine qui s'est mis progressivement en place en 1998 puis en 2008 et 2009⁵⁶ et accueille des internes (3^{ème} cycle) depuis 1985. À l'issue de leur première année de parcours spécifique « accès santé » (PASS - PACES avant la réforme des études médicales⁵⁷) ou de « licence à option accès santé » (LAS – voie d'intégration complémentaire à la PASS) qui se déroule à l'université de Guyane, les étudiants guyanais en médecine poursuivent leur formation aux Antilles avant d'effectuer leur deuxième cycle dans une université de métropole.

⁵⁴ 139 PADHUE non qualifiés, certaines sages-femmes non formées en échographie par exemple

⁵⁵ Auquel s'ajoute un PUPH recruté sous contrat au CHC

⁵⁶ Première année en 1998, deuxième année en 2008 et troisième année en 2009

⁵⁷ Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

3.1.1.1 Les premier et deuxième cycles

La première année de PASS réunit encore un effectif limité, quoi que croissant, et fortement amplifié en 2020, du fait de la réforme des études de médecine et de la création de la LAS. Comparé à celui de l'université des Antilles, il apparaît comme très faible si, par exemple, on le rapporte au nombre de bacheliers de chaque territoire.

Tableau 7 : Effectifs de première année de PASS et de PACES en Guyane

2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution
52	51	79	120	123	179 ⁵⁸	+ 344 %

Tableau 8 : Effectifs de première année de PASS et de PACES aux Antilles

2015	2016	2017	2018	2019	2020	Evolution
968	1023	1042	1104	1063	NC	+ 10 %

Source : Rectorat et université de Guyane, université des Antilles

Tableau 9 : Effectifs de PASS / PACES et nombre de bacheliers

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de bacheliers bac général en Guyane	873	984	1000	1020	1076	1182
Nombre d'inscrits en PACES N+ 1	52	51	79	120	123	179
Nombre de bacheliers bac général aux Antilles	4112	4556	4198	4483	4746	4723
Nombre d'inscrits en PACES N + 1	968	1023	1042	1104	1063	NC

Source : Rectorat et université de Guyane, université des Antilles

Les bacheliers guyanais ne constituent pas le seul vivier des premières années de PASS, aux Antilles comme en Guyane. Pour autant, les proportions présentées dans le tableau neuf sont significatives de la faible attractivité de la PASS de Guyane par rapport à celle des Antilles. Tandis que les étudiants inscrits en PASS/PACES représentent de l'ordre d'un quart des bacheliers de Guadeloupe et de Martinique, cette proportion est d'un sur 12 à un sur 20 en Guyane selon les années jusqu'en 2019. Les admissions Parcoursup ont sensiblement augmenté à la rentrée 2020, en particulier avec la mise en place d'une voie LASS. Cette tendance reste à confirmer. Il est à noter qu'un nombre significatif d'élèves guyanais partent effectuer leur première année en métropole ou aux Antilles (57 cumulés en 2018 et 2019).

La Guyane peut, en revanche, depuis l'année universitaire 2016⁵⁹, se prévaloir de l'obtention d'un *numerus clausus*⁶⁰ propre, et d'une progression très significative de celui-ci (tableau 10). Passé de 5 à 25 pour la médecine et de 8 à 34, toutes disciplines confondues entre 2016 et 2020, il demeure cependant trop faible au regard des besoins du territoire guyanais qui souffre d'une démographie

⁵⁸ 26 PACES, 135 PASS et 18 LAS

⁵⁹ C'est à dire concomitamment à la création de l'Université de Guyane

⁶⁰ *Numerus apertus* depuis la réforme des études de santé - loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

médicale particulièrement faible. Par comparaison, celui en vigueur aux Antilles sur la même période, bien qu'en progression plus modérée, apparaît beaucoup plus favorable (tableau 11). Toutefois, si l'on rapporte le nombre de reçus en deuxième année au nombre d'étudiants inscrits en PACES en début d'année, le ratio en 2019 était beaucoup plus favorable en Guyane (27 %) qu'aux Antilles (18 %) qu'il ne l'était trois ans plus tôt en 2016 (13 % en Guyane contre 15 % aux Antilles).

Tableau 10 : Évolution du *numerus clausus* en Guyane

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	5	7	12	20	25
Odontologie	1	1	1	2	2
Pharmacie	1	1	2	2	3
Maïeutique	1	1	2	4	4
TOTAL	8	10	17	28	34

Tableau 11 : Évolution du *numerus clausus* Antilles

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	110	120	130	140	155
Odontologie	11	11	11	11	11
Pharmacie	5	5	5	5	7
Maïeutique	24	24	23	21	20
TOTAL	150	160	169	177	193

Source : université de Guyane

Sous réserve que le nombre d'étudiants guyanais progresse, le *numerus apertus* constitue une opportunité pour faire évoluer le nombre de formations en meilleure adéquation avec les besoins du territoire⁶¹. Celui-ci sera défini par chaque université à l'issue d'une procédure régionale et nationale qui se conclura en mars 2021 par la fixation d'un quantum pluriannuel par ressort d'université.

En fonction de leur orientation à l'issue de la première année de PASS, les étudiants poursuivent leur formation⁶²:

- en Guadeloupe pour les deuxièmes et troisièmes années de PASS (premier cycle de médecine)
- en Martinique pour la maïeutique,
- à Bordeaux pour l'odontologie

L'institut de formation des masseurs kinésithérapeutes (IFMK) est également basé à Fort de France.

⁶¹ Loi 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

⁶² Convention de partenariat du 27 novembre 2015 relative aux modalités d'organisation des études de médecine – université des Antilles et université de Guyane

Les trois années du deuxième cycle se déroulent dans les universités de métropole. En 2016, les départs se sont faits vers 25 universités métropolitaines différentes⁶³.

Il en découle que la Guyane est principalement tributaire de formations réalisées en dehors de son territoire pour satisfaire ses besoins en ressources médicales. La conséquence en est aussi une moindre attractivité qui se manifeste par la « perte en ligne » des étudiants guyanais durant cette partie de leur parcours (aujourd'hui, d'après les données disponibles⁶⁴, treize médecins, dont six libéraux et sept en secteur hospitalier, exerçant en Guyane, y sont nés) et par une faible capacité à attirer les autres. Il convient cependant de noter que de nombreux médecins arrivés en Guyane en cours de carrière s'y sont intégrés durablement.

Aussi, la Guyane ne peut-elle prétendre, en l'état actuel de ses ressources en formation (enseignants, lieux de stage, projet pédagogique) et avec le petit nombre d'élèves inscrits en première année de médecine, disposer à très court terme d'un premier cycle complet.

3.1.1.2 L'internat

Les organismes de santé et médecins libéraux agréés maîtres de stage peuvent former des internes souhaitant effectuer certains de leurs stages de troisième cycle en Guyane. Leur affectation est notamment décidée dans le cadre de la subdivision Antilles-Guyane. Les procédures en sont cependant adaptées par les textes pour tenir compte de la spécificité de la subdivision. Les trois directeurs généraux d'ARS se voient confier conjointement les attributions dévolues au directeur général de l'ARS ordinairement compétente. En outre, les avis sont rendus au sein d'une commission d'évaluation des besoins de formation et d'une commission de subdivision, dont la composition est adaptée et qui, lorsqu'elle statue en vue de la répartition des postes offerts au choix, est présidée alternativement tous les ans par les directeurs des ARS de Guadeloupe, Martinique et Guyane. En réalité, cette disposition paraît ne pas être exercée et la présidence est assurée par l'ARS de Guadeloupe. La présidence de la commission d'évaluation des besoins et de la commission de subdivision statuant en vue de l'agrément des terrains de stage est assurée, dans tous les cas, par le directeur de l'UFR de médecine de l'université des Antilles.

L'analyse des stages d'internat choisis en Guyane, ces deux dernières années, comparativement à la Guadeloupe et à la Martinique, fait apparaître un déficit important pour le territoire guyanais.

La mission note tout d'abord qu'en 2019, la subdivision Antilles-Guyane a pourvu 98,3 % des 178 postes proposés au choix national, ce qui la situe légèrement au-dessus de la moyenne générale de l'ensemble des subdivisions.

En 2020, 143 terrains de stages étaient agréés en Guyane, 332 en Guadeloupe et 358 en Martinique. Le tableau N°12 présente, à partir des données produites par l'ARS de Guadeloupe, le nombre de postes proposés au choix à l'intérieur de la circonscription et le nombre d'internes affectés sur chacun des trois territoires. Les postes proposés en Guyane représentent de l'ordre du quart ou du cinquième des postes proposés dans chacun des deux territoires antillais. En ce qui concerne, les affectations, elles représentent, sur les quatre derniers semestres, entre 62 et 67 % (sauf en mai 2020 avec 80 %) des stages proposés en Guyane tandis que les taux guadeloupéens et martiniquais se situent systématiquement autour de 80 %.

⁶³ Devenir des étudiants ayant réussi le concours de première année de médecine en Antilles et en Guyane – Josué Mounsamy – thèse soutenue en 2016 à l'université des Antilles et de la Guyane

⁶⁴ CHC et GHT

Tableau 12 : Évolution du nombre de stages d'internat par territoire

semestre	Guyane		Guadeloupe		Martinique		total	
	Proposés	Choisis	Proposés	Choisis	Proposés	Choisis	Proposés	Choisis
Mai 2019	86	58	228	177	255	210	569	445
Novembre 2019	75	50	270	218	271	223	616	491
Mai 2020	87	70	235	193	265	214	587	477
Novembre 2020	90	56	274	211	265	208	629	475

Source : ARS de Guadeloupe⁶⁵

En outre, pour le semestre de novembre 2020, on dénombre 13 internes en stage inter-CHU en Guyane.

Les internes sont, par conséquent, en nombre limité dans les trois hôpitaux de Guyane, plus encore dans les cabinets libéraux, en médecine générale comme dans les autres spécialités. Cette situation est pénalisante pour la région qui se voit ainsi privée d'un vivier de professionnels susceptibles de faire le choix de s'installer plus durablement sur le territoire, une fois leurs études achevées. Elle reflète, au fond, le défaut d'attractivité de la Guyane pour les personnels médicaux.

Plusieurs explications permettent de comprendre cette difficulté :

- en ce qui concerne les étudiants ayant effectué leur première année d'études en Guyane, il s'écoule cinq ans entre leur départ de Guyane et leur éventuel retour comme internes. Cette durée longue peut avoir éloigné définitivement, du point de vue professionnel, certains d'entre eux de leur territoire d'origine. Il est trop tôt pour analyser l'impact, sur ce risque, de la création du numerus clausus spécifique à la Guyane, puisque ses premiers bénéficiaires débiteront leur troisième cycle à la rentrée de 2021 ;
- certains terrains de stage agréés s'avèrent attractifs, d'autres beaucoup moins, voire pas du tout. Le degré d'encadrement des services semble constituer un critère déterminant. Les internes donnent logiquement la préférence à des services dans lesquels leur apprentissage sera pris en charge par des praticiens plus nombreux et compétents. Comme le relève l'ARS dans une note de sa direction de l'offre de soins, « les stages prisés se situent au sein des centres délocalisés de prévention et de santé, de l'unité des maladies infectieuses et tropicales (UMIT), en santé publique, en dermatologie, en gynécologie et, de nouveau, aux urgences du CH de Cayenne ». Les services moins bien dotés en praticiens sont plus rarement choisis. Aucune spécialité chirurgicale n'est agréée ;

⁶⁵ Les données diffèrent selon qu'elles sont fournies par l'UFR de médecine de l'université des Antilles, par l'ARS de Guyane ou par celle de la Guadeloupe. La mission a retenue celles, plus complètes, fournies par l'ARS de Guadeloupe

- s'agissant des stages en médecine libérale et dans les structures extrahospitalières, le nombre de maîtres de stages universitaires (MSU) agréés est insuffisant (21 médecins libéraux et 11 au sein des structures extrahospitalières). Ils sont en outre mal répartis sur le territoire. Lorsque les MSU sont seuls sur un territoire, comme à Kourou ou Saint-Georges, s'ajoutent, pour les internes, des difficultés liées aux distances et au risque d'isolement. Ils doivent, en effet, réaliser sur un semestre, trois immersions de deux mois au sein de cabinets différents, ce qui induit des contraintes de déplacement et de logement. Au deuxième semestre 2020, 17 internes de MG réalisaient un stage en Guyane dont 8 en dernier semestre. Les médecins élus de l'URPS expliquent ce désengagement de leurs confrères par des conditions de formation du MSU et de financement inadéquates. Ces critiques des professionnels confirment que les évolutions récentes sont mal connues. Ainsi, la formation à la pédagogie du médecin se fait désormais dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et peut être réalisée à distance pour plus de facilité (auparavant elle se déroulait à l'UFR de médecine de Bordeaux). La rémunération du MSU a été portée à 600 € par mois en zone déficitaire ;
- l'absence d'internat ou de logements idoines (à l'exception d'une « base de vie » peu attractive à l'intérieur du CHOG) constitue une lourde lacune en termes d'accueil et de facilité de vie pour les internes décidant de choisir la Guyane ;
- un manque très pénalisant de visibilité des lieux possibles pour le premier stage d'interne dans le dispositif national d'affectation géré par le CNG. La Guyane n'apparaît pas dans l'application « CELINE »⁶⁶ et, lors des choix pour la phase socle, il est possible de choisir des affectations aux « CHU de Pointe-à-Pitre-Martinique » sans avoir connaissance qu'elles peuvent déboucher sur des stages en Guyane. Le CNG, interrogé par la mission, confirme qu'il n'a pas la connaissance des lieux de stages possibles au moment du premier choix. L'information des étudiants repose sur les éléments que leur fournissent les associations d'internes et la communauté hospitalo-universitaire, mais aucunement sur une communication émanant des institutions en charge du processus d'affectation ;
- une mobilisation très faible des dispositifs d'aide. Le contrat d'engagement de service public (CESP) constitue une réponse possible pour des jeunes qui ont un projet d'installation en zone déficitaire et donc partout en Guyane⁶⁷. Celui-ci connaît un très faible succès en Antilles-Guyane. En 2019, 35 contrats étaient disponibles pour l'UFR, seuls huit ont été signés, soit 0,28 % du total des contrats signés à l'échelon national. La mission note que les portails d'accompagnement des professionnels de santé des ARS Antilles et Guyane relaient, sans la territorialiser, la communication nationale sur les CESP ;
- un investissement insuffisant des autorités de santé locales (ARS, directions hospitalières, médecins chefs de pôle) dans la conception et le maquetage de stages de qualité, la sensibilisation auprès des décideurs antillais (Doyenne de l'UFR de médecine, coordonnateurs de spécialités) et dans le démarchage auprès des associations d'internes et les internes eux-mêmes ;

⁶⁶ Choix des internes En Ligne : système d'information du CNG pour la procédure des choix de poste des ECN

⁶⁷ En contrepartie d'une bourse mensuelle de 1200 € brut par mois, l'étudiant s'engage à exercer ses fonctions en zone déficitaire en libéral et comme salarié pendant un minimum de 2 ans.

- la mission retire enfin de ses échanges avec ces différents interlocuteurs, à commencer par les internes, que le fonctionnement du dispositif d'agrément et d'affectation, piloté depuis la Guadeloupe peut, dans certains cas, être de nature à pénaliser le territoire guyanais. La présence de seulement quatre coordonnateurs de spécialité⁶⁸ en poste en Guyane peut de ce point de vue, constituer une faiblesse qu'il est envisageable de combler. D'une manière plus générale, le fonctionnement des commissions de subdivision semble perfectible.

La Guyane dispose cependant d'un potentiel d'attractivité, dans plusieurs disciplines, qui doit pouvoir s'étendre à d'autres, dans le cadre des travaux en vue de la mise en place du CHU (cf. partie 2. Offre de soins). L'accueil d'un plus grand nombre d'internes en Guyane, lesquels constitueront de façon certaine un vivier destiné à pourvoir des emplois de praticiens hospitaliers et de médecins de ville sur le territoire, constitue une priorité. Il passe en tout premier lieu par un investissement organisé des acteurs locaux que l'ARS a commencé à formaliser, et qui doit être rapidement et résolument mis en œuvre de manière étroitement concertée dans le cadre du GHT et avec l'appui des autorités compétentes de l'université et des CHU des Antilles.

3.1.1.3 La formation des sages-femmes et maïeuticiens

Ils sont formés en Martinique. Les deux dernières années, quatre étudiants seulement sur 23 ont effectué leur stage en Guyane. Celle-ci a pourtant des besoins considérables (cf. point 1.4)

3.1.2 Un début de restructuration des formations paramédicales

La Guyane souffre d'un déficit élevé d'offre de formation dans toutes les disciplines paramédicales, bien que la démographie des professions d'auxiliaires médicaux soit fortement déficitaire (cf. point 1.4).

Corrélativement, une grande partie de ces études sont réalisées en dehors du territoire guyanais : masseurs-kinésithérapeutes en Martinique, spécialités d'infirmiers anesthésistes (IADE), aux Antilles ou en métropole, master d'infirmiers en pratiques avancées (IPA) en métropole. Des formations d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et de cadres de santé, de puéricultrice, d'auxiliaire de puériculture sont réalisées depuis plusieurs années par Projet professionnel plus (PPP), organisme de formation de droit privé. PPP vient d'ouvrir, en 2020, une formation de psychomotriciens et une section d'apprentissage pour 20 auxiliaires de puériculture. L'organisme de formation prépare également des dossiers de demande d'agrément pour des formations d'IADE, de manipulateur radio et d'ergothérapeute.

⁶⁸ En dermatologie, santé publique, pédiatrie et réanimation

Tableau 13 : Formations dispensées en Guyane

Formation	Organisme formateur	Nombre de places
Infirmier (IDE)	IFSI	100
Infirmier de bloc opératoire (IBODE)	PPP	12
Cadre santé	PPP	15 une année sur deux
Puéricultrice	PPP	12 une année sur deux
Auxiliaire de puériculture	IFSI	30
Auxiliaire de puériculture	PPP	40 dont 20 en apprentissage ⁶⁹
Aide-soignant	IFSI	30
Psychomotriciens	PPP	15 tous les deux ans
Ambulancier	AFTRAL	20

Source : Schéma territorial des formations sanitaires et sociales 2019 – 2024

Tableau 14 : Formations dispensées en dehors de la Guyane

Formations	Lieu de formation	Nombre de personnes formées
Masseur-kinésithérapeute	IFMK (CHU) de Martinique	4
Infirmiers anesthésistes (IADE)	Guadeloupe	NC
Infirmiers en pratique avancée (IPA)	Métropole	NC
Ergothérapeute	Métropole	NC
Orthophoniste	Métropole	NC
Orthoptiste	Métropole	NC
Manipulateur ERM	Métropole	NC

Source : Schéma territorial des formations sanitaires et sociales 2019 - 2024

La faiblesse des formations susceptibles d’être suivies en Guyane, en particulier dans des disciplines spécialisées très déficitaires sur le territoire, couplée à la rareté des stages proposés localement pour les formations effectuées à l’extérieur (il n’y a, par exemple, aucun stage pour la formation d’IADE proposé en Guyane), constitue un véritable frein au recrutement. S’agissant, par exemple, des infirmiers exerçant en Guyane, ceux-ci sont obligés de partir loin et longtemps pour se former à une spécialité. De ce fait, peu d’entre eux entreprennent cette démarche. En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes, profession très déficiente, l’IFMK de Martinique, avec un quota annuel de 24 places, n’est pas armé pour former en nombre suffisant ceux dont la Guyane a besoin. Les quatre masseurs-kinésithérapeutes issus de la PACES, tous les ans en Guyane, sont à rapprocher d’un besoin estimé à 361 aujourd’hui et 460 en 2030, pour une population effective de 127 en 2020⁷⁰ dans

⁶⁹ PPP dispose d’un agrément en tant que CFA depuis la rentrée 2020

⁷⁰ Etude prospective sur l’impact des dynamiques démographiques sur l’offre sanitaire et médico-sociale en Guyane – ARS – AFD – décembre 2017. Ordre des masseurs kinésithérapeutes – rapport démographie des kinésithérapeutes - 2017

l'hypothèse d'un alignement sur les critères nationaux. Ces nombres seraient respectivement de 104 et 132, pour simplement prendre en compte la croissance démographique.

Le protocole signé le 3 mai 2019⁷¹ entre la CTG, l'ARS, l'université de Guyane et le CHC envisage « la création, dans le futur, sur le territoire », de formations de kinésithérapie et, « à terme », d'orthophonie, d'orthoptie, d'ergothérapie, de pédicure-podologue⁷². L'accord n'en précise cependant ni le calendrier, ni les modalités, ni le financement.

Pour autant, des progrès sensibles ont été réalisés s'agissant de la formation des infirmiers (IDE). L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), organisme rattaché au CHC, bénéficie d'un engagement des différents partenaires, retracé dans le protocole du 3 mai 2019. Sa situation, financière, managériale et organisationnelle s'est sensiblement améliorée avec l'arrivée d'un nouveau directeur et le renouvellement de l'équipe de direction. La montée en puissance des effectifs formés (de 60 en 2018 à 100 en 2019) s'est déroulée convenablement et les travaux pédagogiques se poursuivent pour conforter la structuration universitaire de cette formation préparée et en partie conduite par la deuxième administration provisoire du CHC en 2018 et 2019⁷³. Une réflexion est menée, en lien avec les universités « Sorbonne université » et Paris 13, sur la construction d'une filière d'IPA. En parallèle, l'antenne du CHOG a vu son activité recentrée sur les formations d'aides-soignantes (passées de 20 à 30 places en 2019), et d'auxiliaire de puériculture.

Enfin, l'IFSI va être prochainement relogé à titre provisoire, dans le courant du premier semestre 2021, sur le campus de l'université de Guyane, en vue d'une installation définitive au sein du futur pôle de formation en santé (cf. infra point 3.3.1)

3.1.3 D'autres formations universitaires bénéficiant d'une certaine dynamique

L'université de Guyane a développé, au sein de son DFRS, différentes formations diplômantes ou non, qui s'inscrivent dans une logique de construction d'un ensemble pédagogique adapté aux besoins du territoire guyanais, et qui s'étoffe progressivement :

- la mise en place d'une licence à accès santé (LAS), arrimée à la licence de sciences et vie de la terre (SVT), à compter de la rentrée 2020. Cette voie alternative d'accès aux études de médecine a été créée par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé. Elle devrait permettre de compléter le cursus des études de médecine d'une voie d'accès nouvelle.
- plusieurs diplômes universitaires, en principe d'une durée d'un an, ont été créés dans le domaine de la santé, en diabétologie, dermatologie tropicale, pédiatrie, médecine tropicale, VIH, médiation en santé... Ces formations sont d'une durée de l'ordre 60 heures (plus de 100 heures pour la médiation).
- mais également une formation de statistiques en santé ainsi que d'écriture en recherche (en cours de création).

D'autres formations sont proposées localement, principalement financées par des fonds publics. On citera notamment celles du réseau « périnatal » proposées aux sages-femmes, médecins pédiatres et professionnels des CDPS. Le réseau « périnatal » forme plus de 600 personnes par an en 43 sessions

⁷¹ Protocole du 3 mai 2019 entre la CTG, l'ARS, l'université de Guyane et le CHAR qui s'engage dans un nouveau projet d'amélioration de l'environnement de l'IFSI

⁷² Les conditions pour cette mise en place sont décrites infra point 3.3

⁷³ Inspection générale des affaires sociales : rapport « bilan et perspectives de la deuxième administration provisoire du CH de Cayenne » – juin 2019 et rapport « bilan et perspectives du CH de Cayenne six mois après la seconde administration provisoire » – décembre 2019

de formation, dont 13 programmes de développement professionnel continu⁷⁴. La mission note à cet égard qu'il s'agit des seules formations de DPC disponibles en Guyane, les autres formations de DPC s'effectuant en métropole. **L'ordre des médecins a signalé cette difficulté et demandé que les déplacements et l'ensemble des dépenses engagées par les stagiaires soient davantage soutenus financièrement. La mission partage cette demande.**

3.2 Le renforcement des études de médecine en Guyane doit aller de pair avec la préfiguration du CHU

Le corpus de formation dispensé en Guyane est insuffisant et doit être fortement renforcé. Pour des formations très spécifiques, difficiles à implanter sur le territoire pour des questions de taille critique, des modalités adaptées doivent être recherchées à travers la formation à distance, le déplacement de formateurs métropolitains et la simulation.

3.2.1 La mise en place, d'ici quatre ans, d'un premier cycle complet d'études de médecine

La réforme des études de médecine (création de la PASS) ne modifie pas substantiellement le dispositif de formation guyanais. Après une première année en Guyane, les étudiants accédant à la deuxième année du premier cycle poursuivront, comme aujourd'hui, leur cursus aux universités des Antilles et de Bordeaux, selon les filières (premier cycle) puis en métropole (deuxième cycle).

L'augmentation du *numerus clausus* a manifestement permis d'attirer un nombre de candidats plus élevé en PASS-PACES, lesquels réalisent la plupart des stages de premier cycle en Guyane⁷⁵. Il est trop tôt pour en juger, s'agissant des stages de deuxième cycle. En ce qui concerne l'effet de cette mesure en termes de fidélisation des lycéens à leur région d'origine, les chiffres appellent à la modération : si, entre 2018 et 2020, les étudiants guyanais sont chaque année plus nombreux à effectuer leur PASS-PACES en Guyane, le nombre de ceux qui décident de tenter leur chance aux Antilles et plus encore en métropole, demeure élevé (plus d'un tiers du total des admis dans Parcoursup)⁷⁶.

Il est, de même, trop tôt pour établir le bilan de la mise en place de cette première année sur le retour des jeunes médecins sur le territoire guyanais. Cet effet pourra se mesurer à partir de la rentrée 2021, avec l'arrivée des internes de première génération. **Il importe d'ailleurs à cet effet, de mettre en place la traçabilité (université/centre national de gestion - CNG) permettant d'établir le taux de retour des étudiants de première année en tant qu'internes. Une démarche d'approche des anciens étudiants de PACES devrait être déployée pour les encourager à développer un projet professionnel en Guyane, dès leur internat, en mobilisant le cas échéant le CESP.**

Si nécessaire que soit ce type d'action, il ne suffira pas à attirer plus massivement une ressource médicale, qui doit pouvoir aussi se nourrir de la venue d'étudiants métropolitains, désireux d'exercer leur métier dans un environnement d'une richesse toute singulière pour la pratique de la médecine.

⁷⁴ Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité

⁷⁵ Durant l'année 2019 – 2020, 20 étudiants guyanais en deuxième année de médecine en Guadeloupe (promotion PACES-Guyane de 22 étudiants) et 10 étudiants en troisième année en Guadeloupe (promotion PACES-Guyane de 12 étudiants) ont fait des stages au CHC. Concernant les stages infirmiers des reçus PACES-Guyane pour 2018-2019, sur 24 étudiants, 23 ont faits leur stage au CHC.

⁷⁶ Rectorat de Guyane : évolution des vœux PASS-PACES 2018-2020

La création d'un CHU de Guyane n'ira pas sans la présence, sur le territoire Guyanais, d'une offre de formation plus complète, qui passe nécessairement par la mise en place d'un premier cycle complet.

L'ouverture d'un premier cycle universitaire complet en Guyane est unanimement demandée par les acteurs locaux (services de l'Etat, collectivités territoriales, acteurs de la santé), perçu par eux, dès lors qu'il serait doublé de stages de qualité durant l'externat et l'internat, comme un facteur d'attractivité, beaucoup plus puissant que la seule première année et permettant d'ancrer plus durablement les étudiants au territoire.

Ce serait aussi un encouragement pour les familles aux revenus modestes, que la perspective de trois premières années sur le territoire guyanais, pourrait convaincre de partager l'ambition de leurs enfants, dans la poursuite de telles études.

La mission partage cet objectif qu'elle considère comme aller de pair avec la mise en place d'un CHU. Un CHU de Guyane devra en effet, plus qu'aucun autre établissement hospitalier, du fait de la situation d'éloignement géographique de la région, pouvoir bénéficier d'un corpus de formations de proximité le plus complet possible, qui ne peut donc exclusivement reposer sur les partenariats, néanmoins nécessaires, noués avec l'université des Antilles et des facultés de médecine métropolitaines. Elle estime en outre que celui-ci peut être atteint dans un délai de quatre ans (trois années de préparation avant l'ouverture de la deuxième année en 2024 et de la troisième année en 2025, sur le modèle du déploiement réalisé par l'université des Antilles en 2008 et 2009) mais sous réserve qu'un certain nombre d'exigences aient été préalablement satisfaites :

- Une ressource étoffée en personnels enseignants :
 - les ressources universitaires présentes en Guyane sont composées de huit PU-PH et de trois chefs de clinique universitaires ;
 - si le nombre de PU-PH est potentiellement amené à progresser en fonction de la structuration et du renforcement progressif des spécialités, la mission considère que chacun d'eux doit être au moins secondé par un chef de clinique, présent sur les trois activités de soin, de formation et de recherche. Du temps de PU-PH, sur le soin, ainsi libéré, permettrait à ceux-ci d'être plus présents sur les activités de la valence universitaire. Cinq chefs de cliniques supplémentaires pourraient être prochainement autorisés si, comme elle semble le valider, la CTG accepte d'assurer le financement de la valence universitaire. Les disciplines à statut universitaire pourraient aussi, sous réserve d'intégrer expressément une telle possibilité dans les textes d'application, bénéficier du dispositif des « chaires junior » prévues par l'article 3 de la loi de programmation de la recherche (cf. 4.3)⁷⁷ ;
 - le recours aux assistants à temps partagé doit être également mobilisé, plus activement qu'aujourd'hui. Ce sont actuellement 13 assistants en temps partagés venant tous de l'APHP qui officient dans un hôpital guyanais⁷⁸. Trois recrutements sont prévus en mai 2021 et deux autres envisagés en novembre, tandis que trois puis deux départs auront lieu aux mêmes dates. **La mission invite l'ARS et les CH guyanais à renforcer le recours à ce dispositif, dans le cadre des conventions de coopération UMM préconisées précédemment (partie offre de soins). Dans ce cadre, un système de mise à disposition à temps plein de plus longue durée (trois ans) pourrait également être imaginé ;**

⁷⁷ Loi 2020-1674 de programmation de la recherche 2021 – 2030 du 24 décembre 2020

⁷⁸ Selon des données en cours de vérification fournies par l'ARS

- Une collaboration renforcée avec l'université des Antilles et avec des universités de métropole dans le cadre des conventions de coopération UMM :
 - pour construire le cursus de formation, chantier qui doit démarrer dès à présent ;
 - pour permettre d'assurer l'intégralité des cours et des stages une fois le cursus en place ;
- **La mise en place d'un dispositif de repérage des jeunes Guyanais** susceptibles de suivre des études de médecine, sur le modèle du dispositif mis en place pour les écoles d'ingénieurs. **La création d'une cordée de la réussite** (il en existe déjà cinq en Guyane) pourrait servir de support à ce type d'action. **Un accompagnement renforcé pendant la durée des études** (tutorat, appui financier et logistique, cours de soutien) est également à prévoir. Pour la partie des études effectuées en métropole, **un appui complémentaire des aides octroyées par l'agence de l'Outre-mer pour la mobilité (LADOM)⁷⁹ pourrait être proposé par la CTG**, éventuellement avec une contrepartie d'exercice sur le territoire guyanais à l'issue de la formation.

En outre, le renforcement des spécialités de recours, qui facilitent l'accès à des formations et des stages de qualité dans un plus grand nombre de domaines (cf. partie 2) et une meilleure coordination de la recherche entre les différents partenaires présents en Guyane (cf. partie 4.4.1) constitueront des éléments d'attractivité majeurs pour les internes.

La mission souhaite ici mentionner le projet de création d'un deuxième cycle à l'université des Antilles. Cette perspective est renvoyée par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁸⁰ à un rapport du gouvernement au Parlement qui a été annoncé à la mission pour le courant du premier semestre 2021.

Si une telle perspective se concrétisait, l'étudiant guyanais, pourrait, s'il le souhaite, effectuer son deuxième cycle aux Antilles avant de faire le choix de la subdivision pour son internat au moment des épreuves classantes nationales (ECN) pour le troisième cycle. La thèse déjà mentionnée « Devenir des étudiants ayant réussi le concours de première année de médecine en Antilles et en Guyane » montre qu'une majorité d'étudiants effectue son troisième cycle dans la circonscription dans laquelle il a effectué ses années d'externat.

En outre, la mission, par référence aux constats analysés au point 3.1, considère que la création d'un premier cycle complet doit être, sans attendre qu'il soit dûment constitué, doublée d'une augmentation sensible du nombre de personnels médicaux à former dans des proportions que les acteurs locaux se doivent d'apprécier, dans le cadre de la nouvelle procédure destinée à en fixer le quantum sur une période de cinq ans⁸¹.

⁷⁹ LADOM attribue des aides à la mobilité :

- Les Passeports pour la Mobilité des Etudes (PME) en faveur des étudiants : prise en charge du trajet aérien tous les ans, à hauteur de 100 % du prix du voyage pour les boursiers et de 50 % pour les non boursiers. 166 PME ont été attribués entre 2015 et 2020 (42 pour les Antilles – 124 pour la métropole).

- Les Passeports pour la Mobilité de la Formation Professionnelle (PMFP) : prise en charge d'un aller et d'un retour en début et fin de formation, et versement d'une allocation complémentaire de mobilité (ACM), dans la limite de 700 € tous revenus mensuels confondus. 143 PMFP (infirmiers et aides-soignants) ont été attribués de 2015 à 2020, toutes pour la métropole.

⁸⁰ LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1).

Art 80 : dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perspectives de créer aux Antilles une faculté de médecine de plein exercice, ouverte sur l'international et susceptible de faire rayonner la médecine française sur l'arc caribéen.

⁸¹ Note du 14 octobre 2020 du ministre de la santé et de la solidarité et de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation aux directeurs généraux et directrices générales d'ARS.

Enfin, la création d'une UFR de médecine à l'université de Guyane, concomitamment à la mise en place du premier cycle, s'impose naturellement et emportera le rattachement des PU-PH à cette entité, en lieu et place de l'actuelle mise à disposition par l'université des Antilles.

Les moyens du programme d'investissements d'avenir 4 (PIA4) pourraient être mobilisés pour accompagner la mise en place de ce premier cycle.

Recommandation n°20 Mettre en place, d'ici quatre ans, un premier cycle complet d'études de médecine en Guyane et créer, dans le même temps, une UFR de médecine à laquelle seront directement rattachés les personnels hospitalo-universitaires.

Recommandation n°21 Augmenter progressivement, pour les cinq prochaines années, le nombre de personnels médicaux à former, dans le cadre de la nouvelle procédure de fixation des objectifs pluriannuels.

3.2.2 Le développement de l'offre de stages d'externat et d'internat en lien avec la structuration de l'offre de soins du futur CHU

Si l'ARS a commencé à formaliser la problématique de l'internat dans des documents à ce jour non mis en commun, la mission déplore l'absence d'action structurée et coordonnée des acteurs de santé guyanais en vue d'obtenir l'agrément de terrains de stage plus nombreux et mieux répartis, et d'attirer en Guyane un plus grand nombre d'internes dans les différentes disciplines hospitalières, au sein de la médecine de ville et des organismes de soins privés.

Une telle démarche suppose l'association et l'engagement déterminé, sous le pilotage de l'ARS, de tous les acteurs concernés (université, centres hospitaliers réunis au sein du GHT, organisations représentatives des médecins libéraux et des établissements de santé privés...). Elle implique de dégager le temps et les ressources nécessaires pour la concevoir et la déployer. C'est à ce prix qu'un retour sur investissement, vital pour le système de soins guyanais et en vue de la création d'un CHU, peut-être espéré.

Plusieurs chantiers doivent être menés dans un délai compatible avec les prochaines échéances d'agrément des terrains de stage et de choix des stages par les futurs internes :

- élaborer des dossiers de qualité de demande d'agrément de terrains de stages avec un projet pédagogique, dans le cadre d'une stratégie globale annuelle, fondée sur les besoins et les capacités d'accueil et l'organisation de leur portage collectif, devant les commissions d'évaluation des besoins et de subdivision. Prévoir une représentation de niveau direction, permettant de peser au sein de ces instances ;
- assurer une représentation de haut niveau au sein de la commission de subdivision statuant en vue de la répartition des postes offerts au choix, après avoir préalablement et systématiquement travaillé avec les coordonnateurs de spécialité ;
- accueillir un plus grand nombre d'internes dans le cadre de stages inter CHU/CH en s'appuyant sur les unités médicales mixtes préconisées en partie 2 ;
- mettre en place des dispositifs d'accueil des internes :
 - des structures d'hébergement adaptées, internats ou logements en secteur diffus proches des établissements d'accueil ;
 - des modalités d'accueil et d'encadrement en établissement par des équipes et des médecins formés à cet effet ;

- promouvoir des candidatures et agréer des maîtres de stage universitaires plus nombreux en médecine de ville. Pour développer la maîtrise de stage et susciter l'adhésion des médecins à ce dispositif de « compagnonnage », la communication est essentielle et passe par une coopération entre l'ARS et l'URPS médecins avec l'aide des deux chefs de clinique universitaire de médecine générale présents sur le territoire (un à Saint-Laurent du Maroni, l'autre à Cayenne). La Guyane doit s'identifier et communiquer sur le site « medecinmsu » qui regroupe déjà les universités de Bordeaux, d'Ile de France, de la Réunion, de Côte d'Azur et Strasbourg. Cette action doit être accompagnée d'une réflexion sur l'accompagnement des internes effectuant leurs stages en situation isolée : appui au logement et facilités de transport ;
- améliorer le fonctionnement des commissions de la subdivision Antilles –Guyane en vue d'une meilleure transparence et recherche d'équité dans l'attribution des stages. **La mission propose que les deux universités, les CHU et le GHT de Guyane, s'accordent sur un partage plus équilibré des fonctions de coordonnateur de spécialité entre les trois territoires ;**
- le faible engouement des étudiants et internes de l'UFR Antilles-Guyane pour le CESP est à analyser conjointement par les ARS de la subdivision pour faire la part entre ce qui relève de la non adaptation du dispositif aux besoins de ces étudiants ou de la méconnaissance de son existence. La réforme du choix aux ECN, prévue pour 2023, se fera selon le triptyque « connaissances – compétences – parcours ». La création de « CESP Outre-mer » permettrait d'accompagner les étudiants ayant un projet professionnel sur ces territoires et de valoriser, pour la constitution du dossier du « Matching »⁸², leur parcours de formation et de stages ;
- identifier la Guyane au sein de l'application « CELINE » afin qu'elle soit visible des étudiants lors des choix pour la phase socle. A titre transitoire, informer les étudiants, sur le site du CNG, de la réalisation possible de stages en Guyane lors des choix de spécialités.

Recommandation n°22 Proposer des stages d'internat de qualité et améliorer l'accueil et les conditions de travail et de vie des internes. Pour cela, mettre en place, sous le pilotage de l'ARS et en lien avec les responsables de la subdivision, une démarche coordonnée et structurée des acteurs de santé.

Recommandation n°23 Développer le nombre de maîtres de stage universitaire, par une coopération entre l'ARS et l'URPS médecins, en déployant une campagne de communication ciblée, doublée d'une action d'accompagnement des internes effectuant leurs stages en situation isolée.

Recommandation n°24 Favoriser la venue, en plus grand nombre, d'étudiants en médecine sur le territoire guyanais, en créant un « CESP Outre-mer » permettant d'accompagner ces étudiants et de valoriser leur parcours de formation et de stages pour les sélections de troisième cycle.

3.2.3 La mise en place, dans le cadre du GHT, de dispositifs de formation continue partenariaux, entre les hôpitaux guyanais et avec des établissements hospitaliers métropolitains

Des projets de formation ciblés figurent dans le projet médical partagé du GHT au titre des actions transversales. Elles ne sont, cependant, développées que de façon verticale, par discipline, de sorte que n'apparaissent pas clairement la volonté de doter le futur CHU d'une véritable politique de formation continue de ses équipes médicales et paramédicales, pas plus que les lignes directrices qui

⁸² Nouveau système d'affectation à l'entrée du troisième cycle qui remplace les épreuves classantes nationales

la structurent. Le GHT doit élaborer une stratégie de formation commune aux trois hôpitaux et aux CDPS, déclinée en actions transversales, selon des modalités adaptées à chaque type de besoin. La mission relève plusieurs pistes de travail, aujourd'hui mobilisées au coup par coup, et qu'il convient d'organiser dans un projet global au travers de protocoles de formation :

- des formations inter-hospitalières/CDPS sur le territoire guyanais avec des périodes d'immersion ;
- des formations structurées dans le cadre des conventions de coopération UMM conclues avec les CHU : formations à distance ; immersions en métropole ; envoi de médecins formateurs sur place.

Cette démarche peut prendre appui sur des expériences réussies, mises au point dans le cadre de conventions existantes : oncologie avec le centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, obstétrique avec l'hôpital de Port-Royal par exemple.

3.2.4 Une attention plus forte portée à la formation et la qualification des PADHUE

139 PADHUE ne disposent pas aujourd'hui de la qualification requise pour exercer comme médecin de plein exercice. Mais le processus réglementaire de reconnaissance, de qualification et de recrutement a profondément évolué en 2020. Il existe deux procédures de VAE pour les PADHUE en exercice, et une nouvelle modalité de recrutement de PADHUE.

Une procédure VAE nationale est ouverte par le décret n° 2020-1017 du 7 août 2020. Les dossiers doivent être déposés entre le 1^{er} novembre 2020 et le 29 juin 2021, pour une instruction préalable par la commission régionale d'exercice, soumise pour avis à la commission nationale d'exercice, placée auprès du CNG.

Il existe également un parcours VAE départemental pour une reconnaissance par le CDOM de qualification à l'exercice en Guyane, le cas échéant de la spécialité.

Au-delà des voies nouvelles permettant d'accéder à la qualification dans des conditions facilitées, il importe que les médecins concernés puissent disposer d'un accompagnement par leurs pairs, dans leur parcours vers la qualification, organisé à l'échelle du GHT.

En tout état de cause, pour les PADHUE recrutés selon les nouvelles dispositions prévues par le décret du 31 mars 2020 (cf. partie 2), la qualification devra avoir été acquise pour rester en poste au-delà de 2025 ou exercer ailleurs sur le territoire national.

Recommandation n°25 Accompagner le parcours de qualification des PADHUE pour que le plus grand nombre ait une autorisation de plein exercice reconnue à l'échéance du 31 décembre 2025

3.3 Le développement de l'offre de formation paramédicale doit s'amplifier en vue d'une couverture locale et beaucoup plus complète des besoins

La mission a établi le constat d'une formation des soignants encore très insuffisante et fortement dépendante de formations réalisées hors de Guyane, dont le succès, du fait de l'éloignement, n'est pas au rendez-vous. Elle a également noté une réelle volonté des acteurs de santé guyanais d'insuffler une nouvelle dynamique aux formations, laquelle reste encore largement sous forme de projets.

Ces projets répondent à une priorité indiscutable mais aussi à des exigences fortes (les formations à créer sont, pour certaines, désormais intégrées dans un parcours universitaire). Il est essentiel que

la qualité pédagogique et la dimension apprenante des lieux de stage, qui dépendent beaucoup de la qualité d'encadrement et de tutorat des élèves et étudiants, soient au rendez-vous.

3.3.1 L'achèvement de la réimplantation de l'IFSI et de la montée en charge des formations d'IDE

La réimplantation de l'IFSI doit être conduite à son terme aussi rapidement que possible. Les étudiants, installés dans des locaux provisoires sur le campus universitaire de Troubiran, dans le courant du premier semestre 2021, devront, sans tarder, bénéficier d'une implantation définitive. Le projet de pôle universitaire (cf. point 3.4) devra, sans attendre son achèvement complet, assurer le relogement prioritaire des étudiants de l'IFSI (au nombre d'au moins 300 à partir de septembre 2021).

La question de la montée en charge du nombre de formations d'infirmiers (IDE) se pose à court terme. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales pour 2020-2024 projetée, à partir des estimations de l'ARS, de créer 170 formations annuelles d'infirmiers sur la période et au-delà de celle-ci, afin de former 1 700 infirmiers en dix ans. Cet objectif, qui pour la rentrée de 2020 est encore loin d'être atteint, a néanmoins été confirmé à la mission par la CTG.

3.3.2 Le « Ségur de la santé » comme opportunité pour répondre aux besoins non satisfaits de personnel infirmiers sur le territoire guyanais

Les besoins de la Guyane en personnels infirmiers ne se limitent pas aux seuls IDE. Si des formations d'IBODE sont proposées par l'organisme de formation PPP, les besoins en IADE et en IPA impliquent de recruter ou d'envoyer des infirmiers guyanais se spécialiser en métropole. La mission a déjà mentionné les grandes difficultés que ces voies de formation recèlent.

Par ailleurs, ces formations coûtent cher et le territoire, qui dispose de moyens limités, peine à mobiliser des ressources sur plusieurs fronts à la fois. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales de la CTG propose une montée en charge très ambitieuse, dès 2020, des formations sanitaires. Il convient désormais de s'en donner les moyens.

Les accords du Ségur de la santé ont ouvert plusieurs mesures dans le domaine du renforcement des professions paramédicales, accompagnées de moyens conséquents : une extension de la capacité de formation des IFSI avec la création de 2000 places dès 2020 et la poursuite de cet effort dans les prochaines années ; l'accélération du déploiement des infirmiers en pratique avancée, pour atteindre 3000 IPA en 2022 et 5000 en 2025.

Il appartient aux acteurs de santé de Guyane de bâtir, sous la coordination de l'ARS et de la CTG, dans les délais les plus brefs possibles, une proposition globale de renforcement de la ressource infirmière comprenant plusieurs volets :

- la formation d'IDE supplémentaires, dans une proportion à déterminer, mais qui paraît, au regard de la situation fortement déficitaire de la Guyane, pouvoir aller bien au-delà du point élevé de la fourchette de +5 / 10 % définie par les accords de Ségur. La projection du schéma régional des formations semble être le bon étiage dès lors que l'appareil de formation est en mesure d'absorber cette hausse ;

- l'ouverture de places de formations spécialisées (IADE, IBODE) et de formation d'IPA. Ces formations, pour avoir une chance d'être attractives et suivies, devront être effectuées autant qu'il est possible en Guyane. L'ensemble des ressources, que ce soit en formateurs ou en stages, n'étant pas disponibles sur le territoire pour les formations d'IPA et d'IADE, cette ambition passe par une recherche de partenariats innovants avec les universités et les CHU des Antilles et de métropole. Ceux-ci devront proposer des modalités diversifiées d'accès à la formation : e-formation, déplacements de formateurs en Guyane (si besoin couplés avec les Antilles), simulation. Les acteurs locaux compétents, la CTG en tout premier lieu, doivent également s'engager dans la recherche de solutions de prise en charge des coûts d'hébergements temporaires et des transports, lorsque des périodes en dehors de la Guyane sont inévitables. La recherche de stages appropriés en territoire guyanais est évidemment indispensable, en secteur hospitalier comme en libéral. La mission suggère également de faciliter le développement des formations proposées par le secteur privé. Celles-ci sont encore peu nombreuses (un seul organisme) mais montrent leur utilité dans des domaines où le secteur public est absent ;
- le renforcement des formations d'infirmiers en puériculture ;
- conduire, en parallèle, une réflexion sur l'activation des passerelles désormais possibles de première année de PASS vers la formation IDE. Cette voie alternative à l'issue de la PASS, en cas d'échec pour le passage en deuxième année, assortie des perspectives élargies de spécialisations du métier d'infirmier et de ses débouchés sur le territoire, doit être valorisée (au même titre que la LAS) auprès des lycéens désireux de s'engager dans des études de santé, mais hésitant à le faire, face au risque d'échec. Sa promotion doit être pleinement intégrée à la démarche de repérage des jeunes évoquée ci-dessus.

3.3.3 D'autres formations à implanter et à renforcer

La priorité première est d'engager les travaux en vue de la création d'un institut de formation de masseurs-kinésithérapeutes en Guyane. Comme il a été dit précédemment, cette profession de santé est en nombre particulièrement déficitaire et l'IFMK de Martinique ne dispose pas de la taille critique lui permettant de fournir à la Guyane des professionnels en nombre suffisant. Il y a, en Guyane, la place pour une telle structure (ou, dans un premier temps, pour une antenne de l'IFMK de Martinique⁸³), dont le financement pourrait être assurée par une combinaison de fonds européens et de ceux tirés de l'enveloppe du Ségur de la santé réservée à l'Outre-mer.

La mission appelle cependant l'attention sur le déficit en médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation (MPR) et de services de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui implique de travailler sur des solutions alternatives au manque potentiel de formateurs sur place et aux stages qui ne pourront pas tous se dérouler en Guyane.

Dans son schéma régional des professions sanitaires et sociales, la CTG, outre les masseurs-kinésithérapeutes, classe aussi dans les professions prioritaires pour bénéficier d'un renforcement des formations, celles d'orthophoniste, d'auxiliaire de puériculture, de psychomotricien et d'ergothérapeute. La question du déploiement de telles formations sur le territoire guyanais se pose (sauf pour les auxiliaires de puériculture déjà formés sur place), de même que celle des cadres de santé. Le recours à l'offre privée doit entrer dans les considérants de la prise de décision.

⁸³ Le nombre de places réservées à l'IFMK de Martinique à des étudiants venant des Antilles, territoires excédentaires en masseurs kinésithérapeutes, pourrait être abaissé pour offrir des places supplémentaires aux étudiants guyanais

Le renforcement de la formation des aides-soignants fait également partie des priorités. Le nombre de personnes formées a déjà été porté de 20 à 30. Cet effort louable doit être, a minima, pérennisé.

La mission a par ailleurs constaté des besoins de formation imparfaitement satisfaits en direction des personnels des CDPS. Ceci à double titre :

- une formation de médiateur en santé a été mise en place à l'université de Guyane, pour une vingtaine de personnes par an. Cette fonction, devenue essentielle pour ces structures (en particulier en termes de prévention et d'éducation à la santé) comme la mission a pu le constater dans les CDPS visités, s'adresse à un nombre de patients toujours plus large. C'est la raison pour laquelle **une extension des formations de médiateurs en santé est, le cas échéant, à prévoir en fonction des besoins**. Elle implique, en parallèle, une action de constitution d'un vivier qui doit mobiliser les personnels de terrain et le secteur associatif. **Il est également souhaitable que ces personnels, pour beaucoup permanents des services hospitaliers du territoire, puissent être rattachés à un cadre d'emploi de la fonction publique hospitalière à déterminer ;**
- le taux de rotation des personnels est très élevé dans les CDPS. Si la fidélisation d'un plus grand nombre d'entre eux demeure un objectif central, la rotation des équipes est en partie inévitable, au regard des conditions de leur exercice, souvent isolé, dans un environnement complexe. Les personnels sont donc presque unanimement demandeurs de **formations de préparation à leur prise de poste** (formation à la connaissance des pathologies rencontrées chez les patients des régions des fleuves et à la culture de ces populations, de nature à faciliter la compréhension du milieu de vie dans lequel ils vont être immergés⁸⁴). Celles-ci existent déjà mais sont jugées insuffisantes par le temps qui leur est consacré (de l'ordre d'une semaine). **Il conviendrait donc d'augmenter le temps réservé à ces préparations.**

3.3.4 Le développement de filières et de dispositifs de soutien nouveaux

La formation, pour être densifiée en Guyane, doit passer par des dispositifs encore peu utilisés dans la région et pourtant efficaces et aisément mobilisables dès lors que les partenaires potentiellement concernés sont appelés au tour de table.

Le schéma régional des formations sanitaires et sociales a, du reste, pour ambition de développer ces modes de formation ou d'accès à des qualifications que sont :

- l'alternance (par la voie du contrat de professionnalisation ou d'apprentissage). La mission engage la CTG à une réflexion, en lien avec l'opérateur de compétence (OPCO) santé et l'ensemble des acteurs, en vue de la **création d'un centre de formation des apprentis (CFA) des métiers de la santé** qui pourrait devenir un outil de formation particulièrement attractif pour les jeunes Guyanais ;

⁸⁴ Pour illustrer ce besoin, on peut se référer, par exemple, à certains passages de la note adressée par la présidente du CRCDC à la directrice générale de l'ARS, au directeur de la caisse générale de sécurité sociale et à la directrice du service médical régional, qui mentionne à plusieurs reprises les freins culturels rencontrés pour le développement du dépistage du cancer.

- la VAE, que la mission juge particulièrement appropriée pour des infirmières exerçant depuis longtemps en CDPS et dont les compétences acquises, eu égard aux conditions d'exercice et aux spécificités très fortes des populations et des pathologies présentes sur les fleuves, les qualifieraient pour accéder au métier d'IPA. La mise en place, en Guyane, sous l'égide de l'université, d'une filière de validation d'acquis de l'expérience, qui permet en outre de raccourcir le cursus de formation et d'éviter ainsi les difficultés liées à des coûts importants d'installation en métropole et à la vie familiale, se justifie pleinement. Il importe pour cela que la DGOS ait lancé le processus de qualification des IPA par la VAE prévu par les textes⁸⁵.

La mise en place d'une structure de simulation en santé constitue également une priorité qui, au-delà des avantages que procure cette pratique (notamment ne pas avoir à solliciter les malades pour former des personnels) peut permettre de pallier certains manques, principalement liés à l'éloignement et aux aléas de la ressource en formation qui en résultent. En s'appuyant sur la mise en place des nouvelles infrastructures en projet et sur des financements européens (fonds structurels, ReactEU) ou du Ségur de la santé, ce projet peut voir le jour dans des délais compatibles avec la création d'un CHU. Il implique cependant un travail partenarial avec un ou plusieurs centres hospitaliers de métropole qui pourrait trouver sa place dans le cadre des convention UMM.

La mission recommande également de diversifier les implantations en fonction des besoins et de la taille des populations à former. Concentrer toutes les formations à Cayenne ne peut plus être une réponse systématique et la taille du territoire invite naturellement à faire se déplacer les intervenants plutôt que les personnes formées. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales prévoit, du reste, une mise en œuvre différenciée par bassin, avec un rééquilibrage au profit de l'Ouest guyanais.

La mission mentionne enfin des pratiques innovantes comme le projet de création d'un cours international de santé globale et de santé tropicale, initié par l'équipe du CIC, formation non qualifiante mais ouverte à l'international, en lien avec un réseau de partenaires dont des universités américaines, avec 300 heures de cours théoriques et pratiques et une immersion au sein des CDPS. Tourné vers le développement des activités de recherche, ce type de formation est aussi de nature à contribuer au développement de l'écosystème de formation en Guyane, et au rayonnement international du système de santé guyanais.

Recommandation n°26 Assurer la montée en charge des formations d'infirmier (IDE), conforme à l'objectif de 170 places fixé par le schéma régional, et doter l'IFSI d'une implantation définitive sur le campus universitaire.

Recommandation n°27 Renforcer la ressource en spécialités infirmières et en IPA, en développant les formations adaptées.

Recommandation n°28 Arrêter, dans le courant de l'année 2021, un programme pluriannuel de déploiement de formations aujourd'hui absentes du territoire, et la détermination des modalités partenariales et matérielles de leur réalisation, dans le cadre d'une coopération publique-privée.

Recommandation n°29 Favoriser la qualification des personnels paramédicaux par le développement de l'alternance et de la VAE.

⁸⁵ Art. D.636-80 du code de l'éducation : « Le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée peut être obtenu par la voie de la validation des acquis de l'expérience ou d'études supérieures dans les conditions prévues à la section 3 du chapitre III du titre 1er du livre VI du présent code ».

Art R.613-34 du code de l'éducation : « Le candidat adresse un dossier de recevabilité de sa demande au ministère ou à l'organisme certificateur, dans les conditions qu'il a préalablement fixées et rendues publiques, notamment sur son site internet ou sur le portail gouvernemental dématérialisé dédié à la validation des acquis de l'expérience ».

3.4 Le projet de pôle de formation en santé sur le campus universitaire doit être soutenu

L'université de Guyane ambitionne le déploiement d'un projet global, à horizon 2025, de pôle de formation universitaire en santé regroupant les études de médecine (premier cycle complet), paramédicales (IFSI, étendu aux sciences infirmières), IFMK, une plateforme de simulation en santé et proposant des diplômes universitaires.

Une partie importante du financement est recherchée dans le cadre du plan de relance européen « REACT EU ».

La mission ne peut que soutenir ce projet, lequel a la vertu de la cohérence et donne un signe fort de la volonté du territoire de faire de la formation en santé l'un des piliers d'un futur CHU.

Elle appelle l'attention de l'ensemble des partenaires de santé et plus particulièrement de l'université qui en est le promoteur et a vocation à en devenir le maître d'ouvrage, sur le fait qu'il devra être conduit et porté en collaboration étroite (et, en fonction des compétences, en mobilisant des co-financements de plusieurs d'entre-deux) avec l'ensemble des partenaires de l'université : la préfecture, le rectorat, l'ARS, les établissements hospitaliers dans le cadre du GHT et bien entendu la CTG. Ce projet implique donc la construction d'une stratégie partagée qui devra également s'articuler avec la plateforme régionale de recherche préconisée par la mission (cf. 4.4.1) et le CIC doté de son nouveau bâtiment de recherche – enseignement.

C'est une démarche que devra intégrer le prochain contrat de site de l'université, lequel a vocation à être discuté en 2021 (fin de l'actuel contrat fin décembre 2021).

Recommandation n°30 Promouvoir les formations en santé, médicales, paramédicales et formations continues (diplômes d'université) et leur donner une forte visibilité, en les regroupant au sein d'un « pôle universitaire santé » de l'université de Guyane.

4 Une recherche médicale déjà féconde, mais à conforter

4.1 La recherche en Guyane est déjà très présente et elle est fortement marquée par la thématique de la biodiversité

La recherche en Guyane est déjà fertile. Un document rédigé par la délégation régionale à la recherche et à la technologie (DRRT) de Guyane dresse un panorama complet de toutes les équipes de recherche qui œuvrent sur le territoire de la région de Guyane (annexe N°II du présent rapport).

Des données de ce rapport, la mission retient que de très nombreuses structures de recherche nationales regroupant près de 200 chercheurs sont déjà présentes sur le territoire de la Guyane. Elles se sont fédérées, quoi que de façon un peu relâchée, depuis 2008 dans un groupement d'intérêt scientifique (GIS) intitulé « *Initiative pour une recherche interdisciplinaire sur les systèmes et territoires amazoniens* » (IRISTA) qui regroupe pas moins de 17 partenaires parmi lesquels le centre national de la recherche scientifique (CNRS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'Institut de la recherche pour le développement (IRD), l'Institut Pasteur de Guyane (IPG), l'institut français de recherche pour l'exploitation de la mer (IFREMER), le bureau de recherches géologiques et minières (BRGM), l'institut national de recherches archéologiques préventives (INRAP) et, depuis 2015, l'université de Guyane (UG). C'est d'ailleurs le président de cette université qui en assume aujourd'hui la présidence, avec mission de relancer la dynamique de cette structure qui était demeurée en sommeil.

Par ailleurs, une convention liant l'université des Antilles avec l'UG et le CHC a permis que les universitaires mis à disposition du CHC par l'université des Antilles et son centre d'investigation cliniques Antilles Guyane en soient partie prenante. Toutes les structures de recherche en Guyane ont signé le contrat de site de la jeune université.

Même si la Guyane a une démographie des plus fécondes, elle est d'abord une immense zone forestière qui, selon les données fournies par l'office national des forêts (ONF), couvre 96 % du territoire avec huit millions d'hectares et une variété floristique et faunistique à nulle autre pareille dans notre pays. Il est donc assez légitime que la recherche se soit d'abord concentrée sur le thème de la biodiversité.

Cette forte présence de la recherche en biodiversité se manifeste notamment par l'existence du Laboratoire d'excellence (LABEX) Centre d'étude de la biodiversité amazonienne (CEBA)⁸⁶ financé comme laboratoire d'excellence par le plan d'investissement d'avenir (PIA) et dont l'objet est de favoriser l'innovation dans la recherche sur la biodiversité tropicale. Il fédère, en une sorte de plateforme scientifique, un réseau d'équipes de recherche françaises internationalement reconnues, contribue à la formation universitaire et encourage les collaborations scientifiques avec les pays d'Amérique du Sud⁸⁷. Ce précédent est très important car il montre que la recherche d'excellence est possible en Guyane.

Cette forte présence de la recherche est également marquée par les efforts particuliers et en propre du CNRS en Guyane dans deux unités mixtes : l'UMR Écologie des forêts de Guyane (ECOFOG) et

⁸⁶ CEBA est composé de dix unités mixtes de recherche (UMR) dont deux basées à Cayenne (UMR ECOFOG de Kourou et UMR AMAP de Cayenne). On est, dans CEBA, au cœur de la recherche d'excellence avec des partenaires impliqués comme le CNRS, AgroParisTech, le CIRAD, l'IRD, l'INRA l'Institut Pasteur de Guyane, l'université de Toulouse III Paul Sabatier, celle des Antilles, celle de la Guyane.

⁸⁷ Parmi les publications nombreuses et remarquables de cette structure on notera en particulier la récente sortie aux éditions du CNRS (2020) de l'Atlas critique de la Guyane sous la direction de Matthieu Noucher et Laurent Polidori.

l'Unité de service et de recherche (USRCNRS) n° 3456 Laboratoire écologie, évolution, interaction des systèmes amazoniens (LEEISA) sous tutelles CNRS, université de Guyane et Ifremer.

Cette recherche, même si elle n'impacte pas, au premier chef, la recherche médicale visée par le présent rapport, a une influence bénéfique au plan global, car elle instille un climat et un écosystème de recherche fondamentale de premier ordre. D'autant qu'une actualité médicale récente sur la Covid 19 montre combien les frontières sont mouvantes aujourd'hui entre épizooties et épidémies.

Toutefois, alors que la recherche médicale est grandissante et constitue une part substantielle de la recherche en Guyane, elle est un peu masquée par la notoriété de la recherche en biodiversité.

4.2 Une recherche médicale d'ores et déjà active en Guyane

La recherche médicale en Guyane est assez dynamique si on la rapporte au faible nombre de chercheurs qu'elle implique. Elle est productive si on examine les publications depuis dix ans. Elle repose sur trois branches principales : l'UG, le CIC de Guyane et l'IPG. On trouvera, ci-après, un descriptif synthétisé de ces trois entités, auxquelles s'ajoutent des structures assez engagées comme l'institut de recherche pour le développement par exemple. Elle se partage entre une recherche fondamentale, surtout à l'UG et à l'IPG, et une recherche plus appliquée au CIC des Antilles Guyane, site de Cayenne, où la recherche fondamentale n'est toutefois pas absente, du fait des liens existants d'ores et déjà entre ces trois opérateurs.

L'université de Guyane est une jeune université qui n'a que cinq ans d'âge. Elle est née, d'une scission d'avec les Antilles (ces trois localisations étant autrefois rassemblées dans l'université des Antilles-Guyane), suite à un mouvement social en Guyane, relayé par des élus locaux du territoire. Cette scission a eu, pour le domaine de la santé, des conséquences limitées puisqu'une convention est venue confirmer ce qui était déjà en place ; il en a été de même pour la recherche ; sans doute aussi parce que les équipes de recherche étaient déjà bien localisées et que les relations scientifiques ne se sont pas coupées avec les Antilles et sont demeurées fertiles. D'ailleurs, le contrat de site de l'UG qui se termine en 2021 n'y fait nul obstacle, et plus particulièrement dans le champ de la recherche médicale. Les chercheurs guyanais aiment d'ailleurs à citer l'intense coopération entre Antilles et Guyane sur le Zika, maladie tropicale qui affecte la zone.

En matière de recherche médicale, l'UG a misé d'abord sur l'Equipe Épidémiologie des parasitoses tropicales (EPaT) EA 35-93, laquelle a pris la suite de la Jeune équipe 2188 créée en 1998 par le Pr Bernard Carme (PU-PH en Parasito-Mycologie). Elle fut reconduite en 2006 puis en 2010 et évaluée au rang A par l'agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES). Elle doit bénéficier prochainement de locaux neufs dans le bâtiment recherche du campus Troubiran de l'UG, dont l'achèvement de la construction est prévu pour 2022. Ce doit être l'occasion d'une plus grande coopération avec le CIC qui disposera lui-même de nouveaux locaux. L'intégration d'EPaT au sein du Center for infection & immunity of Lille - CIIL - U1019 - UMR 8204 (CIIL) en janvier 2020 explique son changement de dénomination en Tropical Biomes and Immuno-Pathophysiology (TBIP) lequel traduit une intégration du module immunologie aux thématiques jusqu'alors explorées. Elle devrait apporter un support et une visibilité biologique aux thématiques déjà existantes, et ceci avec une vision de plus forte cohésion scientifique, car recentrée sur l'étude des co-infections. Il s'agit donc bien de la même équipe de chercheurs, mais simplement rebaptisée, et cette évolution correspond à une volonté de l'UG de la recentrer vers les sciences fondamentales. Elle restera pour autant un complément de recherche universitaire à la structure de recherche clinique hospitalière, le CIC-HC, dont on décrira infra les contours et sur des thématiques ciblées. D'autant que la mise à disposition de l'UG et du CHC de huit PU-PH par l'université des Antilles conduit parfois à ce que les équipes de l'UG et du CHC puissent en partie se chevaucher, voire même se superposer. Il n'est guère possible

d'ajouter les chercheurs de TBIT à ceux du CHC puisque ce sont les mêmes, à l'exception de trois d'entre eux. Seule l'orientation scientifique diffère.

Observons enfin, et pour le mettre en exergue, le fait que la recherche médicale est un des axes stratégiques retenus dans le contrat de site de cette jeune université. Tout donne à penser à la mission que cette orientation sera reprise dans le prochain contrat de site.

L'Institut Pasteur de Guyane est historiquement l'acteur en recherche médicale le plus ancien sur le territoire de la région de Guyane puisqu'il y est implanté depuis 1940. L'IPG qui est une fondation privée, fait partie du réseau international des instituts Pasteur et instituts associés, soit 32 institutions implantées dans 26 pays sur cinq continents. Fort en Guyane d'une centaine de personnes et doté d'un budget annuel de l'ordre de 10 millions d'euros, les missions de l'Institut s'articulent autour de quatre composantes : la recherche, l'enseignement, l'appui à la santé publique et les services à la population, ces deux dernières activités étant les plus fortement dotées en personnels. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19 en Guyane, l'Institut Pasteur de la Guyane a été la première structure en Guyane ayant mis en place les tests PCR pour diagnostiquer le SARS-Cov2 depuis le mois de février 2020. Cette activité de laboratoire est à elle-seule fortement consommatrice de personnels.

La recherche à l'IPG est, du fait de l'évolution du contexte épidémiologique de la région de Guyane, orientée depuis les années 2000 sur la compréhension des mécanismes d'émergence et de réémergence des maladies ; elle est menée par sept équipes résidentes qui se répartissent dans cinq laboratoires de recherche : Le laboratoire de virologie, le laboratoire des interactions virus hôtes (LVIH), le « Vectopole » avec deux groupes de recherche, le laboratoire de parasitologie qui héberge un centre national de référence (CNR) depuis 32 ans et un centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (OMS) depuis six ans, l'unité d'épidémiologie.

Ces cinq laboratoires représentent, en comptant les doctorants et les post-doctorants, 17 chercheurs. En ajoutant les personnels travaillant dans les laboratoires, mais qui n'ont pas le statut de chercheurs, ce sont ainsi une trentaine d'ETP qui sont impliqués dans la recherche, ce qui, à l'échelle du territoire de la région de Guyane, n'est pas négligeable. Les financements recherche de l'IPG proviennent soit du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation (MESRI), soit des appels d'offres remportés auprès de l'Agence nationale de la recherche (ANR) ou de l'agenda européen 2020. Le Vectopole a également bénéficié de crédits européens.

Observons que l'IPG fait en partie profiter l'écosystème de recherche local de son expertise et cosigne de nombreux articles avec d'autres partenaires de Guyane, même si cette collaboration repose plus sur des relations interpersonnelles que sur des relations institutionnelles. Le constat est que les chercheurs ne fonctionnent pas de façon cloisonnée et que les thèmes de recherche, souvent connexes avec ceux d'autres opérateurs de recherche, les rapprochent d'heureuse façon.

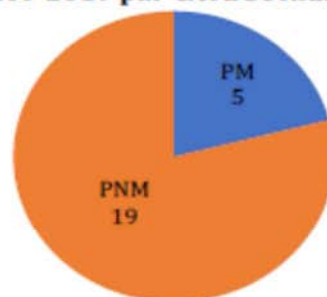
Le centre d'investigation clinique, site de Cayenne, est un des trois sites du CIC Antilles-Guyane qui bénéficie du label Inserm 1524 et qui existe depuis 2008. Notons d'emblée qu'il est le site coordonnateur des trois sites de ce CIC avec une activité déjà productive mais variable selon les domaines d'activité. La présence effective de la recherche clinique via ce CIC, non seulement au centre hospitalier de Cayenne mais dans les deux autres sites du GHT, doit devenir une donnée centrale de la composante recherche d'un futur CHU : elle peut en effet, d'ores et déjà, servir de base pour cet indispensable jalon, sous réserve de quelques adaptations non négligeables.

En résumé, le site CIC de Cayenne, ce sont 32 personnes pour 24 ETP, dont 15 chercheurs qui participent directement aux opérations de recherche. C'est-à-dire une force sensiblement équivalente à celle de l'IPG.

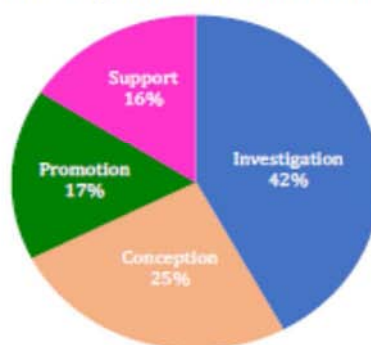
Tableau 15 : Les effectifs du CIC du centre hospitalier de Cayenne

Les métiers de la Recherche (ETP)	2018	2019
Concepteur de projet	3,8	3,8
ARC Investigation	3,5	3
ARC Promotion	2,1	3
Gestionnaire de registre	2	2
Coordinateur de projet	2	2
Coordinateur de terrain	1,8	1,1
Coordonnateur interrégional CIC	1	1
Médecin délégué du CIC	1	1
Responsable administratif	0,4	1
Chargé de promotion	0,3	1
Data Manager	1	1
Assistante de gestion	0,6	1
Référent financier et logistique	0,4	0,8
Technicien de laboratoire	1,1	1
Étudiant	0,9	0,3
Biostatisticien	0,7	0,3
Infirmière de recherche	0	0,3
Médecin investigateur	1	0,3
Coordinateur investigation	0,9	0,1
Médiateur de recherche	1,1	0,04
Total général	25,6	24,0

ETP 2019 par CATÉGORIES



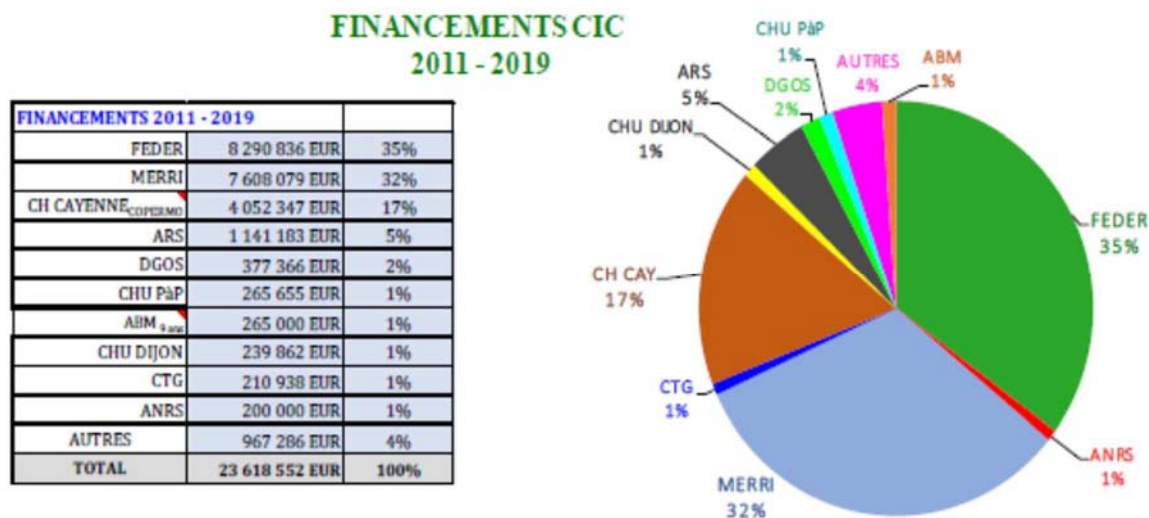
ETP 2019 par FAMILLES DE MÉTIER



Source : Centre Hospitalier de Cayenne

Au plan du financement de ce CIC, ce sont, pour partie significative, des crédits européens FEDER qui sont utilisés car ni la délégation de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), ni le centre de ressources biologiques (CRB) ne sont aujourd'hui financés par la Direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé sur le budget de l'assurance maladie. C'est l'effort propre de l'hôpital, dont les finances ne sont pourtant pas si robustes, qui assume le CRB et devra assumer la DRCI.

Tableau 16 : Financements CIC Antilles – Guyane 2011 - 2019



Source : Centre Hospitalier de Cayenne

Ceci dit, le graphique ci-dessus, montre, sur huit ans, que la part de financement de la recherche via les crédits dédiés aux missions d'enseignement, de recherche de référence et d'innovation attribués par la DGOS, est quasiment à hauteur des fonds FEDER. Le budget de fonctionnement du CIC, site de Cayenne est, quant à lui, constitué par la dotation annuelle d'un CIC par la DGOS, part socle, qui est de 600 100 € (y compris la part Inserm) en 2020, dotation que la DGOS répartit directement depuis l'origine en trois dotations : 199 000 euros pour le CHU de Guadeloupe, 199 000 euros pour le CHU de la Martinique et 202 100 euros pour le CH de Cayenne. Le montant, légèrement supérieur en part socle du site CIC de Cayenne, ne s'explique que pour valoriser la part de coordination des trois sites effectuée par Cayenne

Mais surtout, la recherche du CIC site de Cayenne est alimentée par « une dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation », en dotation MERRI, calculée en tenant compte du nombre de publications (score « système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques » (SIGAPS)) et du nombre d'essais cliniques. En 2020 cette dotation socle a été de 960 000 € pour le CHC, très inférieure à celle du CHU de Guadeloupe (2,4 M €) et du CHU de Martinique (3,3 M €). Le CIC de Cayenne pêche par la faiblesse de sa participation à des essais cliniques. En revanche, entre 2000 et 2020, le Centre hospitalier de Cayenne a initié ou participé à 815 publications qui ont donné lieu à un total de 9289 points SIGAPS⁸⁸, auquel il est possible d'ajouter le cas échéant le score du centre hospitalier de l'Ouest Guyanais qui s'investit dans ces recherches (690 points SIGAPS entre 2013 et 2019 par exemple).

Tableau 17 : Financements de la recherche des CHC de Cayenne, Pointe à Pitre et Martinique en 2020

2020		Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	Investigation
	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE POINTE À PITRE / ABYMES [9]	2 408,5 k€	220,6 k€	293,8 k€	73,4 k€	199,0 k€
	CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE [973]	960,5 k€				202,1 k€
	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) DE MARTINIQUE [972]	3 329,0 k€	175,2 k€	293,8 k€	73,4 k€	199,0 k€

⁸⁸ Le score SIGAPS pour un article peut varier de 1 à 32 points. La valeur du point a pu varier dans le temps mais était de 648 euros en 2017. Les revues où s'effectuent les publications sont classées selon la notoriété et la qualité des comités de relecture de rang A à rang E, l'idéal étant de publier en rang A autant que possible.

Tableau 18 : Score SIGAPS du CH de Cayenne 2000/2020

Période : 2000 - 2020								
Année	Total	A	B	C	D	E	NC	Score
2000	17	1	5	2	6	1	2	185
2001	17	2	4	3	3	2	3	172
2002	11	0	2	2	3	2	2	100
2003	22	0	6	2	3	11	0	226
2004	26	3	9	2	4	6	2	396
2005	31	1	4	5	7	10	4	308
2006	40	4	13	4	4	10	5	548
2007	26	5	4	4	4	4	5	331
2008	34	3	12	7	2	5	5	331
2009	33	7	14	5	4	1	2	425
2010	36	12	7	5	4	3	5	340
2011	39	8	14	6	3	3	5	441
2012	36	13	7	3	5	6	2	430
2013	34	9	19	2	3	1	0	570
2014	43	12	10	8	3	8	2	558
2015	69	16	9	5	3	30	6	411
2016	50	9	16	11	8	2	4	488
2017	57	8	12	16	9	3	9	647
2018	69	15	8	22	15	1	8	926
2019	59	6	9	11	11	6	16	596
2020	66	11	11	17	13	4	10	860
Total	815	145	195	142	117	119	97	9289

Source : Centre Hospitalier de Cayenne / CIC

Le site du CIC à l'hôpital de Cayenne est hébergé dans des locaux provisoires tout à fait inadaptés, en attente d'un grand bâtiment recherche dont les études sont lancées et qui devrait être livré d'ici deux ans. Compte tenu des orientations épidémiologiques et de santé publique définies par le CIC, ses activités pourront s'articuler encore mieux avec celles de l'équipe TBIT de l'UG, le nouvel équipement dont disposera le CIC pouvant être utilisé en coordination avec le bâtiment recherche construit par l'université sur le site de Troubiran.

Ajoutons enfin que le CIC n'a pas le monopole de la recherche au GHT de Guyane et que d'autres services y sont fortement impliqués aussi, en particulier dans le domaine des maladies infectieuses et tropicales, mais pas seulement. Cette implication est mesurable de façon précise en se reportant à l'étude réalisée à la demande de la mission par le CHC et qui figure en annexe III. Le constat est que plusieurs services participent à cet effort de recherche, en particulier des pôles comme la gynécologie-obstétrique, l'activité de néo-natalité, la réanimation, l'immunologie.

La mission observe toutefois que ce CIC a un score « Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques » (SIGREC)⁸⁹ presque inexistant. Ceci s'explique assez bien du fait de locaux inadaptés pour procéder à des essais cliniques ou participer en multicentrique à de telles activités ; ou encore par les orientations très « santé publique » des thèmes de recherche traités. Il n'en demeure pas moins que c'est une lacune qu'il faudra combler dans la perspective de la création d'un CHU. Cette absence de participation ou de promotion d'essais cliniques a un impact sur le financement MERRI comme montré précédemment.

⁸⁹ Le score SIGREC concerne les essais entrant dans le champ des recherches biomédicales ou les recherches visant à évaluer les soins courants, que la promotion soit industrielle, institutionnelle, académique « autres » (associations, groupes coopérateurs...). L'indicateur possède 3 composantes : le score essai clinique (l'établissement promoteur est valorisé pour sa promotion de l'essai clinique), le score inclusion promoteur (l'établissement promoteur est valorisé pour toute inclusion dans les différents centres), le score inclusion investigateur (l'établissement investigateur qui inclut un patient est valorisé). Différentes pondérations sont appliquées dans le calcul de ces scores qui valorisent très nettement les études promues par les établissements de Santé, et d'autant plus fortement qu'elles sont multicentriques et/ou de phases I/II.

Cette rapide revue ne serait pas complète sans mentionner la mise en place d'un centre de ressources biologiques, créé en 2015 au centre hospitalier de Cayenne, lequel est également un atout non négligeable dans la perspective d'un futur CHU. L'activité de ce CRB, financé à ce jour comme souligné précédemment sur les seuls fonds du CHC, a augmenté de 263 % en cinq ans. L'objectif de ce CRB est, entre autres, celui d'une « biobanque » et donc de proposer des « biocollections » représentatives des pathologies guyanaises, avec des données caractérisées, tout ceci en cohérence avec les thématiques de recherche des équipes du CHC. C'est un préalable à la participation à des essais cliniques effectués en multicentrique ou comme promoteur, objectifs dont la réalisation devrait être fortement facilitée par le nouveau bâtiment recherche, avec ses lits d'hospitalisation.

Le CRB a fait l'objet d'un dossier, en cours de demande de financement auprès de la DGOS, pour une somme de 200 000 € par an en crédits reconductibles. La mission souhaite vivement que cette demande de financement aboutisse dans les meilleurs délais. À défaut, elle considère que ces crédits devraient être ajoutés à l'enveloppe qu'elle propose à la recommandation n°31.

4.3 Une recherche médicale clinique encore à conforter dans la perspective d'un futur CHU

Il faut différencier, dans la perspective d'un futur CHU, recherche clinique et recherche fondamentale, laquelle aura toujours besoin de recherche appliquée. La recherche clinique est exigée pour la mise en place d'un CHU, sauf à avoir une version purement artificielle d'un CHU. Les bases en matière de recherche existent d'ores et déjà au CH de Cayenne, et même au sein des différentes composantes du GHT.

Ceci dit, le CIC site de Guyane, tout en n'omettant pas les possibilités du GHT, doit monter en gamme dès que possible pour nantir de façon parfaitement incontestable un futur CHU de Guyane.

En premier lieu, il importe que la mise en place d'une DRCI et, ce faisant, la confortation du CIC soient soutenues financièrement par le mode de financement de droit commun de la DRCI. S'agissant du CIC, il est extrêmement improbable, compte tenu des règles qui régissent, à la DGOS, le financement du fonctionnement de ces structures, qu'une évolution de la part nationale du financement soit possible. Le financement du fonctionnement des CIC est en effet assuré à enveloppe fermée, et ce qui est donné à l'un est retiré à l'autre. Or, la mise en place d'un CHU exige un effort très vigoureux de la part d'un territoire aussi particulier que la Guyane et vis-à-vis duquel aucune comparaison avec la métropole ne vaut vraiment. C'est pourquoi, sans doute en s'appuyant sur la mesure 16 du Ségur de la santé qui concerne la recherche, la mission suggère un financement exceptionnel en amorçage de la DRCI pour permettre une mise à niveau des structures de recherche du site de Cayenne.

Cette mise à niveau est nécessaire car la mission fait le constat que ce CIC n'a remporté aucun appel d'offre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Si les conditions matérielles actuelles (les moyens budgétaires limités du CIC constituent un réel handicap pour accéder à des financements délivrés au terme d'une démarche particulièrement exigeante et coûteuse) ou la facilité des crédits européens FEDER peuvent pour partie expliquer l'échec à obtenir un PHRC de l'enveloppe nationale, il est pourtant impérieux que ce CIC insiste et postule dans le cadre des PHRC de l'enveloppe régionale gérée par les groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI). Remporter un tel appel d'offre n'est pas une clause de style : c'est un marqueur fort de crédibilité et de visibilité pour ce CIC et pour la recherche d'un futur CHU.

Un tel financement, qui devra être régulièrement évalué, ne saurait cependant tout résoudre. Au-delà des louables efforts déjà accomplis en matière de recherche clinique et que la mission tient à

souligner, il importe que le CIC et la recherche clinique en Guyane se mettent dans une configuration plus exigeante et plus élevée.

La mise à niveau visée par ce crédit exceptionnel doit plus encore inciter le CIC à profiter de la mise en place d'un bâtiment recherche et de lits de recherche pour réaliser des inclusions, participer à des essais cliniques, voire un jour futur, devenir le promoteur d'une étude clinique, par exemple dans le champ des maladies infectieuses. Le bilan de cette activité au CIC et au CHC sur ces cinq dernières années en fait, sans conteste, un des points faibles du dispositif de recherche, ce qui est d'ailleurs reconnu par les acteurs concernés. La présence depuis cinq ans d'un CRB et sa participation à deux registres, même dans les conditions encore précaires décrites, doit inciter le CIC à essayer de l'entreprendre, avant même cette livraison de bâtiment.

Plus que des crédits SIGREC susmentionnés, c'est un point de crédibilité scientifique que la mission souligne. Il importe d'aller en ce sens d'ores et déjà, afin d'être en pleine cohérence avec les avantages que l'on entend tirer, surtout en infectiologie et en maladies tropicales, de la position géographique amazonienne. Le CIC doit, ce faisant, plus s'impliquer dans la recherche translationnelle qui est un pont à deux sens entre recherche clinique et recherche fondamentale et mieux profiter du même coup de la forte imbrication dans l'équipe TBIT susmentionnée. La mission a parfaitement conscience que cet objectif sera un des plus difficiles à atteindre vu les conditions de départ. Mais il ne paraît pas hors de portée au regard des compétences déjà présentes en Guyane, surtout si des UMM, comme indiqué dans la partie offre de soins, sont mises en place ; et il en va de la crédibilité de la démarche pour aller vers un CHU de Guyane.

Recommandation n°31 Mettre en place, pendant une durée de cinq ans, un crédit exceptionnel de 350 000 € par an non reconductible, appuyé sur la mesure 16 du Ségur de la Santé, pour financer l'amorçage de la DRCI, pour participer à des essais cliniques et candidater aux programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)

Reste, à ce stade, posée la question de savoir si le caractère Antilles-Guyane de ce CIC est un avantage ou au contraire un inconvénient pour aller dans les directions indiquées ci-dessus.

La mission fait ce constat qu'il est bien préférable pour les trois départements de demeurer unis. D'autant que cette appartenance commune n'est pas une entrave au fait que l'on peut d'ores et déjà, on l'a vu précédemment, différencier leurs programmes et même leurs enveloppes pour les réaliser. Compte tenu de la spécificité amazonienne du site CIC de Guyane, la mission suggère de conserver tout ce qui mérite scientifiquement de rester en commun, tout en ne brimant pas initiatives et perspectives de coopération, surtout avec des universités ou des hôpitaux de la zone amazonienne. Cette façon de procéder permet aussi, et dans la clarté, de poursuivre, avec les CHU de Martinique et de Guadeloupe, des relations de coopération scientifique fructueuses.

La mission considère qu'il est utile de conserver l'unité du CIC Antilles Guyane en proposant un programme en commun aux trois sites mais aussi des projets différenciés, traités par chacun des sites en fonction de leur propre stratégie.

Pour conclure ce développement, la mission souhaite souligner une évolution récente du CIC site de Guyane. Au-delà des évaluations favorables déjà portées sur lui par les instances compétentes d'évaluation, il n'a pas échappé à la mission que les publications ont diminué en nombre ces temps derniers, alors que son score SIGAPS a augmenté. L'explication tient au choix du CIC pour moins d'études et de publications, mais pour des revues à plus fort coefficient, c'est-à-dire plus de revues de rang A, mieux récompensées dans le score SIGAPS. Autrement dit, un choix de qualité plus que de quantité. Pour que la recherche clinique contribue à sa mesure à la construction future d'un CHU de Guyane, il semble pertinent de poursuivre un tel effort de qualité, soutenu d'ailleurs par l'Inserm.

Un point de ressources humaines enfin : il ne suffira pas de renforcer le nombre de PU-PH ou de MCU-PH dans un établissement de soins pour renforcer *ipso facto* la recherche. En effet, la présence de chefs de clinique est indispensable pour permettre aux praticiens universitaires de dégager du temps pour la recherche et l'enseignement. C'est ce pourquoi, à côté des futurs PU-PH que la priorisation de créations des services universitaires pour aller vers un CHU implique, il sera impérieux à court et moyen termes de favoriser l'arrivée de ces praticiens bi appartenant⁹⁰, avec des constructions de parcours valorisants. Toutefois, l'attractivité étant réduite, les candidatures pourraient ne pas être au rendez-vous et il importe, ce faisant, d'utiliser toutes les opportunités. C'est pourquoi la mission considère que les possibilités contenues dans l'article 3 de la loi de programmation de la recherche sur les chaires junior pourraient répondre à ce type de défi. Ces chaires « junior » sont imaginées pour conserver, dans le sillon de l'excellence universitaire, des jeunes praticiens prometteurs, mais qui doivent encore faire leurs preuves. Sous réserve d'intégrer expressément une telle possibilité dans les textes d'application de la loi, il pourrait être, le cas échéant (cf. parag. 3.2.1), très intéressant pour un jeune praticien, d'aller affronter un challenge où l'essentiel est à construire, et cela avec l'appui, comme décrit dans la partie offre de soins, de l'expertise d'une UMM d'un CHU partenaire. Il semblerait alors légitime, pour ces jeunes praticiens qui auraient osé s'engager dans cette voie, de s'en voir ensuite récompensés dans le cadre des procédures ultérieures des sections de CNU auxquelles ils se rattachent.

4.4 La mutualisation des efforts pour rendre plus visible la recherche médicale en Guyane

Tout d'abord, il convient de préciser une nuance : la recherche en santé est plus vaste que la recherche médicale *stricto sensu*. La première intègre davantage les sciences humaines et sociales, la deuxième se rapproche plus de ce que l'on appelle parfois « les sciences fondamentales ». En Guyane, vu le brassage multi-ethnique des populations et l'impact du milieu, si particulier, la première approche de la recherche en santé est très précieuse, irremplaçable même. Mais la notoriété de recherche ne se fonde pas que sur de la connaissance pure ; elle doit aussi déboucher sur l'innovation thérapeutique. De ce point de vue, le concept de « recherche médicale » est plus adapté au propos qui va suivre.

Trois choses frappent l'observateur de la recherche médicale en Guyane : le faible nombre, finalement, de chercheurs qu'elle concerne ce qui la rend *de facto* fragile ; la connexité assez forte des thèmes de recherche que chacun des acteurs cherche à explorer et leur forte convergence vers les maladies tropicales émergentes et ré-émergentes, recherches dans lesquelles l'excellence est déjà présente. A cet égard, la dernière évaluation du HCERS pour le CIC Antilles Guyane est très favorable pour ce qui est du site Guyane de ce CIC. La prochaine évaluation est prévue au second semestre 2021. La recherche médicale a pâti, d'abord d'une synergie partenariale encore à parfaire et d'un relatif manque de visibilité dans un champ fortement saturé par la recherche en biodiversité.

⁹⁰ On appelle « bi appartenant » les praticiens universitaires qui sont à la fois praticiens hospitaliers avec une part budgétaire assumée par l'hôpital et enseignants chercheurs avec une part universitaires assumée sur le budget des universités.

4.4.1 Mutualiser pour conforter l'excellence

La mission considère qu'il est indispensable de mutualiser les efforts de recherche sur ce champ de la recherche médicale, pour la rendre plus visible ensuite.

La recherche en santé en Guyane est un monde restreint, où tous les chercheurs se connaissent. C'est ce qui explique que de nombreuses publications soient communes, et cela depuis assez longtemps, soit entre le CIC et l'UG, mais aussi avec l'IPG, voire au-delà, vu les partenariats externes existants. Certes, certaines connexités d'équipe comme TBIT et les PU-PH présents au CHC l'expliquent. Mais la mission a claire conscience que les relations interpersonnelles jouent bien plus que les liens institutionnels, au demeurant plus ténus que ce à quoi on pouvait s'attendre.

Il s'agirait donc de passer d'une collaboration spontanée à une collaboration plus organisée.

C'est ce pourquoi la mission, pour parfaire mieux encore le lien translationnel, suggère de s'appuyer sur les efforts nationaux pour créer des plateformes de recherche en Outre-mer, afin de mettre en place, en Guyane, une plateforme de recherche mutualisée entre partenaires et destinée à cultiver plus encore l'excellence du domaine déjà présent : les maladies infectieuses, émergentes et réémergentes. Cette idée est en pleine cohérence avec les propositions qui avaient été faites dans le cadre du livre bleu de l'Outre-mer en 2018 dans sa partie recherche.

La mission insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas, dans cette proposition, de capter toute la recherche en Guyane et en particulier celle sur la biodiversité : l'approche de la mission est additive, pas substitutive. Il s'agit, pour la seule recherche médicale, juste de mettre en synergie celles qui s'opèrent sur le thème précis des maladies infectieuses émergentes et réémergentes. Du même coup, l'objectif de cette suggestion est de mutualiser à partir d'une approche « fédéralisante » et en aucun cas d'araser les identités de qui que ce soit. D'ailleurs, les propos précédents l'ont déjà souligné, il s'agit de mieux organiser ce qui se fait déjà de façon plus spontanée. Le but de cette proposition n'est assurément pas de créer un carcan ; il s'agit, au contraire, à partir d'un cadre souple mais robuste, de maximiser des opportunités de travail en commun dans une perspective d'excellence.

La mission insiste sur le fait que cette coopération renforcée n'est certainement pas qu'un simple produit d'appel destiné à récupérer des crédits. C'est une nécessité de santé publique de progresser sur ce domaine médical précis qui ne concerne pas que la Guyane et dont la logique pourrait se soutenir d'elle-même et sans adjuvant d'aucune sorte. Ceci dit, pour stimuler l'intérêt de ce travail commun, la mission est d'avis de compléter cette plateforme d'un fonds d'amorçage sur les crédits consacrés aux plateformes par le MESRI, maintenu sur cinq ans. La mission suggère que son montant soit suffisamment élevé pour être attractif, par exemple trois millions d'euros sur cinq ans.

Ce montant pourrait être complété par un partenariat avec la collectivité territoriale de Guyane déjà très impliquée dans la recherche via sa gestion des fonds FEDER, sans pour autant priver d'autres initiatives de cette source de financement.

A première vue, les partenaires d'une telle plateforme seraient le site guyanais du CIC Antilles-Guyane (et donc *de facto* l'Inserm), l'université de Guyane, l'IPG, l'IRD et le CNRS. Mais tout partenaire concerné et intéressé pourrait s'y joindre, à commencer par la CTG qui pourrait compléter le financement via les crédits FEDER recherche. La mission suggère que la ministre en charge de la recherche mandate le président de l'université de Guyane, également président de l'IRISTA, pour piloter la définition du projet scientifique et le lancement de cette plateforme. Le Conseil d'administration de l'IRISTA assurerait le suivi local du projet. **Ce projet pourrait bénéficier de l'appui de l'agence de recherche sur les maladies infectieuses émergentes.**

Au surplus, pour des raisons d'efficacité, la mission recommande aussi d'examiner les possibilités du réseau « reacting » de l'INSERM, pour gérer de façon coordonnée ces fonds d'amorçage financés par le MESRI, en fonction des projets ou des équipements communs à mettre en œuvre.

Pour conclure ce point, la mission indique que si la plateforme est constituée pour durer, tel ne sera pas le cas du fond d'amorçage alimenté par des crédits nationaux. L'idée est de mettre en selle une communauté scientifique de partenaires dans un cadre d'excellence pour les amener à bénéficier de tous les appels d'offres, nationaux, européens, internationaux ; lesquels appels d'offre auront vocation à se substituer à terme à ces financements non pérennes.

Recommandation n°32 Constituer, en Guyane, de façon partenariale, à partir d'une approche scientifique fédérative et d'un fonds d'amorçage du MESRI, une plateforme scientifique de recherche, destinée à développer la recherche dans le domaine des maladies tropicales et émergentes

L'un des avantages d'une telle approche, c'est qu'elle pourra aussi permettre le rayonnement de la médecine française et de la recherche médicale française sur la zone amazonienne. Ce serait, pourrait-on dire, une forme de diplomatie par la santé publique du fait de l'attractivité de cette plateforme pour tous les chercheurs des pays limitrophes et au-delà. (Cf. partie sur la coopération).

4.4.2 Consolider la visibilité de la recherche médicale en Guyane

S'agissant de visibilité, il faut réserver d'emblée un sort à part à l'IPG. La « marque » Pasteur est mondialement connue et cette notoriété ne souffre d'aucune contestation. L'IPG s'appuie aussi sur la présence d'Instituts Pasteur en Amérique du Sud (Brésil, Uruguay par exemple) et aux Antilles. Ses publications sont nombreuses et le plus souvent dans les revues les mieux classées.

La plateforme de recherche constituerait un instrument de visibilité et de notoriété de la recherche médicale en Guyane, y compris dans la perspective d'un futur CHU, mais aussi pour l'IPG, en sus de l'image très forte qu'il a déjà.

En métropole, les CHU de petite taille disposent tous d'une activité « moteur » fédératrice qui les tire vers l'excellence. Mais elle n'est pas suffisante, en métropole comme en Guyane, car la recherche dans un futur CHU ne saurait se réduire à une seule activité, et l'effort doit porter sur plusieurs champs.

Par exemple, vu le taux de natalité de la Guyane et les risques périnataux observés, la gynécologie obstétrique est à mettre fortement en avant sur le plan de la recherche⁹¹. Les praticiens observent, par exemple, des pathologies que l'on ne rencontre plus fréquemment en métropole depuis longtemps et qui, outre le caractère très formateur pour de jeunes médecins, peuvent représenter des pistes de recherche très fructueuses. Il serait souhaitable d'impliquer le CHOG qui l'est déjà dans ce type de démarche alors que sa maternité voit chaque année un nombre important de parturientes à risque.

De la même façon, vu la composition assez diverse des groupes de population en Guyane, un accent sur la recherche en santé mentale devrait pouvoir être porté, avec un regard ouvert sur les « tradipraticiens ». Ceux-ci sont dépositaires autant de connaissances de plantes, par exemple inconnues de notre pharmacopée⁹², que des croyances profondes des populations des fleuves hors desquelles les troubles mentaux s'appréhendent difficilement. Ainsi a-t-on compris en matière de suicides des jeunes amérindiens par exemple, combien les croyances traditionnelles rémanentes de ces peuples jouent un rôle majeur pour appréhender l'autolyse dans ces groupes de

⁹¹ Cette activité contribue d'ores et déjà notablement au score SIGAPS du CHC.

⁹² La mission a pris en compte dans cette optique le travail produit par le muséum d'histoire naturelle présent en Guyane.

population et surtout pour essayer de la prévenir. Il est impérieux, et sans pour autant verser dans la démagogie de facilité, qu'un dialogue entre les cultures puisse venir documenter les connaissances en ce domaine.

Plus généralement, la suggestion faite à la mission par des acteurs locaux de produire un effort de recherche sur « les pathologies du fleuve », ce qui va bien au-delà des troubles du comportement et de la santé mentale, ne manque pas de pertinence. Une telle approche, d'apparence hétérodoxe, pourrait pourtant servir à structurer des actions de prévention en santé, par exemple dans les groupes de population noires marrons du Maroni, en essayant de mieux intégrer la logique de vie des « Kampous »⁹³. D'une façon générale, les équipes mobiles de santé publique en commune (EMSPEC) décrites en partie « offre de soins » peuvent être, sur ces thèmes de recherche, d'une aide efficace.

Sur le plan d'une « signature guyanaise » des actions ou des productions de recherche, la mission note qu'une proposition déjà ancienne émerge en Guyane et qui consisterait à se mettre d'accord sur un logo et sigle commun pour marquer l'identité amazonienne de la recherche médicale et en santé en Guyane. Tous les articles seraient alors signés par l'appartenance aux équipes existantes et, en plus, par cette appellation commune (Proposition « EurAmazing TropMed »). Une telle initiative apparaît bonne dans son principe, sous réserve qu'elle recueille un large consensus parmi les chercheurs et au sein des structures concernées. La mission considère que cette idée appartient à l'initiative locale et que la préfiguration de la plateforme et la définition d'un projet scientifique commun pourraient contribuer à dégager un accord sur ce point. Elle note également qu'un tel projet de sigle commun est non seulement compatible avec sa recommandation de maintenir l'unité du CIC Antilles-Guyane, tout en différenciant les programmes de recherche, mais qu'elle est assurément de nature à conforter une démarche de plateforme.

En conclusion de cette revue rapide de la recherche en santé et de la recherche médicale en Guyane, la mission voudrait insister sur le caractère essentiel de la recherche pour soutenir le renforcement de l'offre de soins en général, grâce à l'attractivité qu'elle confère pour des praticiens aptes à s'investir autant dans le soin que l'enseignement et la recherche. Elle considère que, sous réserve de la mise en œuvre des recommandations qu'elle préconise, la possibilité de disposer d'une dimension recherche en santé de qualité favorisant la création d'un CHU de Guyane, est tout à fait envisageable sous un délai de cinq ans.

⁹³ Les Kampous sont des écarts d'habitats dans les populations traditionnelles bushinenguées (noires marrons – vient de cimarron, fugitif en langue portugaise) qui ressemblent au phénomène des « écarts » constatés chez les Amérindiens Wayanas par exemple. Cela consiste, lorsque l'on devient adulte, à aller fonder sur un fondement familial un petit groupe population au-delà du groupe principal d'origine. Ce qui a pour effet de distendre les groupes de population et s'agissant du bas Maroni, cela revient par exemple sur la seule localité de Grand Santi à appréhender une population sur presque 80 Kms de fleuve.

5 Renforcer l'attractivité

5.1 Le développement de l'offre de soins en Guyane est dépendant du renforcement de l'attractivité du territoire.

Le renforcement de l'attractivité est essentiel s'agissant des ressources humaines. Pour attirer et fidéliser des professionnels de santé plus nombreux, les efforts conjugués de l'Etat et des collectivités locales sont indispensables. Mais ces efforts doivent être complétés par une mobilisation accrue des acteurs du système de santé eux-mêmes, qui doivent collectivement prêter une plus grande attention à cet enjeu.

Lors des rencontres de la mission avec les professionnels locaux qui ne sont pas originaires de Guyane, les facteurs les plus cités comme pouvant poser des difficultés, outre des interrogations sur le niveau scolaire des établissements guyanais à partir du collège et le travail du conjoint, sont surtout les conditions de logement et de transport. Ce sont deux enjeux bien identifiés par les responsables locaux. C'est ainsi que le schéma d'aménagement régional de la Guyane, adopté en 2016, mentionne ces deux politiques publiques comme prioritaires, face aux défis du désenclavement et de la démographie.

5.1.1 Les transports

S'agissant des transports, l'utilisation de la voiture individuelle constitue le moyen privilégié de circulation dans la Guyane routière. Après la réalisation de la route de Saint-Laurent à Apatou et l'aménagement, en cours, de la piste entre Maripasoula et Papaïchton, les projets consistent, pour l'essentiel, à améliorer le réseau existant. Les alternatives à la voiture individuelle sont restreintes. Toutefois, il convient de mentionner le réseau interurbain de cars de la collectivité territoriale, comprenant huit lignes régulières, mais dont les fréquences sont encore limitées. Les transports en commun urbains sont peu développés, sauf à Cayenne, où est prévu le projet le plus important pour les prochaines années, la réalisation d'un transport en commun en site propre (TCSP) qui facilitera notamment les relations quotidiennes entre l'hôpital et l'université.

Les transports aériens permettent de desservir depuis Cayenne et Saint-Laurent du Maroni certaines communes de l'intérieur (Maripasoula, Grand Santi, Saül). La fréquence des lignes est réduite, la capacité des avions limitée et le coût élevé, malgré les subventions apportées par l'Etat, et surtout par la collectivité territoriale, au titre de la continuité territoriale intérieure. Sans même évoquer la desserte des communes isolées des fleuves, ces liaisons aériennes sont pourtant essentielles pour le fonctionnement du système de santé, au-delà de l'utilisation des hélicoptères du SAMU, de la sécurité civile et de l'armée pour les évacuations d'urgence. L'aménagement de l'aéroport de Camopi, en voie d'achèvement, représente à cet égard une avancée notable. En revanche, l'absence d'une ligne régulière directe entre Cayenne et Saint-Laurent du Maroni constitue un handicap majeur, dans la perspective de mise en place d'un futur CHU de Guyane, dont le fonctionnement devrait être basé sur la complémentarité entre ses trois sites hospitaliers et les CDPS (les médecins des équipes médicales de territoires devront se déplacer régulièrement entre Cayenne et Saint Laurent du Maroni). La mission souhaite donc attirer tout particulièrement l'attention des autorités nationales et locales sur ce point dirimant.

5.1.2 Le logement

Le rythme actuel de construction de logements est, selon les informations fournies par la direction de l'aménagement des territoires et de la transition écologique de la préfecture de Guyane, tout à fait insuffisant pour répondre aux besoins. Ceux-ci sont estimés entre 4 400 et 5 200 logements par an pour les dix prochaines années, dont 24 % pour le secteur privé et 76 % pour le secteur social. Or, le nombre de logements financés, mis en chantiers et livrés ces dernières années est resté bien en-dessous des besoins estimés avec 1 096 logements sociaux seulement, livrés en 2019, par exemple. Les mesures prises pour mobiliser davantage de foncier, à travers notamment les actions développées par l'établissement public foncier et d'aménagement de la Guyane dans le cadre de l'opération d'intérêt national (21 000 logements prévus en quinze ans sur neuf communes) devraient permettre d'améliorer la situation. C'est dans ce contexte difficile que l'accès au logement des nouveaux professionnels arrivant en Guyane se pose.

Les élus rencontrés, CTG et maires des trois grandes villes, sont bien conscients de l'importance de cet enjeu pour la consolidation du système de santé guyanais. Ils se sont tous montrés favorables à la réservation de logements pour les soignants, dans le cadre de conventions à définir avec les centres hospitaliers. La mission estime nécessaire que de telles initiatives se concrétisent rapidement. **Compte tenu des difficultés plus fortes pour construire dans les communes de l'intérieur, soulignées par les maires rencontrés, la mission recommande en outre que soit étudié par l'Etat et la CTG un dispositif d'aides financières renforcées, pour encourager les bailleurs sociaux aujourd'hui réticents, à investir davantage dans les communes des fleuves.**

La mission estime indispensable, au-delà des actions spécifiques, y compris financières, que le GHT devra mettre en œuvre pour réserver des logements dans le parc social et privé, la construction rapide de deux résidences dédiées à l'hébergement des internes, des stagiaires et des jeunes praticiens hospitaliers, à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni. L'université, en lien avec le CROUS, doit veiller par ailleurs aux conditions de logement des nouveaux étudiants qu'elle accueillera ces prochaines années dans les formations en santé.

Recommandation n°33 Faciliter l'accès au logement pour tous les professionnels de santé, étudiants, stagiaires et jeunes praticiens arrivant en Guyane, en développant les réservations de logements et en construisant deux résidences à Cayenne et Saint-Laurent du Maroni.

5.1.3 Le numérique

La partie « offre de soins » de ce rapport détaille les termes de l'enjeu essentiel que représente pour la Guyane le développement de l'e-santé. Compte tenu des spécificités géographiques du territoire, le choix a été fait d'un recours à des infrastructures différenciées. C'est pourquoi, la collectivité territoriale de Guyane a engagé un plan de développement des capacités numériques, comprenant à la fois la création d'un réseau de fibre optique sur le littoral et jusqu'à Saint-Laurent du Maroni et par ailleurs, le déploiement de moyens satellitaires plus puissants et d'un réseau hertzien, pour les communes de l'intérieur. Selon la CTG, ces nouvelles capacités devraient permettre le développement de la télémédecine. La mission souhaite que le calendrier effectif de mise en service de ces nouveaux équipements puisse accompagner le plan de renforcement de l'offre de soins qu'elle propose. **Elle suggère qu'une concertation soit mise en place entre la CTG et ses opérateurs d'une part, et les acteurs du système de santé d'autre part, pour bien s'assurer de l'adéquation entre les infrastructures et les usages (cf recommandation n°1).**

5.2 Des financements conséquents à consolider

Les collectivités locales de Guyane se disent prêtes à s'investir davantage pour améliorer l'attractivité du territoire et accompagner le système de santé, afin de renforcer l'offre de soins, mais leurs ressources sont limitées et leur situation financière demeure fragile. Compte tenu de la croissance démographique totalement hors normes nationales, de la faiblesse contributive structurelle des ménages guyanais, et nonobstant les nécessaires efforts de maîtrise de gestion par les collectivités, l'évolution de leurs recettes risque de demeurer mécaniquement et durablement en-dessous de leur nécessaire croissance. **La mission s'interroge donc sur l'opportunité d'une révision des mécanismes des dotations d'Etat dans le contexte particulier de la Guyane**, qui permettrait, à l'image de ce qui fut pratiqué pour les villes nouvelles, **d'anticiper la croissance prévisible de la population, afin de ne pas être dans une logique sans fin de rattrapage.**

Il est donc d'autant plus nécessaire, que puisse se poursuivre, dans les prochaines années, le soutien de l'Union Européenne, à un niveau élevé. La CTG a mobilisé, au cours de la programmation actuelle, des fonds européens très importants pour soutenir la réalisation d'infrastructures et de programmes de recherche portés par le CHC et l'Institut Pasteur (12,7 millions sur la période 2014-2020 dont 60 % pour la recherche en santé) et elle entend poursuivre cet effort pour la période 2021-2027. Elle a apporté des fonds européens au groupement de coopération sanitaire GUYASIS pour les projets de « dossier patient informatisé » et la création d'une plateforme d'imagerie médicale et soutenu financièrement la relocalisation de l'IFSI sur le campus universitaire. La programmation des fonds REACT comprend également un volet important dans le domaine des infrastructures de santé. Enfin, le programme INTERREG Amazonie permet de soutenir des actions de coopération internationale en santé, comme indiqué ci-dessous.

Le renforcement de l'offre de soins en Guyane dans les années à venir aura également besoin de l'engagement financier des acteurs majeurs que sont l'Agence française de développement (AFD) et la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Ces organismes sont déjà intervenus, par exemple pour financer le pôle mère-enfant du CHC et la reconstruction du centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni. L'AFD, présente au Suriname et au Brésil, se dit prête, également, à renforcer ses interventions en faveur de la coopération régionale dans le domaine de la santé.

Recommandation n°34 Mobiliser les moyens financiers de tous les partenaires au bénéfice du renforcement de l'offres de soins en Guyane, de la formation et de la recherche en santé, dans les prochaines années, et en particulier, conforter la forte mobilisation, déjà engagée, des crédits européens.

5.3 Le système de santé doit développer sa propre attractivité

La rotation trop rapide des personnels hospitaliers doit être réduite en attirant de nouveaux professionnels et notamment de jeunes médecins. Le système hospitalier doit pour cela développer des projets professionnels attractifs, en renforçant la qualité des services, en poursuivant la modernisation des plateaux techniques, en associant les nouveaux arrivants aux actions de formation et de recherche dans le cadre de la structuration universitaire. La montée en gamme proposée dans la partie « offre de soins » de ce rapport, comme l'élargissement de l'offre de formation en santé et le renforcement de la recherche, constitueront par eux-mêmes un facteur d'attractivité du système de santé guyanais.

Les conditions d'accueil des nouveaux arrivants doivent faire l'objet d'un projet spécifique et d'une cellule dédiée permanente au sein du GHT, à même de répondre en temps réel aux interrogations de professionnels intéressés par un exercice en Guyane.

Le projet actuel du groupement est à cet égard lacunaire et doit être corrigé sans délais. L'offre de bienvenue doit comprendre notamment un parcours d'immersion très soigné, des propositions en matière de logement, une aide pour la recherche d'un emploi pour le conjoint, des animations sociales d'intégration.

Cet effort doit être dirigé vers les stagiaires et les professionnels en formation ou qui viennent en soutien depuis la métropole, et en premier lieu vers les internes. De même, une attention particulière doit être accordée aux conditions d'intégration et de vie familiale des PADHUE sur le territoire.

Cette politique en matière d'accueil est également nécessaire pour les professionnels libéraux. L'URPS a d'ailleurs indiqué à la mission qu'elle entendait mettre en place une conciergerie qui remplirait des missions proches de celles que la mission propose pour le système hospitalier. Ces actions mériteraient d'être coordonnées.

Le système de santé guyanais doit également développer une communication spécifique avec l'aide des autorités locales. Cette communication doit s'adresser aux professionnels de santé de métropole, pour susciter davantage de projets d'installation en Guyane et une action de communication ad-hoc doit être mise en place à destination du réseau des internes. Cette politique de communication devrait, à la fois, promouvoir les atouts particuliers du territoire pour des professionnels de santé et les informer sur les régimes d'aides existants et sur l'accueil personnalisé mis en place.

Recommandation n°35 Mettre en place une politique d'accueil de qualité pour les nouveaux professionnels s'installant en Guyane et pour tous les étudiants et stagiaires, en particulier les internes, et développer en direction de ces publics une communication ciblée. Développer des projets professionnels attractifs, associer les praticiens aux projets de formation et de recherche.

6 La gouvernance et les moyens de l'action

6.1 Du groupement hospitalier de territoire au CHU de Guyane en 2025 : une intégration progressive, une gouvernance adaptée

Le groupement hospitalier de territoire a été créé par arrêté de la directrice régionale de l'ARS le 23 janvier 2019 et sa convention constitutive entre les trois établissements hospitaliers, signée le 15 avril. L'arrêté du 29 avril 2019, approuvant cette convention, désigne le CHC comme établissement support du groupement et fixe à dix ans la validité de la convention. Les instances de gouvernance se sont mises en place progressivement, compte tenu de la crise sanitaire. Le comité stratégique s'est réuni sur un rythme presque mensuel et le collège médical à plusieurs reprises, ce qui a permis de progresser rapidement dans l'élaboration du projet médico-soignant partagé.

La mission a participé à la conclusion du séminaire du GHT, qui s'est tenu à Sinnamary, les 13 et 14 novembre 2020, et a pu constater, à cette occasion, les progrès réalisés dans l'élaboration d'un projet commun en peu de temps. Elle attire toutefois l'attention des responsables du groupement sur la nécessité d'accorder dans les phases suivantes, une attention toute particulière à l'animation du comité territorial des élus locaux. En effet, l'histoire et la spécificité des établissements hospitaliers guyanais obligent à une concertation étroite pour progresser vers la création du CHU de Guyane.

La mission considère que sur la base du travail déjà réalisé, peut être engagée, sans attendre, la mise en œuvre des orientations du projet médico-soignant, en particulier le développement des mutualisations entre établissements, dont celui des équipes médicales de territoire exerçant au sein de fédérations médicales inter-hospitalières. Elle soutient bien entendu, sans réserve, les projets

initiés sur le dossier personnel informatisé, sur le système d'information commun et la fonction achat mutualisée. Elle souhaite que soient poursuivies et concrétisées les réflexions engagées, conformément à la convention constitutive, sur la cartographie cible des implantations de spécialités et celle des autorisations qui en découlent, la gestion coordonnée des ressources médicales hospitalières des trois établissements, le développement de la télémédecine et la formation médicale continue et qualifiante.

Le groupement hospitalier de territoire, de plus en plus intégré, constitue le bon cadre de travail pour aller, en 2025, vers la création du CHRU de Guyane. Le projet médical pourra ainsi être mis en œuvre, les mutualisations fonctionnelles (finances, ressources humaines, achats...) généralisées et les modalités de travail inter-sites progressivement harmonisées, ouvrant la voie, le moment venu, à une direction commune des trois hôpitaux, étape intermédiaire avant la création du CHRU. Toutefois, sans attendre, la mission recommande la création du quatrième pilier du futur CHRU, regroupant les CDPS en une direction dédiée.

Le CHU de Guyane pourrait donc voir le jour en 2025, ce qui paraît un délai à la fois raisonnable, exigeant et motivant, afin qu'à cette échéance, la formation se soit développée et qu'en particulier le premier cycle de médecine ait été mis en place, que la recherche soit montée en puissance et se soit structurée et que l'offre de soins se soit suffisamment renforcée en quantité comme en qualité. Les quatorze jalons proposés dans la synthèse du présent rapport nécessiteront, pour être parcourus, à la fois une mobilisation constante des acteurs du système de santé, un fort engagement des autorités locales et un soutien résolu du gouvernement.

Sans rentrer à ce stade dans les détails de sa gouvernance, la mission considère que le futur CHU devra être un établissement public multisites unifié, comprenant quatre piliers, les trois centres hospitaliers et les CDPS, dont le fonctionnement devra être adapté aux spécificités du territoire et notamment à l'éloignement entre les différents établissements. À cet égard, le règlement intérieur devra préciser l'organisation et le fonctionnement des organes de gouvernance du CHU. Ceux-ci devront être fédératifs, en ce sens qu'ils intègrent au niveau central, des partenaires représentant les différents territoires, et déconcentrés, en prévoyant notamment, en relais du conseil de surveillance du CHU, la création de conseils d'établissements locaux. De même, les directeurs délégués des quatre sites et les présidents des CME locales devront être membres de droit du directoire.

À l'image d'autres CHU multisites de métropole, la commission médicale centrale d'établissement, les principaux comités consultatifs (personnels et usagers en particulier) et groupes de travail du CHU devront être dupliqués au niveau local.

Ainsi, en 2025, l'établissement unifié pourrait être créé et établi comme CHR de Guyane par décret. Il passerait alors convention avec les universités de Guyane et des Antilles pour acquérir le statut de CHU.

Recommandation n°36 Faire du GHT l'outil d'intégration du projet médical et des fonctions support, ouvrant la voie à une direction commune des hôpitaux, afin de créer le CHU de Guyane en 2025, dont la gouvernance devra être adaptée aux réalités du territoire.

6.2 Mobiliser des moyens complémentaires pour consolider le projet

6.2.1 Compléter les investissements déjà engagés

Après la reconstruction du CHOG, et nonobstant la construction à Saint-Laurent du Maroni d'une maison hospitalière et la création d'un nouveau bâtiment pour la psychiatrie, ainsi que celle recommandée par la mission, d'une résidence pour les internes et les stagiaires au CHC et au CHOG, l'essentiel des grands projets d'investissement se concentre sur Cayenne.

La revue des projets d'investissement communiquée à la mission montre que le calendrier des importants travaux de modernisation et d'extension court jusqu'en 2025. Il comprend notamment une opération majeure, la réhabilitation et l'extension du bâtiment de médecine-chirurgie (35 millions d'euros), sept autres opérations également validées par le COPERMO, comme la construction du bâtiment enseignement-recherche, essentiel dans la trajectoire vers un statut hospitalo-universitaire-recherche, la reconstruction des CDPS de Papaïchton, de Camopi et d'Apatou, ou encore la création d'une maison hospitalière, le tout pour un montant de 58 millions d'euros. Le plan de financement qui comprend 45 millions d'apports déjà actés, doit être complété, et le CHC espère, pour ce faire, obtenir des financements dans le cadre du plan REACT ainsi qu'un prêt de l'AFD.

La mission considère à ce stade que si, dans la perspective de la création du CHU de Guyane, la reconstruction du CHC n'est pas nécessaire, compte tenu de la consistance du plan de modernisation envisagé, le CHC devra, en revanche, être clairement soutenu pour les autres opérations d'investissement prévues dans son schéma directeur immobilier, parmi lesquelles la création d'une unité de soins continus, la création d'une unité sécurisée (« chambres carcérales »), ou encore la relocalisation et l'extension de la permanence d'accès aux soins. De même, des moyens adéquats devront lui être attribués pour financer les opérations d'investissement courant qui ont été négligées ces dernières années, compte tenu des difficultés financières de l'établissement et qui sont pourtant si importantes pour les conditions de travail des personnels et la vie quotidienne des patients. De même, un accent particulier doit être mis sur la maintenance de tous les équipements. En définitive, un soutien régulier et significatif apporté au CHC pendant les cinq prochaines années pour ses opérations d'investissement, aura un coût sans aucune mesure avec celui de la construction d'un établissement neuf. La mission recommande donc que dans le cadre de la déclinaison territoriale du Ségur de la santé en Guyane, un programme pluriannuel de financement des investissements du CHC, et plus largement des trois établissements hospitaliers, soit établi et sécurisé.

6.2.2 Doter le GHT d'un vecteur aérien dédié

La question des liaisons entre les futurs sites d'un CHU de Guyane se pose avec acuité. Il faut plus de trois heures de route pour relier Cayenne à Saint Laurent du Maroni, et presque autant pour aller à Saint-Georges de l'Oyapock. De ce fait, la mission estime que la pertinence d'un vecteur aérien pour le futur CHU de Guyane se pose clairement au regard du niveau de desserte actuel. De même, il faut anticiper ce que sera le mode de fonctionnement du futur établissement public multisites, comprenant des spécialités de recours et des services universitaires répartis dans les trois sites hospitaliers, trois hôpitaux de proximité, des équipes médicales de territoire et des équipes mobiles de spécialistes. C'est pourquoi la mission considère que le futur CHU ne doit pas dépendre seulement des lignes aériennes régulières commerciales, mais doit pouvoir disposer d'un vecteur aérien dédié, négocié avec le secteur privé. Ce moyen aérien doit permettre au futur CHU de projeter facilement ses moyens mutualisés, de transporter le cas échéant des patients et d'assurer plus facilement l'approvisionnement logistique de ses CDPS. Selon les éléments recueillis par la mission auprès d'Air Guyane, de telles rotations pourraient être assurées à parc aérien constant, compte tenu de son plan

de charge actuel dans le cadre de la délégation de service public, ce qui limiterait de façon notable les coûts. Ceux-ci sont estimés, dans une première approche, à 1,4 M€ par an pour cinq rotations hebdomadaires (trois Cayenne-Saint-Laurent du Maroni et une pour chaque fleuve). Une étude plus complète doit être conduite rapidement sur ce sujet.

Recommandation n°37 Consolider les moyens à venir des hôpitaux guyanais, dans le cadre du Ségur de la santé, sous la forme d'un programme pluriannuel d'investissement et engager une étude sur les moyens aériens pour le GHT et le futur CHU.

6.3 Prendre appui sur les mesures du Ségur de la santé

Au terme de ses investigations, sous réserve de la finalisation des travaux engagés par ailleurs par les directions générales des ARS d'Outre-mer avec le ministère des solidarités et de la santé, la mission fait le constat que nombre de mesures et de financements prévus par **le Ségur de la santé** permettraient de progresser à court terme dans la mise en œuvre de ses recommandations. La déclinaison, en Guyane, du Ségur de la santé, pourrait ainsi constituer un premier signal fort de l'engagement de la collectivité nationale en faveur du renforcement de l'offre de soins sur ce territoire. Le tableau suivant en précise les contours, comme souhaité par la lettre de mission.

Tableau 19 : Les mesures du Ségur de la santé mobilisables en Guyane

Mesures Ségur de la santé	Problématique, propositions	Recommandations du rapport correspondantes
Mesure 2 Aménagement du temps de travail	Adapter les conditions d'exercice dans les centres hospitaliers et les CDPS, en permettant de déroger aux plafonds de temps en astreinte et de les valoriser en conséquence ; intégrer des temps de travail annualisés et faciliter des exercices mixtes ville-hôpital. La mission note aussi que la fiche du ministère sur le soutien à l'organisation des soins en Outre-mer du dossier Ségur prévoit un assouplissement des règles sur l'exercice à temps partiel, afin de favoriser la réalisation d'activités à temps partagé entre la métropole et les territoires ultra-marins. La mise en œuvre d'une telle mesure pourrait contribuer à améliorer la démographie médicale, en attirant de nouveaux professionnels.	Recommandation N° 7
Mesure 4 Augmenter le nombre de personnels paramédicaux formés	Cette mesure est très importante pour la Guyane qui souffre d'un fort déficit dans ce domaine. Les recommandations de la partie formation traduisent cette priorité.	Recommandations N° 26, 28, 29
Mesure 5 Renforcer les réseaux d'enseignement et de recherche	Le calendrier de cinq ans prévu au niveau national pour le recrutement de 250 postes d'enseignants coïncide avec celui de la structuration universitaire progressive des hôpitaux de Guyane proposée par la mission.	Recommandation N° 11, 14
Mesure 6 Accélérer le déploiement des	Cette mesure intéresse fortement la Guyane et en particulier ses CDPS.	Recommandation N° 27

infirmiers en pratique avancée		
Mesure 9 Définir une nouvelle politique d'investissement	19 milliards d'euros d'investissements nouveaux et plus de pouvoir aux territoires en matière d'investissement en santé. La fiche Outre-mer précise que chaque DOM bénéficiera d'une enveloppe spécifique. Un programme pluriannuel d'investissements sur cinq ans devrait être approuvé dans ce cadre, comprenant, outre les opérations immobilières, un volet e-santé, la modernisation des équipements notamment en imagerie et le développement d'équipements de simulation.	Recommandations N° 1, 11, 34, 37
Mesure 10 associer les élus locaux à l'appréciation des besoins de santé	La création de comité territoriaux de santé adossés aux CDPS va dans ce sens.	Recommandation N° 4
Mesure 11 Accélérer la réduction de la part de T2A	Les hôpitaux de Guyane ont grand intérêt à la mise en œuvre de cette mesure, tant les missions d'intérêt général qu'ils remplissent au titre de la spécificité géographique du territoire et de la précarité de la population sont essentielles. Par ailleurs, comme le propose cette mesure, les hôpitaux guyanais auraient tout intérêt à mettre en œuvre un modèle mixte de financement, prenant en compte la population et l'activité, à condition que cette mesure soit bien adaptée à la Guyane, en anticipant régulièrement la croissance de sa population et en intégrant bien le fait que sur les fleuves, les CDPS soignent les populations de bassins de vie transfrontaliers. Ce nouveau modèle de financement devrait aussi prendre en compte le mode de fonctionnement mutualisé du futur CHU, répondant aux impératifs de la dimension du territoire (équipes médicales de territoire, équipes mobiles de spécialistes, CDPS, moyens de transport aériens...).	Recommandation N° 10 Diverses propositions figurant dans le rapport
Mesure 16 Soutenir et dynamiser la recherche en santé	Cette mesure est à l'évidence adaptée aux préconisations de la mission pour soutenir l'essor de la recherche en santé en Guyane.	Recommandations N° 31, 32, 39
Mesure 17 Développer les hôtels hospitaliers	Un hôtel hospitalier est programmé à Cayenne, un second est nécessaire à Saint-Laurent du Maroni et devrait être intégré dans la programmation immobilière pluriannuelle.	Recommandation N° 37
Mesure 18 Réhabiliter le rôle et la place des services	La création d'une direction déléguée des CDPS va dans le sens de cette mesure visant à renforcer la délégation de gestion (RH et investissements courants)	Recommandation N° 10
Mesure 19 Donner la capacité aux établissements et	Compte tenu des spécificités du territoire guyanais, plusieurs dispositions mériteraient d'être examinées (outre celles relatives au temps de travail) ; certaines concernent également la sécurité sociale :	Recommandations N° 4, 6, 8, 11 Diverses propositions

aux territoires d'adapter les règles du code la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ● adaptation des règles fixées par l'arrêté du 3 août 2016, relatives à la composition des conseils territoriaux de santé pour pouvoir les mettre en place dans les communes isolées et ainsi mieux faire vivre la démocratie sanitaire ; ● contractualisation sur des projets territoriaux de santé portés par des CDPS et financement des communautés professionnelles de territoire même en l'absence de médecin généraliste libéral ; ● modalités de mise en œuvre des protocoles de délégation de tâches à adapter pour les CDPS ; ● dispositifs permettant d'assurer le rattachement des médiateurs en santé à un cadre d'emploi hospitalier ; ● aménagement des dispositions relatives aux hôpitaux de proximité afin de pouvoir labelliser les CDPS de Maripasoula, Saint-Georges de l'Oyapock et Grand Santi ; ● remboursement des transports en pirogue dans les mêmes conditions que pour les ambulances ; ● enregistrement à l'hôpital, de l'état-civil des enfants naissant au CHC. 	figurant dans le rapport
Mesure 25 Développement de l'exercice coordonné	L'importance donnée dans ce rapport au développement des soins primaires, compte tenu des besoins du territoire, a conduit la mission à formuler plusieurs recommandations allant dans le sens de cette mesure, pour favoriser la création de maisons de santé pluriprofessionnelles et de CPTS.	Recommandations N° 3, 5, 6, 17
Mesure 27 Concrétiser le service d'accès aux soins et lutter contre les inégalités de santé	Compte tenu de la faiblesse de la démographie médicale en Guyane et de son inégale répartition territoriale, le développement d'un service d'accès aux soins devrait être intégré dans le plan e-santé. Les actions proposées par ailleurs, comme le renforcement des PASS, la création de centres de santé participatifs, la création de « lits haltes soin santé » apparaissent particulièrement adaptées aux caractéristiques de la population guyanaise. Un abondement du FIR de l'ARS de Guyane, financé par l'enveloppe de 100 millions d'euros annoncée pour ces mesures, permettrait de les développer.	Recommandation N° 34
Mesures 29 et 30 Personnes âgées et accès aux soins des personnes en situation de handicap	Plusieurs actions mises en exergue dans ces mesures intéressent le territoire guyanais, parmi lesquelles le développement d'équipes mobiles et de la HAD.	Recommandation N° 13 Diverses propositions figurant dans le rapport
Mesure 31 Renforcer l'offre de soins psychiatrique et	La faiblesse des moyens de ce secteur en Guyane devrait lui permettre de bénéficier des nouveaux postes de psychologues qu'il est prévu de créer au profit des CMP.	Recommandation Diverses propositions figurant dans le rapport

psychologique de la population		
Mesure 33 Evolution des ARS	Cette mesure prévoit de renforcer les moyens des ARS. C'est une nécessité en Guyane, compte tenu du travail très important qui attend les équipes dans les prochaines années, pour mettre en œuvre l'ensemble des préconisations. Le nombre de porteurs de projets sur le territoire est faible ce qui renforce encore les besoins en ingénierie administrative et technique.	Recommandation N° 38 Diverses propositions figurant dans le rapport

6.4 Un plan santé à cinq ans pour la Guyane

Les différentes propositions de la mission dans les champs de l'offre de soins, de la formation et de la recherche, si elles retiennent l'attention de ses commanditaires, mériteraient d'être regroupées dans un « plan opérationnel santé Guyane 2025 », afin que ce plan serve de cadre fédérateur, aussi bien pour les acteurs locaux que pour les ministères, dans la mise en œuvre des actions permettant de renforcer l'offre de soins et de franchir les jalons pour la création d'un CHU de Guyane en 2025. Pour ce faire, la mission préconise la mise en place d'un dispositif à trois niveaux : un comité régional de suivi associant tous les acteurs politiques, administratifs et professionnels ; un comité opérationnel, sous l'égide de l'ARS, associant outre le GHT, les représentants des professionnels libéraux, le secteur privé et les principaux acteurs de la formation et de la recherche, mais aussi les administrations locales ; une mission d'appui nationale interministérielle, permettant d'assurer le relais avec les administrations centrales. Dans ce cadre, mais ce n'est pas la seule raison, les moyens de l'ARS de Guyane devraient être notablement renforcés avec la mise en place d'une équipe dédiée au portage du projet.

Recommandation n°38 Définir un « plan opérationnel santé Guyane » sur cinq ans, rassemblant les préconisations de ce rapport, comprenant le programme pluriannuel d'investissement et de recrutement. Mettre en place une évaluation régulière de l'avancement de ce plan.

7 Développer la coopération internationale

Comme le souligne un récent rapport parlementaire⁹⁴, l'insertion régionale de la Guyane reste très limitée, mais une évolution se fait sentir pour relativiser un traditionnel rattachement à l'axe caraïbe, au profit d'une plus grande attraction vers l'Amérique du Sud, et en particulier vers les zones géographiques du plateau des Guyanes et du bassin amazonien. C'est un enjeu national important, mais c'est aussi un enjeu européen, la Guyane étant la seule région ultra-périphérique de l'Union Européenne en Amérique du Sud. De plus, pour les populations riveraines des deux fleuves frontaliers de la Guyane avec le Suriname et le Brésil, le Maroni et l'Oyapock, ces territoires constituent des espaces de vie quotidienne plutôt que des frontières.

⁹⁴ Rapport d'information à l'Assemblée Nationale de Mmes Annie Chapelier et Bérengère Poletti en date du 6 novembre 2020, relatif à l'insertion des territoires d'Outre-mer dans leur environnement régional.

Carte 3 : Le plateau des Guyanes



7.1 La santé, un enjeu de coopération adapté à la situation régionale

Cette considération essentielle amène assez naturellement à considérer le domaine de la santé comme un champ de coopération à privilégier. C'est d'ailleurs déjà le cas dans la réalité de tous les jours, compte tenu de la faiblesse des infrastructures sanitaires sur les rives surinamaise et brésilienne des fleuves considérés et de l'homogénéité des populations résidentes, souvent unies par des liens ethniques et familiaux. C'est ainsi que les CDPS des fleuves tiennent à jour les dossiers médicaux de nombreux « patients de passage » et qu'à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, plus de la moitié des naissances enregistrées sont de mères surinamiennes. Cet hôpital français est de fait un établissement transfrontalier.

La coopération régionale nous semble donc un champ important à renforcer dans les prochaines années, dans la poursuite des actions déjà engagées, dans les trois champs de l'offre de soins, de la formation et de la recherche, afin que le futur CHU de Guyane s'inscrive pleinement dans son environnement régional. Cette orientation répond en outre au souhait exprimé par le gouvernement dans le Livre bleu des outre-mer, publié en 2018, qui soulignait que « la coopération régionale en santé représente un enjeu important pour les outre-mer, aussi bien en termes d'optimisation de l'offre de soins, de sécurité sanitaire, de gestion des flux migratoires qu'en termes économiques ».

Elle viendrait également prolonger le travail engagé à la suite de la mission confiée par le gouvernement à Dominique Voynet et Marcel Renouf en 2018, traduisant un engagement du Président de la République, formulé lors de sa visite en Guyane à l'automne 2017, qui a permis de développer un dialogue prometteur avec les autorités surinamiennes. Celui-ci peut désormais s'appuyer, depuis l'alternance politique au Suriname, sur une volonté plus affirmée des autorités surinamiennes de faire prospérer la coopération entre les deux pays.

Les actions déjà mises en œuvre sont encore limitées, mais constituent des jalons importants pour aller plus avant. Au-delà des institutions de coopération formelles, commissions mixtes franco-brésilienne et surinamienne et conseils des fleuves, les coopérations concrètes voient aujourd'hui surtout le jour dans un cadre européen.

7.2 Des cadres d'action à mobiliser

Le principal instrument de cette politique de coopération est le programme Interreg Amazonie (PCIA) adopté en 2015, qui court pour la période 2014-2020, doté de 18,9 millions d'euros. La collectivité territoriale de Guyane est l'autorité de gestion de ce programme. Il intègre un volet santé, principalement en études et recherches, pour un montant de 4,9 millions d'euros, 2,9 millions pour le volet transfrontalier associant la Guyane, l'Etat de l'Amapa au Brésil et le Suriname, 2 millions d'euros pour le volet transfrontalier qui réunit au-delà, deux autres états du Brésil (le Para et l'Amazonas) ainsi que le Guyana. Plusieurs projets initiés par le CHC sont développés dans ce cadre, notamment MALAKIT qui consiste à définir une nouvelle stratégie de lutte contre le paludisme chez les orpailleurs ou encore le projet de coopération dans la prise en charge du VIH sur le fleuve Oyapock, mais aussi des études épidémiologiques portés par la Croix-Rouge pour inciter les populations à mieux se protéger contre les maladies vectorielles.

Ces projets sont également soutenus par le fonds d'intervention régional de l'agence régionale de santé de Guyane et par le fonds de coopération régionale (FCR) du ministère des Outre-mer, doté de 100 000 à 150 000 euros de crédits annuels. Ce fonds soutient par ailleurs le programme de coopération transfrontalière en santé France-Suriname. C'est dans ce cadre par exemple, qu'est mise en place depuis 2019, une action très concrète de pirogue mensuelle de prévention associant les professionnels de santé des deux rives du Maroni, imaginée par le CDPS de Grand-Santi.

Les cadres d'action et les moyens financiers sont multiples pour développer la coopération sanitaire. Outre le PCIA, le FIR et le FCR précédemment évoqués, peuvent également être mentionnés la nécessaire articulation avec le fonds européen de développement (FED) comme cela a déjà été mis en œuvre dans les Caraïbes, mais aussi avec les interventions du ministère des affaires étrangères par le biais des crédits mis à disposition des ambassades (les Fonds de solidarité pour les projets innovants financent par exemple aujourd'hui 200 projets portés par des acteurs locaux, d'un montant total de 70 millions d'euros, parmi lesquels 5 % sont consacrés à la santé et 13 % à des projets se situant en Amérique du Sud).

Peut également être mentionné le soutien apporté par la délégation à l'action extérieure des collectivités territoriales, sous forme d'appels à projet, sans oublier la mobilisation des moyens de l'Agence française de développement qui a intégré dans sa démarche une action conjuguée en direction des DOM et des pays voisins.

Cette diversité montre bien la nécessité de mettre en place une ingénierie spécifique pour développer des projets dans la durée, au sein du GHT. La mission recommande de développer la coopération à partir des acquis de ces dernières années.

7.3 Les champs de la recherche et de la formation

La mission partage dans cette perspective la recommandation du rapport parlementaire précédemment mentionné, visant à mettre en place un réseau régional de surveillance épidémiologique et d'alerte sanitaire dans le bassin régional, comme déjà organisé dans l'Océan Indien, afin « d'assurer une veille sur les maladies infectieuses, de renforcer les capacités d'action des systèmes de santé locaux et de réduire l'impact des épidémies sur les populations et les économies ». Une telle initiative pourrait être promue par l'ARS de Guyane et la préfiguration de la plateforme de recherche proposée par ailleurs.

Dans le domaine de la recherche en effet, les coopérations ne font pas l'objet d'un cadre formel et dépendent à ce jour des relations entre chercheurs, y compris pour l'Institut Pasteur, dont le réseau

international dispose pourtant de deux autres implantations en Amérique du Sud, à Montevideo d'une part, mais surtout à Rio de Janeiro où la fondation Fiocruz constitue un centre de recherche majeur du sous-continent. Les deux centres de recherche de Guyane, l'IPG et le CIC sont bien évidemment en mesure, compte tenu de la qualité de leurs travaux, de développer des programmes de travail en commun avec les autres grands centres de leur environnement régional comme l'Institut Chagas à Belem, l'Institut Humboldt à Lima, mais aussi avec des centres de recherche américains comme l'école de médecine tropicale de Houston, dont le Baylor College, avec qui un accord a déjà été conclu en septembre 2019 pour favoriser les échanges. Ce serait, pour l'IPG notamment, une occasion de sortir du seul réseau Pasteur et de s'intégrer à une démarche partagée des acteurs guyanais.

La coopération régionale pourrait également être développée dans le champ de la formation, dans le cadre d'accords entre universités pour la formation initiale des personnels médicaux et paramédicaux, mais aussi en matière de formation continue, sous la forme de participation de professionnels de pays voisins aux diplômes d'université ayant vocation à être promus au sein du futur pôle santé de l'université de Guyane. Le cours international de médecine tropicale que le CIC de Cayenne envisage de mettre en place constitue également un bon exemple du rayonnement international qui peut être attendu en matière de formation.

7.4 L'offre de soins, la coopération au quotidien

Enfin, la coopération au niveau de l'offre de soins mérite de nouveaux développements dans le prolongement des travaux engagés en collaboration avec le Suriname et le Brésil, par exemple pour mieux faire connaître auprès des professionnels de santé des trois pays les ressources disponibles, créer une filière de soins aval à Albina, au Suriname, à destination des patients soignés au centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, développer les actions communes de prévention au bénéfice des populations des fleuves.

Un appel à projets auprès des CDPS des fleuves et des centres de santé des pays voisins pourrait ainsi être lancé pour susciter de nouvelles initiatives permettant de répondre concrètement aux attentes des habitants de ces territoires en matière de santé.

Recommandation n°39 Renforcer les coopérations régionales dans les trois champs de la recherche, de la formation et de l'offre de soins, en particulier avec le Brésil et le Suriname, et doter à cet effet le GHT d'une ingénierie dédiée.

Conclusion

Le renforcement de l'offre de soins en Guyane constitue une exigence pour la collectivité nationale au regard de la demande légitime d'égalité de traitement, exprimée par les habitants et leurs représentants élus. Le projet proposé à cette fin par la mission repose sur l'idée de se situer désormais dans une logique d'anticipation, compte tenu notamment de l'évolution démographique du territoire, et non de proposer de simples mesures de rattrapage, basées sur les écarts avec la métropole.

C'est aussi pourquoi le plan « santé Guyane à cinq ans » décliné dans ce rapport, peut constituer par lui-même un outil de développement du territoire, au même titre que les autres politiques structurantes mises en œuvre par l'Etat, la Collectivité Territoriale de Guyane et leurs partenaires.

Le Ségur de la santé constitue un cadre d'action favorable au déploiement rapide du projet proposé par la mission. Il doit en outre permettre de définir les dérogations aux règles et dispositifs nationaux, indispensables au regard des spécificités du territoire guyanais.

Le renforcement de l'offre de soins concerne l'ensemble du territoire et l'ensemble des professionnels et structures de santé. Dans ce vaste territoire, et quelle que soit l'ampleur des moyens nouveaux qui pourront être dégagés, le fonctionnement en réseau de tous les acteurs est indispensable. La mission souhaite toutefois mettre en exergue le fait qu'un effort significatif doit être produit pour les populations des communes de l'intérieur, à partir d'une nouvelle organisation et gouvernance des CDPS. Elle propose que les trois points d'appui que sont Maripasoula et Grand Santi sur le fleuve Maroni et Saint-Georges sur le fleuve Oyapock soient transformés en hôpitaux de proximité.

Un tel projet ne peut reposer sur les seules forces présentes en Guyane. L'appui d'établissements de soins et d'universités d'autres régions françaises est nécessaire dans tous les domaines qui fondent la légitimité d'un CHU (recours, formation, recherche). Mais la réussite du projet nécessite en premier lieu une mobilisation de tous les acteurs du territoire en termes d'attractivité. Cette mobilisation doit concerner en premier lieu l'offre de soins. La mission observe à cet égard que l'essentiel des travaux déjà engagés par le GHT va dans le sens préconisé par le présent rapport. Au-delà, une fédération de tous les efforts et de toutes les forces vives en santé déjà présentes sur le territoire, en particulier le secteur libéral, est indispensable. Cette mobilisation doit concerner tout autant les acteurs de la formation et de la recherche ainsi que les politiques publiques d'aménagement sur lesquelles repose, en grande partie, l'attractivité du territoire (logement, transports, couverture numérique...).

La confiance de la population guyanaise dans son système de santé doit être confortée. Des moyens conséquents doivent être dégagés à cet effet. Mais un travail collectif est indispensable pour faire en sorte qu'un projet cohérent permette une utilisation la plus efficiente possible de ces ressources nouvelles. Le futur CHU de Guyane sera l'aboutissement de ce travail collectif qui doit poser des bases solides, afin d'assurer la pérennité d'un système de santé guyanais plus performant et accessible à tous.

Dr Christine GARDEL

Philippe YVIN

Patrice BLEMONT

Joël BLONDEL

Membres de l'Inspection
générale des affaires
sociales

Membre de l'Inspection
générale de
l'administration

Membre de l'Inspection
générale de l'Éducation, du
Sport et de la Recherche

LETTRE DE MISSION



Paris, le – 7 AOUT 2020

A l'attention de

Madame la Cheffe de l'Inspection générale
des affaires sociales,

Madame la Cheffe de l'Inspection générale
de l'éducation, du sport et de la recherche,

Monsieur le Chef de l'Inspection générale
de l'administration

Objet : Lettre de mission – renforcement de l'offre de soins en Guyane

P.J. : Communiqué de presse

La crise liée à l'épidémie COVID-19 en Guyane a révélé les forces et les besoins de consolidation concernant les équipements et protocoles sanitaires, les renforts de personnels soignants, l'accompagnement socio-économique et le renforcement des structures de santé dans cette région.

Dans ce cadre, par courrier en date du 29 juillet 2020, le Ministre de l'Outre-mer, le Ministre des Solidarités et de la santé et le Ministre de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont souhaité, au-delà de la gestion de la crise sanitaire en cours, fixer pour priorité le renforcement de l'offre de soins apportée localement à la population guyanaise (communiqué de presse en annexe).

Ce renforcement doit se faire de manière concrète selon trois axes. Ces trois axes de travail visent notamment à répondre aux prérequis nécessaires à la création d'un centre hospitalier universitaire (CHU) en Guyane, souhaité par les élus guyanais, dont le principe avait été acté par l'Etat en avril 2017, et qui pourrait constituer, le moment venu, l'aboutissement d'une démarche de renforcement des équipes d'universitaires en praticiens hospitaliers et de l'activité de recherche du centre hospitalier de Cayenne. La question de l'attractivité du territoire pour recruter et fidéliser les soignants y est centrale.

1. Le premier axe est de prévoir une déclinaison territoriale des accords du Ségur de la santé. En effet, les conclusions du Ségur présentées le 21 juillet dernier comportent de nombreuses mesures pouvant répondre aux particularités et aux difficultés du territoire guyanais. La question du renforcement des structures de santé de Saint-Georges-de-l'Oyapock et de Maripasoula, ainsi que des mesures transversales pour favoriser l'attractivité des hôpitaux guyanais, réduire les sous-effectifs et renforcer l'investissement doivent être instruites dans ce cadre.

Cette déclinaison doit permettre plus largement de répondre aux besoins en renforcement des équipements et protocoles sanitaires, des personnels soignants et des structures de santé dans cette région. Il s'agit dans ce cadre d'évaluer les besoins réels et leur adéquation avec l'offre actuelle afin de proposer des évolutions nécessaires.

2. Le deuxième axe vise à poursuivre et intensifier la « structuration universitaire par l'intérieur du centre hospitalier de Cayenne » annoncée en 2017, selon deux sous-axes.

2.1. D'abord en s'appuyant sur le renforcement en encadrement de personnels hospitalo-universitaires. Pour mémoire, à l'époque, seuls 4 professeurs d'université – praticiens hospitaliers (PUPH) étaient présents au CH de Cayenne. On dénombre actuellement 9 PUPH sur site et la cible de 11 PUPH doit être atteinte en 2021. L'affectation des 9 PU-PH doit être précisée.

- 2.2. La deuxième orientation est le nécessaire renforcement de la dynamique de recherche impulsée depuis la création d'une jeune équipe en 1998 puis en 2008 du Centre d'Investigation clinique (CIC) des Antilles, multi-sites entre la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique. Pour rappel, ce centre a été évalué en 2014 et l'excellence de la recherche du site de Cayenne a été soulignée à cette occasion. Il existe par ailleurs deux équipes d'accueil rattachées à l'université de la Guyane et à celle des Antilles qui fournissent actuellement avec le CIC la majorité de l'activité de recherche.

La construction d'un bâtiment d'enseignement et de recherche accueillant notamment le CIC, chère à la communauté médicale, fait par ailleurs partie intégrante du projet de modernisation du CH de Cayenne. Ce projet, validé en juin 2018, est financé au niveau national à hauteur de 40 millions d'euros conformément au protocole d'accord signé le 21 avril 2017.

Le renforcement de ces structures et la création de nouvelles structures (DRCI, CRB notamment) doivent permettre la valorisation et le développement de la recherche guyanaise.

3. Enfin, le dernier objectif sera d'encourager les synergies entre les différentes structures de recherche, notamment sur les maladies émergentes et ré-émergentes, en lien avec les structures de recherche et de santé du bassin caribéen et sud-américain. Il s'agit dans ce cadre de faire le bilan des coopérations actuelles et de proposer de nouvelles perspectives afin de permettre de bâtir un modèle vertueux renforçant la dynamique de recherche autour du centre hospitalier, du CIC, de l'Institut Pasteur, de l'université de Guyane et de celle des Antilles.

Pour aboutir à un projet viable et apportant un réel bénéfice à la population guyanaise, nous avons décidé de confier aux inspections générales, IGAS-IGESR-IGA, une mission nous permettant de disposer de préconisations stratégiques à même de répondre au nécessaire développement de ces trois axes.


Il vous est demandé plus précisément dans un premier temps de dresser le bilan concernant les structures de santé dans cette région, l'adéquation entre les besoins et l'offre en équipements et protocoles sanitaires, ainsi que les besoins en effectifs de personnels soignants. Il vous est ensuite demandé de proposer l'ensemble des évolutions nécessaires sur ces trois axes. Enfin, vous proposerez des scénarios associés à un calendrier relatif aux perspectives de création d'un CHU, et en particulier les étapes intermédiaires pour atteindre les prérequis nécessaires à cette création.

La mission auditionnera l'ensemble des parties prenantes et toute structure ou personnalité nécessaire dans ce cadre, y compris aux Antilles et dans l'hexagone (comme l'université de Bordeaux et l'assistance publique hôpitaux de Paris). Avant son départ, un échange sera prévu avec le président de la collectivité territoriale de Guyane et les parlementaires guyanais.


A l'issue de votre mission qui commencera début septembre et dont l'échéance est fixée au 21 décembre 2020, nous souhaitons que vous puissiez nous remettre un rapport sur les conclusions auxquelles vous serez parvenus.



Sébastien LECORNU
Ministre des Outre-mer



Olivier VERAN
Ministre des Solidarités
et de la Santé



Frédérique VIDAL
Ministre de l'Enseignement
Supérieur, de la Recherche
et de l'Innovation

Annexe :

Communiqué de presse « CHU de Guyane : une mission confiée aux inspections générales, IGAS-IGAESR-IGA »



COMMUNIQUE DE PRESSE

**CHU de Guyane :
une mission confiée aux inspections générales, IGAS-IGESR-IGA**

Paris, le 23 juillet 2020 - Le ministre des Outre-mer, Sébastien Lecornu, le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, et la ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Frédérique Vidal ont remis au président de la Collectivité territoriale de Guyane, Rodolphe Alexandre, aux parlementaires du territoire et au président de l'Assemblée des Maires de Guyane, un courrier pour répondre à la "motion de revendications pour une meilleure prise en considération de la lutte contre la COVID-19". Cette motion avait été remise officiellement au Premier ministre lors de sa visite officielle le 12 juillet dernier.

Ce courrier vient compléter les premières réponses apportées par le préfet de Guyane sur les équipements et protocoles sanitaires, les renforts de personnels soignants, l'accompagnement socio-économique et le renforcement des structures de santé le 21 juillet dernier :

1. Les renforts capacitaires en matériel, consommables et soignants déjà mobilisés ou planifiés pour soutenir la gestion de crise sanitaire en Guyane, y compris des ressources rares comme l'ESCRIM ou l'A400M, sont des preuves, par les actes, de la solidarité nationale vis-à-vis de la population guyanaise.
2. La Guyane dispose à ce jour de 41 lits de réanimation COVID + actifs, dont 13 ne sont pas occupés. Les capacités sanitaires locales ne sont pas saturées et la progression de l'épidémie semble avoir atteint son plateau depuis plusieurs jours.
3. Par ailleurs, les équipements sont présents pour monter jusqu'à 79 lits et les renforts de personnels sont et seront planifiés pour les amener si nécessaire.

Ce courrier vient surtout apporter des précisions quant aux moyens pour améliorer de manière structurelle l'offre de soins en Guyane. L'enjeu principal est de pouvoir améliorer l'attractivité du territoire pour les soignants et les y fidéliser. C'est un prérequis à la création d'un CHU en Guyane, dont le principe avait été acté par l'Etat en avril 2017, et qui doit constituer l'aboutissement d'une démarche de renforcement des équipes d'universitaires praticiens hospitaliers et de l'activité de recherche du centre hospitalier.

Ainsi, pour avancer de manière opérationnelle pour aboutir à un projet viable et apportant un réel bénéfice à la population guyanaise, une mission sera confiée aux inspections générales, IGAS-IGESR-IGA, permettant de faire des préconisations

stratégiques à même de répondre aux attentes des élus guyanais. La mission, dont les travaux débuteront début septembre, auditionnera l'ensemble des parties prenantes et remettra son rapport d'ici fin 2020.

Cette mission travaillera sur trois axes de développement :

1. Le premier est de prévoir une déclinaison territoriale des Accords du Ségur de la santé. En effet, les conclusions du Ségur présentées le 21 juillet dernier comportent de nombreuses mesures pouvant répondre aux particularités et aux difficultés du territoire guyanais. La question du renforcement des structures de santé de Saint-Georges-de-l'Oyapock et de Maripasoula, ainsi que des mesures transversales pour favoriser l'attractivité des hôpitaux guyanais, réduire les sous-effectifs et renforcer l'investissement seront instruites dans ce cadre.
2. Le deuxième axe vise à poursuivre et intensifier la « structuration universitaire par l'intérieur du centre hospitalier de Cayenne » annoncée en 2017. Pour mémoire, à cette époque, seuls 4 professeurs d'université – praticiens hospitaliers (PUPH) étaient présents au CH de Cayenne. Nous sommes actuellement à 9 PUPH présents et nous atteindrons 11 PUPH en 2021. La dynamique se poursuit donc. La création d'un centre de recherche et la possible mise en place d'un centre d'essais cliniques doit aujourd'hui être envisagée. La construction d'un bâtiment d'enseignement et de recherche et d'un Centre d'Investigation clinique (CIC), chère à la communauté médicale, fait par ailleurs partie intégrante du projet de modernisation du CH de Cayenne. Ce projet, validé en juin 2018, est financé au niveau national à hauteur de 40 millions d'euros, conformément au protocole d'accord signé 21 avril 2017.
3. Enfin, un troisième axe devra permettre la valorisation et l'accompagnement de la recherche guyanaise. L'objectif sera d'accompagner les acteurs d'excellence et d'encourager les synergies entre les différentes structures de recherche portant la recherche les territoires, notamment sur les maladies émergentes et ré-émergentes, en lien avec les structures de santé du bassin caribéen et sud-américain.

"L'objectif commun que nous souhaitons poursuivre avec les élus guyanais, c'est bien le renforcement de l'offre de soins apportée localement à la population guyanaise. Mais il faut travailler de manière méthodique sur ce sujet, afin que la réponse apportée soit pérenne et partagée avec l'ensemble des acteurs." explique Sébastien Lecornu, ministre des Outre-mer.

Contacts presse :

- ministère des Outre-mer / 01 53 69 26 74 / spromot@outre-mer.gouv.fr
- ministère des Solidarités et de la Santé / 01 40 56 80 65 / sos.presse.solidarites-santé@sante.gouv.fr
- ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation / 01 55 55 09 12 - 26 90 grasse-mesri@recherche.gouv.fr

ANNEXE 1 : Les vingt parcours prioritaires du projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire

Note de synthèse suite au séminaire GHT des 13 & 14 novembre 2020

Etat d'avancement du PMSC

« Pour les patients guyanais, bâtir ensemble un projet de CHRU »

Introduction

Le séminaire GHT des 13 & 14 novembre sur le thème « pour les patients de Guyane, bâtir ensemble un projet de CHRU » a réuni près de 120 participants : médecins, cadres de santé, soignants et administratifs des 3 CH.

Il a permis de faire le point sur les parcours de soins existants et sur les orientations transversales et d'envisager les 5 nouveaux parcours retenus par le Collège Médical du GHT : oncologie, gynécologie-obstétrique, personne âgée, rééducation et spécialités médicales.

Il a été aussi l'occasion d'une rencontre, en présence de la DG ARS et des Conseils de surveillance, avec les membres de la mission interministérielle chargée de la réflexion sur le projet de CHRU en Guyane.

Cette note de synthèse vise à identifier les constats et les orientations majeures qui ressortent de ce séminaire et à envisager les chantiers prioritaires ainsi que leur calendrier de préparation et de mise en œuvre.

Rappel de la démarche

Constitué en 2019, le Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane a confirmé sa raison d'être lors de l'épidémie Covid en favorisant pendant cette période de crise, la coopération entre les établissements et en contribuant ainsi aux résultats remarquables obtenus sur le territoire : malgré un taux d'incidence élevé, la mortalité a été inférieure de moitié à celle de la métropole et au quart de celles des pays frontaliers (Brésil et Surinam) dont la structure d'âge est assez comparable.

Conscient de l'intérêt majeur de la poursuite du développement d'une offre de soins hospitalière territoriale, le CH de Cayenne, le CH de l'Ouest Guyanais et le CH de Kourou se sont engagés dans une réflexion pour envisager ensemble une organisation plus intégrée et plus performante dans la perspective de la création d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire.

Cette réflexion porte sur l'offre de soin, sur l'organisation hospitalière, ainsi que sur les activités de recherche et d'enseignement déjà travaillées conjointement avec les services universitaires et de formation.

Partant de l'évaluation des besoins de santé et de l'organisation des soins existante dans chaque établissement, les secteurs d'excellence comme ceux qu'il faut conforter ou développer ont été identifiés.

Une approche globale a été retenue visant à définir l'offre hospitalière adaptée pour répondre aux besoins de santé du territoire, dans une logique de parcours pour s'inscrire dans le cadre d'une offre graduée assurant qualité et équité dans l'accès aux soins. Cette approche est d'ores et déjà soutenue par la mise en place d'Equipe Médicale de Territoire, dont 8 sont déjà opérationnelles. De nouvelles EMT ont été envisagées lors du séminaire.

Cette réflexion a préservé les multiples spécificités du territoire et en premier lieu les distances séparant les établissements, nécessitant d'envisager des modes d'organisation conciliant intégration de l'offre et adaptation à chaque site.

Les présentes conclusions du séminaire reprennent les éléments d'actualisation du PMSP pour en faire le Projet Médico-Soignant Commun dans la perspective de la création à terme d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire.

Le travail de priorisation qui figurait dans le PMSP a été revisité en tenant compte des nouvelles orientations retenues par le Collège Médical de Groupement et travaillées lors du séminaire.

Dans cette démarche, les Centres Hospitaliers de Guyane souhaitent bâtir un projet, nécessaire à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et hospitalière des patients guyanais, essentiel pour soutenir l'attractivité et la fidélisation des compétences et déterminant pour conforter le rôle régional de la France et de l'Europe en Amazonie dans le domaine de la santé.

INTRODUCTION 127

RAPPEL DE LA DEMARCHE 127

1. CONSTATS ET ENJEUX..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

BESOINS DE SANTE RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE (Pr M NACHER) ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ACTIVITES HOSPITALIERES (DR JM CAUVIN) ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

2. LES NOUVEAUX PARCOURS DE SOINS ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P16 – PARCOURS EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P17 – PARCOURS EN CANCEROLOGIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P18 – PARCOURS SPECIALITES MEDICALES : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P19 – PARCOURS DE LA PERSONNE AGEE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P20 – PARCOURS EN REEDUCATION : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

3. ACTUALISATION DES PARCOURS DE SOINS DU PMSP..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P1 – NEPHROLOGIE-DIALYSE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P2 – PEDIATRIE ET NEONATALOGIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P3 – CHIRURGIE & ANESTHESIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P4 – SANTE MENTALE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P5 – SANTE PUBLIQUE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P6 – PARCOURS DES PATIENTS DES TERRITOIRES DE L'INTERIEUR : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P7 – CARDIOLOGIE: ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P8 – URGENCES : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P9 – NEUROLOGIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P10 – SOINS CRITIQUES : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P11 – ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION-OBESITE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P12 – PHARMACIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P14 – IMAGERIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

P15 – INFECTIOLOGIE : ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

4. LES ORIENTATIONS TRANSVERSALES.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
OT1 – ENSEIGNEMENT & RECHERCHE :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
OT2 – DIM DE TERRITOIRE :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
OT3 - SYSTEME D'INFORMATION	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
OT4 – FONCTION ACHAT MUTUALISE :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
OT5 – GOUVERNANCE :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
5. CONCLUSION : CRITERES ET SYNTHESE DES PRIORITES.....	129

Conclusion : critères et synthèse des priorités

Tous les projets figurant dans le PMSC « **Pour les patients guyanais, bâtir ensemble un projet de CHRU** » devraient être initiés sur le temps du projet soit d'ici 2025.

Parmi ces projets, figurent ici les projets repérés selon l'un des 3 critères de priorisation définies préalablement :

Projets majeurs/structurants et/ou couteux

○ COURT TERME (2020-2021) :

1. Améliorer la prévention de la prématurité et des grossesses précoces et le suivi des grossesses, par un renfort de la Protection Maternelle et Infantile (P16.1)
2. Mettre en place une Unité d'hospitalisation complète d'oncologie et d'hématologie au CHC (P17.6)
3. Mettre en place des Equipes Mobiles Gériatriques dans chacun des 3 CH (P19.1)
4. Créer une UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) à vocation territoriale (P19.2)
5. Améliorer l'accès à la greffe (P1.3)
6. Poursuivre la montée en charge progressive de la maternité niveau III au CHOG en lien et avec le soutien du CHC (P2.1)
7. Améliorer l'offre de soins critiques pédiatriques sur le GHT : création d'une unité de réanimation pédiatrique au CHC et d'une USC pédiatriques au CHOG (P2.6)
8. Piloter la Création d'un Centre Ressource prévention Suicide (P4.8)
9. Assurer les angioplasties H24 (P7)
10. Organiser des Evasan extraterritoriales (vers le CHUM) sur un vecteur spécifique à partir de Cayenne et de Saint Laurent du Maroni (P8)
11. Assurer la prise en charge en USIP des AVC thrombolysés sur les 3 CH (P9)
12. Développer le capacitaire des soins critiques adultes sur le territoire (P10)
13. Développer une offre territoriale de télé-expertise (avec ou sans IMAG) (P14)
14. Poursuivre le déploiement du DPI (engagé) (OT3)
15. Généraliser la visio conférence (OT3)
16. Poursuivre le développement des outils de télémédecine (OT3)

○ MOYEN TERME (2022-2023) :

1. Développer des plateaux techniques sur les CDPS de Maripasoula, St Georges et Grand Santi: service imagerie, UHTCD, PASS, service hôtelier... (P6)
2. Développer l'offre de soins psychiatriques sans consentement au CHOG (P4.2)
3. Prévenir l'infertilité et envisager par étapes le développement de l'Assistance Médicale à la Procréation sur le territoire (P16.5)
4. Mettre en place un service de médecine nucléaire en collaboration avec la Martinique et la métropole en vue de l'installation prioritaire d'un PET scan en Guyane (17.5)

5. Développer une offre de Radiothérapie en Guyane (17.6)
6. Développer l'offre de soins psychiatriques sans consentement au CHOG (P4.2)
7. Faire émerger le Pôle Universitaire en Santé avec ses départements universitaires (Sciences Infirmières ; 1^{er} cycle EM...), son centre de simulation en santé (OT1)
 - LONG TERME (2024-2025) :
1. Développer une offre de rééducation spécialisée pour l'ensemble du territoire dans le cadre d'un centre de rééducation disposant d'un plateau technique complet et performant (P20.3)

Parcours où l'universitarisation apparaît prioritairement souhaitable

- Urologie (PUPH déjà présent)
- Gynécologie-obstétrique
- Endocrino-diabéto-nutrition-obésité
- Imagerie
- Oncologie
- Réanimation néo-natale
- Médecine physique et rééducation
- Cardiologie
- Urgences

Chapitres relevant d'autorisation ou de reconnaissance contractuelle

- Cancérologie : autorisation de chirurgie
- Soins critiques : réanimation adulte (CHOG), réanimation pédiatrique (CHC), Soins critiques adulte (CHK)
- SSR : développement de nouvelles spécialités au sein d'un centre de rééducation
- Radiothérapie : 1 accélérateur unique par dérogation compte tenu de la file active (comme en Guadeloupe)

Médecine nucléaire : 1 pet scan et scintigraphie

ANNEXE 2 : Panorama DRRT des équipes de recherche qui œuvrent sur le territoire de la région de Guyane



Cayenne, le 7 octobre 2020

Objet : La recherche en Guyane

La recherche en Guyane est conduite par différents organismes et des laboratoires de recherches de l'Université de Guyane. La recherche est bien structurée : les organismes se regroupent au sein d'une plateforme de concertation pour la recherche et l'innovation qu'est le GIS IRISTA. Créé en 2008 dans le but de favoriser la recherche interdisciplinaire, il s'appuie sur un Conseil de groupement et un Conseil scientifique. Il regroupe en son sein 17 membres :

- les organismes de recherche : l'IRD, le CNRS, le MNHN, le CIRAD, l'INRA, AgroParisTech, l'Institut Pasteur, l'IFREMER, le BRGM, l'INSERM, l'INRAP,
- l'Université de Guyane
- Guyane Développement Innovation (structure porteuse de l'incubateur)
- les institutions à caractère scientifique » pouvant mener des actions de recherches, tels que l'ONF, le PNRG, le PAG, les sociétés HYDRECO et SOLICAZ (société issue il y a une douzaine d'années d'une Start-up émanant des activités de recherche du laboratoire EcoFog et qui a aujourd'hui un statut de JEI).

Les forces présentes en Guyane représentent environ 200 ETP (chercheurs, enseignants-chercheurs, ingénieurs, post-doctorants, techniciens et doctorants).

A cet ensemble d'entités et de forces de recherches, il faut y rajouter la présence du LABEX CEBA, de l'OHM Oyapock, et de la participation de certains chercheurs au labex DRHIIM, des stations de recherche des Nouragues, de Paraou et de l'herbier.

Le mode de financement de la recherche est essentiellement basé sur les dotations propres de chacune des structures, des dotations de l'Etat (MESRI, MOM, Santé, CPER/CCT), sur du PIA (LABEX) et en grande majorité sur les fonds FEDER. Un projet financé par le programme H2020 a intégré l'Institut Pasteur de Guyane et a permis la mise en place d'un vectopole.

Les coopérations internationales sont essentiellement axées sur les pays frontaliers (et financées par le Programme Interreg PIAMAZONE) comme le Brésil, le SURINAME et le Guyana. Il existe des coopérations internationales en Amérique du Sud et dans la zone caraïbe conduites par les différents organismes, à titre d'exemple :

- IRD**
- plantes et biodiversité (Colombie)
 - échanges avec les herbiers d'Amazonie,
 - spatial et Station SEAS (Haïti)

- CNRS**
- coopération avec l'Argentine, la Colombie, l'Equateur et Haïti
 - Avec l'IFREMER au sein du LEEISA, coopération avec la Barbade dans le cadre de la FOA
 - Participation au réseau HYBAM (www.ore-hybam.org)

IPG – collaborations avec les Instituts Pasteur de Guadeloupe et de Cuba autour de la résistance aux insecticides d'*Aedes aegypti*.

- ONF**
- coopération avec la Colombie via la filiale ONF Andina
 - en partenariat avec le CIRAD, projet TmFO (tmfo.org) associant entre autre le Pérou et la Bolivie



Préfecture de Région Guyane – DGCAT
CS 57008
97307 Cayenne Cedex



PRÉFET DE LA
RÉGION GUYANE
SERVICES DE L'ÉTAT

AGROPARISTECH

Etablissement supérieur dans les sciences du vivant, AgroParisTech conduit deux missions fondamentales : la formation d'ingénieurs centrée sur l'écologie des forêts tropicales humide de Guyane ; et la production et la diffusion de connaissances (recherche et développement) en partenariat avec les grands organismes de recherche et les principaux centres techniques professionnels pertinents.

BRGM

En Guyane, les thématiques concernent : la cartographie géologique, les risques naturels géologiques, l'environnement, l'eau et les ressources minérales et matériaux.

CIRAD

En Guyane, les activités du Cirad concernent l'écologie des forêts, l'étude de la dynamique du carbone dans les systèmes herbagers déforestés en lien avec la forêt tropicale d'origine et plusieurs plantes industrielles : hévéa, cacao et café.

CNRS

Le CNRS est présent en Guyane dans deux unités mixtes : l'UMR ECOFOG (Ecologie des Forêts de Guyane) et l'Unité de service et de recherche USRCNRS n° 3456 LEEISA (Laboratoire Ecologie, Evolution, Interaction des Systèmes Amazoniens) sous tutelles CNRS, Université de Guyane et Ifremer. Les chercheurs de l'Unité LEEISA mènent des travaux sur les écosystèmes terrestres, littoraux et côtiers, la biodiversité qui s'y trouve et sur les savoirs traditionnels qui y sont associés. L'Unité opère trois dispositifs d'accueil dont la station scientifique des Nouragues (1986), l'Observatoire Hommes- Milieux (2008) et la Pépinière Interdisciplinaire de Guyane (2014) sur le littoral. Le CNRS est en train de déployer dans l'ouest guyanais (sur la commune d'Awala) une station scientifique sur l'étude des tortues marines.

IPG

Créé le 7 décembre 1940, l'Institut Pasteur de la Guyane est une fondation privée reconnue d'utilité publique. Ses principaux thèmes de recherche concernent les arboviroses, le paludisme, et les maladies émergentes. L'institut comprend 2 unités : Unité d'Epidémiologie et d'Entomologie médicale et des 4 Laboratoires : de Virologie, d'Interactions Virus – Hôte, Parasitologie, Immunologie des Leishmanioses. Il accueille également sur son campus une équipe de l'UMR-EcoFoG, le laboratoire des substances naturelles amazoniennes, et une équipe de recherche du service de santé des Armées.

Porteur d'un projet européen, STRonGer, visant à créer un consortium de recherches transdisciplinaires sur les maladies infectieuses et émergentes, l'Institut a renforcé et décloisonné la recherche biomédicale en Guyane avec, en outre, le Vectopole Amazonien Émile Abonnenc, laboratoire de biosécurité de niveau 3.

INRAP

Le centre d'archéologie préventive de Guyane comprend une quinzaine de personnes et depuis son implantation récente en Guyane, ce centre voit son activité croître avec les nombreux chantiers créés en Guyane. Ses missions vont du diagnostic et fouilles, aux recherches, publications, et vulgarisation scientifique. Des liens importants sont tissés avec la recherche internationale en archéologie, la Guyane ayant une expertise sur le mobilier précolombien mais aussi localement avec des partenaires comme le PAG ou l'ONF.

UG

Après la séparation de l'Université Antilles-Guyane en novembre 2013, un décret a créé l'Université de Guyane en juillet 2014 et l'Université autonome le 1er janvier 2015. La recherche conduite au sein de l'Université de Guyane est structurée autour de quatre grandes orientations thématiques : la dynamique de la biodiversité en Amazonie et la valorisation des ressources naturelles (du gène aux écosystèmes, notamment la biodiversité des écosystèmes forestiers agronomiques, marins, littoraux et fluviaux) ; la santé et écologie de la santé en milieu tropical ; la dynamique des sociétés amazoniennes dans leurs environnements et la gestion durable des territoires amazoniens ; les technologies innovantes en environnement amazonien et technologies bio-inspirées.



PRÉFET DE LA
RÉGION GUYANE
SERVICES DE L'ÉTAT

Parmi les laboratoires de l'UG figurent 4 Unités Mixtes de Recherche (UMR), 4 équipes d'accueil (EA), 1 Unité de Service et de Recherche (USR). Ces laboratoires sont :

- L'UMR Espace-Dev (UG-IRD)
- L'UMR Qualitrop (UG-UA-INRA)
- L'UMR ECOFOG (UG-INRA-CNRS-CIRAD-AgroParisTech)
- L'UMR LEEISA (UG-CNRS-IFREMER)
- L'EA EPat en cours d'association avec l'UMR TBip
- L'EA MINEA

Quelques indicateurs sur la recherche partenariale

Bourses CIFRE : 2016 : 1 demande.... 2019 : 4 demandes

CIR : 2019 4 entreprises pour 712 k€

ANNEXE 3 : Effort de recherche du CIC CE – site de Cayenne

Rapport de publication

Entité(s) Analysée(s)	
970302022 - CH Cayenne	
Période : 2000 - 2020	Nombre de chercheurs : 50
Filtres sélectionnés	
Categorie(s) : A,B,C,D,E,NC	
Position(s) : 1, 2, 3, Investigateur, Autre position, Avant dernier auteur, Dernier auteur	
Type(s) de publication(s) : Journal Article, Review, Letter, Editorial, Comment, Other	

Total	VM-	VE-	En attente	VE+	VM+	% Validation
1562	24	604	96	586	252	18 %

Nombre de publications par type

Période : 2000 - 2020		
Type	Nb	%
Journal Article	695	85.28
Letter	59	7.24
Review	49	6.01
Editorial	5	0.61
Other	4	0.49
Comment	3	0.37
Total	815	100%

Nombre de publications par année

Période : 2000 - 2020	
Année	Nombre
2000	17
2001	17
2002	11
2003	22
2004	26
2005	31
2006	40
2007	26
2008	34
2009	33
2010	36
2011	39
2012	36
2013	34
2014	43
2015	69
2016	50
2017	57
2018	69
2019	59
2020	66
Total	815



Nombre de publications par catégorie et par position

Période : 2000 - 2020							
Position	Total	A	B	C	D	E	NC
1	282	35	51	61	37	47	51
2	56	10	12	7	15	7	5
3	34	5	15	5	5	2	2
Inv	105	36	34	5	4	26	0
k	172	42	49	26	25	15	15
ADA	37	5	13	7	4	5	3
DA	129	12	21	31	27	17	21
Total	815	145	195	142	117	119	97

k = Toute position intermédiaire entre 3 et ADA

ADA = Avant Dernier Auteur

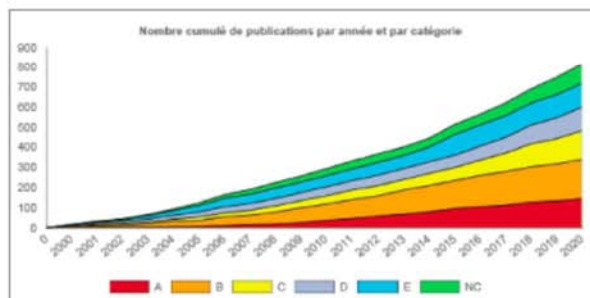
DA = Dernier Auteur

Inv = Investigateur



Répartition par catégorie et par année

Période : 2000 - 2020								
Année	Total	A	B	C	D	E	NC	Score
2000	17	1	5	2	6	1	2	185
2001	17	2	4	3	3	2	3	172
2002	11	0	2	2	3	2	2	100
2003	22	0	6	2	3	11	0	226
2004	26	3	9	2	4	6	2	396
2005	31	1	4	5	7	10	4	308
2006	40	4	13	4	4	10	5	548
2007	26	5	4	4	4	4	5	331
2008	34	3	12	7	2	5	5	331
2009	33	7	14	5	4	1	2	425
2010	36	12	7	5	4	3	5	340
2011	39	8	14	6	3	3	5	441
2012	36	13	7	3	5	6	2	430
2013	34	9	19	2	3	1	0	570
2014	43	12	10	8	3	8	2	558
2015	69	16	9	5	3	30	6	411
2016	50	9	16	11	8	2	4	488
2017	57	8	12	16	9	3	9	647
2018	69	15	8	22	15	1	8	926
2019	59	6	9	11	11	6	16	596
2020	66	11	11	17	13	4	10	860
Total	815	145	195	142	117	119	97	9289

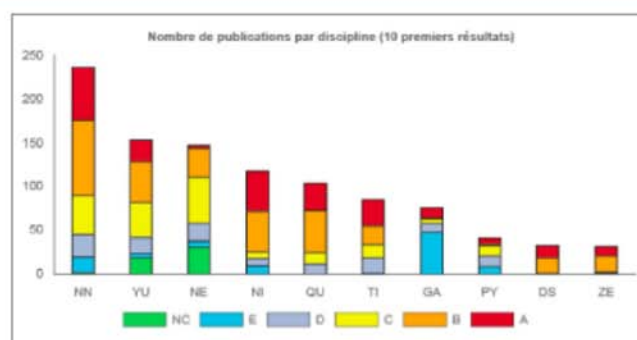


Répartition par langue

Langues	
Langues	Nb
English	683
French	131
Portuguese	1

Nombre de publications par Discipline

Disciplines									
Code	Discipline	Nb	A	B	C	D	E	NC	Score
NN	INFECTIOUS DISEASES	236	60	86	45	25	18	2	3234
YU	TROPICAL MEDICINE	153	24	47	40	18	5	19	2317
NE	PUBLIC. ENVIRONMENTAL & OCCUPATIONAL HEALTH	147	3	33	53	20	7	31	1745
NI	IMMUNOLOGY	118	46	46	8	8	10	0	1647
QU	MICROBIOLOGY	104	31	48	13	12	0	0	1360
TI	PARASITOLOGY	85	30	21	15	18	1	0	1416
GA	DERMATOLOGY	76	12	1	5	10	48	0	763
PY	MEDICINE. GENERAL & INTERNAL	41	6	2	12	12	9	0	411
DS	CRITICAL CARE MEDICINE	33	14	18	1	0	0	0	342
ZE	VIROLOGY	32	11	18	2	1	0	0	467



Nombre de publications par revue

Nombre de publications par revue																								
Titre	Total	Cat.	IF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ann Dermatol Venerol	46	E	0.7		1	1	1	3	3	1	2	2		1	1			3	26	1				
Am J Trop Med Hyg	43	C	2.315		2		2	4	1	4	1	2		3	2	1	3	4	1	1	2	3	2	5
PLoS Negl Trop Dis	30	A	4.487											1	1	4	2	5	1	5	2	3	3	3
PLoS One	29	C	2.776									1			3	1	3	1	3	2	3	8	2	2
Clin Infect Dis	28	A	9.055	1		1	1	2			1	1	2	1		3	1	3	6	1		2	1	1
AIDS	23	B	4.499						1	1	2	6	4	3		2		1		2		1		
Malar J	21	C	2.798										3		4	2	5		2	2		2	1	
Bull Soc Pathol Exot	21	E	0.183	1			3		2	2	3			1					1	1	3	2	2	
Med Trop (Mars)	15	NC		1	3	2			1	2		3	1	1	1									
Emerg Infect Dis	14	B	7.185							1		1	2	1			2		1	2	1	2		1
J Infect Dis	12	B	5.045		2			1	1		1		2	2			1			1			1	
Presse Med	12	D	1.167	2	1		1		2	2					1		1		1	1				
Med Mal Infect	11	E	1.289					1			1	1				1			2	1	1		2	1
J Travel Med	11	B	4.155	1	1				1						1			1	1	1	2			2
Int J Dermatol	10	D	1.794			1			1	2	1								1			1	1	2
Ann Trop Med Parasitol	10	D	1.203		2	1	3	1	1	1					1									
Trans R Soc Trop Med H	10	C	2.307	1			1	1	1	1		1			1	1				2				
AIDS Care	10	NC												1	1	1			3	1	2		1	
J Clin Microbiol	9	B	4.959	1	1	1				3				1				1			1			
Intensive Care Med	9	A	18.96							1	1								2	1		4		

(*) : Les informations sur les catégories et IF portent sur la dernière année connue

MeSH Terms

Mesh Terms		
MeSH Term	Nb de publications	Nb de Major Topic
HIV Infections	133	120
Malaria	46	38
AIDS-Related Opportunistic Infections	41	37
Malaria, Falciparum	41	34
Histoplasmosis	31	30
Anti-HIV Agents	33	26
Antiretroviral Therapy, Highly Active	39	23
Malaria, Vivax	25	21
Dengue	20	20
Leishmaniasis, Cutaneous	23	19

Associations Essais / Publications

Synthèse de l'association des publications avec des essais cliniques									
Type d'essai		Nb.	A	B	C	D	E	NC	Score
1	Essais non référencés dans SIGREC	5	2	2	1	0	0	0	44
3	Essais SIGREC investigateur	1	0	1	0	0	0	0	6
2	Essais SIGREC sans investigateur	1	0	1	0	0	0	0	12

Liste des publications associées à un Essai Clinique

PMID	NCT	Auteurs	Titre	Revue	Année	Cat.	IF	Pos.	Type	Type essai	AC	Promoteur	Agency	Princép
2953928	NCT0291	Hoen, B;Schaub, B;Funk, AL;A	Pregnancy Outcomes after N	Engl J Med	2018	A	70.67	k	Journal Artic	1			Institut Nati	
2871601	NCT0290	Douine, M;Mosnier, E;Le Hing	Illegal gold miners in Fren	BMC Public Health	2017	C	2.42	1	Journal Artic	1			Centre Hosp	
2823634	https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.001	Béjot, Y;Cuilloteau, A;Joux, J;	Social deprivation and str	Eur J Neurol	2017	B	4.621	k	Journal Artic	3	2010-A0094	CHU DIJON I		Non
2735562	NCT0080	Ajzenberg, D;Lamaury, I;Dem	Performance Testing of PC	PLoS Negl Trop Dis	2016	B	3.834	3	Journal Artic	1			University M	Non
2735562	https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004562	Ajzenberg, D;Lamaury, I;Dem	Performance Testing of PC	PLoS Negl Trop Dis	2016	B	3.834	3	Journal Artic	2	DCS2008-01C	H U DE L		Non
2647240	NCT0157	Le Bel, J;Hausfater, P;Chenev	Diagnostic accuracy of C-r	Crit Care	2015	B	4.95	Inv	Journal Artic	1			Assistance F	
2583828	NCT0042	Sibiude, J;Le Chenadec, J;Bon	In utero exposure to zidov	Clin Infect Dis	2015	A	8.736	Inv	Journal Artic	1			French Natic	
2570444	NCT0157	Das, D;Le Floch, H;Houhou, N	Viruses detected by syst	Clin Microbiol Infe	2015	B	4.575	k	Journal Artic	1			Assistance F	

Détail par Chercheur

Détail par chercheur																				
Id.	Nom	Prénom	Grade	Arrivée	Départ	Score	Nb. Public	A	B	C	D	E	NC	1	2	3	k	ADA	DA	Inv
5	Nacher	Mathieu	PU-PH	2003	-	2994	239	35	57	62	32	18	35	58	22	12	50	34	56	7
9	Couppie	Pierre	PU-PH	1994	-	2054	189	35	46	15	20	55	18	12	15	12	40	24	55	31
7	Carme	Bernard	PU-PH	1996	-	1922	141	22	48	21	19	12	19	29	5	4	23	35	40	5
17	Djossou	Félix	PH Tit - TP	1992	-	1138	126	23	30	33	14	9	17	6	12	9	60	21	13	5
18	Demar	Magali	PH Tit - TP	1993	-	886	105	25	22	28	12	6	12	7	4	13	62	8	6	5
36	khallel	hatem	PH Tit - TP	2005	-	877	103	17	25	20	20	10	11	22	5	7	40	4	9	16
19	Mahamat	Aba	PH Tit - TP	2006	-	783	73	27	25	11	4	5	1	11	3	6	21	3	6	23
35	EPELBOIN	Loïc	PH Tit - TP	2014	-	712	68	16	12	14	11	7	8	11	6	5	21	5	15	5
6	Aznar	Christine	MCU-PH	1997	-	688	72	16	17	9	14	9	7	1	6	6	29	9	17	4
16	Adenis	Antoine	PH Tit - TP	2008	-	636	49	13	11	7	5	3	10	7	14	3	13	6	6	0
26	Elenga	Narcisse	PH Tit - TP	2005	-	533	58	7	14	17	6	7	7	22	0	3	8	1	9	15
42	blazot	romain	CCU-AH / AHU	2016	-	432	24	10	0	4	6	0	4	11	3	1	1	1	7	0
8	Blanchet	Denis	PH Tit - TP	2004	-	428	54	10	11	13	13	3	4	2	6	12	28	2	2	2
10	Clyti	Emmanuel	PH Tit - TP	1993	2009	319	42	5	6	2	6	17	6	21	4	3	14	0	0	0
13	Hanf	Matthieu	Ing.	2008	2013	260	18	4	10	0	0	1	3	6	4	3	5	0	0	0
23	Basurko	Celia	CCU-AH / AHU	2011	-	239	31	1	7	8	1	5	9	5	3	10	11	1	1	0
32	douine	maylis	PH Tit - TP	2013	-	236	26	3	2	8	6	0	7	9	4	4	6	1	2	0
28	Hommel	Didier	PH Tit - TP	1995	-	229	21	5	6	3	4	3	0	1	3	1	9	5	2	0
47	mosnier	emilie	PH Tit - TP	2014	-	218	27	3	4	11	1	2	6	7	2	4	12	0	2	0
34	mosnier	emilie	PH Tit - TP	2013	-	180	24	3	5	8	1	2	5	4	2	3	13	0	2	0

Détail par Service

Détail par entité																	
Code	Libellé	Nb. chercheurs	Score	Nb. publicatio	A	B	C	D	E	NC	1	2	3	k	ADA	DA	Inv.
6000	CICEC	11	4565	347	50	84	75	49	33	56	127	29	13	53	36	77	12
1600	COREVIH	2	2994	239	35	57	62	32	18	35	58	22	12	50	34	56	7
6200	MALADIES INFECTIEUSES & T	9	2841	293	73	73	59	37	24	27	43	24	24	116	21	26	39
3300	DERMATOLOGIE	5	2440	211	40	47	19	23	61	21	47	12	11	39	16	55	31
2800	PARASITOLOGIE	2	2233	179	28	54	31	31	13	22	31	11	11	41	36	42	7
3700	REANIMATION	3	1018	117	23	29	21	21	12	11	23	7	8	49	4	10	16
2100	BIOCHIMIE	2	692	75	16	17	9	14	10	9	1	6	6	32	9	17	4
3610	PEDIATRIE	2	592	68	9	15	19	9	8	8	23	2	4	13	1	9	16
-	hors_structure	9	371	52	4	4	18	8	4	14	13	4	5	23	2	5	0
3400	HOPITAL DE JOUR	3	168	18	5	8	2	1	0	2	1	3	3	9	0	0	2
5300	SAMU	2	113	13	1	1	3	6	1	1	3	4	0	5	0	1	0
2300	Urgences	2	75	5	2	1	0	0	0	2	3	0	0	2	0	0	0
4350	CYNECOLOGIE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Echelon national

Parlementaires

Georges Patient, sénateur, vice-président du Sénat

Antoine Karam, sénateur

Marie-Laure Phinéa-Horth, sénatrice

Lénaïck Adam, député

Gabriel Serville, député

Cabinets ministériels

Arnaud Vanneste, conseiller chargé de l'offre de soins au cabinet du ministre des solidarités et de la santé

Philippe Gustin, directeur du cabinet du ministre des Outre-mer

Baptiste Blanchard, conseiller environnement et transports au cabinet du ministre des Outre-mer

Mickaëla Rusnac, conseillère action sociale, agriculture, logement, santé du ministre des Outre-mer

Ali Saïb, directeur du cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Yann Jacob, conseiller en charge des relations avec les élus locaux et les collectivités territoriales au cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Blanche Leridon, conseillère en charge des relations parlementaires au cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Christine Ammirati, conseillère en charge de la santé et de la formation au cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Didier Hoffschir, Conseiller en charge de la Recherche agronomique, de l'environnement et du développement durable au cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Directions – délégations d'administration centrale

Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins (DGOS)

Pr François Lemoine, conseiller médical de la directrice générale de l'offre de soins

Dr Pierre Charestan, conseiller médical de la directrice générale de l'offre de soins

Vannessa Fage-Morelle, sous-directrice des ressources humaines à la DGOS

Harold Astre, chef du bureau innovation et recherche clinique à la DGOS

Edith Riou, cheffe du bureau évaluation modèles et méthodes à la DGOS

Noël Lucas, adjoint au chef du bureau innovation et recherche clinique à la DGOS

Pierre Fabre, chargé de missions au bureau innovation et recherche clinique à la DGOS

Bernard Larrouturrou, directeur général de la recherche et de l'innovation (DGRI)

Anne-Sophie Barthez, directrice générale direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP)

Yves Guillotin, conseiller d'établissement – correspondant Guyane – DGESIP

Géraud de Marcillac, sous-directeur du dialogue contractuel à la DGSIP

Jean-Christophe Paul, chef du département des formations de santé à la DGSIP

Isabelle Oger, cheffe de département du pilotage immobilier à la DGSIP

Françoise Profit, cheffe de département des contrats de sites et des accréditations à la DGESIP

Stéphane Le Boulter, responsable de projet « universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique » au ministère de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation

Emmanuel Berthier, directeur général des Outre-mer (DGOM)

Corinne Locatelli-Jouans, chargée de mission santé à la DGOM

Natacha Lemaire, équipe nationale expérimentations d'innovation en santé, rapporteure générale

Clémence Mainpin, équipe nationale expérimentations d'innovation en santé

Virginie Valentin, secrétariat général des ministères sociaux, coordinatrice du centre national en appui aux ARS ultra-marines

Professeur Franck Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

Marianne Perreau Saussine, Conseillère à la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie

Organismes consultatifs

Bernard Faliu, secrétaire général du Haut Conseil de la santé publique

Virginie Halley des Fontaines, membre du Haut conseil de la santé publique

Autres administrations et services publics

François Crémieux, directeur général adjoint de l'APHP

Dr Jean-Guilhem Xerry, directeur médical – direction de la stratégie et de la transformation – pôle coordination et pilotage de l'APHP

Yann Bubien, directeur général du CHU de Bordeaux

Pierre Dubus, doyen de l'université de médecine de Bordeaux

Dr Hélène Espérou, directrice du pôle Recherche clinique de l'INSERM

Philippe Barjau, directeur formation, emploi, partenariats de l'agence de l'Outre-mer pour la mobilité (LADOM)

Eve Parier, directrice générale du centre national de gestion (CNG)

Christel Pierrat, directrice générale adjointe du CNG

Elsa Livonnet, responsable du département de gestion des praticiens hospitaliers au CNG

Florence Guiraud, adjointe au responsable du département « concours autorisation d'exercice mobilité développement professionnel » du CNG

La conférence nationale des directeurs généraux de CHU

Personnalités qualifiées

Jean Debeaupuis, seconde administration provisoire du CH de Cayenne

Hamid Siahmed, seconde administration provisoire du CH de Cayenne

Françoise Zantman, seconde administration provisoire du CH de Cayenne

Charles de Batz, inspecteur général à l'IGAS

Didier Guidoni, task-force financement du système de santé au ministère des solidarités et de la santé

Pr Olivier Hermine, chef du service hématologie de l'hôpital Necker

Martine Ladoucette, directrice générale de l'ARS de la Réunion

Dominique Voynet, directrice générale de l'ARS de Mayotte

Jean-Olivier Arnaud, directeur général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

Patrick Deniel, secrétaire général des Hospices Civils de Lyon

Marc Penaud, directeur général du CHU de Toulouse

Guyane

Préfecture

Marc Del Grande, préfet de Guyane

Frédéric Bouteille, sous-préfet des communes de l'intérieur

Marcel David, directeur général de l'administration

Anne Suard, conseillère diplomatique auprès du préfet de la région de Guyane

Agence régionale de santé

Clara de Bort, directrice générale de l'ARS

Dr Alexandre de la Volpilière, directeur général adjoint

Joana Girard, directrice adjointe de l'offre de soins

Benoit Van Gastel, directeur territorial de l'ouest guyanais

Dr Guillaume Icher, Pharmacien, chef de projet universitarisation et internet

Zéty Billard, chargée de mission systèmes d'information

Commission régionale de la santé et de l'autonomie

Yves Bhagooa, président

Stéphanie Prévost-Boulard, vice-présidente

Joachim Hyasine, vice-président

Georgina Judicq-Pied, vice-présidente

Rectorat

Alain Ayong le Kama, recteur de l'académie de Guyane

Dr Claire Grenier, médecin scolaire, conseillère technique du recteur d'académie

Direction interarmées du service de santé des armées de Guyane

Dr Nathalie André, directrice

Université de Guyane

Antoine Primerose, président de l'université de Guyane

Maria Lony, présidente du Conseil académique

Pr Ghislaine Prévot, vice-présidente du Conseil d'administration

Pr Laurent Linguet, vice-président recherche

Pr Pierre Couppié, PUPH au centre hospitalier de Cayenne, directeur du département de formation et recherche (DFR) santé de l'université de Guyane

Pr Mathieu Nacher, PUPH au centre hospitalier de Cayenne, directeur interrégional, responsable du Centre d'investigations clinique Antilles – Guyane

Pr Magali Pierre-Demar, responsable de l'équipe de recherche TBIP

Collectivité territoriale de Guyane

Rodolphe Alexandre, président de la collectivité territoriale de Guyane

Les membres du comité scientifique auprès du Président de la collectivité territoriale de Guyane :

Hélène Sirder, première vice-présidente de la Collectivité Territoriale de Guyane
Catherine Léo, cinquième vice-présidente de la Collectivité Territoriale de Guyane, déléguée à l'action sanitaire et médico-sociale

Dr Antoine Burin

Dr Elie Chow-Chine

Dr Claude Ho-A-Chuck

Dr Michel-Roger Loupec (conseiller territorial)

Dr Serge Plénet

Dr Mirdad Kazanji, directeur de l'Institut Pasteur,

Manuella Imounga Desrozières, Epidémiologiste

Vincent Goujon, Directeur du CNRS

Patrice Richard, directeur général adjoint du pôle prévention solidarité santé de la CTG

Grégoire Michau, directeur général des services

Joëlle Clerx Farnaud, DGA pôle affaires européennes

Sandrine Chantilly, adjointe au DGA pôle prévention solidarité santé

Patrice Richard, directeur général adjoint du pôle prévention solidarité santé

Dr Eric Giblot Ducray, médecin chef de la protection maternelle et infantile (PMI)

Stéphanie Banare, directrice administrative de la PMI

Aminata O'Reilly, directrice de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Dr Marie-Josiane Castor-Newton, directrice de l'observatoire régional de la santé

Grand conseil coutumier

Sylvio Vander-Pilj, président

Bruno Apouillou, vice-président

Association des maires de Guyane

Patrick Lecante, Maire de Montsinnéry-Tonégrande, secrétaire général de l'association des maires de Guyane

Mairie de Cayenne

Marie-Laure Phinea-Hort, sénatrice, maire de Cayenne

Sandra Trochimara, première adjointe à la maire

Awatef Argoubi, conseillère municipale, déléguée à la santé

Mairie de Kourou

Frédéric Lladeres, adjoint au maire

Martine Papaix-Puech, adjointe au maire, chargée de la santé

David Riché, directeur de cabinet

Mairie de Saint-Laurent du Maroni

Sophie Charles, Maire de Saint-Laurent du Maroni

Ferdinand Boisrond

Josette Lo A Tjon

Mickle Papayo

Marie-Chantal Toupouti

Myriam Souprayen

Yvonne Velayoudon

Elus du Conseil municipal

Membres des conseils de surveillance des centres hospitaliers

CHC

Mylène Nazia, présidente

Awatef Argoubi

Pr Félix Djossou

Dominique Dotou

Marianne Craig

Dominique Louvel

Mélanie Malacarnet

CHK

Monique Azer

CHOG

Myriam Dolan

Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne

Christophe Robert, directeur

Pr Félix Djossou, PUPH, président de la commission médicales d'établissement

Dr Nicaise Blaise, pharmacienne cheffe de service, vice-présidente de la CME

Pr Antoine Adenis, PUPH, adjoint au chef du pôle santé publique et recherche, responsable adjoint du CIC CE Antilles Guyane

Pr Pierre Couppié, PUPH dermato-vénéréologie

Pr Narcisse Elenga, PUPH, chef du pôle femme-enfant

Pr Hatem Kallel, PUPH, chef du pôle urgences et soins critiques

Pr Mathieu Nacher, PUPH, chef du pôle recherche et santé publique, responsable du CIC CE Antilles Guyane

Pr Bertrand de Toffol, PUPH, chef du pôle cardiovasculaire et métabolique

Dr Hakim Mamroun, chef du pôle chirurgie anesthésie

Dr Cauvin, chef du département d'information médicale

Dr François Coisne, chef du pôle médecine infectieuse, maladies infectieuses et tropicales

Dr Caroline janvier, cheffe du pôle psychiatrie et personnes âgées

Dr Flaubert Ntchonko, chef du pôle médicotechnique, membre de la CME

Dr Pierre Ménard, coordonnateur du groupement hospitalier de territoire

Magalie Pierre Demar, responsable de laboratoire

Aurore Nemer, directrice adjointe

Christiane Vanesshe, coordonnatrice générale des soins

Eddy Constantin, directeur de l'IFSI

Eric Herbaut, adjoint au directeur de l'IFSI

Juliette Besse, directrice des fonctions support

David Clément, directeur des systèmes d'information du GHT

Milko Sobesky, directeur du département d'information médicale

Andrey Virrassamy, chargé de communication

Pauline Mesphoulé, responsable opérationnelle du centre de ressources biologique (CRB) Amazonie

La mission a visité plusieurs services du centre hospitalier de Cayenne

Pôle des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS)

Dr Véronique Servas, chef de service CDPS

Dr Mélanie Gaillet, coordonnatrice de l'équipe mobile de santé publique en commune (EMSPEC)

Frédéric Morandais, cadre de pôle

CDPS d'Apatou

Béatrice Pesna, cadre de santé

Dr Mathieu Bachy

Dr Anna Valenza

Elise Bougon, infirmière

Gaëlle Rodriguez, infirmière

Phong Ta Minh, infirmier

[CDPS de Cacao](#)

Malika Miquel, infirmière

[CDPS de Camopi](#)

Dr Philippe Malherbe, médecin

Benoît Quintin, infirmier

Solène Bencheida, infirmière

[CDPS de Grand-Santi](#)

Félix Dada, Maire de Grand-Santi

Béatrice Pesna, cadre de santé

Dr Véronique Olin

[CDPS de Maripasoula](#)

Fabien Mogalle, cadre de santé

Dr Rémy Pignoux

Dr Sandra Rouault

Mélaine Boce, médiateur

Cécile Caspet, infirmière, équipe mobile de santé publique

Becker Tafur, équipe mobile de santé publique

[CDPS de Papaïchton](#)

Paul Bakaman, Maire de Papaïchton

Dr Pedro Clauteaux, médecin généraliste

Florence Jean dit Gautier, infirmière

Mélanie Perdrix, infirmière

[CDPS de Saint Georges de l'Oyapock](#)

Georges Elfort, maire de St Georges de l'Oyapock

Anna Edwige, cadre de santé

Dr Elodie Bonte, médecin généraliste

Dr Tiana Simon, médecin généraliste

Rociane Carolus, médiatrice

Organisations syndicales du CHC

Télenphor Abga, Confédération du travail de Guyane

Daniel Favve Sablow, Confédération du travail de Guyane

Thierry Marveaux, Force ouvrière

Eric Miatti, Confédération du travail de Guyane

Eric Molinier, Union des travailleurs de Guyane

Cynthia Rochemont-Piéjus, Force ouvrière

Patricia Saïd, Union des travailleurs de Guyane

Centre hospitalier de l'ouest guyanais – Saint Laurent du Maroni

Pauline Richoux, DRH, directrice par interim

Dr Balthazar Ntab, président de la CME

Dr Follikoe Hounsi, VP de la CME

Dr Jean-François Carod, chef du pôle appui aux fonctions cliniques

Dr Crépin Kezza, chef du pôle activités cliniques

Dr Véronique Lambert, pôle femme-mère-enfant

Dr Diallo, pôle santé mentale

Benjamin Bourdin, attaché d'administration hospitalière chargé des finances

Centre hospitalier de Kourou

Sébastien Firroloni, Directeur par intérim

Dr Olivier Laborde, Président de la CME – Chef de service gynécologie-obstétrique

Dr Yvane Golitin, Vice-présidente de la CME – Urgentiste

Colette Ilmany-Cimia, Directrice des soins

Pr Vincent Ravery, Chirurgien Urologie

Dr Bruno Oubda, Pédiatre – Chef de pôle Femme-Mère-Enfant

Dr Mosa Tsafehy, Chef du pôle médecine/urgences et directeur médical de crise

Dr Pascal Giudicelli, Chirurgien orthopédique – spécialité membres supérieurs

Dr Aziz Khazrai, Chirurgien viscéral – spécialité bariatrique

Dr Gérard Py, Chirurgien orthopédique

Françoise Michel, Responsable des systèmes d'information

La mission a visité plusieurs services du centre hospitalier de Kourou

La mission a assisté à la séance conclusive du séminaire annuel du groupement hospitalier de territoire

Jeunes médecins récemment affectés en Guyane

Internes

Dr Thomas Vable

Dr Rémy Blaud

Dr Alexis Frémery

Assistante spécialiste

Dr Diana Okambelle

Chefs de clinique de médecine générale

Dr Camille Obert Marty

Dr Pauline Cousin

Groupe Rainbow santé

Dr France Gay, président directeur général

Claudia Behary, directeur adjoint chargée des ressources humaines

Maison de santé de Saint Georges de l'Oyapock

Dr Nicolas Lormee, médecin généraliste

Pierre Coleno, infirmier

Sébastien Bouchet, infirmier

Caisse générale de sécurité sociale

Joseph Thierry, Directeur adjoint en charge de la direction maladie et de la relation client

Dr Pascale Peyre Costa, Directrice régionale du service médical de Guyane

Roneline Sabas, attachée de direction auprès de la direction maladie

Délégation régionale à la recherche et à la technologie

Philippe Poggi, délégué régional

Caisse des dépôts et consignation

Christian Moutton, directeur territorial Guyane de la CDC Banque des territoires

Agence française pour le développement

Odile Lapierre, directrice Guyane française de l'AFD

Alison Brunier, chargée de mission

Institut Pasteur de Guyane

Mirdad Kazanji, Directeur

Dominique Rousset, virologie, 3 CNR arbovirus, virus respiratoire e CNR anta virus

Claude Flamand, unité d'épidémiologie

Bernard Duchemin, médecin entomologiste

Lise Musset, pharmacienne

Institut de recherche pour le développement

Stéphane Calmant, directeur de recherche, représentant de l'IRD en Guyane

Centre National de la Recherche Scientifique

Vincent Goujon, Directeur du LEEISA, représentant du CNRS en Guyane

Etablissement français du sang

Dr Pierre Sellès, directeur adjoint

Muséum national d'histoire naturelle

Dr Marie Fleury, directrice de l'antenne de Guyane

Ambassade de France au Surinam

Antoine Joly, ambassadeur de France au Surinam, au Guyana et auprès de la Caricom

Conseil régional de l'ordre des médecins

Dr Félix Ngomba, Président

Dr Elie Chow Chine, vice-président

Dr Joëlle Suzanon, secrétaire générale

Dr Kitutu Kitenge, secrétaire général adjoint

Dr Hamadé Badini, trésorier

Dr Dominique Louvel, trésorier adjoint

Pr Félix Djossou

Dr Yvane Prévot

URPS médecins

Dr Jacques Breton, vice-président de l'URPS, membre de la CSMF

Dr Serge Plenet, vice-président de l'URPS, membre de la CSMF

Dr Max Gérard, membre de la CSMF

URPS infirmiers

Mylène Mathieu, présidente de l'URPS

Centre régional de coordination de dépistage des cancers de Guyane (CRCDC)

Dr Michelle Sandra Monlouis-Deva, présidente

Odile Lamendin, trésorière

Registre des cancers

Dr Juliette Plenet, médecin coordonnateur

Sophie Belliardo, gestionnaire des données

Réseau périnatal

Dr Herliche Fagla, présidente

Stéphanie Bernard, sage-femme

Entreprises

Christian Marchand, directeur d'Air Guyane

Antilles

Agences régionales de santé

Valérie Denux, directrice générale de l'ARS de Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

Jérôme Viguié, directeur général de l'ARS de Martinique

Université des Antilles

Pr Eustase Janky, président de l'université des Antilles

Pr Suzy Duflo, doyenne de l'UFR de médecine de l'université des Antilles

Centre d'investigation clinique épidémiologie clinique Antilles – Guyane – site de Guadeloupe

Gérard Cottellon, directeur général du CHU

Pr Annie Lannuzel, coordinatrice du site CIC, chef de pôle médecine

Pr Jacqueline Deloumeau, coordonnateur Recherche Clinique, affectée au service épidémiologie du CHU, et représentante au GIRCI

Chantal Lerus, directeur de recherche (DRCI) du CHU et secrétaire générale adjointe

SIGLES UTILISES

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

AERES : Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

AFD : Agence Française de Développement

AFTRAL : apprendre et se former en transport et logistique (organisme de formation)

ALD : affections de longue durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANR : Agence Nationale de la Recherche

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

AME : aide médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : accident vasculaire cérébral

BRGM : Bureau de Recherches Géologiques et Minières

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCC (3C) : Centre de Coordination en Cancérologie de Guyane

CCU-AH : chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux

CCUMG : chef de clinique de médecine générale

CDC : Caisse des Dépôts et Consignations

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CDPS : centre délocalisé de prévention et de soins

CEBA : Centre d'Etude de la Biodiversité Amazonienne

CER : cumul emploi retraite

CESP : contrat d'engagement de service public

CFA : centre de formation des apprentis

CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention et de la Perte d'Autonomie

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CH : centre hospitalier

CHC : Centre Hospitalier de Cayenne

CHU : centre hospitalier universitaire

CIC : centre d'investigations cliniques

CIIL : Center for Infection & Immunity of Lille

CLCC : centre de lutte contre le cancer

CME : commission médicale d'établissement

CMP : centre médico psychologique

CMU : couverture maladie universelle

CNOM : Conseil national de l'Ordre des Médecins

CNP : Conseil National Professionnel

CNR : centre national de référence

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNU : Conseil National des Universités

COPERMO : Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins hospitaliers

CPP : centre périnatal de proximité

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CRB : Centre de Ressources Biologiques

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

CROUS : Centre Régional des Oeuvres Universitaires et Scolaires

CRSA : Commission Régionale Santé Autonomie

CTCA : Conseil Territorial de la Citoyenneté et de l'Autonomie

CTG : Collectivité Territoriale de Guyane

CTS : Conseil Territorial de Santé

DFRS : département de formations et de recherche en santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DIAMANT : décisionnel inter-Ars pour la maîtrise et l'anticipation

DPC : développement professionnel continu

DPI : dossier patient informatisé

DRCI : Délégation de Recherche Clinique et Innovation

DRRT : Délégation Régionale à la Recherche et à la Technologie

DRSM : Direction Régionale du Service Médical

DTP : diphtérie tétanos poliomyélite

DU : diplôme universitaire

ECN : épreuves classantes nationales
ECOFOG : Ecologie des Forêts de Guyane
EFS : Etablissement Français du Sang
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSPEC : équipes mobiles de santé publique en commune
EMT : équipe médicale de territoire
EN : Education Nationale
EPaT : Equipe Epidémiologie des Parasitoses Tropicales
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein
EVASAN : évacuations sanitaires
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FCR : fonds de coopération régionale
FED : fonds européen de développement
FEDER : fonds européen de développement régional
FIR : fonds d'intervention régional
FMIH : Fédération Médicale Inter-Hospitalière
GACI : Groupe Athérome Coronaire et cardiologie Interventionnelle
GCS : groupement de coopération sanitaire
GCS Guyasis : Groupement de Coopération Sanitaire Guyane Système d'Information de Santé
GIRCI : Groupement Interrégional pour la Recherche Clinique et l'Innovation
GIS : groupement d'intérêt scientifique
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HCERES : Haut Conseil de l'Evaluation, de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
HCL : Hospices Civils de Lyon
HCSP : Haut Conseil à la Santé Publique
HDS : hébergement des données de santé
HOP'EN : hôpital numérique ouvert sur son environnement
HP SG :
HPST : hôpital, patients, santé, territoires (Loi)
HPV : papillomavirus humain

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IDM : infarctus du myocarde
IFAQ : incitation financière à la qualité
IFMK : institut de formation des masseurs kinésithérapeutes
IFREMER : Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer
IFSI : institut de formation en soins infirmier
IMAG : Imageries Antilles Guyane
INCa : Institut National du Cancer
INRAP : Institut National de Recherches Archéologiques Préventives
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPA : infirmier en pratique avancée
IP DMS : indicateur de performance de durée moyenne de séjour
IPG : Institut Pasteur de Guyane
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
IRD : Institut de Recherche pour le Développement
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
IRISTA (GIS) : Initiative pour une Recherche Interdisciplinaire sur les Systèmes et Territoires Amazoniens
ISNAR IMG : Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNI : Intersyndicale National des Internes
LABEX CEBA : Laboratoire d'Excellence - Centre d'Etude de la Biodiversité Amazonienne
LADOM : L'Agence De l'Outre-Mer pour la Mobilité
LAS : licence à « accès santé »
LEEISA : Laboratoire Ecologie, Evolution, Interaction des Systèmes Amazoniens
LVIH : Laboratoire de Virologie, le Laboratoire des Interactions Virus Hôtes
MAS : maison d'accueil spécialisée
MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MESRI : Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
MCU-PH : maitre de conférence des universités – praticien hospitalier
MG : médecin généraliste - médecine générale
MPR : médecine physique et de réadaptation

MSP : maisons de santé pluriprofessionnelles
MSU : maitres de stages universitaires
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONF : Office National des Forêts
OPCO : opérateur de compétences
PACES : première année commune aux études de santé
PADHUE : praticiens à diplôme hors Union européenne
PASS : parcours spécifique « accès santé »
PASS : plateforme d'accès aux soins de santé
PCIA : Programme Interreg Amazonie
PH : praticien hospitalier
PHRC : programme hospitalier de recherche clinique
PIA : programme d'investissements d'avenir
PMA : procréation médicalement assistée
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PMSP : projet médico-soignant partagé
PPP : Projet Professionnel Plus (organisme de formation)
PRS2 : projet régional de santé
PTSM : projet territorial de santé mentale
PUMA : protection universelle maladie
PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RETEX : retour d'expérience
ROR : répertoire opérationnel des ressources
RPU : résumé de passage aux urgences
RSA : revenu de solidarité active
SCA : syndrome coronarien aigu
SFC : Société Française de Cardiologie
SFNV : Société Française Neuro Vasculaire
SIGAPS : système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC : système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SPF : Santé Publique France
SSA : Service de Santé des Armées
SSR : soins de suite et de réadaptation

SVT : sciences et vie de la terre

TBIP : Tropical Biomes and Immuno-Pathophysiology

TCSP : transport en commun en site propre

TLM : télé médecine

T2A : tarification à l'activité

UFR : unité de formation et de recherche

UG : Université de Guyane

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

UMIT : unité des maladies infectieuses et tropicales

UMM : unités mixtes médicales

URPS : Union Régionale des Personnels de Santé

USIC : unité de soins intensifs de cardiologie

USINV : unité de soins intensifs neuro-vasculaires

USIP : unité de soins intensifs psychiatriques

USR CNRS : Unité de Service et de Recherche n° 3456 du CNRS

VAE : validation des acquis de l'expérience

VAT : volontaires à l'aide technique

VCAT : volontariat civil à l'aide technique

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

ZAFR : zone d'aide à finalité régionale

ZIP : zone d'intervention prioritaires