



Etude du Paludisme

en

Guyane française

immersion en communauté



Grand-Santi

Saint-Georges



*Photo de l'entrée du village
de Tampak sur l'Oyapock.*

I. La Guyane française	
• Géographie	p. 6
• Histoire	p. 10
• Ethnies	p. 18
• Politique	p. 27
II. Le système de santé	
• En France	p. 28
• Particularités de la Guyane (Centres de santé, Conseil Général)	p. 31
III. Les deux équipes de stage	
• Saint-Georges	p. 36
• Grand-Santi	p. 41
IV. Le réseau des centres de santé et ses particularités	
• Les centres et postes de santé	p. 43
• La télémédecine	p. 54
• Le financement (gratuité des soins)	p. 57
• Les évacuations sanitaires	p. 62
• Les missions en pirogue	p. 69
• L'organisation interne	p. 72
V. Les problèmes du système et les difficultés de la région (comparaison des 2 groupes)	
• Le financement	p. 76
• Les sans-papiers et l'immigration	p. 82
• La langue	p. 86
• Les problèmes culturels	p. 88
VI. La prise en charge du paludisme	
• Le paludisme	p. 93
• Les organisme impliqués	p. 99
• La prévention et l'information	p. 101
• L'épidémiologie et la surveillance des vecteurs	p. 114
• La prise en charge des patients et le traitement	p. 117
VII. Petites anecdotes de grande ampleur	p. 121
VIII. Notre vécu du stage	p. 128
XI. Conclusions du stage	p. 134
X. Remerciements	p. 135
XI. Bibliographie	p.136



Etude du paludisme en Guyane française

Avant toute chose, il semble utile de faire une brève introduction sur la façon dont notre stage a pris forme.

Tout commença quelques mois avant nos derniers examens de 3^{ème} année...

Composée au commencement de cinq personnes, notre équipe finit par ne comporter plus que quatre étudiants - Seraina, Marie, Raymond et Olivier - tous motivés dans un même but : réaliser un projet d'immersion palpitant dans un pays totalement différent si ce n'est la langue qu'on jugeait importante de rester française, afin d'être plus indépendants lors des journées d'étude et de mieux « s'immerger » dans la communauté (nota bene : Marie et Raymond n'auront pas cette chance.....dans leur village, ils ne pourront parler que le taki-taki...).

Nous recherchions tous les quatre à vivre ces deux mois de stage dans des conditions vraiment différentes de ce qu'on peut trouver dans nos hôpitaux européens, et vivre une aventure.

La vision de l'Amérique latine, et plus précisément de la Guyane française nous traversa à tous l'esprit... Il ne restait alors plus qu'une chose à faire : trouver au plus vite des contacts vers ce pays.

C'est par le biais d'Internet qu'on communiqua à l'administration de l'hôpital de Cayenne (un des trois seuls hôpitaux du département) notre grand désir ainsi que notre motivation à effectuer un stage dans leur système de santé. L'attente d'une réponse fut longue, et alors qu'on commençait à désespérer, Marie reçut enfin un e-mail de la part du Docteur Joubert (médecin coordinateur des centres de santé) qui nous fit part de leur approbation concernant ce stage, à la condition que nous étions prêts à prendre à notre charge tout le séjour. Sourires crochés, chacun commençait déjà à s'imaginer au cœur de la dense forêt amazonienne, sacs au dos et gourde pleine, taillant à la machette le chemin pour gagner le dispensaire où nous devrions travailler... Notre surprise fut d'autant plus grande que le Docteur nous proposa même, après que nous lui ayons fait part des conditions et des principes de l'immersion en communauté, un sujet de stage qui s'appliquerait tout à fait à ce que nous recherchions : effectuer une étude sur le paludisme qui sévit tout le long de deux grands fleuves frontières de la Guyane, le Maroni à la frontière ouest et l'Oyapock à la frontière est. Pour cela, notre groupe devra se diviser : Marie et Raymond effectueront leur stage dans le dispensaire du village de Maripasoula (en réalité à celui de Grand-Santi pour cause d'un problème survenu à Maripasoula, voir plus loin) le long du Maroni alors que Seraina et Olivier prendrons la direction du village de St-Georges.

Nous étions tout de même, au début, un peu tristes de devoir nous séparer, sachant qu'il serait, une fois le stage commencé, impossible de nous retrouver, chaque groupe se trouvant aux deux extrémités de la Guyane. Mais après coup, nous ne regrettons rien, car ceci aura permis à chacun de se rendre vraiment utiles et de pratiquer de nombreux et nouveaux gestes techniques, qu'on se serait peut-être disputé à quatre.

Le 29 août, fraîchement sortis de nos examens et encore soucieux de nos résultats, nous décollons, le cœur presque léger, de Paris direction l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle à Cayenne.

Nous passons les trois premiers jours à visiter l'hôpital de Cayenne, prendre connaissance



auprès de médecins et de membres de l'administration du fonctionnement du système de santé, des problèmes de santé majeurs du pays, ainsi que le rôle des dispensaires répartis sur toute la Guyane. Nous prenons part également des directives énoncées par les deux membres de l'assistance sociale guyanaise. On nous explique comment nous

devrons procéder lors des consultations, les formulaires à ne pas omettre, quels sont les conditions de soins particulières en Guyane, les fléaux qui y résident, la mentalité de ses habitants, les risques pour nous-même. On finit par nous distribuer à chacun une certaine quantité de documents. La machine est lancée. Tout à coup, d'assez grandes responsabilités semblent nous tomber dessus : savent-ils au moins que nous sommes des étudiants tout juste sortis de notre troisième année, et non des « externes » qualifiés comme ils le disent en France.

La troisième nuit dans l'auberge de Cayenne va être celle de la séparation des deux équipes. A 3h00 du matin, Marie et Raymond prendront un taxi. Ils mettront quatre heures de route jusqu'à St-Laurent du Maroni, puis huit heures de pirogue sur le Maroni pour atteindre le village de Grand-Santi.



Marie embarque pour le Maroni



C'est parti pour 8 heures de remontée du fleuve...



Quant à Seraina et Olivier, ils retourneront à l'hôpital l'après midi pour profiter de la camionnette du transporteur de matériel médical qui prendra la nouvelle route, terminée depuis peu, en direction du dispensaire de St-Georges, pour un voyage de quatre heures seulement.



Sur la route pour Saint-Georges

Si notre projet de base est une étude sur le paludisme, ce rapport dépasse cependant un peu ce thème, car sur place nous avons été confrontés à des problématiques locales très diverses dignes d'être approfondies.

La situation de la Guyane étant vraiment particulière, nous avons trouvé nécessaire de commencer ce rapport par une présentation de ce pays, sa situation, son peuple et surtout son histoire, car tout ce qu'elle est aujourd'hui n'a pour le lecteur que peu de sens s'il ignore presque tout de son passé.

I. La Guyane française

Géographie

Depuis 1946, la Guyane est un département d'outre-mer français (DOM) situé sur la côte nord-est de l'Amérique du Sud, près de l'équateur entre le 2° et 5° degré de latitude Nord et entre le 51° et 54° degré de longitude Ouest. Le climat est de type équatorial humide.

La Guyane est bordée au nord par l'océan Atlantique, au sud par le Brésil et à l'ouest par le Surinam. Alors que tous les autres DOM-TOM français (comme la Martinique, la Guadeloupe et l'île de la Réunion) sont insulaires, la Guyane est enclavée dans le continent sud américain, au milieu de pays à bas niveau de vie. Ainsi, elle représente un Eldorado, expliquant en partie l'importance de l'immigration dans cette région.



Avec sa superficie de 90 000 km², la Guyane est le plus grand département français. Elle est à peu près aussi grande que le Portugal ou la Belgique. C'est aussi la seule région d'Amérique du Sud où la langue officielle n'est ni l'espagnol ni le portugais, mais le français.

Ses frontières naturelles sont délimitées, à l'ouest par le fleuve Maroni qui sépare la Guyane du Surinam, à l'est et au sud respectivement par l'Oyapock et par les monts Tumuc-Humac qui la séparent du Brésil.

90 % du territoire est occupé par la forêt tropicale primaire, c'est-à-dire non exploitée par l'homme. Ainsi, la Guyane reste le sanctuaire d'une des dernières forêts équatoriales au monde.

La bande littorale, qui a subi une forte déforestation pour se présenter sous forme de savane, et qui rassemble l'essentiel de la population (157 274 habitants) et des grandes villes (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni), s'étend sur 320 km de côtes atlantiques.



Dès la bande côtière, commence l'immense et impénétrable forêt amazonienne dont les seules voies de pénétration sont les fleuves et les cours d'eau qui forment un réseau hydrographique très dense (le Maroni, la Mana, la Sinnamary, l'Approuague, l'Oyapock). Cette forêt vierge abrite un patrimoine naturel d'une richesse inestimable : plus de 1300 essences d'arbres, 190 espèces de mammifères et pas moins de 720 espèces d'oiseaux.

Les fleuves étant souvent les seuls moyens d'accéder à certaines communes, les pirogues sont alors les mieux adaptées pour naviguer sur ces courants, ponctués de nombreuses rapides, appelées « sauts », qui sont parfois très actifs en amont, surtout pendant la saison sèche. Le relief du pays reste pour sa plus grande partie uniforme, le plus haut mont étant le Sommet Tabulaire à 860 m.

La Guyane repose sur un plateau, " le plateau des Guyanes " qui regroupe plusieurs pays : le Venezuela, le Guyana, le Suriname, la Guyane française et le Brésil.



Outre la Guyane française elle-même, le département comprend plusieurs îles côtières, telles que les îles du Salut, au nombre de trois, dont l'île du Diable est la plus connue.

La capitale du département est Cayenne, également principale ville et premier port de Guyane française.

L'avantage majeur de la Guyane tient à sa position géographique continentale. En effet, contrairement à ce qui se passe aux Antilles ou dans les autres territoires insulaires de l'outre-mer, il n'y a ici jamais de cyclone. La Guyane possède trois ensembles géographiques :

Les terres hautes

C'est le domaine de la forêt équatoriale. Le sol est pauvre et peu propice à l'agriculture. Pour résoudre partiellement ce problème, les exploitants enrichissent la terre en y faisant brûler certains végétaux. Les résidus de la combustion permettent de fertiliser la terre. Les petites parcelles cultivées suivant ce système sont appelées « abattis ».

Les terres basses

Elles représentent la frange littorale, soit 6% du territoire. Suivant l'altitude, on y rencontre des marécages, des savanes ou des massifs forestiers. Seules quelques collines se détachent du paysage.

La mangrove

La Guyane subit les effets d'un puissant courant marin qui porte d'ailleurs son nom. Les fleuves déposent une quantité colossale d'alluvions à leur embouchure. Il en résulte que l'océan est trouble sur plusieurs kilomètres depuis la côte. Cette spécificité naturelle empêche le développement de l'activité balnéaire. Cependant, même si l'eau ne possède pas l'aspect « paradis bleu turquoise » que l'on rencontre dans d'autres DOM, on n'y déplore que peu de traces de pollution. Lorsque l'envasement du littoral est plus important, les palétuviers se développent rapidement, donnant naissance à la mangrove qui s'étend parfois sur plusieurs kilomètres de largeur.



Le littoral de la ville de Cayenne

Un peu d'Histoire...

La colonisation:

Dès 1498, Christophe Colomb arrive lors de son troisième voyage sur le continent américain. C'est à cette époque qu'il longe pour la première fois les côtes de la Guyane. Deux ans plus tard, le fleuve Oyapock, (la frontière est actuelle avec le Brésil) sera exploré. En ce temps là, les populations sont amérindiennes et se répartissent essentiellement sur le littoral. Traités comme des êtres inférieurs, ces autochtones font rapidement preuve d'une féroce hostilité à l'égard des immigrants, la colonisation deviendra alors difficile.

Les grandes compagnies, comme celle du Cap Nord, devront attendre jusqu'en 1643 pour pouvoir s'installer, après avoir entrepris des négociations avec le chef Cépérou, celui-ci permettra au gouverneur du Cap Nord, Poncet de Brétigny, de s'installer sur la colline Cépérou, au bord de l'actuelle Cayenne. Mais si à ce moment, les Européens ont réussi un arrangement avec les indigènes, ils vont connaître encore les plus grands problèmes avec l'environnement naturel.

A partir de 1689, les premiers esclaves noirs sont amenés en Guyane pour tenter de valoriser cette terre qui manque cruellement de main d'oeuvre. Le café, le cacao et d'autres cultures font leur apparition. Il faudra attendre presque un siècle pour qu'une tentative de colonisation soit à nouveau envisagée. En 1763, alors que la France est terriblement affaiblie par sa défaite dans la guerre de Sept Ans, Choiseul organise une vaste opération destinée à peupler et à valoriser la Guyane: c'est l'expédition de Kourou. 14'000 Européens vont alors débarquer à Kourou dans des conditions épouvantables.



Les îles du Salut vues depuis la plage de Kourou

Très vite, la dysenterie, la fièvre jaune, la syphilis et le paludisme auront raison des espoirs de ces colons, la plupart d'entre eux vont mourir dans d'atroces conditions. Tentant de fuir la maladie, quelques survivants s'installent sur les îles du Diable, rebaptisées par la suite îles du Salut, ils rejoindront la France un peu plus tard.

Après cet échec retentissant, le pays va connaître une période de trouble sans que règne une véritable autorité. Napoléon 1er y enverra un nouveau gouverneur qui sera à l'origine de la modernisation de la Guyane. Dès lors, on expédie des tonnes d'épices de bois et de textiles vers la France.

En 1809, suite à la défaite de Trafalgar, les Portugais débarquent à Cayenne et occupent le territoire pendant huit ans, sans toutefois perturber la vie quotidienne des habitants.

En 1848, l'esclavagisme est officiellement aboli, (il avait été rétabli en 1804). Le principe d'affranchissement implique que tout esclave touchant le sol français est déclaré libre. Cette décision provoque la fuite massive des esclaves des propriétaires brésiliens. Ces derniers réagissent très violemment: en 1851, ils se rendent à Mapa pour récupérer 200 esclaves en fuite. Les combats sont alors de plus en plus fréquents aux abords des frontières, d'autant plus que l'on vient de trouver de l'or, et que le territoire est de plus en plus convoité. Ces affaires soulèvent le délicat problème du territoire français. En 1900, le verdict tombe: la Guyane perd 26'000 km². A ce moment là, des tonnes d'or sont découvertes dans les fleuves, c'est le début de la ruée vers l'or en Guyane, ce sont essentiellement des gens venant des antilles. Il faut rappeler qu'au XVIIe siècle, les expéditions qui touchent les guyanes, (française, anglaise et hollandaise, (actuel Surinam)), ont pour but principal la découverte d'une contrée où l'or abonderait. En Guyane française, la recherche de mines justifie les reconnaissances et les explorations des Espagnols, des Hollandais, des Anglais et des Français qui se succèdent jusqu'à l'installation de Cayenne en 1635. On peut se demander si les échecs de colonisations française ne tient pas au fait que leur motivation majeure était la recherche de l'or et non des terres à cultiver.

En 1855, la Guyane est dotée d'une banque de prêt et d'escompte connue sous le nom de banque de Guyane. Elle cherche à attirer par achat ou dépôt la plus grande quantité d'or récolté pour l'expédier le placer en France. La demande ne tarit pas jusqu'aux Années folles, et c'est la Guyane, qui, faute de moyens techniques d'extraction ne peut répondre à la demande. De plus, le mirage de l'or cache un énorme gaspillage financier, humain et une régression technologique. Les grandes compagnies cherchent à bénéficier du travail désordonné, souvent sans suite, mais pour elles économique, des petits chercheurs, qui renoncent, faute de moyens, même lorsqu'ils ont fait une découverte. C'est à partir de 1880 que les travailleurs étrangers affluent en Guyane, attirés par des agents recruteurs à la solde des compagnies. Un phénomène de "rush" se produit alors, et beaucoup d'indépendants viendront travailler là. C'est une des causes qui va couler les grandes compagnies.

Au moment où s'engage la 2ème guerre mondiale, l'industrie a disparu de Guyane, et en particulier l'industrie aurifère: la machine n'est plus utilisée, les grandes sociétés, à de rares exceptions près, et surtout le salariat, ont perdu toute importance pour la production d'or. C'est l'époque de la bricole, des maraudeurs et le règne des commerçants. La Guyane, malgré l'or ou peut être à cause de lui se voit engagée dans la voie du sous-développement industriel.

Le Bagne:



Bagne de St-Laurent

L'idée d'exiler les "parasites de la France" sur le continent américain dans une colonie française naît en **1792**. Quelques centaines de prisonnier ont le privilège d'inaugurer ce traitement, installé au début près de la commune d'Iracoubo. Peu survivront aux conditions de vie épouvantables de l'époque.

A partir de **1852**, la Guyane accueille une nouvelle institution: l'administration pénitentiaire. En effet, à cette époque, la France a retrouvé les moyens techniques nécessaires pour déporter les détenus et, sous la pression de la population, il est jugé urgent de

supprimer les bagnes de Brest, Rochefort et Toulon. Jusqu'en 1938, ce sont quelques 90'000 prisonniers qui seront déportés sur cette terre maudite. Dans un premier temps, les bagnards sont envoyés dans les lieux les plus reculés et les plus insalubres qui soient, notamment sur la montagne d'Argent, près de l'Oyapock et de Cacao, et employés à de vastes et pénibles travaux de mises en valeur des terrains.

Mais les pertes enregistrées chez les détenus sont énormes. En mai 1854, une loi donne lieu à la transportation et quelques années plus tard, en 1858 les autorités fondent le centre de détention de Saint Laurent du Maroni, qui deviendra le centre de direction de tous les bagnes de Guyane. Les autorités décident aussi à ce moment là d'utiliser les bagnards pour pallier le manque de main d'oeuvre locale.

A la fin du XIXe siècle, le ton se durcit en France à l'égard des hors la loi. Selon la bourgeoisie, toute puissante à cette époque, le territoire national ne peut plus supporter la présence des criminels, bandits, ou même simples délinquants. Le principe de la déportation et des travaux forcés est donc à nouveau instauré et appliqué plus largement, même pour des

délits bénins. Comme cette règle ne semble pas encore suffisante, on instaure le "doublage", qui consiste à maintenir en Guyane pour une durée égale à celle de leur détention, les bagnards libérés afin qu'ils y travaillent. Le principe est terriblement pervers, car très peu d'ex-bagnards peuvent trouver un emploi normalement rémunéré. Il est plus facile et nettement moins onéreux de les faire remplacer par d'autres forçats. Sans ressources et livrés à eux-mêmes, la plupart des libérés replongent dans l'illégalité et retrouvent leur statut de prisonnier.

Du côté de la vie quotidienne, la corruption et l'inégalité sociale étaient les bases de l'organisation sociale pénitentiaire. L'argent constituait la solution à tous les problèmes ou presque. Il permettait notamment de recevoir une affectation "privilégiée" et bien moins pénible qu'en forêt. Pour conserver leur argent, durant le voyage depuis la métropole, les détenus utilisaient le fameux "plan" (tube métallique creux où l'on pouvait cacher les billets) introduit par l'anus, mais plusieurs mourraient d'infections intestinales.



Le transport des Bagnard se faisait dans des bateaux remplis de cellules. Le gouvernement avait trois bateaux à vapeurs qui s'occupaient de leur transport.

Les maladies, quant à elles, ne cessaient guère de contribuer aux malheurs des bagnards. La plus répandue et la plus terrible était sans doute le paludisme. Rare, la quinine n'était administrée que dans les cas les plus graves, donc souvent trop tard. Détenus et gardiens enduraient d'une même façon les effets ravageurs de la fièvre paludéenne. De plus, les plus jeunes et les plus faibles étaient vite pris à partie par les autres et ne pouvaient compter que sur leur courage pour se tirer d'affaire, les gardiens faisant preuve du plus grand laxisme dans leurs surveillance: l'assassinat d'un autre détenu ne changeait rien à la peine, mais simplement toucher un gardien pouvait conduire à la guillotine.

La seule occupation des bagnards était finalement le travail. Là aussi, la nature des traitements était particulièrement inégale. Si certains arrivaient, moyennant finances, à décrocher un poste

presque administratif à Cayenne, d'autres, moins chanceux ou moins fortunés, arpentaient la forêt guyanaise pour récolter du bois et faire des routes.

Des zones particulièrement insalubres étaient utilisées pour mater les indisciplinés. Là, un traitement plus raffiné à base de paludisme, de privations et de sévices, permettait de mettre rapidement un terme aux aspirations révolutionnaires des plus coriaces. Le bilan économique des bagnards, même s'il est grand, est bien maigre au regard des sacrifices accomplis par ces hommes.

Le seul exemple de réussite a été donné par l'industrie de la brique. Réparties un peu partout sur le territoire, les unités fournissaient à la Guyane des matériaux de construction. Plusieurs maisons de Saint-Laurent-du-Maroni sont construites à cette époque.



Wagonnet utilisé par les bagnards sur leurs "chemin de fer". Ils faisaient avancer ces petits wagons à la vitesse de 30 km/h au moyen de piques.

Les routes de Guyane sont aussi un des restes des bagnards. Ils avaient d'abord du construire des chemins de fer, qui ne possédaient pas de locomotives: les bagnards poussaient les wagons eux-mêmes. Bien plus tard, ces chemins de fer laissèrent leur place aux routes, et lorsque l'on voit à quel point il est difficile actuellement de gagner quelques mètres de terrain sur la forêt pour construire des routes, on ne peut que réaliser l'effort fourni par ces hommes sous-alimentés.



Cellules individuelles, à gauche, au bagnon de Saint-Laurent-du-Maroni, et un Blockhaus, à droite, où étaient entassés les bagnards suspectés coupable de crimes de sang, on voit encore les barres qui se glissaient dans l'anneau que chaque bagnard avait au pied. Toute la nuit, personne ne pouvait bouger, et souvent, des règlements de compte avaient lieu dans ces blockhaus, mais aucune peine ne s'en suivait. La guillotine se construisait, (par les bagnards!) dans un autre quartier.

Aux îles du salut, une des trois îles, l'île du diable, servait aux prisonniers politiques, qui n'étaient pas astreint au travail. C'est sur cette île qu'Alfred Dreyfus passa quatre années.



Illustration photographiée au petit musée du village de Cacao

L'île royale possédait un grand bagne, semblable à celui de Saint-Laurent du Maroni, (le centre des bagnes de Guyane, aussi appelé le camp de la transportation).

Et enfin L'île Saint Joseph, qui était la "prison du bagne", où les bagnards ne travaillaient pas, mais étaient enfermés dans des cellules jours et nuit. Deux types de cellules individuelles se trouvaient sur cette île: un type à ciel ouvert, où seulement une grille en métal faisait le plafond, et un type de cellules, moins nombreuses, qui étaient dans l'obscurité totale. Il y avait aussi quelques Blockhaus.



Cellule individuelle de l'île Saint-Joseph, une des îles du salut. A l'époque du bagne, il n'y avait aucune végétation qui recouvrait le bagne, et comme on peut le voir ici, le toit de la cellule n'était qu'une grille, ainsi, les prisonnier étaient toute la journée sous un soleil de plomb ou sous les pluies torrentielles. De plus, les détenus étaient constamment sous le regard des surveillants qui avaient leurs chemins de ronde au dessus des cellules.



Cellule "close" de l'île Saint-Joseph les détenus placés à cet endroit n'étaient que la nuit, afin qu'ils ne puissent voir de lumière et ceci pendant plusieurs semaines, voire des mois, le bagnard ne pouvait que devenir aveugle à sa sortie ou du moins il avait de sérieuses séquelles.

Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, l'institution semblait solidement installée sur le sol guyanais, (et d'autres territoires français aussi!). Eloignée de la métropole, l'administration pénitentiaire ne subissait que peu de contrainte et le système, corrompu et souvent inadmissible, pouvait fonctionner sans peine. Durant la Seconde Guerre mondiale, notamment, plus de la moitié des détenus meurent de faim ou de maladies, sous la coupe tyrannique du gouverneur de l'époque à la solde du régime de Vichy, toutefois, il n'y a plus de déportation durant cette période.

Enfin, en **1947**, le général de Gaulle décide de mettre un terme à cette organisation de malheur, débutée en **1792**, mais officiellement instituée en **1852** par la bourgeoisie française. En 1953, les derniers bagnards peuvent enfin quitter la Guyane, quelques uns décideront toutefois de rester là-bas.

Le Centre Spatial Guyanais (CSG):



Au début de son expérience spatiale, le gouvernement français avait décidé d'installer son centre spatial en Algérie, mais suite à la guerre et aux accords d'Evian, la France devait chercher un autre lieu pour son port spatial. Il fallait un site bien placé géographiquement, (le plus près possible de l'équateur et à l'abri des séismes), stable politiquement, et qui restera français pour longtemps. Ainsi fut choisi Kourou en Guyane Française en 1964. Une fois encore, tout ceci ne se fit pas dans la plus grande bienveillance: 90'000 hectares furent réquisitionnés sur le sol de Guyane dans des conditions parfois traumatisantes pour les populations créoles ou amérindiennes.

Actuellement, Kourou est la ville la plus moderne et la plus développée de Guyane, mais ceci ne fait qu'accentuer l'énorme fossé entre les populations locales qui vivent en autarcie et la technologie de pointe de Kourou.

De plus la présence du centre spatial sur le territoire guyanais a des conséquences sur la politique de la France à l'égard de ce département, c'est pourquoi il est intéressant d'en parler : en effet il semble logique que cette dernière fasse tout ce qui est en son pouvoir pour éviter de revivre la même situation que celle qu'elle a connue avec l'Algérie. Certaines personnes que nous avons rencontrées pensent que la France est en train d'injecter tous les moyens qu'il faut pour maintenir la population satisfaite et éviter tous mécontentements à l'égard de la métropole, et donc



tout mouvement revendiquant l'indépendance. Les lois, par exemple, sont appliquées avec le plus grand laxisme, ce qui permet à la population de se sentir le moins possible opprimée par les lois françaises. Ceci concerne surtout les règlements de compte locaux, les lois sur la chasse et la pêche, le port d'armes et la protection des familles. Ce manque de rigueur a comme conséquence positive de permettre à la population de continuer son mode de vie habituel sans être confrontée sans cesse à des procédures compliquées (demande de permis de chasse et pêche, etc), mais il crée également un certain climat d'insécurité, où les personnes lésées ne bénéficient pas de la même protection qu'en métropole. À Maripasoula, la personne qui a tiré sur le Centre de Santé, et dont nous parlerons plus loin dans le rapport, a été vite relâchée, et certains regrettent que la justice ait considéré un tel geste comme tolérable.

Les Ethnies

L'histoire a de tout temps provoqué des mouvements de populations en direction et à l'intérieur même de ce département. Il est d'ailleurs très difficile aujourd'hui de définir exactement ce que l'on entend par un « Guyanais type ». Si la population originelle est amérindienne, elle est considérée aujourd'hui comme étant numériquement une minorité, concentrée partiellement dans les villages de l'intérieur et en bordure des fleuves (Elahé, Twenké, Camopi ...). Chaque groupe ethnique en Guyane tente de sauvegarder ses traditions, quelles que soient ses origines, en ayant sa place sur cette terre guyanaise.

Cette richesse culturelle permet au visiteur de côtoyer quotidiennement diverses cultures et d'apprécier les subtiles différences qui distinguent les multiples modes de vie.

Amérindiens



Femmes Palikours de St-Georges fabriquant des bracelets

Les premiers occupants de la Guyane ont été les Amérindiens : actuellement, ils représentent 6 % de la population et sont au nombre de 7000 environ.

On distingue à l'intérieur de ce groupe six ethnies différentes:

- les *Wayapis* (sur le fleuve Oyapock, entre Camopi et Trois-Sauts)
- les *Emerillons* (sur le fleuve Tampoc, entre Elahé et Camopi)
- les *Wayanas* (Haut-Maroni)
- les *Galibis ou Kalinas* (sur le littoral : AwalaYalimapo, Saint-Laurent du Maroni, Iracoubo, Kourou)
- les *Arawaks* (Saint-Laurent du Maroni, Matoury)
- les *Palikours* (Saint-Georges et embouchure de l'Oyapock, Macouria)

Ces peuples vivaient à l'écart de la société, retirés dans leurs villages respectifs. On estime leur nombre actuel à environ 2000 individus. Sur la demande de certains, les autorités françaises ont créé la zone réglementée (qui consiste en un territoire protégé des influences extérieures, et surtout des maladies européennes destructrices chez ces peuples non immunisés), qui s'étend au sud d'une ligne reliant Maripasoula, sur le Maroni, et Camopi, sur l'Oyapock. Il ne s'agit pas d'une menace de disparition physique mais plutôt d'un désir d'assurer la survivance de ses

pratiques, comme une sorte de prévention contre l'inévitable acculturation et ses multiples conséquences découlant le plus souvent de l'installation dans les grandes villes. La protection de l'environnement faunistique et floristique est essentielle dans l'équilibre alimentaire de ces ethnies mais fragilisée par le danger de l'orpaillage notamment.

Toutefois, les habitants des zones réservées ou de celles situées sur le littoral tiennent une place active dans la vie du pays. Par ailleurs, leur connaissance de la forêt amazonienne et leur mode



*Amerindien du village d'Espérance
lors d'une excursion sur Saut-
Maripa*

de vie totalement intégré à l'environnement font des Amérindiens des guides particulièrement remarquables.

Extrêmement sensibles aux maladies européennes les plus bénignes telles que le rhume, les peuples des villages wayanas sur le Haut-Maroni, ont été isolés pour assurer leur protection.

Bien qu'ils aient subi l'influence de la vie occidentale (système éducatif français, tenues vestimentaires, langue...), l'identité et le mode de vie des Wayanas ont fondamentalement peu changé.

Et, s'ils se portent plus tous les jours, le "kalimbé" (pagne de couleur rouge), contrairement aux enfants pour aller à l'école dans certains villages, en revanche, pour les fêtes et les occasions exceptionnelles, ils se parent de tenues de fête -magnifiques costumes faits de leurs mains et couronnes de plumes colorées-, jouent de leurs instruments de musique traditionnels et sont également des conteurs hors pair. Pour certaines cérémonies, les Amérindiens se servent du roucou, une graine de couleur rouge safran qui protège efficacement des piqûres de moustiques. Leur vie s'organise entre les travaux agricoles, la chasse, la pêche et la cueillette, activités qui couvrent la totalité des besoins alimentaires de la communauté.

Le manioc, sous forme de cassave (une sorte de galette) ou de couac (semoule), constitue l'ingrédient le plus couramment utilisé dans leur cuisine.

Depuis quelques années, les Indiens ont manifesté le désir de voir leurs enfants suivre une scolarité comme les autres. Malheureusement, la distance qui sépare certains villages des établissements scolaires reste quelquefois un obstacle à la bonne poursuite de ces études. En effet, le problème de l'hébergement sur place se pose souvent. De tous les peuples amérindiens de Guyane, les Galibis sont probablement ceux qui semblent les plus intégrés. Cela vient du fait que, contrairement aux autres communautés amérindiennes, ils vivent pour une très forte majorité sur le littoral, à proximité de Mana, Saint-Laurent-du-Maroni, Iracoubo mais aussi à Kourou et Cayenne. Les Galibis se battent sur le terrain social et politique pour défendre leurs intérêts et leurs traditions. Ils ont ainsi obtenu la création de leur propre commune, Awala-Yalimapo, entièrement gérée par leurs soins. Ils tiennent leur place dans l'économie de la

Guyane, et sont très présents dans les secteurs du tourisme, de l'agriculture et de la pêche. Organisés en communautés, les Galibis reconnaissent l'autorité d'un "capitaine" qui, généralement, a un rôle d'interlocuteur auprès des institutions.

Jugés, comme les Wayanas, très vulnérables aux maladies importées d'Europe, les Palikours vivent principalement au sud-est de la Guyane, entre le village de Saint-Georges et l'embouchure du fleuve Oyapock, dans des zones protégées, créées pour eux par arrêté préfectoral. Pratiquant traditionnellement le troc, les Palikours ne connaissent l'usage de la monnaie que depuis peu. Bien que la majorité de leurs enfants soient aujourd'hui scolarisés, ils restent encore en retrait de la civilisation moderne, conservant des coutumes et des moeurs très traditionnelles.

Noirs Marrons ou Bushinengés



Ces populations regroupent sur le plateau des Guyanes six ensembles ethniques : les Bonis, les Saramacas, les Djukas, les Matawaïs, les Paramacas et les Kwintis. Le terme de "Noirs Marrons" remonte au début du XVIIe siècle. A cette époque, des esclaves noirs, employés au Surinam (ancienne Guyane hollandaise) profitèrent du désordre général pour se révolter et se réfugier dans la forêt. Cette fuite portera le nom de "marronnage" et sera à l'origine de l'appellation donnée aujourd'hui à ces peuples.

Les Bonis sont des Noirs réfugiés français dont l'histoire ethnique commence au XVIIe siècle, période d'esclavagisme en Guyane hollandaise. Cette ethnie s'installa sur la rive française du Maroni, poursuivie par des chasseurs d'esclaves, les Bosch-man (hommes des bois) ou Djukas (anciens esclaves ayant passé un accord avec les colons bataves en échange de leur liberté).

Les Djukas sont surtout bien implantés dans l'actuel Surinam, le long du Maroni hollandais, et près de Grand-Santi. Les actuels réfugiés du fait de la guerre civile au Surinam sont principalement Djukas.

Les Noirs Marrons ne vivent pas d'une façon aussi retirée que les Amérindiens. Si la plupart d'entre eux peuplent essentiellement les communes du Maroni (Maripasoula, Grand-Santi, Papaïchton), on les rencontre aussi nombreux à Saint-Laurent-du-Maroni et dans les autres villes du littoral (Kourou et Cayenne). Les Noirs Marrons, et plus particulièrement les Bonis, sont les spécialistes de la navigation fluviale. Ces derniers, qui constituent le groupe le plus important des Noirs Marrons, ont une organisation sociale très traditionnelle, centralisée autour d'un patriarche appelé "Grand Man", à la fois chef politique et religieux. Bien que très attachés

à leurs pratiques communautaires, ils participent comme tout un chacun à la vie sociale et politique du pays.

Culture et économie

La langue commune utilisée par les Noirs Marrons, indépendamment de leur propre langue, est le taki-taki, mélange de hollandais, anglais et portugais. Toutefois, les populations de l'intérieur utilisent des variantes liées plus étroitement à leur propre culture. Ainsi, les Saramacas recourent au taki-taki pour leurs échanges avec d'autres Noirs Marrons, mais parlent le saramaca dès qu'ils sont entre eux. Comme pour les Amérindiens, l'économie traditionnelle des Noirs Marrons est également axée sur l'agriculture en forêt, la chasse, la pêche et la cueillette.

Les hommes abattent et brûlent des parcelles de terres forestières, les abattis. Les femmes cultivent principalement le riz, le manioc et quelques tubercules. Comme les Amérindiens, ils importent un certain nombre de produits manufacturés des villes côtière (vaisselle, vêtements, tissus...), qui les rendent relativement dépendants de la civilisation occidentale. Les moyens de communication entre les villes côtières du Surinam et de Guyane se sont améliorés, facilitant les échanges de marchandises et le tourisme.

Organisation sociale

L'univers des Noir Marrons est divisé en deux mondes parallèles séparés par le critère du sexe. Ce deux catégories sociales, masculine et féminine, ne doivent en aucun cas se confondre car les Noirs Marrons considèrent que la femme est un être puissant et maléfique, capable d'affaiblir le pouvoir de l'homme. La vie quotidienne est donc organisée suivant une répartition très stricte des tâches, dans lesquelles chaque sexe se cantonne sans empiéter sur le travail de l'autre. Les hommes doivent fournir l'essentiel de la nourriture du groupe. Ils pratiquent de ce fait la chasse et la pêche alors que les femmes cueillent des agrumes des racines et des fruits qui viennent compléter l'alimentation, et font l'essentiel des travaux dans les abatis. Les jeunes garçons sont initiés par leurs oncles, qui leur apprennent à connaître la forêt et à poser les filets dans les criques.

Seul l'homme possède un fusil, incarnation de sa virilité, de son pouvoir et de son champ de responsabilités. Les Noirs Marrons de sexe masculin sont également des maîtres dans l'art de la navigation. Les hommes, canotiers professionnels, enseignent très tôt à leurs enfants toutes les techniques de la conduite du canot, à la pagaie et au takari. Aujourd'hui, les moteurs ont remplacé la force physique, mais diriger un canot dans un saut requiert une grande dextérité. Les canots, appelés "botos", sont un élément essentiel dans la vie des Noirs Marrons. Moyen

de communication et d'échanges commerciaux, le canot est aussi une oeuvre d'art utilisée dans l'accomplissement des cérémoniaux et des rites traditionnels. Enfin, les hommes excellent dans le travail du bois. Les objets qu'ils fabriquent sont essentiellement de trois sortes : des objets fonctionnels (plats, peignes, canots ...) destinés à la vie courante, des objets rituels (tambours, mortiers...) consacrés aux pratiques religieuses et au culte des esprits, et des objets décoratifs (plateaux, fusées ...) dont la fabrication est plus récente, liée au développement du tourisme et du commerce. Fabrication et sculpture sont des activités typiquement masculines qui exigent une initiation méthodique. Pour accéder au statut d'adulte, le jeune garçon doit être capable de fabriquer ses jouets à 7 ans, des bancs à 14 ans et un canot à 20 ans. Son apprentissage prend fin avec la construction de la maison de sa future épouse, symbolisant l'accession du jeune homme au statut d'adulte. Les motifs de décoration employés sont hautement symboliques, vecteurs d'un message comme le serait une langue. La plupart des objets adressés à des femmes véhiculent des déclarations d'amour...

Aux femmes incombent des activités artistiques, telles que la couture, la broderie et la coiffure. Elles confectionnent pour les hommes un costume composé d'une pièce d'étoffe portée autour de la taille, la "kamiza", et d'une cape appelée "bagnano koosoe". Elles portent, quant à elles, une jupe courte nouée à la taille et une cape semblable à celle des hommes. Le costume traditionnel est une étoffe de différentes couleurs fabriquée souvent en Hollande. Les costumes saramacas sont toujours composés de différents morceaux de tissus assemblés, formant un patchwork très coloré.

Créoles



Fille créole du village de Kaw, repas du soir à la main

C'est la communauté qui constitue le fond de population le plus important et le plus actif de la Guyane. Le Créole guyanais résulte d'un vaste brassage entre les ancêtres africains et des groupes divers, tels que des Chinois, des Européens ou même des Indiens (d'Inde), dits plus communément "coolies". De plus, la Guyane a accueilli un grand nombre d'immigrants créoles en provenance des Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique) et anglais (Sainte-Lucie et Dominique). Il est donc extrêmement difficile de distinguer les Créoles guyanais des Créoles

antillais.

Jusqu'à ce jour ils détiennent le pouvoir politique mais, subissant les effets d'une forte immigration, la proportion de Créoles, et surtout de Créoles guyanais dans l'ensemble de la population, a tendance à baisser. Cette constatation inquiète et provoque des réactions de

défense de la part des créoles. L'observateur sera peut-être frappé de constater l'antagonisme opposant parfois les Guyanais et les Antillais. Pour des raisons politiques et administratives, la Guyane et les Antilles sont regroupés dans une même entité territoriale, alors que les problèmes rencontrés dans chacune de ces zones géographiques n'ont strictement rien en commun. A juste titre souvent, les Guyanais considèrent que leur département fait office de parent pauvre.

Français dits "métros"



Les Français de métropole, dits communément "métros", représentent environ 20 % de la population guyanaise. Contrairement aux Antilles, la Guyane ne compte pas de communauté blanche ancienne comme les Békés de Martinique et de Guadeloupe. Les conditions historiques de la venue des Blancs en Guyane diffèrent d'ailleurs radicalement de la situation qu'ont connue les Antilles. Dans les îles, le Blanc était initialement un propriétaire de terre, un maître dirigeant une plantation exploitée par des créoles souvent réduits en esclavage.

En Guyane, au contraire, les Blancs étaient d'abord associés aux bagnards qui peuplèrent le territoire dans le milieu du XIXe siècle.

Cette communauté est principalement employée dans l'Administration, l'armée et l'industrie spatiale.

Par nature, il s'agit essentiellement d'une population temporaire qui se renouvelle régulièrement. Par conséquent, cette population ne s'implique que rarement dans la vie sociale locale et cherche, au mieux, à s'intégrer à la communauté créole. Certains pourtant ont succombé au charme de la Guyane à l'occasion d'un court séjour et s'y sont installés définitivement.

Autres communautés

L'environnement géopolitique de la Guyane est propice à des mouvements de population. Le département est un véritable îlot de richesse économique dans cette région du monde.

Brésiliens et Surinamais



Brésilienne au côté de Seraina



Petits Surinamiens de Grand-Santi

La Guyane est souvent considérée comme un Eldorado par les populations brésiliennes ou surinamiennes. L'immigration clandestine est d'ailleurs le cheval de bataille des autorités. On trouve souvent les communautés brésiliennes et surinamiennes à proximité des sites d'orpaillage (Maroni, Inini, Oyapock...). A tort ou à raison, on les rend également souvent responsables des problèmes liés à l'insécurité dans certains quartiers. Mais la présence de cette population a également de nombreux avantages économiques et culturels.

Asiatiques



Hmong du marché de Cacao

Parmi les communautés étrangères importantes en Guyane, les plus dynamiques sont les Asiatiques. Les Chinois de la région de Canton ont été amenés en Guyane au cours du XIXe siècle pour pallier le déficit de main-d'oeuvre consécutif à l'abolition de l'esclavage. Leur situation a évolué au fil des années et aujourd'hui ils se sont surtout spécialisés dans le petit commerce. Les Hmongs constituent un

groupe ethnolinguistique appartenant à la famille des langues Miao-Yao, et connus en Chine sous le vocable de Miao et au Laos sous celui de Meo. Avant la diaspora de 1975, ils se

répartissaient sur le territoire comprenant le sud de la Chine et le nord du Laos jusqu'au parallèle de Vientiane, ainsi que le nord du Viêt-nam, de la Thaïlande et de la Birmanie.

Les Hmongs de Cacao étaient majoritairement implantés au Laos. Certaines familles sont originaires du Viêt-nam qu'elles ont quitté pour le Laos dans les années 1950, au moment de la guerre, et se sont réfugiées ensuite tout comme les Hmongs du Laos dans les camps du nord de la Thaïlande. Les Hmongs de Guyane française ont été installés, à partir de 1977, dans ce département par le gouvernement français sur les propositions d'associations d'aide aux réfugiés et de certains missionnaires qui avaient évangélisé cette population en Indochine. Originaires du Laos qu'ils avaient fui en 1975, après l'arrivée au pouvoir des communistes, pour se rendre dans les camps de Thaïlande, ils furent l'objet de divers projets de réinstallation dans les pays occidentaux. C'est ainsi qu'en septembre 1977 les premières familles hmongs arrivèrent en Guyane, dans le village de Cacao (commune de Roura), où ils devaient pratiquer la riziculture. En fait, il fallait lier le sort de la Guyane (échec économique) au sort des réfugiés. Aujourd'hui les Hmongs sont devenus maraîchers et jouent un rôle déterminant dans l'approvisionnement en fruits et légumes des marchés urbains des grandes et moyennes villes de Guyane. Leur connaissance en agriculture et leur faculté d'adaptation leur ont permis une intégration exemplaire.

On distingue également dans la communauté asiatique présente en Guyane les "Javanais", qui sont en réalité des Indonésiens émigrés au Surinam (à l'époque Guyane hollandaise) qui se sont installés, au terme de leur contrat avec le gouvernement hollandais, dans la région de Sinnamary en Guyane française, autour de 1955-1960. Après quelques essais d'exploitation agricole, ils se sont majoritairement détournés de l'agriculture pour se faire embaucher sur les grands chantiers du Centre spatial guyanais (OSG).

Lointains émigrants libanais

Installés depuis très longtemps en Guyane, les immigrants libanais sont totalement intégrés au pays. Leur activité de prédilection est surtout le commerce, et plus particulièrement dans le textile et l'import-export. C'est d'ailleurs chez un de ces commerçants que nous avons pu nous



procurer, lors de notre arrivée à Cayenne, des hamacs ainsi que moustiquaires qui nous auront été utiles pour tout notre séjour.

Hamac de Raymond accroché sur la terrasse du dispensaire de Grand-Santi

Les immigrants « périphériques »

Considérant la Guyane comme une terre d'asile les Haïtiens (francophones) sont nombreux. Beaucoup de réfugiés affluent, pour des raisons politiques ou économiques, du Surinam, Guyana, Saint-Domingue, Indonésie, etc....

Il faut encore noter une caractéristique importante de la population guyanaise : *sa jeunesse*. Plus de 50% a moins de 25 ans, ce qui est assez remarquable au début pour des gens comme nous venus de Suisse. Quand à la densité de la population, elle est de 1,8 habitants par km².

Si la population originelle est amérindienne, chaque groupe ethnique issu de mouvements de populations recherche ses racines en tentant de conserver ses traditions... Cette volonté peut parfois causer des tensions interraciales mais permet de rencontrer des cultures et des modes de vie très différents les uns des autres.

Organisation politique et économique de la Guyane

En tant que département français d'outre-mer, la Guyane fait partie de l'Union européenne et constitue plus précisément une région "ultrapériphérique" de l'Europe. Elle fait donc partie du système administratif et politique français. Elle bénéficie de mesures spécifiques qui adaptent le droit communautaire à la situation du département.

L'Etat est représenté sur le territoire par le Préfet de Région, qui a la charge des intérêts nationaux, du respect des lois et du contrôle administratif. A l'échelon national, la Guyane est représentée par des parlementaires, deux députés, un sénateur et un Conseiller Economique et Social.

Localement, la Guyane est administrée par le Conseil Régional, qui assure le pouvoir exécutif, et le Conseil Général, composé de 19 conseillers Généraux.

La Guyane est organisée en deux arrondissements, Cayenne et Saint-Laurent du Maroni. Elle se compose de 22 communes, qui comprennent chacune un conseil municipal à la tête duquel est élu le Maire, et 19 cantons.

Il faut souligner la présence de chefs coutumiers pour les populations amérindiennes et les Grands Mans businengés qui sont des instances très importantes dans l'organisation des populations originelles présentes en Guyane. Il faut souligner qu'ils sont garants de la permanence des rites, juges suprêmes et médiateurs dans les conflits. Leur autorité est reconnue par les autorités de tutelles. Ils sont assistés par les " Capitaines ", organisés en " conseil " et qui font régner l'ordre dans les villages qui jalonnent le territoire guyanais.

Malgré les richesses de la Guyane, il y a beaucoup de chômage et de pauvreté au sein de la population.

Quelques chiffres :

Importation : 3,63 milliards de francs

Exportation : 0,89 milliard de francs

Industrie : bois, industrie minière, aérospatiale.

II. Le système de santé

En France

Les établissements hospitaliers :

Le territoire est divisé en secteurs sanitaires, et la Carte sanitaire détermine les équipements alloués à chacun de ces secteurs pour répondre au besoin de la population. La répartition des installations ou des activités de soins est organisée à l'intérieur de chaque région par le Schéma régional d'organisation sanitaire.

Les hôpitaux publics représentent 64,8 % des lits d'hospitalisation. Les établissements de santé publics sont placés sous la tutelle des agences régionales de l'hospitalisation (organismes chargés de la répartition des ressources entre les établissements de santé) tout en étant dotés d'une autonomie administrative et financière. Ils peuvent être à vocation générale (Centres hospitaliers régionaux, Centres hospitaliers, établissements locaux) ou spécialisée (principalement psychiatrie et oncologie).

Les établissements privés à but non lucratif (10,4 % des lits) assurent surtout les soins de moyenne et longue durée. Ils ont les mêmes obligations que les établissements de santé publics, sauf en ce qui concerne le statut du personnel.

Le secteur privé lucratif (20,0% des lits) est surtout orienté vers les soins aigus (chirurgie).

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour ou de nuit sont une évolution récente.

Les professions de santé :

La densité des médecins est de 3 pour 1000 habitants. Il existe un numerus clausus pour l'entrée dans les études, qui durent 6 ans. La formation continue est obligatoire.

Les médecins libéraux jouissent de la liberté d'installation, d'où une forte variabilité des densités médicales. La rémunération s'effectue à l'acte.

Des Unions régionales des médecins libéraux, constituées d'élus de la profession, constituent l'interface entre médecins libéraux et décideurs publics.

Les dentistes exercent majoritairement dans le secteur libéral. Les sages-femmes sont formées dans des écoles rattachées aux hôpitaux publics, tandis que les infirmiers peuvent être formés dans le cadre hospitalier ou des écoles privées. Il y a aussi les auxiliaires médicaux et masseurs kinésithérapeutes, dont les actes à visée médicale doivent être prescrits par un médecin.

Les dispensaires et centres de soins :

Ils s'adressent principalement aux malades ambulatoires (dispensaires antituberculeux, centres de consultation avancée contre le cancer, centres de médecine sportive, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie) et dépendent des municipalités, des mutuelles ou des associations.

Le financement :

La France consacre 9,5 % de son PIB à la santé, et les modalités du financement du système de santé seront traitées ultérieurement.

Le contrôle par l'état :

L'état assure l'administration du système de santé et son objectif est l'amélioration de l'état sanitaire de la population. Il assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique, la formation des professionnels de santé, régule le volume et la qualité de l'offre de soins et veille à l'équilibre des comptes sociaux (taux de cotisations et remboursements, ...).

Les multiples organismes impliqués dans la prise de décisions sur la politique de santé sont : le parlement, qui fixe annuellement les objectifs sanitaires et le cadre de financement, le haut comité de santé publique, qui définit les objectifs de santé publique, la conférence nationale de santé, qui propose des priorités et des orientations pour la politique de santé et les conférences régionales de santé, qui analysent les besoins de santé locaux.

Le ministère chargé des Affaires Sociales et le ministère chargé de la Santé interviennent au nom de l'état sur le système de santé (par le biais de la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction des Hôpitaux, la Direction générale de la Santé et de la Direction de l'Action sociale).

L'état a également créé des organismes qui s'occupent d'un domaine spécifique (tout en restant sous sa tutelle) : l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé favorise l'évaluation des soins et procède à l'accréditation des établissements de santé, le Conseil national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé donne son avis sur les problèmes éthiques et moraux soulevés par la recherche en biologie et médecine...

Au niveau local, les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), sous l'autorité du préfet de région, déterminent et mettent en œuvre la politique régionale de santé et identifient les problèmes prioritaires de santé, alors que les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), sous l'autorité du préfet départemental, sont

responsables du bon fonctionnement de la distribution des soins et des actions de prévention et promotion de la santé décidées au niveau local.

Le fonctionnement du système de santé :

- Le patient

Les patients ont le libre choix de leur médecin et peuvent accéder librement aux soins de spécialistes. Il existe depuis 1998 une filière de soins à partir d'un « médecin référent », où le patient s'engage à consulter son généraliste avant tout recours au spécialiste, en échange de quoi il est dispensé de l'avance des frais médicaux.

Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie possède un « carnet de santé », qu'il doit présenter au médecin qui lui donne des soins.

Depuis 1999, la « Carte Vitale », tient lieu de carte d'assurance maladie (elle permet la prise en charge des soins par l'assurance maladie). C'est une carte magnétique contenant un volet d'informations médicales ainsi que des informations relatives aux assurances complémentaires.

Pour le paiement des soins, le patient paie généralement directement le prestataire et obtient ensuite un remboursement, le plus souvent partiel, de la part de son Assurance. Les situations où les frais sont pris en charge directement sont par exemple les hospitalisations ou l'achat de certains médicaments.

Les sommes remboursées au malade sont calculées en fonction des tarifs et d'un pourcentage, le « ticket modérateur ».

- Remboursement des professionnels de santé

Il existe des conventions négociées entre les principaux régimes d'assurance maladie et les syndicats professionnels. D'après celles-ci, les médecins doivent facturer leurs prestations selon des tarifs déterminés pour chaque service.

Il existe deux catégories de tarification chez les médecins libéraux :

Les « médecins de secteur 1 » doivent respecter les tarifs négociés. Les « médecins de secteur 2 à honoraires libres » peuvent appliquer des prix plus élevés à condition de ne dépasser les tarifs qu'avec « tact et mesure » et de renoncer à quelques avantages fiscaux et sociaux. Les patients doivent prendre à leur charge les différences de prix avec le tarif conventionné.

- Le remboursement des médicaments

Tout produit doit obtenir, pour être commercialisé, une autorisation de mise sur le marché délivrée après avoir été vérifiée par l'Agence de sécurité des produits de santé.

La Commission de la transparence fixe son taux de remboursement.

Les prix, au niveau du producteur, des médicaments admis au remboursement de l'assurance maladie, sont fixés par arrêté des ministres de l'Emploi et de la Solidarité, de la Santé et de l'Economie.

Les prix des produits grand public qui ne sont pas, eux, remboursés par la sécurité sociale, ne sont pas réglementés.

En Guyane

Le système de santé dans les grandes villes de la côte est le même qu'en métropole :

Les trois hôpitaux publics de Guyane sont l'hôpital Andrée Rosemon à Cayenne, le centre Médico-chirurgical de Kourou et le centre Médico-Chirurgical de St-Laurent du Maroni. La majorité des pathologies peuvent être prises en charge dans ces hôpitaux, mais parfois un transfert est nécessaire vers des hôpitaux de métropole ou des Antilles.

Il existe également des cliniques privées à Cayenne : la clinique St-Paul, les Hibiscus et Véronique.

Pour la prise en charge des soins courants des médecins libéraux exercent dans les grandes villes de la côte.

Les pharmacies sont bien fournies et accessibles.

Le financement se fait par la Sécurité sociale et la participation financière du patient.

Dans le reste du territoire, c'est le réseau des Centres de Santé (qui ont pour mission tous les actes curatifs) et les structures du Conseil Général (pour tous les actes de prévention) qui assurent la prise en charge de la population.

Le réseau des Centres de Santé est rattaché au Département des Centres de Santé de l'hôpital Andrée Rosemon, à Cayenne. C'est ce département qui gère les différents centres, le personnel, l'envoi de matériel, etc.

Le Conseil Général est représenté dans la majorité des communes. Soit il possède son propre bâtiment, soit il est représenté par un employé au sein du centre de santé, mais en tout cas il assure une partie du suivi médical sur place.

Le système guyanais est particulier sur plusieurs plans :

Tout d'abord, le préventif et le curatif sont pris en charge par des structures différentes. La prévention, telle que la vaccination, les campagnes d'information ainsi que le suivi des grossesses est du domaine du Conseil Général ; alors que les soins curatifs sont assurés par les

Centres et Postes de Santé. Ce partage des compétences s'explique par l'histoire politique de la Guyane, où il y a eu une volonté de « casser » le schéma colonial et son système de dispensaires et d'instaurer un système sous contrôle plus local. Dès lors les dispensaires ont été dissous et remplacés par des structures gérées par le conseil général (autorité locale) et dont le personnel était local. Cette réforme entraînant des problèmes (par manque de personnel local qualifié notamment), l'ancien système de dispensaires appelés désormais « Centres de Santé » a été restauré pour les actes curatifs, alors que les missions de prévention sont restées l'apanage du Conseil Général.

Quoique les rôles respectifs de chaque structure soient bien déterminés, il y a parfois des problèmes de coordination et pour le suivi des patients entre les deux structures.

Par exemple, lors du suivi des grossesses lorsqu'il n'y a pas de sage-femme, tous les examens prénataux sont faits par le Conseil Général alors que l'accouchement a lieu dans le Centre de Santé, par un médecin qui connaît moins bien l'évolution de la grossesse.

Dans certains villages plus reculés les deux systèmes se regroupent au sein du même bâtiment et collaborent alors encore plus étroitement.



Conseil Général (bâtiment de gauche) et Centre de Santé (bâtiment de droite) de St-Georges

Ensuite, les Centres de Santé, en plus de leur mission d'ordre purement médical, servent également de relais avec le service social. Deux travailleurs sociaux basés à l'hôpital de Cayenne s'occupent des affaires des communes, partant régulièrement pour des missions dans les Centres de Santé, où ils sont présents environ une fois par mois. Ils s'occupent de domaines aussi divers que le remplissage de formulaires, la couverture par l'assurance

maladie, le suivi des patients hospitalisés, la protection de l'enfance, la fourniture en matériel pour handicapés...

Ce sont fréquemment les médecins qui renvoient les personnes qui semblent en avoir besoin vers les travailleurs sociaux, et s'occupent même de leur obtenir rendez-vous.

Contrairement au système qui a cours dans le reste du territoire français, les soins sont entièrement gratuits pour chaque personne, indépendamment de sa situation ou nationalité. Il n'y a aucun contrôle de l'identité des personnes soignées. Celles-ci sont donc moins responsabilisées quand aux dépenses de santé qu'en métropole. Néanmoins, depuis quelques années les médicaments ne sont plus fournis dans tous les centres et doivent être achetés à la pharmacie du village (s'il y en a une et si elle a le médicament en stock, ce qui n'est pas toujours le cas!).

D'autres particularités découlent de la distribution très clairsemée des populations, qui implique des missions en pirogue, une responsabilité accrue pour les professionnels de la santé en mission dans des régions reculées (où il arrive donc qu'un infirmier doive exécuter des gestes ou prendre des décisions habituellement réservées au médecin), ainsi que de nombreuses évacuations de malades vers des centres hospitaliers plus sophistiqués. Toutes ces particularités ont leurs avantages (elles permettent de prendre en charge la majorité de la population) et leurs inconvénients (déracinement des personnes évacuées, stress et isolement du personnel soignant).

Il semble que bien que les directives pour les soins soient les mêmes qu'en France, ces législations bénéficient d'une certaine souplesse (ce qui n'est aucunement une critique quand à la qualité des soins que nous avons vu prodiguer). Ainsi un infirmier en poste dans une région isolée confronté à l'urgence aura davantage de responsabilités et fera certains gestes qui sont habituellement sous la supervision d'un médecin. Pour certains professionnels de soins cette charge est pesante, mais pour beaucoup elle fait partie du charme de la mission en Guyane.

Souvent, certains gestes ou examens complémentaires nécessitent un transfert de la personne vers Cayenne ou ailleurs en France. Ces déplacements impliquent de nombreux désagréments (coût, déracinement, inconfort,...) qui doivent être pris en compte lors de la décision d'effectuer ces gestes qui ne peuvent pas être assurés sur place. Ainsi l'application de certaines directives se fait parfois de manière plus souple qu'ailleurs dans le territoire français, afin de tenir compte des particularités géographiques et culturelles de la région.

Une autre particularité de la Guyane est l'origine et la situation de ses professionnels de santé. Les employés des Centres de Santé sont pour la plupart des métropolitains, qui passent quelques années en Guyane, et souvent transitent dans les différents centres. Ils ne restent que rarement plus de quelques mois dans un même poste. La quasi absence de médecins d'origine guyanaise s'explique par le fait que les études de médecine soient peu accessibles à la population (peu de gens entreprennent des études universitaires et il n'y a pas de faculté de médecine en Guyane) et que les personnes qui ont accompli de telles études restent pour la plupart en métropole.

Ainsi, le système guyanais a de multiples particularités qui s'expliquent par la topographie de la région, moins densément peuplée et plus difficilement accessible. Néanmoins la compétence du personnel soignant et le matériel bénéficient des standards bel et bien français, et sont donc plutôt élevées par rapport aux régions adjacentes et à l'économie locale.

Présentation du centre hospitalier :

Le Centre Hospitalier Andrée ROSEMON est implanté depuis février 1992 dans le quartier de la Madeleine, sur la commune de Cayenne.



Halle d'entrée

Le Centre Hospitalier Andrée ROSEMON a le statut d'Établissement public de santé Départemental.

Il est administré par un Conseil d'Administration présidé de droit par le Président du Conseil Général et composé de :

- *représentants des collectivités locales*
- *représentants du corps médical*
- *représentants du personnel non médical*
- *personnalités qualifiées*
- *représentants des usagers.*

Cet établissement est géré par un Directeur.

La capacité autorisée du Centre Hospitalier de Cayenne est de 514 lits répartis comme suit :

Médecine -cardiologie.....	85
Chirurgie Viscérale.....	31
Chirurgie orthopédique.....	31
ORL Ophtalmologie.....	12
Réanimation.....	10
Gynécologie obstétrique.....	80
Pédiatrie.....	66
Psychiatrie et pédopsychiatrie	99 (lits et places)

L'établissement gère également les 21 centres et postes de santé, répartis sur l'ensemble du territoire et ce, depuis le transfert de leurs activités de soins du Conseil Général à l'hôpital de Cayenne, le 1er janvier 2000.

L'effectif total au 31/12/2002 était de 1554 personnes dont :

Personnel médical.	201
Personnel soignant, éducatif, social et médico-technique.....	701
Personnel Administratif.....	201
Personnel technique.....	166

Le Centre Hospitalier de Cayenne est l'un des employeurs les plus importants du département. Plus de cinquante métiers sont exercés au sein de l'hôpital par près de mille cinq cents agents.



Hôpital Andrée Rosemon

III. Les deux équipes de stage

Equipe de Saint-Georges : Seraina et Olivier

St-Georges est un village situé sur le cours moyen du fleuve Oyapock, à la frontière avec le Brésil. C'est un village créole à l'origine, cette ethnie étant toujours majoritaire et occupant les postes politiques et administratifs. De fortes communautés amérindiennes (Palikours) peuplent les quartiers Village Espérance 1, 2 et 3 et il y a de nombreux brésiliens installés de manière permanente.



St-Georges de l'Oyapock

Le village bénéficie depuis 2004 d'une liaison routière avec la région côtière, et un projet de pont reliant le Brésil achèverait de rompre son isolement.

Les ressources allouées à St-Georges pour son infrastructure sont assez importantes et les bâtiments du Centre de Santé et du Conseil Général sont neufs (construits en 2004). Sont également présents une structure du Service

Départemental de Désinfection (bâtiment connu sous le nom de « la hutte »), une gendarmerie, une mairie et une structure gérée par des bonnes sœurs qui assure une partie du service social et de protection des enfants et des femmes.



S.D.D de St-Georges

La majorité de la population loge dans des habitations fermées disposant d'un certain confort moderne (eau courante, électricité). Un des quartiers, nommé « Crique Onozo » est situé au

bord du fleuve et peut être considéré comme insalubre. Les maisons sur pilotis sont situées sur un terrain régulièrement inondé (d'où présence de flaques, ce qui augmente le risque de certaines maladies, dont le paludisme) et pour la plupart dépourvues de sanitaires, eau courante et électricité. C'est là que loge une population pauvre, souvent issue de l'immigration.



Crique Onozo un village sur pilotis

La population locale tire son revenu de postes dans l'administration, de travaux divers tels que la restauration, piroguier, quelques chantiers, etc. Le chômage est important. Beaucoup dépendent du Revenu Minimal de Réinsertion et d'allocations familiales (sans doute responsable en partie de la pléthore d'enfants dans le village). Il y a peu d'agriculture dans la région, les quelques cultures étant des abattis familiaux, mais la pêche et la chasse constituent des occupations largement pratiquées et qui peuvent constituer une source complémentaire d'approvisionnement des familles. Les travaux les plus lourds sont généralement effectués par des travailleurs brésiliens.

Une école accueille les enfants jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire.

La population a recours pour des soins tant à la médecine par les plantes (remèdes créoles), au chamanisme (chamanes amérindiens), au conseil général pour ce qui est préventif et au centre de santé pour la médecine occidentale.



Centre de Santé de Saint-Georges

Le Centre de Santé (CS) traite environ 50 patients par jour, en majorité pour des pathologies infectieuses.

L'équipe est composée de trois médecins dont un interne, 7 infirmiers, une sage-femme, un logisticien, trois secrétaires, un cadre de santé, deux femmes de ménage. A ces personnes s'ajoutent un médecin, un

infirmier et un aide-soignant qui travaillent au Conseil Général.

L'infrastructure est composée par une salle d'urgence, des salles de soins, des salles de consultations pour les médecins et la sage-femme, une pharmacie, trois chambres d'hospitalisations, une salle d'accouchement et une nurserie.



Salle d'urgence : surveillance d'unépileptique alcoolique



Colloque médecins-infirmiers



Consultation

Pharmacie climatisée (quand le climatiseur le veut bien...)



Chambre d'hospitalisation



Salle d'accouchement



Nurserie

Notre stage au centre de santé a consisté à assister les infirmiers lors des pré-consultations et aux soins et les médecins lors des consultations. Nous avons pu effectuer des gestes tels que prises de sang, réalisation de gouttes épaisses, mesures de la tension artérielle, mesure de la glycémie par prélèvement capillaire, injections sous-cutanées (insuline,...) ou intramusculaires, vaccinations, pansements, anesthésies locales, sutures, examens gynécologiques...



Réfection de pansement



Mesure des signes vitaux



Devant la salle d'urgence



Blessure de leishmaniose



Ancienne plaie infectée gorgée de vers

Nous nous sommes également intéressés aux activités du Conseil Général (vaccinations) et avons assisté aux consultations de la sage-femme (suivi de grossesse, accouchement, suivi post-partum, planning familial... et service social !).

Nous avons également eu l'occasion de suivre l'équipe médicale lors de ses missions en pirogue dans des villages avoisinants (Tampac, Trois Palétuviers,..).

Avec un interne nous avons visité l'hôpital d'Oyapock, situé en territoire brésilien. C'est là que nous avons pu constater le manque de moyens et de personnel qualifié de ce côté de la frontière (pour la ville de plus de 10000 habitants les soins étaient assurés par une seule infirmière et quelques aides-soignants). D'ailleurs lors de notre séjour au centre nous avons eu la nouvelle d'un décès maternel suite à une hémorragie après accouchement dû au manque de moyens dans une clinique d'Oyapock (encore plus dépourvue en matériel que l'hôpital).

Nos discussions avec le personnel du Centre de Santé, les instituteurs du village, leurs amis, conjoints locaux et d'autres connaissances que nous avons pu nous créer sur place, nous ont permis de découvrir de nombreuses problématiques locales, et il nous a semblé intéressant d'aborder ces différentes problématiques propres à ces régions de Guyane lors de la rédaction de ce rapport.

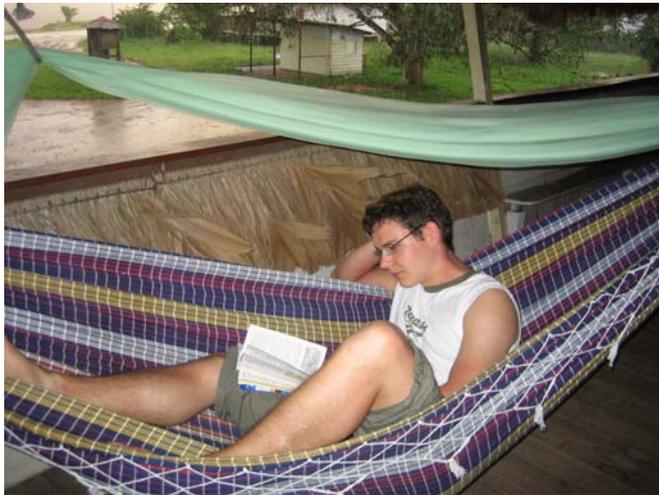
Equipe de Grand-Santi: Marie et Raymond



Le village de Grand-Santi se trouve en pleine forêt amazonienne, au bord du fleuve Maroni qui fait la frontière entre la Guyane française et le Surinam. Il est accessible qu'en hélicoptère ou par pirogue : un trajet assez périlleux d'un à deux jours de Saint-Laurent-du-Maroni, selon le niveau d'eau du fleuve. Seuls, les piroguiers expérimentés tentent le voyage car de très grands courants et de

nombreuses rapides à traverser font rapidement couler les moins bons.

La population est essentiellement Noir Marron Djuka. Il y a aucun amérindien et seulement un brésilien, le bijoutier du village. Mis à part les Noirs Marrons, une petite communauté européenne constitue les enseignants de l'école primaire, les trois gendarmes et le personnel soignant. Il n'y a malheureusement que très peu d'échanges entre la communauté noire et blanche.



Pendant la durée du stage, nous logions dans des petites chambres à l'étage du dispensaire. N'ayant pas de moustiquaires aux fenêtres, nous avons fini par dormir sur le balcon en hamac avec une moustiquaire imprégnée. Les logements étaient très sales ainsi que la petite cuisine remplie de pourriture, d'insectes et d'ustensiles obsolètes.

Heureusement les sanitaires fonctionnaient un minimum malgré la crasse. De plus les chambres se situaient sous un toit en tôles qui faisait effet four pendant la journée : il était donc impossible de rester plus que quelques minutes à l'intérieur avant la tombée de la nuit. En règle général, le nouveau personnel soignant loge à cet endroit quelques semaines avant de déménager dans une petite maison louée par l'hôpital. S'il n'y a pas de place, ils louent une

maisonnette à leurs propres frais, car le « camping » dans ces chambres devient insupportable après un mois.

Notre plus grand problème pendant notre séjour fut la nourriture. Nous avions été prévenu qu'il n'y avait pas grand chose à acheter sur place et que nous devions apporter des cartons de rations de Cayenne.



Nous avons donc pris du riz, des lentilles et des pâtes en espérant acheter des fruits, des légumes et de la viande sur place. Malheureusement, nous avons découvert que les Noirs Marrons ne vendent pas leurs cueillettes et leurs gibiers de chasse qu'ils gardent pour leurs familles. Nous avons pu nous procurer seulement des œufs et des citrons. Nous mangions de la viande sporadiquement lorsqu'on était invité ou quand on s'offrait un repas au restaurant du village. Sans matières grasses, ni légumes, ni fruits, ni viandes régulièrement, ni laitages, cette monotonie extrême des repas a rendu particulièrement difficile notre séjour. Pour faire vivre la communauté blanche du village, des commandes de nourriture par pirogue sont envoyées tous les trois mois de Saint-Laurent, ou par hélicoptère pour les gendarmes.



Comme Seraina et Olivier, nous avons pu pratiquer énormément de gestes techniques. Les infirmiers étaient très attentifs à nous faire faire le plus de choses possibles. De temps en temps nous assistions les médecins en consultation, mais très vite nous avons réalisé que le travail aux soins était plus intéressant ! Nous avons appris en particulier à soigner les plaies de

leishmanioses ainsi que prélever et observer les parasites. Nous faisons toutes les vaccinations des enfants ainsi que les pansements. Par rapport au paludisme, nous avons pu voir beaucoup plus des cas qu'à Saint-Georges, environ cinq cas positifs par jour.

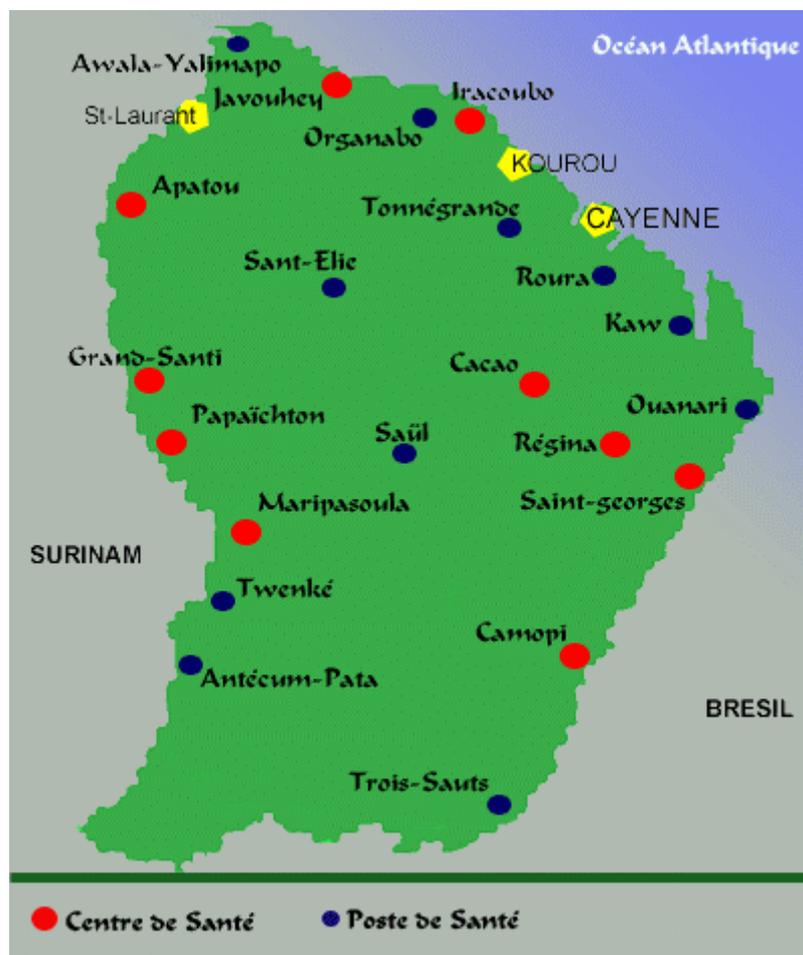
Pendant notre temps libre nous avons surtout profité pour discuter avec un grand nombre de personnes par rapport à la vie sur place et les différents problèmes.

IV. Le réseau des centres de santé et ses particularités

Les centres et postes de santé

Dans les communes de l'intérieur, il existe un réseau de Centres et Postes de Santé dans lesquels on trouve (selon l'importance du site) un médecin de secteur, une infirmière, ou un agent de santé. Ces structures de santé jouent un rôle pivot dans l'organisation du système de santé guyanais, en limitant le recours aux urgences hospitalières et en favorisant une médecine de proximité dans les zones isolées et difficiles d'accès.

Le 1er janvier 2000, 21 centres de médecine collective (gérés de 1984 à 1999 par le Conseil Général) ont été rattachés, pour la gestion des soins curatifs, au Centre Hospitalier « Andrée Rosemon » de Cayenne. Le 02 mai 2002, ces structures de soins (10 centres et 11 postes) ont été intégrées au sein d'un département (« Département des centres de santé ») constitué d'une Unité de Coordination basée à Cayenne et de 9 structures fonctionnelles localisées dans les zones géographiques le plus souvent isolées du territoire guyanais.



Les 21 postes et centres de santé

- **Poste de santé** : structure tenue par un personnel paramédical (des tournées médicales sont organisées)
- **Centre de santé** : présence d'une équipe médicale et soignante (1 médecin au moins)
- **CHAR** : Centre Hospitalier Andrée Rosemon
- **DCS** : Département des Centres de Santé (Centre Hospitalier Andrée Rosemon)

Composition de l'Unité de Coordination de Cayenne :

- *Médecin responsable* : Dr DJOSSOU
- *Directeur administratif* : M.SORIN
- *Médecins coordonnateurs* : Dr JOUBERT & Dr MATHE
- *Cadre supérieur* : Mme VERDAN
- *Cadres de santé* : Mme GOBER & Mme ROSTAND-PESNA
- *Coordinateur logistique* : M ISSOMBO

5 logisticiens (Cayenne, littoral, Haut-Maroni, Bas-Maroni, Oyapock)

- *Coordination du système d'information sanitaire* : Mme AGELAS

2 assistants sociaux

Enumérons et situons maintenant les Postes et Centres de Santé, ceux au sein desquels nous avons passé notre stage ainsi que ceux que nous avons succinctement visités lors de notre voyage à travers la Guyane à la fin de nos six semaines d'immersion :

1) CENTRE DE SANTE DE GRAND-SANTI

Située au sud ouest de la Guyane, Grand-Santi est une commune du fleuve Maroni, lequel



constitue la seule voie d'accès (6 h à 2 jours de pirogue depuis Saint Laurent selon le niveau du fleuve). La population est estimée à 2863 habitants, essentiellement des Djukas (dont une grande part en provenance du Surinam) qui ont conservé un mode de vie très traditionnel. Il s'agit d'une population

jeune : 56 % ont moins de 20 ans.

C'est dans ce centre que Marie et Raymond ont effectué leur stage. Il est situé au nord du bourg de Grand-Santi, à environ 100 mètres du fleuve.

Description du centre de santé

- *Horaires d'ouverture* : du lundi au vendredi : 7h30 à 14h00

Permanence assurée la nuit et le week-end

- *Moyens de télécommunication* :

1 téléphone

1 téléphone satellite

1 valise de télémédecine

1 réseau internet

1 fax

- *Description du bâtiment* :

3 cabinets de consultation

1 salles de soins

1 salle d'accouchement

1 salle d'inscription et d'archives

1 salle de pesée, mesure et réalisation des gouttes épaisses

1 pharmacie climatisée

2 chambres de mise en observation (4 lits)

- *Matériels autres* :

8 obus d'oxygène

3 extincteurs

- *Matériels existants* :

2 téléphones/fax

1 onduleur

- *Matériel informatiques* :

2 PC mis à disposition du personnel pour la saisie des données d'activités

- *Logements existants* :

1 logement loué par l'hôpital

2 logements mis à disposition par le Conseil Général

Caractéristiques du centre

- Le personnel :

2 médecins

3 infirmières

1 cadre de santé basé à Grand-Santi (assure la gestion des structures de santé du bas Maroni)

3 agents de service hospitalier qualifié

- Volume d'activité :

60 consultations vues en moyennes par jour

- Les principaux motifs de consultation :

Infections ORL-pulmonaires

Maladies infectieuses et parasitaires

Affections cutanées

Paludisme

Diarrhées

Maladies de l'appareil digestif

Traumatismes

Pathologies obstétricales et pédiatriques

- Transport - acheminement des commandes :

Récupération des commandes au DCS, le mercredi

Acheminement des commandes vers St-Laurent par les coursiers de Prestocourse (entreprise prestataire), le jeudi

Livraison des commandes par pirogue, les jeudis

Pirogue 1 (en permanence) : départ de St-Laurent : le jeudi

départ de Grand-Santi : le mardi

Pirogue 2 : départ de St-Laurent : le mardi

départ de Grand-Santi : le vendredi



2) CENTRE DE SANTE DE SAINT-GEORGES



Situé au Nord Est de la Guyane, Saint-Georges s'étend sur plus de 2000 km² le long du fleuve Oyapock. La commune, est depuis récemment accessible par route (ouverture dupont de Régina).

Elle regroupe trois agglomérations :Saint-Georges, TroisPalétuviers et Tampac, ainsi que les villages de Blondin, Espérance, Bambou et Onozo.

La population de cette région est estimée à 2153 habitants, comptant des Créoles, des Amérindiens Palikur et Karipuna), des Brésiliens et des Métropolitains.

C'est au sein de ce centre de santé que Seraina et Olivier ont effectué leur stage. Il est localisé à la rue Joseph Léandre et est le centre référent du poste se santé de Ouanary.

Description du centre de santé

- *Horaires d'ouverture* : lundi, mercredi, vendredi : 7h30 à 14h00

mardi et jeudi : 07h00à 13h00 et 15h00 à 18h00

- *Moyens de télécommunication* :

1 ligne de téléphone (secrétariat)

1 ligne de télécopie (en réparation)

1 valise de télémédecine

1 radio BLU (fréquence de nuit et de jours)

Lignes NUMERIS pour la transmission des données

- *Matériels existants* :

1 téléphones/fax

1 onduleur

1 photocopieuse

- *Matériel informatiques* :

1 PC mis à disposition du personnel pour la saisie des données d'activités

- *Matériels autres* :

12 obus d'oxygène

11 extincteurs

- *Logements existants* :

11 logements (à l'extérieur du centre de santé)

1 ancienne chambre de garde (à l'intérieur de centre) qui fut aménagée de 2 lits, d'une armoire et d'une table pour loger Seraina et Olivier à leur arrivée au centre.

Caractéristiques du centre

- *Le personnel* :

2 médecins

7 infirmières

1 IDE faisant fonction de cadre de santé

1 logisticien

1 sage-femme

2 agents d'entretien spécialisé

2 agents administratifs

1 aide soignant

- *Volume d'activité* :

Environ 60 consultations par jour et 50 accouchements par an

- *Les principaux motifs de consultation* :

Maladies infectieuses et parasitaires

Fièvre d'origine inconnue

Maladies de l'appareil respiratoire

Complications gynéco-obstétriques

Diabète et hypertension artérielle

Paludisme

- *Transport – acheminement du matériel et de la commande pharmacie et magasins* :

Acheminement par la route des commandes de fret (magasins, médicaments...) tous les mardis par les coursiers de l'hôpital-DCS.

Acheminement des commandes exceptionnelles par avion via la compagnie Air Guyane.

3) CENTRE DE SANTE DE MARIPASOULA

Située au sud ouest de la Guyane, Maripasoula est la plus vaste commune de France.

Créé en 1968 sur l'emplacement d'un village d'orpailleurs, cette commune n'est accessible que par avion (45 minutes de Cayenne), hélicoptère ou par voie fluviale (2 à 3 jours de pirogue de Saint-Laurent-du-Maroni). La structure de santé constitue le centre référent pour les postes de santé satellite d'Antécum-Pata, Elahé et Twenké.

La population de la région est estimée à 3710 habitants, composée de Bushinengé (Noirs Marrons), d'Amérindiens Wayana et Emerillon, de Créoles, de Surinamais et d'Européens et, plus récemment, de Brésiliens. Il s'agit d'une population jeune : 48,2 % ont moins de 14 ans et 17,9 ont entre 15 et 24 ans.

4) Poste de santé de Twenké

Twenké est situé sur le Haut Maroni, à 2 ou 4 heures de pirogue de Maripasoula. La population est estimée à 300 habitants, essentiellement des Amérindiens Wayana. L'état du poste de santé est vétuste et sans adduction d'eau.

5) Poste de santé d'Antécum Pata

Peuplée de 300 Amérindiens Wayana, la commune d'Antécum-Pata est à 20 minutes de pirogue de Twenké et à 3 à 6 heures (selon la hauteur des eaux) du centre de santé de Maripasoula. L'état de la structure de santé est propre.

6) CENTRE DE SANTE DE PAPAÏCHTON

Située au sud ouest de la Guyane, Papaïchton est une commune du fleuve Maroni, lequel constitue la seule voie d'accès. La population est estimée à 1645 habitants, essentiellement des Bushinengé (également appelés Noirs Marrons : descendant des esclaves en fuite) dont la plupart appartiennent aux ethnies Aluku



ou Boni. Il s'agit d'une population jeune : 56 % ont moins de 20 ans. Le centre de santé est d'état neuf, car entièrement refait depuis 2003.

7) CENTRE DE SANTE D' APATOU



Située au sud ouest de la Guyane, Apatou est une commune du fleuve Maroni, lequel constitue la seule voie d'accès (2 à 3 heures de pirogue depuis Saint Laurent). La population est estimée à 3629 habitants, essentiellement des Noirs Marrons (dont une grande part en provenance du Surinam) appartenant aux ethnies Aluku et Djuka. Il s'agit d'une population jeune : 60 % ont

moins de 20 ans. Le centre de santé est situé au bord du fleuve et est d'état fonctionnel.

8) Poste de santé de Javouhey

Située à 210 km par la route au Nord Ouest de Cayenne, le village de Javouhey est rattaché à la commune de Mana qui s'étend sur 6333 km². La population de Javouhey comprend essentiellement une communauté Hmong qui vit principalement de l'agriculture. Le poste de santé est vraiment très petit. Le volume d'activité est cependant de 15 à 30 consultation par jour.

9) Poste de santé d'Awala-Yalimapo

La commune d'Awala-Yalimapo est située par la route à 227 km au nord-est de Cayenne, en bordure de mer. Elle s'étend sur 18.740 km² et comprend de très belles plages où viennent pondre les dernières tortues Luth. La population est estimée à 889 habitants, essentiellement des Amérindiens Kalina ou Galibi et quelques Caribs (Amérindiens du Surinam). Il s'agit d'une population jeune. Le poste santé est entièrement construit de bois et reste très peu entretenu.

10) CENTRE DE SANTE DE IRACOUBO

Commune de l'Ouest de la Guyane située par route à 140 km de Cayenne, Iracoubo compte 3000 km² et le village de Bellevue et les lieux-dits d'Organabo, Dégrad Savane... La population globale est de 1428 habitants, composée de communautés créoles, amérindiennes (Galibi), hmong et noirs marrons.

Le centre de santé constitue le centre référent pour le poste satellite d'Organabo.

11) Poste de santé d'Organabo

Organabo est un lieu-dit faisant partie de la commune d'Iracoubo et compte environ 88 habitants. L'état du poste de santé est correct mais, étant non relié au réseau d'alimentation, l'approvisionnement en eau se fait par une cuve.

12) Poste de santé de Tonnegrande

Tonnegrande est à 40 minutes par route de Cayenne. La population est essentiellement créole. Le poste de santé est assez ancien.

13) Poste de santé de Saint Elie

Située à 100 km au Sud de Sinnamary, Saint Elie s'étend sur une superficie de 5.803 km². La commune n'est accessible que par voie aérienne ou par voie fluviale, à moins d'emprunter un véhicule 4 roues motrices.

La population de la région, estimée à 239 habitants est essentiellement composée de Créoles, Saint Luciens et Brésiliens, particulièrement des hommes venus pour le travail aurifère.

14) Poste de santé de Ouanary



A 2 heures de pirogue de Saint-Georges, Ouanary est une commune estuaire qui compte 92 habitants, essentiellement des Créoles.

15) CENTRE DE SANTE DE CACAO

Créé en 1977, le village de Cacao - rattaché à la commune de Roura - est situé en zone forestière à 80 km par la route au sud-est de Cayenne.

La population de cette région est estimée à 1000 habitants et rassemble principalement une communauté Hmong vivant de la production maraîchère. Le centre de santé est une structure en bois sur pilotis.

16) Poste de santé de Roura

À 30 km par route au sud est de Cayenne, la commune de Roura compte plusieurs villages. La population de cette région est estimée à 1813 habitants.

17) CENTRE DE SANTE DE REGINA

À 110 km de Cayenne par la route, Régina est le point de passage obligé pour rejoindre le Brésil par la route de Saint-Georges.

La population, qui rassemble 766 habitants comprend essentiellement des Créoles, des Brésiliens et des Amérindiens. Le Centre de Santé est en bon état général

18) Poste de santé de Kaw



Rattaché à la commune de Régina, le village de Kaw est situé au cœur de la réserve naturelle constituée par les marais de Kaw.

Les 60 habitants qui le composent sont essentiellement Créoles. Il fut étonnant de voir que pour cette commune, qui dispose cependant d'électricité, le poste de santé ne dispose d'aucun moyen de

climatisation, il y a bien un petit frigo pour les quelques médicaments dont dispose l'infirmière de garde, mais la température et l'humidité dans l'unique salle de soins est insoutenable : elle-même est obligée de rester dehors où il fait plus frais. Quant au patient : « heureusement qu'il n'y en a que très rarement à garder », dit-elle, « ils ne tiendraient pas le coup. »

19) CENTRE DE SANTE DE CAMOPI

La commune de Camopi est située au sud-est de la Guyane, à 100 km de Saint-Georges de l'Oyapock. L'enclavement de cette région ne rend les liaisons possibles que par pirogue ou hélicoptère.

L'accès est réglementé par arrêté préfectoral.

La population de cette région est estimée à 1032 habitants, essentiellement des Amérindiens autochtones appartenant aux ethnies Emerillon, Oyampi et Palikur.

Il s'agit d'une population jeune : 50,46 % ont moins de 18 ans et 31,98 % sont scolarisés. Le Centre de Santé de Camopi est le dispensaire référent pour le Poste de Santé satellite de Trois-Sauts. Les stagiaires de St-Georges eurent une fois l'occasion de partir en mission pour Camopi. Le centre est une petite structure en bois placée en zone inondable.

20) Poste de santé de Trois-Saut

Ce village est situé à 120 km au Sud sur le haut Oyapock. L'enclavement de cette région fait que les liaisons ne sont possibles que par pirogue, ou hélicoptère (environ 1h30). Pour s'y rendre, il est nécessaire de se munir d'un accès réglementé par arrêté préfectoral. Le Poste de Trois-Sauts est rattaché au Centre de Santé de Camopi. Aucune des deux équipes n'a eu l'occasion de visiter ce poste, même s'il y eut une fois une pirogue de St-Georges à destination de Trois-Saut pour la tournée médicale qui a lieu chaque deux mois.

21) Poste de santé de Saül

Jamais nous n'avons eu le temps (ou plutôt le courage) de nous aventurer jusqu'à Saül. Cette commune, située au cœur de la forêt guyanaise, n'est accessible que par voie aérienne (45 minutes de Cayenne) ou après plusieurs jours de marche, en compagnie d'un guide obligatoire. Selon les dires d'un des médecins du centre de santé de St-Georges, la traversée de la forêt à pieds jusqu'à Saül est vraiment physique et impressionnante tant au niveau de la faune sauvage que du sentiment d'être complètement perdu au milieu de la dense Amazonie. Cependant, la population de cette région reste tout de même estimée à 160 habitants. Elle se compose de communautés créoles, hmong et métropolitaines. L'activité de la commune est orientée vers le tourisme vert. L'état du Poste de Santé est dit vétuste et insalubre.

Une des particularités pour certains Centres et Postes de Santé (et pour la majorité dans un avenir proche) de la Guyane est qu'ils possèdent « une valise de télémédecine ». C'est d'ailleurs une des premières choses que nous expliqua le docteur Michel Joubert lors de notre premier jour de visite à l'hôpital Andrée Rosemon. Nous fûmes tous les quatre émerveillés devant un tel appareil, car nous ne nous attendions pas à découvrir du matériel médical si perfectionné et complètement inconnu de nous étudiants suisses dans une région comme la Guyane. Mais voyons plutôt ce qu'est la télémédecine...

La télémédecine

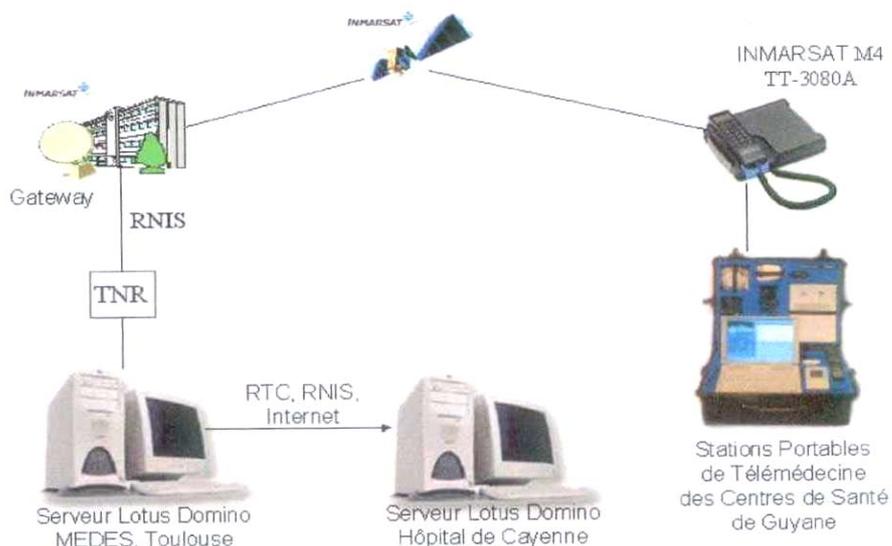
L'idée de transmettre des données médicales à distance est ancienne, et la télémédecine s'est développée dans de nombreux domaines. La téléconsultation qui est une des applications pratiques de la télémédecine est très adaptée à la spécificité géographique de la Guyane :

- 200000 habitants très inégalement répartis sur un territoire très vaste
- Concentration des infrastructures et des moyens humains sur la zone côtière
- Difficultés d'accès aux soins pour les populations de l'intérieur du Département

Depuis 2000, le CNES, le MEDES (MEDEcine Spatiale) et le Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHC) mènent un partenariat relatif aux apports des systèmes spatiaux dans le domaine de la santé en Guyane. La Guyane se trouve au premier plan de l'expérimentation des nouvelles technologies de communication appliquées au domaine de la santé. Diagnostiquer et soigner grâce aux satellites, c'est désormais chose possible avec la station portable de télé médecine du CNES. 12 sites de Guyane (11 sites isolés et l'unité carcérale de soins ambulatoires de Cayenne) sont équipés d'une station portable pour l'expertise des pathologies relevant de la cytologie, de la dermatologie et accessoirement de la cardiologie (électrocardiogramme). L'équipement de ces sites a été fait en partenariat avec le Conseil Régional, le MEDES, l'hôpital Andrée Rosemon de Cayenne, le CNES et le Ministère de la santé.

Actuellement le diagnostic de six domaines de pathologies est possible : la dermatologie, la cardiologie, la parasitologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie et l'hématologie.

Configuration du réseau :



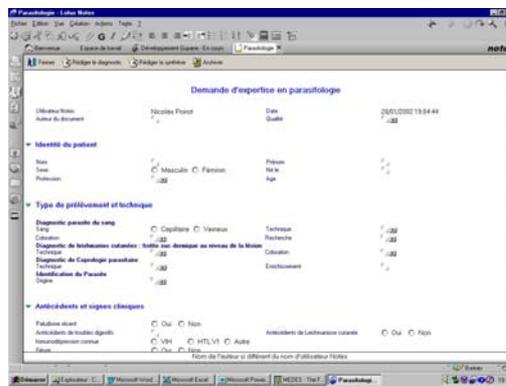
Composition de la valise :

- 1 micro ordinateur portable
- 1 appareil photo numérique
- 1 appareil ECG numérique
- 1 microscope
- 1 téléphone satellite INMARSAT M4

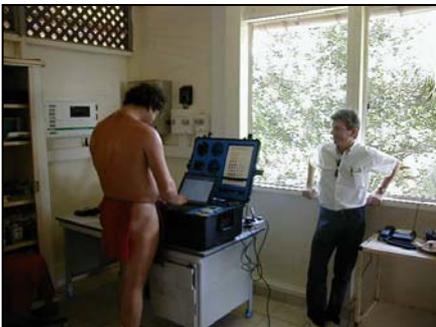


Valise du dispensaire de St-Georges

Cheminement des données :



Fiche de demande d'expertise



Poste de santé



Salle de régulation du SAMU

Fiche diagnostic



Résultats médicaux :

Les médecins du CHC estiment que le niveau de qualité de la Téléconsultation est comparable à celui d'une consultation classique.

Il faut adapter les protocoles de spécialité et définir une formation technico-médicale préalable à l'utilisation en routine de la Télémédecine.

Les spécialistes proposent également d'utiliser le système pour des sessions de formation continue des professionnels de la santé.

D'autres fiches et protocoles doivent permettre de traiter les cas de traumatologie.

De nouvelles spécialités sont intéressées (ophtalmologie, Gynéco-obstétrique)

Exemple de téléconsultation, cas clinique dermatologique :



Enfant de un an souffrant depuis 13 jours d'une lésion du visage résistante au traitement local consulte à Trois-Sauts. Dossier transmis le 13/03, réponse par la Dermatologue du CHC dans les 5 heures, certitude diagnostique 95%, traitement général conseillé.

Image de contrôle 3 semaines après la mise en œuvre du traitement conseillé par la Dermatologue du CHC

L'application est utile et fiable. Elle permet de rompre l'isolement des personnels médicaux et paramédicaux et permet de participer à leur formation.

Le financement

La gratuité des soins

La Sécurité Sociale en France, définition et fonctionnement

En temps que département français d'Outre-Mer, la Guyane bénéficie comme en France métropolitaine de la gratuité des soins grâce à la Sécurité Sociale

Définition : Organisme national régi par le gouvernement et chargé d'offrir à tous les citoyens et à leurs ayant droits des garanties minimales de prise en charge des frais médicaux.

1) Qui a droit à la sécurité sociale ?

Tout citoyen français :

- salarié
- professionnel non salarié
- sans emploi (si indemnisé par les ASSEDIC (assurance chômage))
- adulte handicapé
- détenu
- titulaire du RMI
- titulaire de pensions
- étudiant
- retraité

De plus, l'assuré donne droit à l'assurance maladie et maternité à :

- son conjoint, concubin ou pacsé lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale
- les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé jusqu'à 20 ans maximum
- toute personne à la charge permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale

Pour les autres personnes qui ne se situent pas parmi ces « ayants droits », il existe une couverture maladie universelle, qui offre un droit immédiat à l'assurance maladie. Depuis le

1^{er} janvier 2000, la loi sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière depuis au moins 3 mois, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé. La CMU de base est gratuite en dessous d'un plafond annuel de ressources fixé à 6965 euros par foyer pour la période du 1er octobre 2005 au 30 septembre 2006.

Pour les plus défavorisés et sous condition de ressources, la CMU *complémentaire* gratuite peut être accordée. Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais (tiers-payant).

2. Comment font les étrangers sans titre de séjour, qui ne peuvent pas payer ?

Toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, a droit à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) pour elle-même et les personnes à sa charge, à condition de résider en France depuis plus de 3 mois et sous réserve de remplir les conditions de ressources.

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et du forfait hospitalier, avec dispense d'avance de frais.

A défaut de bénéficier de l'AME, les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent bénéficier d'une prise en charge des soins urgents dispensés dans un établissement de santé.

L'AME peut être accordée à titre humanitaire aux personnes étrangères qui ne résident pas habituellement en France et dont l'état de santé le justifie.

3. Quels frais sont pris en charge ?

- les frais de médecine générale et spéciale
- les frais de soins et de prothèses dentaires
- les frais pharmaceutiques et d'appareillage
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire

- les frais d'hospitalisation et de traitement lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle
- les frais d'examen prénuptial
- les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté
- les frais relatifs aux examens de dépistage effectué dans le cadre de programmes de santé publique
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.
- en cas d'arrêt-maladie, l'assurance maladie peut offrir des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique de continuer ou reprendre le travail, constatée par le médecin traitant. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base et est majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.

4. Qui Paye ?

Le système français de sécurité sociale est financé en grande partie par les cotisations sur la rémunération des salariés ou le chiffre d'affaires des professions non salariées. Les nouvelles politiques de financement ont cherché à élargir cette assiette en prenant en compte l'ensemble des revenus des ménages tandis que les politiques en faveur de l'emploi conduisaient à alléger le poids des cotisations sur les bas salaires.

Les recettes des régimes de sécurité sociale peuvent se répartir selon les grandes catégories suivantes en 1999 :

1) par système de cotisations:

- Les " cotisations effectives " (57 % des recettes totales) représentent les cotisations versées par les assurés et les employeurs aux organismes de Sécurité Sociale.
- Les " cotisations fictives " (8,3 % des recettes) correspondent dans les régimes employeurs (SNCF, RATP, EDF, ...) au financement par l'employeur du régime qu'il gère.
- Les " contributions publiques " (3% des recettes) représentent les versements directs de l'Etat.

2) par système d'impôts:

Les " impôts et taxes affectés " (18,8 % des recettes) intègrent les divers prélèvements de nature fiscale, contributions et taxes affectées au financement de la sécurité sociale. Les plus importantes sont :

- la contribution sociale généralisée (CSG), assise sur l'ensemble des revenus des ménages, et qui concourt au financement de l'assurance maladie , des prestations familiales et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV),
- la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSL).

Les cotisations des salariés sont précomptées et payées directement par les entreprises. Les employeurs et les travailleurs indépendants doivent accomplir les formalités administratives (déclaration) et le règlement des cotisations.

5. Est-ce que la sécurité sociale rembourse entièrement les frais médicaux ?

La Sécurité Sociale ne rembourse pas tous les soins mais environ 75 % des dépenses de santé (53% en médecine de ville). Une participation (ticket modérateur*) est laissée à la charge de l'assuré. Elle peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Toutefois, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière coûteuse.. Pour faire face à ce qui reste à leur charge, la grande majorité des Français (90 %) bénéficie d'une complémentaire santé (Mutuelle), soit à titre individuel, soit dans le cadre d'un contrat d'entreprise, ou encore grâce à la CMU complémentaire.

** Le ticket modérateur varie en fonction du type de soin ou médicament. Il existe des exonérations qui sont liées à la pathologie (en cas « d'affections de longue durée », inscrites sur une liste), liées à la nature de actes et traitements (lors d'une hospitalisation pour une longue durée (plus de 30 jours) ou pour des soins très spécialisés) ou liées à la situation de l'assuré (grossesse, victime d'accident du travail, pensionné de guerre, ...).*

Les centres de santé, financés par l'hôpital de Cayenne

Le 1^{er} Janvier 2000, les 21 centres de médecine collective (gérés de 1984 à 1999 par le Conseil Général) ont été rattachés, pour la gestion des soins curatifs, au Centre Hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne. Le 2 Mai 2002, les 11 Postes et 10 Centres de Santé sont intégrés au sein d'un Département des Centres de Santé dont l'unité de coordination est basée à Cayenne. En conséquence, l'hôpital de Cayenne gère entièrement les frais nécessaires au fonctionnement des dispensaires.

Ces frais comportent :

- salaire du personnel soignant
- salaires des cadres de santé et agents de services (lecture goutte épaisse, gestion des dossiers, traduction, pré-consultation...)
- frais et transport des médicaments, du matériel et des examens biologiques (par pirogue/avion/hélicoptère/voiture)
- transport des patients des dispensaires à l'hôpital en pirogue, en ambulance ou en evasan par hélicoptère (voire note1)
- frais des quelques logements mis à disposition pour le personnel soignant
- frais de rénovation des bâtiments, etc....

L'hôpital reçoit ses recettes par le remboursement de la Sécurité Sociale, des Mutuelles et autres Caisses Maladies. De plus, un budget voté par le Conseil d'Administration de l'Hôpital est versé par le Ministère de la Santé, qui est censé compléter le déficit de l'hôpital. Par contre, si l'hôpital devient bénéficiaire, l'Etat diminuera les subventions, d'où le manque d'économies et d'efforts de gestion pour combler le déficit.

Les évacuations sanitaires

Un cas particulier:

La Guyane (973), comme tous les départements français, possède un SAMU dont l'organisation et la structure répondent au schéma « classique ».

Cependant, ce département d'outre-mer est original à plus d'un titre :

- par sa situation : en Amérique du Sud, entre Brésil et Surinam, à 7000 km de la métropole (9h d'avion)
- par sa taille : 91 000 km², 1/6 de la France métropolitaine
- par sa forêt équatoriale recouvrant 90% du territoire
- par sa population : 180 000 personnes environ, réparties en une quarantaine d'ethnies différentes, et dispersées de façon très inégale (90% étant regroupé le long de la côte)
- par ses voies de communication : la plupart des communes de l'intérieur ne sont accessibles que par voie fluviale ou aérienne, le réseau routier étant pour l'essentiel concentré sur la bande côtière
- par une météorologie équatoriale interférant sur les transports aériens
- par sa structure sanitaire particulière : cohabitation de deux systèmes, l'un identique à celui appliqué en métropole, le second s'appuyant sur un réseau de Centres et Postes de Santé, géré par le Conseil Régional
- par l'existence d'un Centre Spatial particulièrement actif

Le gouvernement cherche aussi actuellement à coopérer avec le Brésil pour s'occuper des zones reculées de l'Amazonie.

Ces nombreuses originalités retentissent sur les techniques de régulation médicale, essentiellement en terme de recueil d'information, d'appréciation du degré d'urgence, de moyens et de délais d'intervention. On doit également prendre en compte les éventuelles situations d'exception, liées au risque technologique mais aussi à l'environnement (inaccessibilité des sites).

Le recueil d'informations et l'estimation du degré d'urgence :

Les particularités liées aux moyens de communication, à la qualité de l'interlocuteur, et à la pathologie suspectée influencent la régulation médicale. Les communications : elles sont dominées par le réseau filaire. Le téléphone équipe maintenant tous les Postes et Centres de Santé du Maroni et de l'Oyapock grâce à l'installation de panneaux solaires. Il persiste cependant des villages à l'intérieur des terres et des sites isolés où le dialogue ne peut se faire que par radio, soit directement (BLU, canal départemental, en écoute permanente au SAMU). Il en résulte parfois un retard important dans l'alerte, ainsi que des problèmes de qualité

d'écoute, les liaisons radios pouvant être médiocres (difficultés d'installation de relais dans la forêt). Quelques rares sites d'orpailages possèdent un téléphone satellite (« major compagnies »), de plus, très peu de zones sont liées au réseau de téléphonie mobile. Sur la région côtière, la qualité du réseau de téléphone est équivalente à la métropole, mais avec un parc téléphonique plus réduit (une ligne pour quatre habitants, contre une pour deux en France). On note ainsi la fréquence élevée des appels « indirects » au SAMU (un voisin le plus souvent), qui transmettent une alerte avec des notions très imprécises. Il existe enfin un projet de télé-médecine entre les principaux Centres de Santé et le Centre Hospitalier de Cayenne. Le Centre pénitentiaire possède également un équipement de télé-médecine relié prochainement à la salle de régulation du SAMU.

L'interlocuteur :

Les médecins sont relativement aguerris à l'urgence, et les bilans sont en règle générale complets et argumentés. Cependant, la composante « ressentie » de l'urgence est souvent proportionnelle à l'isolement des sites. Le rôle de la régulation est alors essentiel dans les conseils qu'elle peut apporter, surtout si l'évacuation demandée est techniquement immédiatement impossible ou retardée.



Evacuation d'une infirmière du dispensaire ayant eu un accident de taxi (choque frontal) en se rendant à une discothèque de la ville brésilienne d'Oyapocke. Seraina et Olivier eurent de la chance car ils étaient censés prendre ce même taxi, mais trop fatigués de la journée ils avaient heureusement décidé de ne pas rejoindre leurs amis infirmiers.



Rapatriement de l'infirmière sérieusement blessée sur Cayenne par ambulance

Parfois, le médecin de secteur peut subir des pressions locales lui réclamant une évacuation sanitaire qui ne se justifie pas sur le plan médical. Le médecin régulateur peut être amené à jouer un rôle « tampon » dans ce type d'affaire. Les infirmières isolées font souvent appel au SAMU pour des conseils. En cas de pathologies plus grave, un contact « heure par heure » peut se faire, avec ajustement des conduites à tenir selon l'évolution, en attendant l'organisation d'une évacuation. Les agents de santé ont une fonction d'alerte et de premiers secours, et assurent la continuité des soins entre les tournées médicales. Lorsqu'un bilan ne peut pas être fait par un médecin sur place, et en dehors des urgences vitales nettes, beaucoup d'évacuations sont décidées par le médecin régulateur « dans le doute ». En effet, les délais d'acheminement vers le Centre de Santé le plus proche sont parfois considérables (par exemple, six jours de pirogue en saison sèche entre le camp d'orpaillage de Dorlin et le dispensaire de Maripasoula).

En plus des problèmes de compréhension de la langue, peuvent s'ajouter des spécificités culturelles gênant l'évaluation de la gravité. Ceci est particulièrement vrai dans l'expression de la douleur, certaines communautés sont expansives (haïtienne par exemple), d'autres au contraire sont silencieuses (communauté chinoise).

Cas particulier des sites miniers aurifères : depuis avril 1996, une convention lie la principale société de prospection aurifère de Guyane au Centre Hospitalier de Cayenne. Dans ce cadre, le SAMU a pour mission d'effectuer des visites régulières sur les sites, d'organiser leur pharmacie d'urgence, et de former des référents (évaluation sommaire d'une gravité, gestes secouristes). En cas de problème, le médecin régulateur saura exactement ce dont disposent les gens sur place, et ce qu'ils sont susceptibles de faire en attendant les secours adaptés.

La pathologie :

Le risque de paludisme grave à *Plasmodium falciparum* entraîne des indications d'évacuation. Il en est de même en pédiatrie pour les déshydratations, rapidement dramatiques en zone tropicale (à noter que les enfants de 0 à 4 ans représentent 11% de la population totale, contre 5,6 en métropole). On constate aussi la grande fréquence des problèmes obstétricaux (taux de natalité deux fois supérieur à celui de la métropole), souvent difficiles à réguler, et à l'origine de nombreux transports qui peuvent s'avérer ensuite injustifiés. Normalement, tous les accouchements ont lieu aux hôpitaux de Cayenne, de Saint-Laurent-du-Maroni, ou à l'hôpital de la Croix-Rouge à Kourou: les patientes sont descendues en pirogue le long des fleuves ou en ambulance depuis St-Georges à la 37ème semaine.

Les plaies par armes à feu sont fréquentes (en forêt, chaque personne possède au moins un fusil de chasse) et graves (le plomb utilisé est presque toujours la chevrotine « grains », en vente libre en Guyane). Une bonne connaissance des problèmes d'envenimation est indispensable car le médecin régulateur est souvent sollicité pour des conseils et des demandes de conduites à tenir (essentiellement morsures de serpents et piqûres de scorpions).

Les moyens et les délais d'intervention :

Ils vont dépendre de contraintes physiques, géographiques, et humaines. Cayenne et sa région doivent être distinguées de l'intérieur du département. Par ailleurs, le SAMU organise des évacuations sanitaires hors du département, en direction du CHU de Fort de France ou vers un hôpital parisien.



L'hélicoptère du SAMU 973 venant chercher un patient au dispensaire de Grand Santi.

Les interventions primaires :

Cayenne:

Les moyens de réponse dont dispose le médecin régulateur sont limités, bien qu'en théorie ils soient proches de ceux rencontrés en métropole.

La garde des médecins libéraux commence à 18 heures. Il n'existe donc pas de permanence des soins dans la journée, ni de structure d'« urgences intermédiaires ». En garde, le problème financier est souvent au premier plan et implique parfois un refus de consultation médicale par les patients.

La garde des ambulances : la disponibilité des ambulances privées est souvent réduite, et leur recours est fréquemment rejeté par le patient pour des raisons financières.

Les sapeurs-pompiers sont ainsi sollicités directement par les particuliers pour effectuer de simples transports vers l'hôpital, ne relevant pas toujours de l'urgence.



Véhicules des pompiers de St-Georges

L'intérieur du département:

Les interventions sont dépendantes de facteurs techniques et géographiques. Ces contraintes retentissent sur les délais de prise en charge des patients. Les distances et la pauvreté du réseau routier obligent à l'utilisation presque exclusive des vecteurs aériens. Chaque fois que cela est possible, si le site dispose d'une piste d'atterrissage, on fait appel à un avion de la compagnie intérieur Air Guyane. Plus rarement, on utilisera un appareil de type « Pilatus », pouvant atterrir et décoller sur de très courtes distances, mais équipé d'un seul moteur. A titre d'exemple, 1 h 45 est nécessaire en hélicoptère pour atteindre le village amérindien de « Trois-Sauts », et 1 h 20 pour celui de « Maripasoula ». L'accessibilité des sites : elle nécessite au moins une hélisurface. Certains sites n'en ont pas, et la victime doit être acheminée jusqu'à l'hélisurface la plus proche. Il est particulièrement important de bien identifier et situer les

lieux d'intervention. La cartographie du SAMU doit être réactualisée fréquemment, car les sites d'orpaillage changent, au gré de la prospection.



*L'hélicoptère du SAMU 973 atterrissant sur la piste de l'hôpital Andrée Rosemon
(il y a qu'un seul hélicoptère pour tout le département)*

La météorologie : Pendant la saison des pluies, particulièrement en cas d'orages violents, la météorologie peut être à l'origine d'un report, voire d'une annulation d'une mission héliportée. La nuit, seuls quelques sites sont accessibles car ils possèdent une piste d'atterrissage de taille suffisante et correctement balisée. Ces évacuations ne peuvent s'effectuer qu'en avion ou en hélicoptère de type PUMA de l'Armée de l'Air (convention). Il s'agit toujours d'évacuations « à haut risque », dont les indications doivent être particulièrement pesées avant d'être déclenchées. Dans tous les cas, le médecin régulateur devra s'assurer des conditions de sécurité de l'équipe médicale, et en premier lieu du balisage.



Petit garçon souffrant d'une pneumonie. Cet enfant a été amené au tout dernier moment au dispensaire, les parents avaient d'abord été dans un dispensaire surinamiens au début, mais n'ont pas réagi par la suite, heureusement pour cet enfant, il a pu être évacué en hélicoptère sur Cayenne et il a pu être sauvé.

Les évacuations sanitaires secondaires :

Les transferts inter hospitaliers dans le département : Seul l'hôpital de Cayenne bénéficie d'un plateau technique complet (service de réanimation, scanner), impliquant de nombreux transferts secondaires médicalisés à partir des deux autres établissements hospitaliers du département. Le SMUR de Cayenne assure tous les transports aériens. Le SMUR de Kourou effectue ses transferts par route (60 km). Pour St-Laurent-du-Maroni, distant de 250 km, une jonction routière est souvent faite par les deux SMUR à mi-parcours. Les évacuations sanitaires hors du département : Elles peuvent être organisées en urgence par le médecin régulateur, le plus souvent en direction du CHU de Fort-de-France (Martinique). C'est le cas pour la chirurgie cardiaque ou neurologique. Un avion d'Air Guyane peut être affrété spécialement en cas d'urgence extrême. Dans les autres cas, la ligne régulière est utilisée (un vol quotidien Air France). Quelques rares transports de réanimation sont encore organisés en direction de Paris. Ces transferts doivent faire l'objet d'une préparation particulièrement étudiée, neuf heures de vol étant nécessaires par les lignes régulières Air France (un vol quotidien).

Ses caractéristiques géographiques et ethniques, son organisation sanitaire, ses contrastes (côte et forêt, pirogue et fusée), font de la Guyane un département tout à fait original. Le SAMU 973, particulièrement ses permanenciers et ses médecins régulateurs, doivent parfaitement connaître et intégrer ces spécificités pour jouer leur rôle de manière efficace dans le système de soins guyanais.



Les missions en pirogues



L'infirmière et le médecin sur l'Oyapock



Les deux stagiaires de St-Georges ont chacun eu la chance de pouvoir partir un jour, chacun leur tour, avec l'équipe de mission en pirogue le long du fleuve Oyapock.



Arrivée à Ouanary

Il faut savoir qu'une fois toutes les deux semaines, un aller-retour en pirogue, effectué en une journée, est organisé depuis l'embarcadère de St-Georges. Montent à bord un infirmier, un médecin, et parfois un technicien en électricité, pour un voyage de 3 heures en descendant l'Oyapock jusqu'au petit village de Ouanary. Une fois sur place, le matériel médical et divers, est

acheminé par des porteurs du village et les passagers jusqu'en haut d'une petite colline d'où domine le poste de santé. L'infirmier arrivé prend le relais de son homologue qui tient seul le poste depuis deux semaines. Les transmissions se font. La pharmacie est complétée au mieux que possible, alors que certains médicaments jugés inutiles dans ce village et bientôt périmés repartiront avec la pirogue pour peut-être servir à la suite de la mission.



Débarquement du matériel



Poste de Santé de Ouanary



Vue imprenable depuis le poste de Santé de Ouanary



Transmissions des données patient et relève de l'infirmier
consultation, nous disons adieu à l'infirmier qui prend la relève au poste et repartons avec l'autre, en général tout heureux de rentrer sur St-Georges. En effet, Ouanary est un village perdu au milieu de rien si ce n'est la forêt, ou règne certes la tranquillité de la nature, mais aussi une certaine solitude pour l'infirmier au bout de ces deux semaines.

Le docteur s'installe à son bureau et les quelques visites commencent. Ce sont surtout des femmes qui viennent faire examiner leurs tout jeunes bébés. Nous avons la chance d'avoir eu un médecin qui nous a laissé pratiquer la plupart des gestes techniques. Ainsi nous avons pratiqué l'examen du nouveau né et vacciné quelques bébés du village.

Après seulement 3 heures de

Le piroguier redémarre son moteur, et nous nous mettons à remonter le terrible courant de l'Oyapock en direction de St-Georges en faisant étape par le village des Trois-Palétuviers puis



Village des Trois-Palétuviers

par celui de Tampac. Dans le premier village, l'infirmier fait sonner une grosse cloche posée au milieu du village. A ce signal, toutes les personnes nécessitant des soins ou des médicaments se dirige vers nous ; encore une fois surtout des femmes avec leurs enfants. Pour la petite anecdote, heureusement que le stagiaire suisse avait pris son stéthoscope, qui permit au

médecin qui avait oublié le sien, de confirmer le diagnostic d'un asthme chez un jeune bébé, puis peu après un souffle cardiaque chez une personne âgée du village de Tampac.

Par manque de matériel médical sur place les personnes nécessitant des soins plus importants (comme cet enfant asthmatique accompagné de sa maman) prennent place dans la pirogue



pour être remontées vers le centre de santé de St-Georges. Cependant, certains malades, plutôt d'un certain âge, refusent de quitter leur village, comme cette femme âgée du village de Tampac.



On fait ce qu'on peut avec les médicaments à disposition



pose d'une attelle

On ne peut alors la forcer, mais le médecin lui explique les risques, et prévient des jeunes du village de tenter de la persuader de monter sur St-Georges, sachant au fond que ces jeunes n'en feront rien. Dans ces villages reculés de Guyane, les vieilles personnes en fin de vie sont le plus souvent abandonnées et laissées à mourir. Contrairement à ce que l'on pourrait penser,



Visite du village de Tampac en pleine heure de la sieste

ceci ne semble pas déranger ces anciens du village. Il faut bien mourir un jour. Voilà une leçon que certains médecins de chez nous auraient du mal à accepter.

Le centre de St-Georges envoie aussi une mission en direction de Camopi (toujours sur l'Oyapock), mais qui n'a lieu qu'une seule fois par mois.

Les missions en pirogues se pratiquent également le long de l'autre fleuve frontière de la Guyane, à savoir le Maroni.

L'Organisation interne des centres de santé : exemple de Grand Santi

Avec environ 80 consultations par jour pour seulement deux médecins qui ne parlent pas couramment la langue des minorités présentes, le dispensaire se doit d'avoir une organisation rapide et efficace.

Le dispensaire de Grand-Santi offre une permanence du lundi au vendredi de 7h30 à 14h00. En dehors de ces horaires un service de garde par les infirmiers assure les urgences. Si l'infirmier n'est pas présent au dispensaire pendant cette période, sa photo avec l'image de sa maison est affichée sur la porte du dispensaire.



Lors d'une demande de consultation il faut se présenter dès 7h30 pour s'inscrire.

Voici la marche à suivre pour un patient :

1. à l'entrée, le patient donne son nom et un agent de service hospitalier recherche son dossier parmi les innombrables caisses en carton empilées.
2. il rentre ensuite dans l'entrée qui se nomme salle de pré-consultation où le patient est pesé, mesuré (pour les enfants), avec prise de température et de sang pour une goutte épaisse en cas de suspicion de fièvre. Une secrétaire bilingue en taki et français recueille les plaintes et les traduit dans le carnet de santé en incluant les résultats de la température, du poids et de la goutte épaisse (une heure plus tard).
3. Après une assez longue attente sous le préau du dispensaire, le patient est appelé en consultation chez le médecin ou chez les infirmiers pour des soins. Un des agents de service est souvent appelé pour les traductions. Le médecin note ensuite le diagnostic et le traitement sur le carnet qu'il remet au patient.

4. Le patient fait ensuite le tour du dispensaire où il présente son carnet aux infirmiers qui se tiennent derrière une fenêtre grillagée pour distribuer les médicaments et leur expliquer la posologie. Les infirmiers notent ensuite dans un ordinateur le numéro du patient et un code qui désigne les soins donnés à ce patient afin de faire des statistiques à long terme.

Sur cette organisation voici quelques points qui nous ont étonnés. Nous avons déjà parlé auparavant de la saleté, la dégradation du matériel et l'étroitesse des infrastructures qui ne permet presque aucun secret médical. De plus, un des médecins fumait entre les consultations dans son cabinet. Avec la chaleur et l'humidité, malgré le ventilateur qui tournait au maximum, les patients entraient toujours dans une salle enfumée. Un autre point nous a étonné après avoir suivi des cours de relation médecin malade pendant deux ans : Nous avons remarqué lors de nombreuses consultations que le médecin lisait les plaintes, inspectait, auscultait, palpait, puis notait son diagnostic dans le carnet avant de renvoyer le patient. Aucun échange ne s'est passé entre, d'une part, le patient qui entre, pose son carnet sans même sourire ou dire bonjour et d'autre part le médecin qui ne lui dit pas son diagnostic ni le traitement qu'il va lui prescrire. Dans un certain sens, la barrière de la langue est responsable pour beaucoup mais nous pensons que tout peut être au moins amélioré un minimum. De plus nous pouvons comprendre pourquoi l'adhérence thérapeutique est très mauvaise dans ces conditions là ! Un dernier point qui nous a marqué est que les femmes changent leur prénom et leur nom au gré de leurs envies et des modes. Une fois un nouveau nom décidé, elles renient entièrement l'ancien. Pour les archives et les dossiers, cela présente un problème énorme pour le personnel soignant. Ils ont dû obliger chaque femme à choisir un nom stable pour le dispensaire, qu'elles garderont à vie.

Dans les Centres de Santé, le personnel soignant ne reste jamais beaucoup plus que quelques mois en général. Les médecins ambulants tiennent environ un mois maximum, à cause du climat, de l'isolement, de la précarité de la nourriture et du logement. Les infirmiers restent en moyenne plus longtemps. A Grand-Santi, le dispensaire avait la chance d'avoir une équipe ancienne composée d'un infirmier qui travaillait à Grand-Santi depuis dix ans et qui avait épousé une femme de la région. Les deux autres infirmiers s'étaient installés au village depuis plusieurs années. Lorsqu'ils sont en famille ils restent jusqu'à ce que l'aîné atteigne l'âge du cycle, par manque d'enseignement après le primaire à Grand-Santi. Certains médecins passionnés de médecine tropicale et d'aventure viennent travailler au dispensaire un mois ou deux par an pendant leurs vacances en France. Les médecins résidant à l'année dans les villages travaillent deux mois d'affilé puis prennent un mois de vacances en France : en tout ils travaillent huit mois par an avec le même salaire qu'un médecin à plein temps. Ce

système est le seul moyen d'assurer des médecins de façon régulière dans les dispensaires très isolés.

Pendant la semaine, deux pirogues financées par l'hôpital de Cayenne font l'aller-retour entre Grand-Santi et Saint-Laurent-du-Maroni à environ une ou deux journées de voyage selon le niveau du fleuve. Elles acheminent tout le matériel médical, les médicaments, les examens biologiques, les patients à hospitaliser, ou les femmes enceintes à 36 semaines de grossesse pour éviter qu'elles accouchent au dispensaire. Ces pirogues partent de Grand-Santi le mardi matin à 8h ainsi que le jeudi matin. Ces départs conditionnent donc un planning de la semaine pour le dispensaire.

En plus du fonctionnement normal du dispensaire, quelques activités sont assurées par un médecin et une infirmière consacrés entièrement au femmes enceintes, aux bébés et à l'éducation sexuelle à l'école primaire ou en consultation. Voici leur programme de la semaine :

- Lundi : suivi des femmes enceintes avec échographie et prise de sang, qui partira le lendemain matin avec la pirogue du Mardi.

- Mercredi : suivi des enfants (poids, taille, périmètre crânien), vaccinations. L'infirmière en profite pour faire une brève éducation des mères au sujet de l'allaitement ou de l'alimentation des enfants.

Le travail avec les femmes enceintes et les enfants n'est pas facile dans ces villages d'Amazonie pour plusieurs raisons. Par exemple, dans les croyances locales, le sang est perçu comme un fluide de vie ; les femmes sont donc très réticentes pour les prises de sang car elles ont l'impression qu'on leur enlève un peu de vie à chaque fois.

Lorsqu'on se promène dans les villages, on ne voit que des centaines d'enfants à peu près en bonne santé, mais où sont les aveugles, les handicapés ? La réponse est qu'il n'y en a pas ou presque. Les parents noient les bébés où abandonnent les enfants en forêt où ils meurent en quelques jours. Cette pratique est courante pour presque tous les peuples d'Amazonie. Il y a seulement une île sur le Maroni où les familles déposent les vieillards et les handicapés qui vivent et meurent comme des bêtes. Le personnel soignant ne sait pas où se trouve cet endroit, seules des rumeurs nous font part de son existence. Avec le suivi des femmes enceintes et le recensement rapide à la mairie locale, les femmes ont plus de mal pour abandonner leurs enfants non désirés. La seule pratique restante est la noyade « accidentelle » dans le fleuve. Ils disent que « le fleuve a pris l'enfant » comme si c'était un destin auquel il ne pouvait échapper. Personne ne questionne ce genre de mort.

Les mères ne voient pas non plus toujours l'intérêt de vacciner leurs enfants. Le personnel soignant reste très ferme sur ce domaine : une mère qui refuse de faire vacciner son enfant où

d'être suivie pendant sa grossesse est exclue de consultations et de soins au dispensaire. Cette pratique bafoue entièrement la liberté du patient, mais semble ne pas trop perturber les femmes du village qui restent fidèles à leur rendez-vous.



Village de Gend-Santi

V. Les problèmes du système et les difficultés de la région

Le financement

Endettement de l'hôpital de Cayenne

L'hôpital de Cayenne est en déficit pour plusieurs raisons : La raison principale est une très mauvaise gestion des finances. La deuxième raison est un trop grand nombre de postes « inutiles » au sein de l'hôpital, et la troisième grande raison est le prix des soins gratuits pour toute la population illégale que nous allons développer plus en détail.

1) Endettement dû aux soins gratuits de la population illégale :

La commune de Grand-Santi, se trouvant au bord du fleuve Maroni, contient une population essentiellement Noir Marron qu'on nomme « les gens du fleuve ». Cette population est divisée en plusieurs clans : les Djukas, les Boni..., qui habitent autant du côté surinamien, que du côté français du fleuve. De plus, lors de la guerre civile de Surinam dans les années 80, énormément de Noirs Marrons résidant sur le sol surinamien ont traversé le fleuve pour s'installer du côté français. De ces surinamiens, très peu sont recensés dans la population guyanaise. Le dispensaire voit donc arriver chaque jour des patients non français sans carte de séjour, ni moyen financier pour rembourser les frais. Le dispensaire les soigne et leur offre les médicaments gratuitement.

Pour les hospitalisations et les évases, le personnel soignant leur fait des papiers pour accéder à l'Aide Médicale Etat. Pour les soins en dispensaire, aucun papier n'est demandé, donc comme ils n'ont pas de sécurité sociale, c'est l'hôpital qui leur paye les soins et médicaments. Donc concrètement, l'hôpital de Cayenne s'endette à soigner les populations non françaises aux environs des dispensaires. Certes, cette approche est fondamentalement sociale, mais par derrière, le côté financier en souffre. A ce sujet, nous avons assisté à l'évasan in extremis d'un enfant surinamien en détresse respiratoire majeure. Sans l'hélicoptère qui l'a amené aux urgences à l'hôpital de Cayenne dans les heures qui suivaient, cet enfant serait mort dans la nuit au dispensaire, faute de matériel d'intubation. Aucun soignant n'a hésité à appeler l'hélicoptère, même en sachant qu'il n'aurait sûrement pas de quoi rembourser, et qu'il n'avait pas d'assurance maladie. Comment penser à l'argent aux cotés d'un enfant qui se bat avec la mort lorsqu'on peut le sauver ? Ceci est l'histoire d'un cas parmi tant d'autres, et chaque fois l'hôpital verse plusieurs milliers d'euros.

Pour l'instant, les soignants continuent leur travail en ferment les yeux aux coûts ; ils disent « l'hôpital se débrouillera ». Mais à la longue, comment ce système survivra-t-il ? Avec l'accroissement de la population illégale et la hausse des coûts de la santé, l'hôpital ne peut que s'endetter sans fin. Lors de notre séjour, nous n'avons pas eu de réponses sur comment l'hôpital prévoyait à long terme de gérer financièrement les soins gratuits des étrangers clandestins. Le personnel soignant de Grand-Santi proposait l'idée de faire payer une cotisation au patient pour chaque consultation ou soin ; elle serait très peu chère et plus symbolique qu'autre chose, mais elle aurait le but de sensibiliser la population au coût de la santé et diminuerait l'effet « distributeur automatique » du dispensaire. Cette approche existe déjà de l'autre côté du fleuve dans les dispensaires surinamiens.

2) Conséquences du déficit de l'hôpital :

Une des conséquences du déficit de l'hôpital qui touche directement certains dispensaires se joue au niveau des infrastructures en besoin urgent d'être rénové. Par exemple, pour le dispensaire de Grand-Santi, les logements du personnel sont délabrés et très sales, les sanitaires sont toujours en panne, l'eau des toilettes coule dans les cabinets de consultation et le couloir d'attente, le plafond risque de s'écrouler, le manque de place fait que plusieurs patients sont soignés en même temps dans la même pièce, ce qui fait que le secret médical ne peut pas être respecté malgré les efforts du personnel soignant. N'ayant pas de moustiquaires aux fenêtres, les mouches, moustiques et les lézards du dispensaire font contraste avec les protocoles de stérilité. La mauvaise orientation du dispensaire lui empêche de recevoir le moindre courant d'air, ce qui rend la chaleur insupportable à partir de midi, malgré les quelques ventilateurs qui fonctionnent au maximum. Il est prévu que ce dispensaire soit démonté et reconstruit quelques mètres plus loin, mais chacun sait que l'hôpital a d'autres dépenses plus urgentes et que les travaux commenceront le jour où le dispensaire s'écroulera littéralement !

Une autre conséquence du déficit de l'hôpital est le manque de fournisseurs. Aucune entreprise ne veut se risquer à lui offrir ses services ou lui fournir du matériel, car l'hôpital ne pourra pas payer ou payera « plus tard ». Donc la plupart des entreprises qui livraient en gros ou offrait des rabais se sont retirées. L'hôpital doit donc payer plus cher son matériel de base qu'il doit acheter aux rares fournisseurs volontaires qui en profitent pour augmenter les prix. Comme on peut l'imaginer, ceci contribue à l'augmentation du déficit : un vrai cercle vicieux.

3) L'effet « distributeur automatique » :

Une chose qui nous a particulièrement étonnés au dispensaire de Grand-Santi est le nombre de patients qui consultent lorsqu'ils ne sont pas malades et en parfaite santé. Très régulièrement nous avons assisté à des consultations où une mère venait avec ses enfants et parfois des enfants de voisins ou de la famille pour se trouver facilement entre quatre à neuf personnes pour une consultation.

Le motif était très souvent le même : fièvre (dont la température actuelle dépassait rarement le 37,5°), rhume ou mal de ventre. Après avoir inspecté, ausculté et palpé chaque enfant, un seul au plus, dans la majorité des cas, avait vraiment quelque chose. Parfois une famille entière consultait et se trouvait en parfaite santé. Très souvent des adultes, un peu plus souvent les femmes que les hommes, consultaient pour « fièvre », bien que leur température actuelle soit dans la norme et qu'aucun signe clinique puisse faire suspecter une pathologie quelconque.

Sachant qu'il faut se présenter au dispensaire entre 7h30 et 8h du matin, qu'il faut attendre toute la matinée dehors en pleine chaleur pour une consultation de quelques minutes seulement, nous ne comprenions pas ce qui pouvait pousser les patients en bonne santé ou une famille entière avec la majorité des enfants en pleine forme à passer une matinée aussi désagréable selon notre opinion. Nous n'avons jamais eu de réponses à ce sujet mais nous avons pu récolter plusieurs théories.

La première se base sur le dispensaire en tant que lieu de rencontres et de discussions. Pendant la matinée entre cinquante et quatre-vingt personnes, surtout des femmes et des enfants, sont entassés sous le préau pour dormir, discuter et pique-niquer ; beaucoup d'entre eux viennent de loin par pirogue. N'ayant pas de marché au village de Grand-Santi puisque la population vit en autosuffisance avec la chasse, la pêche et les abatis de manioc, il n'y a pas de lieu de rencontres quotidiennes ; seules deux petites épicerie assurent le ravitaillement en produits d'usage courant (savon, couches en plastiques, clous...). On pourrait penser que d'aller au dispensaire est une « bonne excuse » pour sortir de la maison, voir du monde. De plus, le village de Grand-Santi étant le plus grand village des environs avant Apatou ou Papaïchton, à plusieurs heures de pirogue, là aussi, le fait de faire un voyage au dispensaire permet de revoir la famille, les amis, acheter quelques affaires chez les épiciers. Les soins étant gratuits, la population n'a pas de remords pour venir souvent, et souvent inutilement selon les médecins.

Deux autres théories ont été proposées par un des médecins du dispensaire. La première se fondait sur le fait que cette population d'anciens esclaves évadés prendrait sa revanche envers les blancs en abusant de leur travail. Par exemple, beaucoup de patients arrivent au

dispensaire l'après-midi pour des pathologies mineures, alors que le dispensaire est normalement fermé et reçoit seulement les urgences.

La deuxième théorie serait que la population est atteinte d'une sorte de mal-être qui aboutirait à des affections psychosomatiques d'où l'effet fébrile et les maux de ventre. Ce mal-être viendrait du fait que l'occidentalisation de la population anciennement très isolée leur créerait des besoins qu'ils n'avaient pas auparavant et qu'ils ne peuvent pas satisfaire. Leur équilibre ancestral est bafoué par l'arrivée de la télévision et de l'argent de l'état sous la forme du RMI et des allocations familiales. Les femmes sont fatiguées par les grossesses rapprochées, ce qui contribue nettement à un état santé fragilisé ou à des affections psychosomatiques diverses.

Un dernier point essentiel qui nous semblait être une des raisons majeures de cet effet « distributeur » du dispensaire est le manque crucial d'éducation sanitaire de base. Tout d'abord les mères sont très ignorantes des moyens de soins des affections bénignes comme le mal de ventre, la fièvre et les petits traumatismes. On pourrait imaginer qu'un peuple autrefois autonome saurait se débrouiller avec des méthodes de soins ancestrales transmises de générations en générations, mais l'état actuel démontre le contraire : peut être que l'arrivée de la médecine moderne aurait fait oublier leur médecine traditionnelle ? Il serait faux de dire qu'ils n'ont plus aucune médecine ancestrale, ils ont en effet quelques « guérisseurs » dans le village, mais qui facturent environ 50€ la consultation, ce qui fait tout de même une petite fortune pour la plupart des villageois.

Voici plusieurs exemples de manque d'éducation sanitaire : Tout d'abord la population boit l'eau du fleuve dans laquelle elle se lave et jette ses déchets, les adultes sont habitués mais par contre les mères mettent cette eau dans les biberons des jeunes enfants, ce qui favorise les diarrhées graves. Ce qui est plus important c'est qu'elles ne savent pas évaluer la gravité des affections. Par exemple, nous avons reçu un enfant avec une brûlure du troisième degré sur l'ensemble de la fesse seulement plusieurs jours après l'accident, la plaie collait à ses habits mais heureusement ne s'était pas trop infecté. Un autre exemple est un enfant de 13 mois qui est venu avec un abcès au cou et une détresse respiratoire due à une pneumonie sévère. La jeune maman de 18 ans l'a transporté au dispensaire sous la menace d'une institutrice qui avait promis d'appeler la gendarmerie si elle refusait encore de le faire soigner. L'enfant a été transporté en urgence par hélicoptère à l'hôpital de Cayenne. Pour un dernier exemple, les parents d'un enfant ont attendu que sa tumeur au genou fasse la taille d'un melon avant de consulter au dispensaire, l'enfant a été envoyé en France pour se faire soigner et a perdu sa jambe. Pour faire un contraste avec ces cas sévères les consultations et les urgences sont essentiellement des cas de rhumes, et de fièvres supposées.

Lorsque les médecins ne trouvent rien de particulier chez un patient ils prescrivent du paracétamol pour leur donner quelque chose. De ce fait les patients sont habitués à recevoir des médicaments à la sortie et se plaignent parfois lorsqu'on ne leur donne rien. Nous pensons que le fait de leur prescrire des médicaments lorsqu'ils ne sont pas malades, pourrait entretenir leur fausse idée de maladie et n'aide pas à remédier au problème des consultations sans pathologie

L'utilisation des médicaments est aussi très mal comprise par la population. Par exemple, un infirmier a vu un homme mettre un suppositoire de paracétamol dans sa plaie au bras. Les infirmiers retrouvent très fréquemment les boîtes de médicaments intactes par terre à la sortie du dispensaire. Certaines filles prennent la pilule seulement le jour des rapports et ne comprennent pas pourquoi elles sont de nouveau enceintes. Au sujet des antibiotiques, les médecins savent très bien que la majorité des patients terminent leur traitement dès l'arrêt des symptômes. Pour les cas sévères ils demandent aux patients de revenir au dispensaire pour chaque dose d'antibiotique ; ce qui est impossible pour les patients habitant loin. Pour certains cas rares, les médecins gardent des patients dans une chambre du dispensaire pendant la totalité de leur traitement pour s'assurer de leur état et de la prise des médicaments.

N'ayant pas de pharmacie dans le village, la population est donc obligée de consulter pour mettre un pansement, soigner une plaie superficielle, prendre une température ou se procurer de l'aspirine, du paracétamol ou autre médicament d'usage courant. Ce n'est donc pas étonnant de voir jusqu'à quatre-vingt consultations par jour.

Au dispensaire, seulement une infirmière s'occupe de l'éducation de la population mais se limite à l'éducation sexuelle des jeunes à l'école primaire. C'est déjà un bon pas en avant mais il reste encore tant à faire ! Le personnel soignant essaye de faire cette éducation au fur et à mesure des soins et des consultations mais le temps manquant est trop important. Nous avons demandé aux infirmiers pourquoi personne n'organisait des cours pour les parents afin de leur apprendre les mesures d'hygiène et de soins minimums, ce qui diminuerait sensiblement le nombre de consultations par jour et le travail quotidien du personnel soignant. Ils nous ont répondu que pour organiser des cours il fallait que quelqu'un ait une autorisation, une formation et soit payé. Ce n'était pas une priorité financière pour l'hôpital. Bien que à long terme, une bonne éducation de la population diminuerait la quantité de distribution de médicaments, le nombre de consultations, d'urgences, d'évasans et d'hospitalisations, qui pour finir diminueraient énormément les dépenses de la santé.

Le dispensaire était donc souvent perçu comme un distributeur automatique de paracétamol, de vitamines, d'auscultation et de palpation, d'autant plus qu'il est gratuit. Les médecins continuent donc à distribuer, jusqu'au jour où quelqu'un éduquera cette population.

Autres problèmes perturbant le système de santé :

Il y a seulement deux assistants sociaux pour toute la Guyane. Ils s'occupent de toutes les formalités administratives pour les patients illégaux, les évasans, les patients mineurs ainsi tous les problèmes de logistique pour les patients hospitalisés qui habitent loin. Ce n'est pas difficile de comprendre qu'ils sont submergés de travail vu qu'un tiers de la population guyanaise est illégale et qu'environ 45% de la population a moins de vingt ans (56% à Grand-Santi).

Les sans-papiers et l'immigration

L'immigration est importante tant pour des raisons économiques (beaucoup de travailleurs viennent bénéficier des salaires bien plus élevés de la Guyane) que politiques (le Suriname sort d'une guerre civile) ou sociale (les soins sont gratuits et l'espoir d'un passeport français pour les enfants nés sur le territoire).

De plus le contrôle de l'immigration illégale est très difficile vu la topographie de la région (de densité de population très faible, couverte de forêt, sillonnée de cours d'eau,...) qui rendent le contrôle des mouvements des personnes quasi impossibles et des nombreux échanges entre les populations des différents pays.

Il y a différents types d'immigrants illégaux :

Tout d'abord il y a de nombreuses ethnies amérindiennes et noires marrons établies dans des territoires qui s'étendent de part et d'autre de la frontière. Les individus de ces populations ne possèdent pas forcément de papiers et ainsi il est difficile d'identifier avec certitude leur nationalité. Il est fréquent que ces personnes viennent en Guyane en provenance du Suriname ou du Brésil pour se faire soigner dans les dispensaires.

Ces échanges ne posent que peu de problèmes tant que les populations restent dans les régions frontalières.

Ensuite, il y a une immigration importante de travailleurs brésiliens qui viennent fuir le chômage et sont attirés par les salaires plus élevés que dans leur pays. Ils constituent une main-d'œuvre efficace et bon marché.

Les domaines où on trouve de nombreux brésiliens sont les chantiers, les pirogues, le transport de matériel à dos d'homme pour passer les rapides du fleuve,... Ce sont des travaux souvent très lourds et mal payés qui ne sont attractifs que pour les populations pauvres et marquées par le chômage du Brésil.



Brésiliens transportant du matériel sur les rapides de Saut-Maripa de l'Oyapock.



Piroguier brésilien ramenant le médecin Nicolas au dispensaire de St-Georges après une visite du dispensaire d'Oyapocke du côté du Brésil.

Il peut paraître paradoxal qu'on retrouve presque exclusivement des travailleurs brésiliens sur tous les chantiers de Guyane alors que le chômage est aussi important dans la région. Une des explications que nous avons trouvée est que la population guyanaise bénéficiant de la nationalité française et donc des diverses allocations, se contente de ces revenus versés par l'état. Notons que les brésiliens n'ont pas de telles allocations pour assurer leur subsistance. Certains de ces travailleurs emmènent leur famille et s'établissent dans le pays alors que d'autres ne viennent que temporairement pour un travail.

Dans la même idée de nombreux travailleurs étrangers (brésiliens ou parfois surinamiens) s'établissent dans des sites d'orpillage, souvent illégaux. Leur situation est très précaire, la gendarmerie sillonnant les fleuves pour repérer et détruire ces sites. Les personnes travaillant dans de tels sites sont particulièrement susceptibles d'être touchées par de nombreuses maladies telles que le paludisme, la leishmaniose ou d'autres maladies non identifiées et inquiétantes.

Il y a également une immigration importante depuis le Suriname. Ce pays a vécu une guerre civile de 1981 à 1992 et près de 10000 réfugiés ont fui vers la Guyane, dont beaucoup sont restés sur territoire guyanais après la fin des hostilités. De plus la situation économique assez désastreuse oblige encore de nombreuses personnes à chercher de meilleures conditions de vie de l'autre côté de la frontière. Avec cette importante immigration depuis un pays à la paix précaire sont apparus de nombreux problèmes de violence et de brigandage dans des villes comme Cayenne ou St-Laurent-du-Maroni.

Les problèmes posés par cette immigration sont nombreux, tant sociaux que juridiques ou politiques. Nous nous pencherons principalement sur les répercussions sur le système de santé.

Premièrement, les migrations de populations peuvent avoir comme conséquence l'émergence d'épidémies ou un risque d'infection accru. Par exemple, la vaccination contre la fièvre jaune est obligatoire en Guyane, ce qui prévient le risque d'épidémies. L'arrivée de personnes non vaccinées risque de perturber cet équilibre. Ces dernières années ont été observées des résurgences de différentes maladies, et on peut supposer que ce phénomène n'est pas étranger aux mouvements de populations.

Les sites d'orpillage posent également des problèmes sanitaires et sont souvent des foyers d'épidémies. Lors de notre séjour à St-Georges nous avons pu constater le début d'une telle épidémie dans un site d'orpillage proche du village amérindien de Camopi et qui menaçait de s'étendre à la population de ce village.

Ensuite, un des problèmes posés par les sans-papiers est l'absence de couverture par une assurance maladie. Les soins étant gratuits pour tout le monde dans les Centres de Santé, cela ne pose pas de problème pour des soins simples (hormis l'augmentation du nombre de patients à traiter et donc des coûts), néanmoins cela devient un véritable casse-tête dans le cas qui nécessitent une évacuation sanitaire vers un hôpital de la côte ou hors de Guyane, où les sommes impliquées sont beaucoup plus importantes.

Dans un tel cas le financement doit être fourni par une assurance maladie, dont les sans-papiers sont dépourvus. Il existe une solution pour les personnes établies de façon stable en territoire guyanais : l'Aide Médicale d'Etat (AME). Les autres immigrants soulèvent un dilemme éthique s'ils nécessitent des soins urgents dans un hôpital. Certains brésiliens peuvent être envoyés dans un hôpital au Brésil, mais un avion ne peut pas être affrété à partir du territoire français, ce qui nécessite un premier transfert en pirogue, difficilement réalisable en cas d'extrême urgence. Autrement, l'AME peut être accordée à titre humanitaire. Finalement, une solution est toujours trouvée, mais au prix d'une grande mobilisation de la part des soignants et des autres organismes concernés.

Un autre problème en cas d'évacuation sanitaire vers les grandes villes côtières est le déplacement de clandestins à l'intérieur du territoire, qui est parfois à l'origine de tensions entre les professionnels de santé et la Police de l'Air et des Frontières (PAF), chargée du contrôle de l'immigration. Il arrive en effet que des personnes en situation irrégulière tirent profit de leur séjour sur la côte pour disparaître.

C'est ce qui est arrivé lors de notre séjour : une femme brésilienne habitant St-Georges mais dont la situation était irrégulière avait été envoyée à Cayenne pour accoucher mais n'est ensuite pas retournée dans le village.

Nous avons également entendu parler de soignants organisant un transfert d'un patient vers Cayenne et qui ont été menacés d'être accusés de transfert illégal de personnes. Pour éviter ce genre de malentendus juridiques il existe des procédures à respecter, notamment des demandes à adresser à la PAF et aux services sociaux.

En Guyane il y a environ 270'000 personnes recensées plus environ 100'000 illégaux, surtout du Surinam. Puisque la taille et le nombre d'hôpitaux, de dispensaires, de pharmacies et de personnel soignant se mesure au nombre d'habitants recensés, il y a inévitablement un phénomène de saturation. Les hôpitaux sont pleins, le personnel soignant est insuffisant...

La langue

Une des particularités de la Guyane est le grand nombre de langues, tant indigènes qu'issues de l'immigration.

En Guyane les langues principales sont le français, le créole guyanais, les différents dialectes amérindiens et les langues des Noirs Marrons. Plus récemment d'autres dialectes créoles ont été apportés par l'immigration. D'autres langues telles que le portugais apporté par les brésiliens, le chinois hakka, le cantonnais, le min et le yan apporté par les immigrants chinois, le libanais ou le laotien sont arrivées avec les différentes vagues d'immigration.

Le français est la langue utilisée dans l'enseignement et la plupart des médias. Elle est donc maîtrisée par la majorité des enfants qui ont suivi leur scolarité en Guyane. Ceux-ci servent souvent d'interprètes pour leurs parents ou d'autres membres de leur famille non francophones.

Le créole guyanais est répandu surtout sur la côte (là où vivent la plupart des créoles).

Suivant notre affectation soit à Grand-Santi ou St-Georges, la composition ethnolinguistique a été différente :

Grand-Santi étant un village Djuka en territoire Boni et face au Suriname, les langues rencontrées au Centre de Santé ont été le taki-taki et un peu de portugais (il n'y avait que trois brésiliens au village durant la période du stage).

La population parle très peu le français, ce qui est assez étonnant vu que c'est la langue parlée à l'école. Il semble que ceci révèle le manque profond d'intérêt pour la scolarité (les études offrent peu voire pas de débouchés dans ces régions reculées de Guyane). Une seule famille possède une bonne maîtrise du français. C'est le patriarche qui impose cet apprentissage, par intérêt (il y a tout de même un avantage à parler la langue officielle).

Le seul Brésilien établi de façon permanente au village est le bijoutier. Il sert d'interprète pour les Brésiliens de passage. Il est pertinent de noter à quel point cela empêche tout secret médical.

La plupart du personnel du Centre de Santé maîtrise le taki-taki, mais la langue utilisée pour s'adresser aux patients est le français, employé par principe. Pour les quelques employés du centre, étrangers à la langue locale, les agents de santé peuvent servir d'interprètes.

St-Georges est un village principalement créole, mais il accueille également une forte population amérindienne (Palikours et quelques Wayanas) et brésilienne (le village n'est séparé du Brésil que par le fleuve Oyapoque).

Les langues auxquelles nous avons été confrontés sont le français, le créole, l'amérindien, le portugais. Plus rarement la conversation se déroulait en taki-taki.

Au sein du personnel, outre le français commun à tous, chacun maîtrisait plus ou moins une ou plusieurs langues locales (apprise sur place « sur le tas », à l'aide de cours ou par un conjoint « local »). De plus, il était demandé aux patients de se présenter avec un traducteur s'il ne parlait pas français (ces derniers étaient souvent des jeunes ayant fait leur scolarité en français, des parents ou voisins, ou parfois simplement une personne rencontrée dans la salle d'attente). Cette mesure n'était pas toujours appliquée et il arrivait que le « traducteur » n'ait lui-même pratiquement aucune notion du français ou ne saisisse pas bien ce que le patient ou le médecin tentait d'expliquer. Souvent la communication restait difficile, ce qui nous semble un réel problème pour le rôle de compréhension et d'explication du médecin dès qu'une situation est quelque peu délicate. Néanmoins il est étonnant de voir à quel point les gens de cette société bigarrée se sont adaptés et que la conversation pouvait se faire à l'aide de gestes et de mélanges de plusieurs langues.

Les problèmes culturels

Les territoires d'implantation des Centres et Postes de Santé sont habités par différentes populations avec chacune sa culture propre, qui cohabitent plus ou moins bien ensemble et qui ont des relations plus ou moins tendues avec ce que représente la structure de soins. Les croyances culturelles sont généralement extrêmement fortes ce qui entraîne des incompréhensions nombreuses entre le personnel des structures de soins et la population.

Le réseau des Centres de Santé est un représentant de la médecine occidentale, il est géré en majorité par des Créoles et des Métropolitains de la côte et les employés ne proviennent pas des ethnies de la région. Cette structure est donc considérée comme « étrangère » par les populations locales.

De plus, le personnel est souvent renouvelé, ce qui ne lui permet pas de s'intégrer à la vie locale (nous ne savons pas non plus si une telle intégration serait tolérée) ni d'avoir le temps de se perfectionner dans la langue ou de s'imprégner de la mentalité locale. D'après ce que nous avons pu voir à St-Georges, où un médecin s'est installé depuis 14 ans, celui-ci, bien qu'une figure importante et connue du village et qui semble s'y plaire, semble garder sa singularité. Bien des fois il nous a fait part de son regard un peu désillusionné sur la mentalité de la région.

De plus, si de nombreuses personnes viennent se faire soigner dans les structures de soins, la médecine traditionnelle est néanmoins largement répandue, et il semble logique qu'il existe une certaine méfiance à l'égard des soins occidentaux. Nous n'avons pas pu connaître l'étendue de la pratique de la médecine traditionnelle (ceci aurait certainement constitué la base pour un rapport entier..) mais avons reçu certaines personnes avec des plaies déjà soignées avec des remèdes traditionnels. A St-Georges nous avons eu le cas d'un homme âgé souffrant d'ulcères aux pieds et qui venait d'un village voisin. Un remède traditionnel créole à base de feuilles lui permettait de se soigner chez lui sans avoir à faire fréquemment le chemin vers St-Georges. Nous avons constaté que cette alternative permettait de garder les plaies propres et que le processus de cicatrisation avançait bien, alors qu'un pansement fait au dispensaire, et qui n'avait pas été changé en temps voulu, avait eu pour conséquence l'apparition de vers dans la plaie.

Dans le village de Grand-Santi, la médecine traditionnelle était souvent chère et la cohabitation avec le Centre était plus conflictuelle.

Les incompréhensions interculturelles sont également en partie de la faible compliance aux traitements. Tout d'abord les préoccupations des populations locales et leur vision des maladies ne sont pas les mêmes que celles d'un européen. La population a, par exemple, tendance à arrêter le traitement dès la cessation des symptômes, ce qui est risqué lors de traitements aux antibiotiques. Ceci peut être dû au manque d'information de la population.

Un autre exemple est la prévention des maladies sexuellement transmissibles, par exemple, est extrêmement difficile et varie avec l'origine culturelle. Les adolescents, par exemple, ne manifestent pas de crainte face au risque du SIDA. La perspective d'une grossesse inquiète les jeunes filles créoles et noires marron, mais est plutôt bien accueillie par les amérindiennes, qui commencent souvent à avoir des enfants très jeunes.



Jeune femme brésilienne de 19 ans déjà mère de deux enfants

Des tensions et même des violences peuvent apparaître lorsque la pratique médicale se heurte à des croyances locales. Ceci a été le cas de l'incident à Maripasoula, où un homme a tiré sur le Centre de Santé. Nous reparlerons ultérieurement de cet incident.

Ensuite, la tradition bushinengué accorde une grande importance au sang, ce qui fait que les prises de sang, pratique courante et banale dans les soins, deviennent très délicates et éprouvantes, tant pour les patients que pour les soignants.

L'implantation des structures de soins et la prise en charge des populations locales semble donc se heurter, parfois avec des conséquences non négligeables tant sur la qualité des soins que sur la sécurité du personnel, à la culture locale.

Exemple de problèmes culturels à Grand-Santi

Du côté du fleuve Maroni, nous avons tout de suite été confrontés à un petit problème culturel: Il était prévu que notre équipe fasse son stage au dispensaire de Maripasoula, mais quelques jours avant notre arrivée, un médecin diagnostiqua une mort foetale chez une femme

enceinte, et, comme d'autres personnes avait besoin de se faire évacuer pour des raisons plus urgentes, il décida de faire évacuer ces autres personnes avant cette jeune femme. Malheureusement, parmi la communauté Noir Marron du Maroni, porter un être mort en soi est inacceptable, alors le mari de cette dame, qui a 18 ans, en devint comme enragé, pris sa carabine et se dirigea vers le dispensaire. Une fois arrivé là-bas, il s'acharna à essayer de liquider le médecin qui avait diagnostiqué cette mort foetale et c'est ainsi qu'il détruisit deux ordinateurs une voiture et une partie du dispensaire. Une fois que les gendarmes vinrent, il n'opposa aucune résistance et se rendit immédiatement. Etonnamment, parce qu'il n'avait blessé personne, les gendarmes le relâchèrent deux jours plus tard.

L'hôpital de Cayenne pris tout de suite des précautions: tout le personnel qui travaillait à ce moment fut muté dans un autre dispensaire, mais ils n'ont pas pris de mesure à l'égard de la population, ce qui est plus problématique, car chez ces gens, lorsqu'une personne fait quelque chose, toute la population prend un avis identique sur ce fait et il aurait fallu leur montrer que cette action était inacceptable, par exemple en fermant le dispensaire pendant une semaine et en n'acceptant que les urgences, (cela s'est déjà fait).

Un autre problème sur ce fleuve est que les Noirs Marrons méprisent passablement les Brésiliens, normalement, ils les respectent, mais au moindre accrochage, les Brésiliens savent qu'ils doivent tous partir.

On nous a d'ailleurs raconté une histoire pas très vieille à ce sujet: un orpailleur brésilien était décédé et il avait été transporté au dispensaire. Il avait été prévu qu'il se fasse enterrer, mais les Noir Marrons ne voulaient absolument pas que le corps d'un brésiliens vienne souiller leur terre. Finalement, après quelques jours, les policiers de Saint-Laurent-du-Maroni sont montés au dispensaire de Grand-Santi pour escorter le cercueil jusqu'au cimetière qui se trouve au Surinam, au bord du Grand Fleuve.

Ce cimetière est aussi une particularité, car il n'y a aucun cimetière du côté guyanais, en tout cas à Grand-Santi. Il faut savoir que la plupart de ces Noirs Marrons sont en fait d'origine surinamienne (la plupart sont venu en Guyane suite à la guerre civile), et précisément de ce qu'ils appellent le Grand Fleuve, un affluent du Maroni, alors tous enterrent leurs morts à cet endroit.

Du côté de la nature, les habitants de cette région mangent de tous les animaux, même ceux protégés par la loi, (qui n'est pas tellement respectée). Les seuls qui ne sont pas touchés, sont les anacondas et les caïmans, car ils pensent que ces animaux mangent l'homme, ce qui est vrai mais très très rare. En fait, cela doit être arrivé peut être juste une fois ou deux, mais ce ne

sont que des exceptions et cela leur est resté. Normalement, il n'y a aucun risque, à moins que l'on ne les dérange vraiment.

L'orpaillage est aussi un problème en Guyane, de deux points de vue: premièrement, les Noirs Marrons soumettent les orpailleurs brésiliens à une petite mafia locale. S'ils travaillent proche de leurs villages, ils doivent payer une taxe sous peine de se faire détruire leur barge ou leur camp. Aussi, ils doivent absolument utiliser des gens du coin pour transporter leur or et leur marchandise.

Le second problème de l'orpaillage est que pratiquement tous les gens qui y travaillent ne récupèrent pas le mercure utilisé et le laissent couler dans le fleuve. Ceci pollue donc l'eau du fleuve, les poissons s'intoxiquent et pour finir, les habitants aussi.



Barge d'orpaillage sur le Maroni. Contrairement aux autres, ces orpailleurs-ci utilisaient un procédé qui leur permettait de récupérer le mercure pour l'utiliser une seconde fois et pour l'éliminer proprement à la fin.



Une autre différence culturelle concerne le dispensaire, car pour les autochtones, c'est un peu comme le marché, où ils viennent se rencontrer, discuter et finalement en profiter pour voir s'ils n'ont rien. D'autres, lorsqu'une personne de la famille a un problème de santé, profitent de regarder si personne d'autre n'a rien, et viennent à six, alors qu'un seul a réellement quelque chose.



Petite consultation à sept.

VI. La prise en charge du paludisme

Le Paludisme

Les Quatre espèces de parasites :

Les quatre espèces de paludisme sont les Plasmodium Falciparum, Vivax, Malariae et Ovale. Seules les trois premières formes existent en Guyane, le plasmodium Ovale ne s'y trouve pas.

Aucun signes cliniques ne permettent de distinguer ces formes, le seul moyen de les différencier est l'examen au microscope.

Le Plasmodium Falciparum, présent surtout sur le fleuve Maroni, est le seul type de paludisme qui peut avoir une forme mortelle, appelée "accès pernicieux." Cette évolution survient principalement lorsqu'il existe un retard au traitement. Le traitement devrait être surveillé, car ce plasmodium peut être résistant à certains médicaments antipaludiques.

C'est l'espèce majoritaire sur le Maroni, il représente plus de 80% des cas de paludisme en Guyane. La population "Noir Marron", peu métissée et, paraît-il, résistante génétiquement à P.vivax explique la prédominance de cette espèce dans le bas Maroni. Sur l'Oyapock, cette espèce se trouve dans des proportions semblables à celles de P.vivax. Sur le littoral, en revanche, elle est pratiquement absente, et les seuls cas que l'on trouve proviennent de cas importés des fleuves frontières. De plus, sur le littoral, les cas de malaria sont très peu nombreux, ce sont seulement les gens vivant à proximité de la forêt, et à l'abri des vents du littoral qui sont susceptibles d'attraper le paludisme. Il n'y a pas de rechutes après le traitement avec cette espèce de malaria.

Le Plasmodium Vivax est une espèce qui présente la particularité de pouvoir rechuter après la contamination initiale, malgré un traitement approprié. Ces rechutes sont dues à la persistance de ces parasites latents à l'intérieur du foie du malade qui pourront reprendre leur évolution à tout moment.

Ce plasmodium est l'espèce prédominante sur le littoral guyanais, et elle représente plus de la moitié des cas de paludisme diagnostiqués sur le fleuve Oyapock, (Saint-Georges). Par contre, sur le fleuve Maroni, cette espèce est absente, sauf sur le haut Maroni en pays indiens.



Le Plasmodium malariae est une forme "bénigne" de la maladie et ne récidive pas après un traitement adéquat.

Cette espèce avait disparu en Guyane depuis la fin de l'utilisation du DDT, mais depuis deux ans, on retrouve cette espèce sur le Maroni, mais à très faible fréquence, (70 cas sur 4000 en une année).

Le vecteur:

On trouve 200 espèces de moustiques en Guyane, réparties en quatre familles: les anophèles, les aèdes, les culex, les mansonias. Seule la famille des anophèles peuvent transmettre la maladie. Chez l'homme,

seules quatre espèces de cette famille peuvent transmettre la malaria, mais la plus importante est Anopheles darlingi, que l'on trouve sur tout le territoire guyanais.

Seules les femelles ont besoin de sang pour permettre la maturation de leurs oeufs, les mâles ne se nourrissent que de nectar de fleur.

Lorsqu'elles deviennent adultes, les femelles vont pondre leurs oeufs isolément à la surface de l'eau, ceux-ci vont éclore pour donner des larves, puis des nymphes, tout ceci se passe à la surface de l'eau. La nymphe se transformera ensuite en moustique adulte.

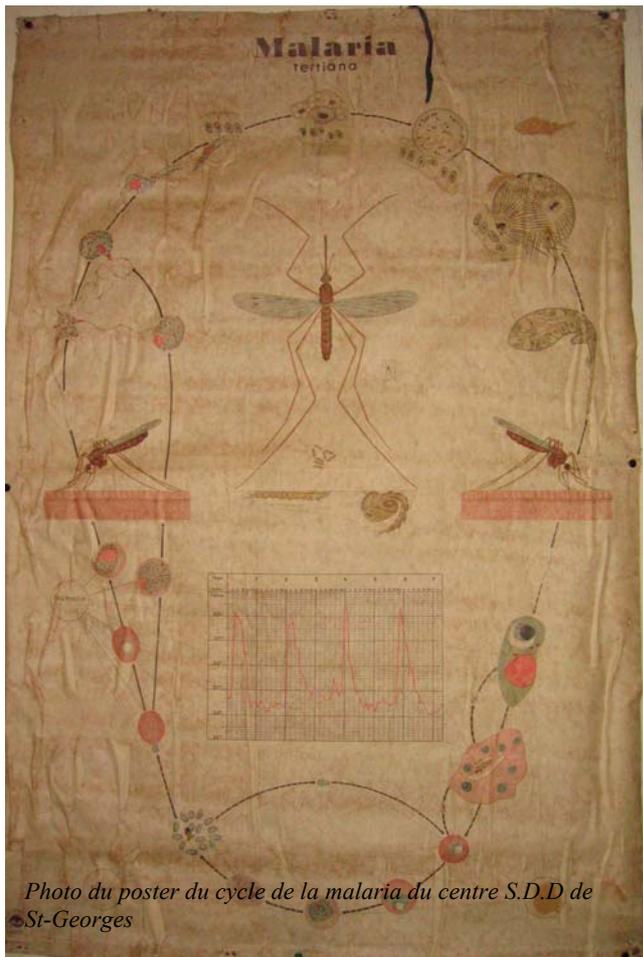
Le passage de l'oeuf au moustique

nécessite 12 à 15 jours selon les espèces et la température ambiante.

La durée de vie des anophèles adultes varie d'une semaine à plusieurs mois, cela dépend de l'espèce. Mais pour permettre la transmission du paludisme, il faut que ces moustiques vivent plus de deux semaines, pour permettre un cycle complet du plasmodium.

Pendant toute sa vie, un anophèle pondra au maximum à cinq reprises. A chaque ponte, elle devra se procurer le sang nécessaire à la maturation de ses oeufs, une piqûre suffit pour chaque ponte, sauf si le moustique est chassé pendant l'un de ses repas, et là il devra repiquer.

Si le moustique absorbe du sang contaminé, lors de sa première piqûre peut-être, il devra attendre une dizaine de jour, afin que le cycle du parasite puisse s'accomplir. Le moustique



pourra donc transmettre quatre fois au maximum la malaria dans sa vie, à moins qu'il ne pique plusieurs personnes par ponte.

Ces moustiques piquent, en principe, surtout dès le crépuscule jusqu'à l'aube, mais en forêt, il n'y a pas de moment précis, ils piquent jour et nuit.

Les milieux de reproduction naturels préférés des anophèles sont les étendues d'eau naturelles, comme les marécages, les bordures de fleuve, les criques, les creux des rochers,...

La transmission:

La contamination (par des gamétocytes) du moustique anophèle se fait lors d'une piqûre du moustique sur une personne déjà infectée qui a subi un cycle au moins du parasite. Lors de sa piqûre, le moustique absorbe, en même temps que le sang, des parasites du paludisme. Avant d'être injecté sous forme de sporozoïtes chez un autre individu, les parasites doivent faire un cycle à l'intérieur du vecteur de dix jours.

Les formes sporozoïtes sont injectées dans le tissu sous-cutané, plus rarement directement dans le flux sanguin. Par la suite, les sporozoïtes sont acheminés dans les hépatocytes du foie où ils se développent en des dizaines de milliers de mérozoïtes, dont chacun peut envahir un érythrocyte. La maladie commence uniquement lorsque ce parasite asexué se développe dans les globules rouges.

Les *P. Falciparum* et *Vivax* se développent en 48 heures dans un globule rouge, produisant chacun une vingtaine de mérozoïtes, dont quelques uns seulement se transformeront en gamétocytes. A ce point là, une petite différence caractérise ces deux espèces: le *P. Vivax* produit des gamétocytes immédiatement après le relâchement des mérozoïtes du foie, tandis que les gamétocytes du *P. Falciparum* se développent bien plus tard. Ainsi, les gamétocytes de *P. Vivax* peuvent être transmis avant l'apparition des symptômes, donc du traitement...

D'autres différences séparent ces deux espèces: seul, avec quelques exceptions, *P. Falciparum* cause des complications comme la malaria cérébrale, l'hypoglycémie, l'acidose métabolique et la détresse respiratoire. Une autre différence est que le *P. Vivax* n'envahit que les réticulocytes, alors que *P. Falciparum* envahit tous les globules rouges possibles.



Le Cycle:

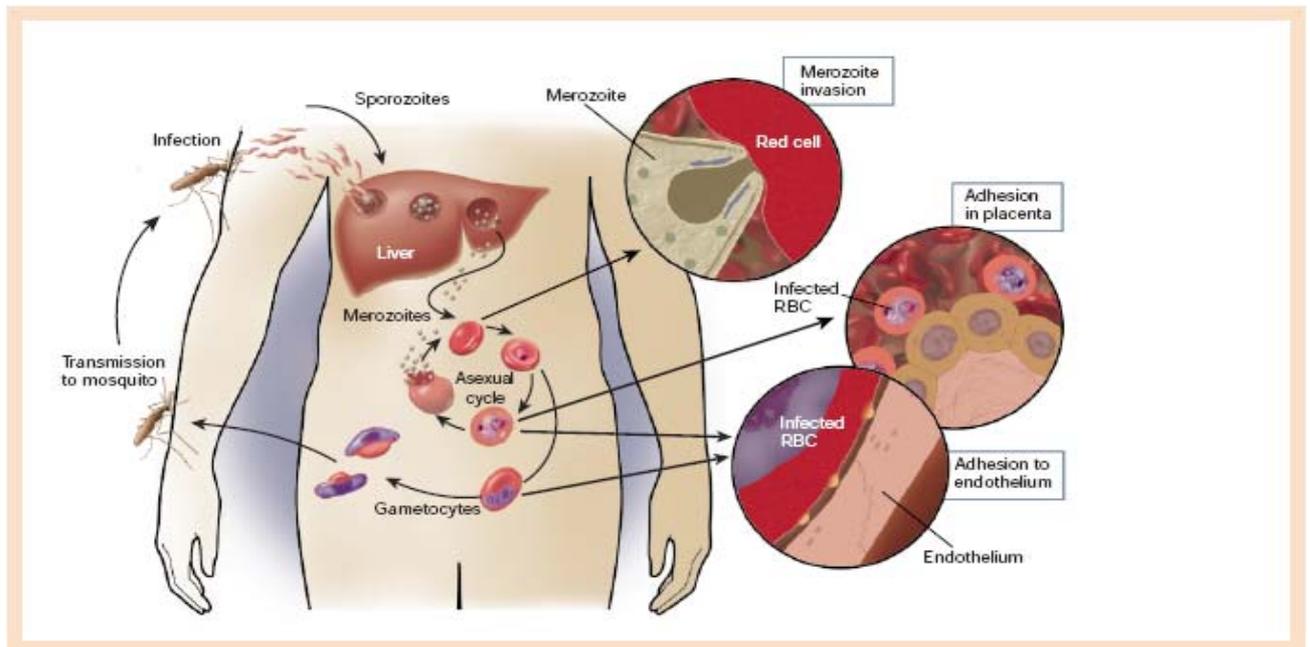


Image tirée de The pathogenic basis of malaria. L.H. Miller, D.I. Baruch, K. Marsh, O.K. Doumbo. Nature

Le Diagnostique:

1) Les symptômes

La fièvre est le premier symptôme de la malaria, elle est souvent précédée par d'intenses frissons et apparaît brutalement. D'autres symptômes peuvent être:

- les maux de tête
- les vomissements
- les courbatures
- les sueurs
- les douleurs abdominales
- la diarrhée
- le Bofati: une sorte de malaise général, qui peut être causé aussi par d'autres maladies. Ce symptôme est propre à la Guyane.

Il faut bien noter qu'aucun de ces symptômes n'est spécifique du paludisme, il faut donc absolument procéder à des examens complémentaires, (goutte épaisse, frottis sanguin et test de diagnostic rapide).



2) Les examens

Dans ce paragraphe, nous ne parlerons que des examens utilisés en Guyane française dans les dispensaires, bien que l'hôpital de Cayenne soit capable de faire des PCR et des sérologies, qui dans la pratique médicale ne sont pas utiles et trop chères.

La Goutte Epaisse et le Frottis Sanguin sont les tests les plus utilisés en Guyane. Il suffit de prendre une goutte de sang, de soit l'étaler d'un geste vif sur la plaque pour le frottis sanguin, ou d'étaler la goutte sur la plaque pour la goutte épaisse. Ensuite, pour les deux techniques, il faut tremper la plaque dans une solution de fixation pendant deux minutes, puis immerger 2 à 5 fois une minute dans un colorant au Giemsa, puis à nouveau 2 à 5 fois une minute dans du bleu de méthylène et enfin laver à l'eau déminéralisée.

Le Test de Diagnostic rapide ou TDR (Optimal), qui dépiste des antigènes spécifiques par immunochromatographie. Ce moyen est très utile pour les régions reculées qui n'ont pas de personnel formé pour les techniques au microscope (plus spécifique). Ce test est plus cher que les tests au microscope, mais des discussions sont en cours pour une réduction des prix, et il est très facile à utiliser.



*Test de diagnostic rapide. Une goutte de sang, mélangée à un colorant, est déposée à la base du buvard posé verticalement. Le sang va migrer et colorer par bande la zone C (contrôle), puis la zone P si le patient contient des antigènes du *P.vivax* ou du *P.malariae*. Si le patient est contaminé par du *P.falciparum*, la bande Pf sera colorée. Malheureusement, les antigènes du *P. Falciparum* colorent aussi la bande P, on ne peut donc pas savoir si un patient est doublement infecté.*

3) Les complications

Une importante différence entre le *P.falciparum* et les autres souches est qu'il modifie la surface des érythrocytes, ainsi, les formes asexuées des parasites et des gamétocytes peuvent adhérer à l'endothélium et les parasites asexués peuvent adhérer au placenta. On ne trouve que des formes "en anneau" du *P.falciparum* dans le sang. L'adhérence protège le parasite de la destruction, car il ne passe pas par la rate.

Les parasites se séquestrent eux-mêmes dans plusieurs organes, comme le coeur, le cerveau, le foie, les reins, les muscles, le tissu sous-cutané et le placenta. Les différentes cellules endothéliales de ces organes et les cellules du syncytiotrophoblaste expriment différents récepteurs en quantités différentes. L'adhésion des parasites à la paroi ne conduit pas à la pathogenèse, car la plupart des malaras ne sont pas compliquées. En fait, on ne sait pas ce qui fait qu'une forme va se compliquer ou non, à part que le retard dans le traitement peut être une cause, (beaucoup de bagnards sont mort parce que l'on attendait trop avant de traiter).

Une immunité à la malaria peut se développer, ce qui n'empêche pas la maladie de se développer, on a d'ailleurs tendance à parler de "semi-immunité" plutôt que d'immunité. Ceci limite la gravité de la maladie, et en particulier les complications. Les individus se faisant infecter par le plasmodium n'en sont pas protégés, néanmoins, ils porteront moins de parasites et auront moins de symptômes.

Les femmes enceintes représentent une population particulièrement fragile en regard du paludisme à *Plasmodium falciparum* en raison de la baisse de leur immunité générale et spécifique. Le paludisme sera plus fréquent et plus grave surtout chez les primigestes et les patientes non immunisées. L'infestation palustre va entraîner des lésions placentaires avec pour conséquence une diminution des échanges materno-foetaux responsable d'une hypoxie foetale.

Dans une étude sur 143 cas de paludisme gestationnel à Saint Laurent il a été observé des taux élevés d'accouchement prématuré (29,1 %), d'hypotrophie (16,9 %) et de mort foetale in utero (4,3 %). En étudiant par échographie doppler la vitalité foetale pendant et après la crise, nous observons un oligoamnios dans 19,2 % des cas et des altérations des indices doppler dans 57,1% des cas. Le doppler apparaît comme un bon moyen d'appréciation des conséquences foetales de l'infestation paludéenne maternelle. En cas de crise il faudra apprécier la gravité chez la mère et évaluer les risques d'accouchement prématuré et de souffrance foetale.

La prophylaxie pendant la grossesse repose surtout sur l'information des patientes sur l'intérêt des mesures de protection individuelle et la nécessité de consulter rapidement en cas de fièvre. L'intérêt de la chimioprophylaxie doit être encore évalué dans cette région de chloroquinorésistance. Le paludisme gestationnel reste un problème majeur sur les zones frontalières de Guyane même si la morbidité fœto-maternelle a très nettement régressé ces dernières années

Les organismes impliqués

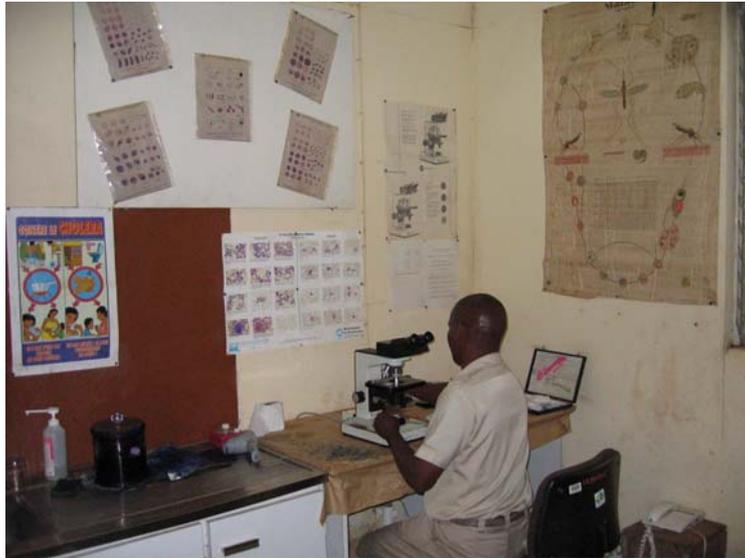
Il nous a semblé important de noter que la prise en charge du paludisme n'était pas du seul ressort des Centres de Santé mais qu'elle est le fruit de la collaboration de différentes structures qui s'occupent ensemble de la prévention, du suivi épidémiologique, du diagnostic et du traitement.

Pour découvrir ces différentes structures nous verrons dans un premier temps le cas d'une personne qui se présente avec des symptômes de paludisme dans un Centre de Santé tel que St-Georges, qui possède à proximité une structure nommée Service Départemental de Désinfection (SDD). Il y a suspicion de paludisme lorsqu'il y a des symptômes tels que fièvre surtout nocturne, parfois associée à des céphalées, des diarrhées, des maux de ventre, qu'il n'y a pas d'autre cause évidente pour la fièvre et que la personne a séjourné dans une zone impaludée.

Dans un tel cas une goutte épaisse est effectuée immédiatement par un infirmier. Un test rapide (OptiMal test) peut être effectué en plus de la goutte, avec un résultat dans les 20 minutes si la personne se présente en dehors de l'horaire d'ouverture du SDD (l'après-midi, la nuit ou le week-end) et qu'il semble fortement indiqué d'instaurer un traitement rapidement. Ce test n'est pas fait de routine à cause de son coût élevé et parce que, dans le cas où la goutte épaisse peut être lue immédiatement, le temps gagné n'est pas significatif (de plus la lecture de la goutte est indispensable pour connaître la charge parasitaire, préciser l'espèce, les stades évolutifs, la présence de Gamétocytes et de permettre une surveillance de l'évolution dans le temps). Parfois il est utilisé lorsque la lecture de la goutte se révèle négative malgré une suspicion clinique forte, pour confirmer ou infirmer le diagnostic biologique.

Dans le cas où la personne se présente durant l'horaire normal des consultations (les matins en semaine), elle-même (dans le cas où son état le permet) ou le personnel du Centre amènent la goutte au Centre de Désinfection, dont la structure est appelée communément la « hutte ». Chaque goutte épaisse est accompagnée d'une feuille avec des informations relatives au patient (identité, domicile,...) et qui serviront notamment au suivi de l'épidémiologie du paludisme.

Le Centre de Désinfection (SDD) est une structure qui dépend du Conseil Général. Un microscopiste (formé spécifiquement et régulièrement recyclé) y travaille, et c'est lui qui fixe, colore et lit les gouttes épaisses. Cette structure s'occupe également de récolter et traiter les données épidémiologiques, repérer les épidémies, alerter les structures de soin et la population lors d'une épidémie, faire de la prévention (sprayer des insecticides à l'intérieur de certaines maisons,...) et informer la population sur diverses maladies transmissibles (paludisme, dengue), et récolter des informations sur les vecteurs (moustiques).



Microscopiste du S.D.D analysant une goutte épaisse

Les résultats des gouttes épaisses (présence ou non de l'hématozoaire, espèce(s), stades évolutifs, densité(s) parasitaire(s), présence de Gamétocytes) sont transmis par téléphone au Centre de Santé, ainsi le médecin est informé précisément de l'état de la personne lorsque celle-ci se présente à la consultation. C'est lui qui instaure un traitement si nécessaire. Il peut également décider d'hospitaliser la personne pour observation ou de la faire évacuer vers Cayenne si son état clinique l'exige.

Depuis la hutte, les lames sont envoyées à l'Hôpital Andrée Rosemon à Cayenne pour une seconde lecture par un spécialiste (un médecin spécialisé dans les maladies tropicales), qui peut préciser ou rectifier le résultat obtenu préalablement.

Les Centres de Santé ainsi que certains Postes de Santé sont équipés pour effectuer eux-mêmes la coloration et la lecture des gouttes. Dans de nombreux villages où il n'y a pas de structure du Conseil Général pour lire les gouttes, c'est toujours le Centre de Santé qui le fait. Aucun technicien de laboratoire n'étant en poste dans un Centre de Santé c'est alors un infirmier ou un médecin ayant eu une formation occasionnelle qui effectue la lecture des gouttes. La fiabilité des résultats dépend de l'expérience de cette personne.

Les structures de soins ont récemment été équipées de matériel de télémédecine, ce qui rend possible l'envoi d'images prises au microscope vers le Centre Hospitalier de Cayenne, où

elles sont analysées par des médecins. Là aussi, la pertinence et la qualité des images dépendent de l'expérience du lecteur. Cette technologie permet de recevoir des conseils de spécialistes dans des délais assez courts peut donc améliorer la prise en charge des patients. Néanmoins le recours à cette technologie est parfois mal accepté par certains médecins, qui y voient une certaine perte d'autonomie.

Mais quels que soient les moyens de détection du paludisme, c'est avant tout la clinique qui prime dans la décision d'instaurer un traitement (il a été établi que même une très faible parasitologie, presque indétectable, pouvait causer des symptômes importants chez certaines personnes et nécessiter un traitement). A Grand-Santi, par exemple, il y a eu le décès d'un patient suite à un neuropaludisme alors que les nombreuses gouttes épaisses demandées se sont toutes révélées négatives.

La prévention et l'information

Les actions de lutte contre le paludisme

Lors de notre séjour à St-Georges, nous avons plusieurs fois rendu visite à l'équipe du S.D.D du village. C'est dans cet établissement même que sont analysées les gouttes épaisses que l'on pratique au dispensaire, mais c'est aussi le lieu de la mise en place d'investigations visant à la destruction de gîtes larvaires, à des campagnes de prévention dans les écoles concernant aussi bien le paludisme que la dengue et autres maladies...

Nous avons pu poser plusieurs questions à un membre de cette équipe, et en voici quelques exemples:

- Comment peut-on se protéger du paludisme :

La lutte contre le paludisme doit commencer par la protection des individus contre les piqûres d'anophèles. Cette action doit être menée non seulement par le Service Départemental de Désinfection, mais aussi par les particuliers eux-mêmes.

Dans certaines conditions, cette protection pourra être complétée individuellement par la prise de médicaments antipaludiques à titre préventif.

Dans certains foyers, des actions plus radicales visant à contrôler voire éradiquer les gîtes larvaires peuvent être menées.

- Quelles sont les actions menées par le Service Départemental de Désinfection pour lutter contre les moustiques vecteurs :

Dans les secteurs de transmission palustre, le Service Départemental de Désinfection (SDD) applique selon un calendrier pré-établi, les actions suivantes :

- **les pulvérisations domiciliaires par insecticide à effet rémanent** (pulvérisations de l'ensemble des murs des maisons avec un produit insecticide dont l'effet sera durable) : dès lors, tous les moustiques qui viendront en contact avec les parois traitées seront éliminés, diminuant d'autant le risque de transmission palustre. Compte tenu de la durée d'efficacité des produits utilisés, ces actions sont entreprises tous les six mois.



Traitement domiciliaire par insecticide à effet rémanent. Collection S.D.D.

- **les imprégnations de moustiquaires** : elles consistent à tremper les moustiquaires de lits ou de hamac dans un bain d'insecticide à effet rémanent afin d'accroître leur effet protecteur. Ce procédé ne peut être envisageable que dans des communautés où l'usage des moustiquaires est répandu. En l'absence de lavage, l'efficacité de cette méthode est de 12 mois.



Imprégnation de moustiquaires par le Service Départemental de Désinfection. Collection S.D.D.

- **les traitements spatiaux par brumisation** (Tifa, Swing Fog), ou atomisation (Platz, U.L.V.) : ces méthodes, utilisées lors de poussées épidémiques de la maladie, permettent l'élimination ponctuelle des vecteurs dans l'espace visé. Elles ne peuvent être appliquées que dans des conditions climatiques favorables et dans un environnement propice.



Traitement spatial par TIFA (Service Départemental de Désinfection) Collection S.D.D.

- **des investigations larvaires** permanentes facilitent la localisation des gîtes d'anophèles et leur surveillance à longueur d'année.



Recherche de larves de moustiques dans une zone marécageuse. Collection S.D.D.

- **des séances d'éducation sanitaire** dans les écoles et dans les quartiers, au moyen de documents audio-visuels, visant à sensibiliser les personnes sur la maladie et les différents moyens de prévention à leur disposition.



Séance d'éducation sanitaire dans une école par le Service Départemental de Désinfection. Collection S.D.D.

-Quels sont les moyens individuels pour lutter contre les piqûres d'anophèles :

Sachant que les anophèles piquent durant la nuit, la protection doit débuter dès le crépuscule.

- **Les moustiquaires de lit ou de hamac** restent le meilleur moyen de protection individuel contre les piqûres d'anophèles. Il est désormais possible de compléter leur effet protecteur en les imprégnant d'insecticide, sans aucun effet nocif pour les utilisateurs ; des doses individuelles pouvant être trouvées dans le commerce.
- **Le port de vêtements couvrants** (pantalon, chemise ...) assure une barrière mécanique contre les piqûres de moustiques ; les produits répulsifs, vendus dans le commerce, et appliqués sur les parties découvertes permettent d'accroître cette protection.
- **Les aérosols insecticides, les serpentins fumigènes**, et autres méthodes largement représentés dans le commerce, utilisés dans des pièces fermées, peuvent s'avérer efficaces.
- Si l'habitat s'y prête, **des moustiquaires à mailles fines** peuvent être installées au niveau des ouvertures.

- *Quelles sont les actions menées par le Service Départemental de Désinfection pour lutter contre les parasites du paludisme :*

Comme nous l'avons déjà signalé, il existe des sujets porteurs sains qui contribuent, à leur insu, à la propagation de la maladie.

Afin de limiter ce risque, le Service Départemental de Désinfection organise des « Dépistages Actifs » qui consistent à prélever une goutte épaisse à tout sujet résidant en zone de transmission et autour d'un malade atteint de paludisme. Le traitement de ces porteurs sains permet d'interrompre ponctuellement le cycle de transmission de la maladie.



Séance de dépistage actif dans une zone à risque. Collection S.D.D.

- *Quels sont les avantages et les limites des médicaments antipaludiques à titre préventif :*

Contrairement aux idées reçues, la prise de médicaments antipaludiques à titre préventif n'assure pas une protection totale contre le paludisme ; elle doit être nécessairement associée à une protection contre les piqûres de moustiques.

Tous les traitements utilisés en prévention ne sont pas efficaces à 100 %. Ainsi, malgré le suivi rigoureux de la prescription, l'apparition de symptômes évocateurs de paludisme chez un sujet de retour d'une zone d'endémie, doit laisser craindre cette maladie.

Les médicaments prescrits en prévention n'agissent que sur les parasites présents dans les globules rouges, responsables des signes cliniques du paludisme ; ils n'évitent ni l'inoculation des parasites par l'anophèle, ni la première phase de développement dans le foie du malade pendant l'incubation. Ainsi, si le traitement est interrompu trop précocement, une crise de paludisme pourra survenir même après avoir quitté la zone de transmission palustre. Il convient donc de respecter la durée totale de la prescription (de 4 à 8 semaines après le retour de la zone à risque suivant le type de prévention utilisé).

Les accès à *P.falciparum* peuvent entraîner la mort du malade. Même si son efficacité n'est pas totale, la prévention par les médicaments peut contribuer à réduire la gravité des accès palustres dus à cette espèce plasmodiale.

Par contre, cette prévention, même suivie scrupuleusement, n'empêche pas la survenue d'un accès à *P.vivax* après l'arrêt du traitement, car celui-ci ne peut détruire les formes parasitaires restées latentes dans le foie. Un accès à *P.vivax* reste donc possible, même plusieurs mois après le retour.

Les médicaments administrés ne sont pas anodins et peuvent être responsables d'effets secondaires, ou contre-indiqués dans certaines circonstances. La prescription doit donc nécessairement être faite par un médecin.

La prévention par les médicaments n'est pas conseillée pour des séjours de plus de trois mois dans des zones à risque ; il est préférable, dans ces conditions de procéder à un traitement précoce au moindre symptôme évocateur de paludisme.

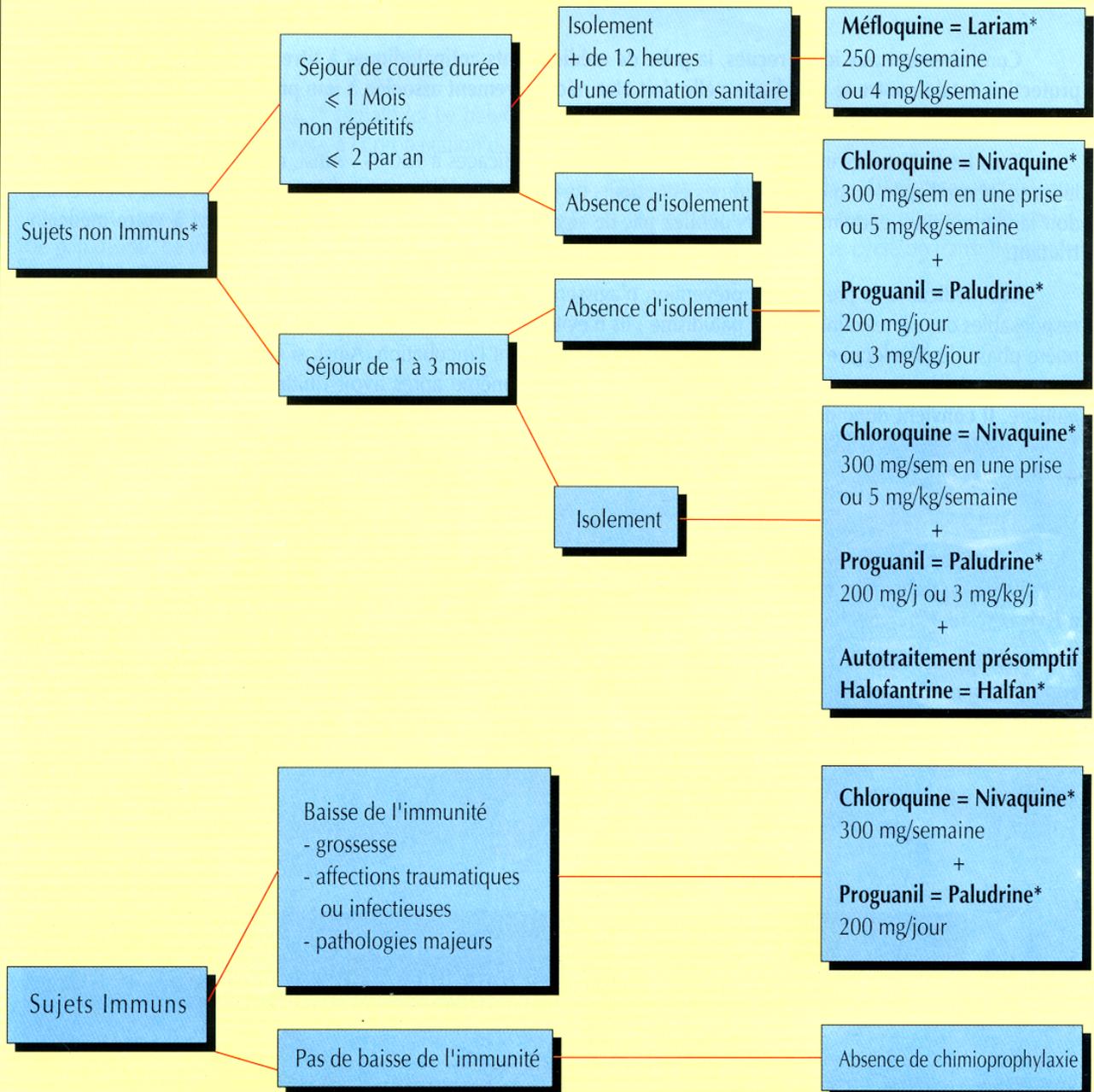
- *Où et dans quelles circonstances doit-on prendre des médicaments antipaludiques à titre préventif:*

La prévention par les médicaments ne présente d'intérêt que dans les secteurs où le risque de contamination est important et où il existe des accès de *P.falciparum*, donc principalement le Maroni et l'Oyapock.

Les conseils en matière de traitement préventif du paludisme varient en fonction du lieu, de la durée et de la fréquence du séjour.

Un schéma de prévention, fondé sur des éléments de surveillance du paludisme en Guyane, est conseillé par le Service Départemental de Désinfection (cf arbre décisionnel : chimioprophylaxie) :

ARBRE DECISIONNEL : CHIMIOPROPHYLAXIE



- *Comment peut-on contrôler les gîtes larvaires:*

Compte tenu de la situation géographique de la Guyane, de son régime hydrographique et climatique, le contrôle des étendues d'eau naturelles sur l'ensemble du territoire reste illusoire et engagerait des dépenses insurmontables pour les collectivités.

D'autre part, la répartition de la population est hétérogène, plus de 80 % de celle-ci étant concentrée sur l'île de Cayenne. Les travaux d'assainissement, au moyen de remblais et de drainage des zones marécageuses, concerneront donc prioritairement les secteurs à forte densité de population. **Dans ces secteurs urbanisés**, les travaux d'assainissement permettent d'apporter une solution radicale au problème du paludisme.

Sur les fleuves frontières et dans les zones de faible densité de population, où les travaux d'assainissement ne peuvent pas être réalisés, la surveillance des gîtes larvaires et leur contrôle par des méthodes chimiques ne visent pas l'éradication des larves, mais permettent de limiter la densité anophélienne, réduisant d'autant le risque de transmission palustre. Les produits insecticides (larvicides) utilisés visent autant que possible à respecter l'équilibre écologique du milieu ; la faune aquatique (poissons, larves de libellules ...) pouvant contribuer à la destruction des larves de moustiques.



Contrôle chimique des sites larvaires. Collection S.D.D.



L'expansion démographique de la Guyane oblige la construction de quartiers résidentiels à proximité des gîtes larvaires - Collection S.D.D.



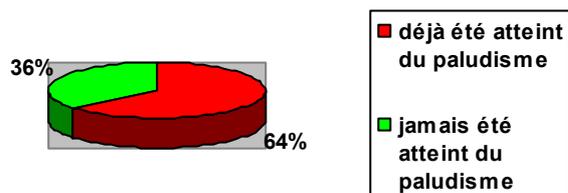
Remblais, drainages... une solution radicale au problème du paludisme. Collection S.D.D.

Au dispensaire de St-Georges, nous avons interrogé plusieurs patients divers sur trois journées de stage, afin d'établir quelques statistiques sur la prise en charge du paludisme chez les habitants de cette ville. Nous avons pour cela pris compte de neuf facteurs chez chaque patient de toute catégorie confondue:

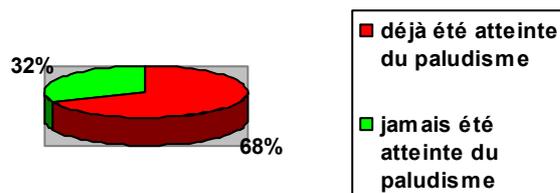
Âge, sexe, ethnie, déjà été atteint de la maladie, nombre d'épisodes présentés, type de paludisme, mesures de prévention utilisées, traitements, hospitalisations.

Voici quelques résultats :

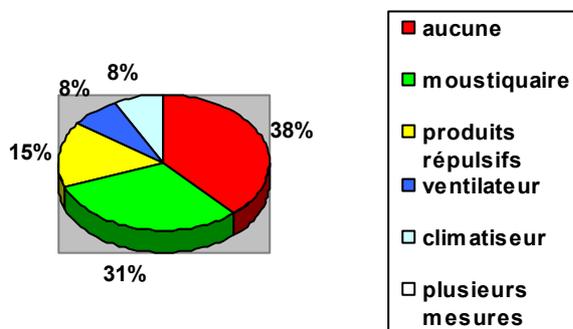
Population masculine de St-Georges :



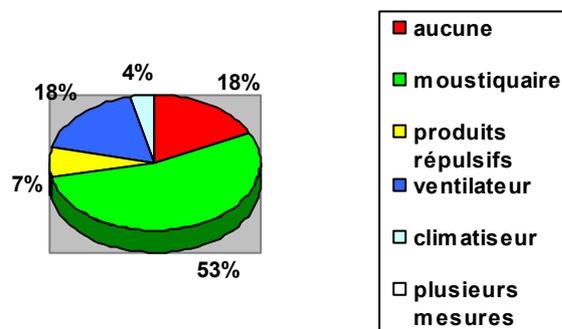
Population féminine de St-Georges :



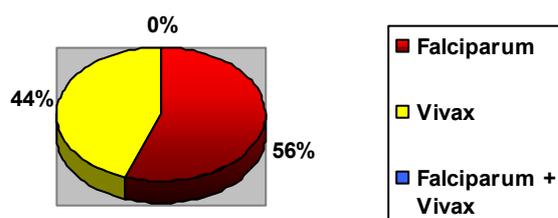
Mesures de prévention chez les hommes :



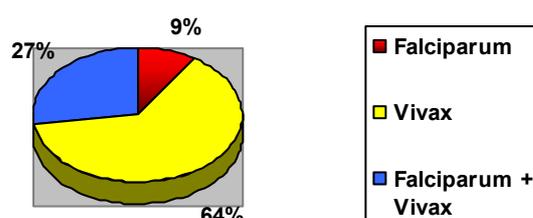
Mesures de prévention chez les femmes :



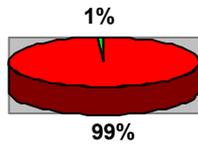
Types de paludisme chez les hommes :



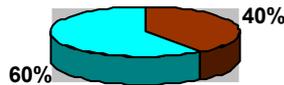
Types de paludisme chez les femmes :



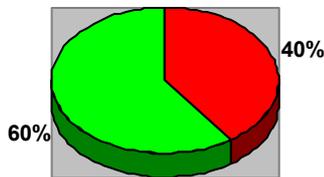
Population créole



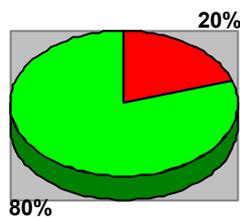
- déjà été atteint du paludisme
- jamais été atteint du paludisme



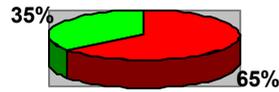
- n'utilise pas de moyens de prévention
- utilise des moyens de prévention



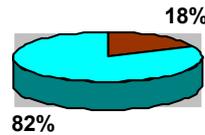
- aucune mesure de protection
- moustiquaire
- produits répulsifs
- ventilateur
- climatiseur
- plusieurs mesures de protection



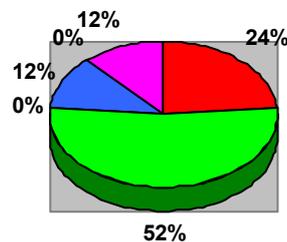
Population amérindienne



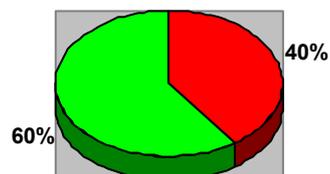
- déjà été atteint du paludisme
- jamais été atteint du paludisme



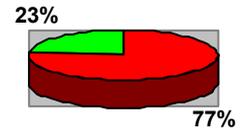
- n'utilise pas de moyens de prévention
- utilise des moyens de prévention



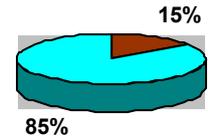
- aucune mesure de protection
- moustiquaire
- produits répulsifs
- ventilateur
- climatiseur
- plusieurs mesures de protection



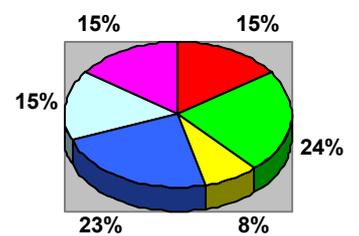
Population brésilienne



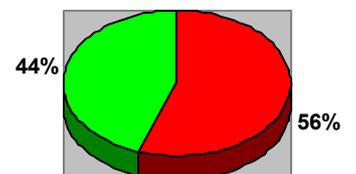
- déjà été atteint du paludisme
- jamais été atteint du paludisme



- n'utilise pas de moyens de prévention
- utilise des moyens de prévention



- aucune mesure de protection
- moustiquaire
- produits répulsifs
- ventilateur
- climatiseur
- plusieurs mesures de protection



- maladie du paludisme non-traitée

Epidémiologie et surveillance des vecteurs

Epidémiologie du paludisme en Guyane

La surveillance épidémiologique du paludisme est uniquement basée sur les résultats des diagnostics biologiques. La plus grande partie des recherches d'hématozoaires sont réalisés par les postes de microscopie du Service Département de Désinfection et de l'Hôpital de Cayenne situés dans les dispensaires et postes de santé des communes frontalières et à l'intérieur de la Guyane. Sur le littoral, des laboratoires d'analyses biologiques assurent ces diagnostics. La distribution des centres de diagnostic du paludisme dans l'ensemble du département permet d'obtenir un profil relativement représentatif de la maladie.

La transmission du paludisme n'est pas homogène en Guyane ; les zones frontalières du Maroni et de l'Oyapock ont toujours constitué les principales zones de transmission palustre. Le Maroni, frontière avec le Surinam est la principale région d'endémie (85%) avec le plus haut taux d'incidence : plus de 220 cas pour mille habitants avec *P. falciparum* présent dans plus de 90% des diagnostics. Dans la région de l'Oyapock, à Saint Georges, l'incidence de *P. falciparum* est beaucoup moins important et se situe selon les sources à par égale avec *P. vivax* ou légèrement inférieur à ce dernier. Sur les côtes, la transmission du paludisme reste minime mais non négligeable.

Evolution du paludisme en Guyane

Avec le développement des Centres et Postes de Santé en Guyane, les études ont pu observer une évolution dans la prise en charge et l'épidémiologie du paludisme. Depuis dix

ans on a pu noter une augmentation des demandes de diagnostics de la part de la population, avec une augmentation proportionnelle à ces demandes des cas positifs de *P. vivax* et *P. falciparum*. Un résultat étonnant est la recrudescence des cas de *P. vivax* qui prédomine les cas de *P. falciparum* depuis trois ans selon les sources des Urgences du centre Hospitalier de Cayenne, alors que *P. vivax* était nettement minoritaire auparavant. Il y a une hypothèse pour les causes possibles de cette augmentation de *P. vivax* à Cayenne. Avec la construction de la route reliant Saint-Georges (et donc la frontière brésilienne) à Régina, village directement relié à Cayenne, le mouvement des populations a permis la contamination de ces villages satellites de la ville. Cette contamination augmenterait donc, avec le brassage de population empruntant l'axe St Georges-Régina-Cayenne la proportion des accès pour *P. vivax* aux Urgences du Centre hospitalier de Cayenne. Cependant, cette augmentation de *P. vivax* à Cayenne n'est pas représentative d'une évolution du paludisme de l'ensemble de la Guyane. Bien que cela est vrai pour les régions de l'Oyapock, *P. falciparum* reste toujours largement majoritaire dans le foyer du Maroni.

Problèmes alarmants liés au paludisme

1. Emergence de nouveaux parasites et mise en cause des théories précédentes :

Lors d'une discussion avec un assistant social de Cayenne, nous avons appris qu'une étude récente a montré qu'à certains endroits, la théorie de l'agressivité des Anophèles seulement durant la nuit serait mise en cause. Dans un village, où les habitants se protégeaient bien des moustiques le soir, le nombre de cas positifs à *P. falciparum* augmentait lors de la saison d'activité dans les abatis. Le travail dans les abatis se faisant uniquement le jour, la population serait donc exposée aux anophèles pas seulement la nuit. Cette hypothèse remet en cause la théorie bien ancrée que l'agressivité des anophèles dès le crépuscule. Une équipe de recherche aurait voulu faire une étude sur la population des anophèles le jour dans les abatis et dans les villages, mais n'a pas pu obtenir un moyen de financement. Cette théorie intéressante n'aura donc pas de preuves avant une motivation de sponsors !

Un autre problème fort intéressant qui se raconte de bouche à oreille porte sur certaines fièvres « malaria-like ». Elles répondent négativement aux tests de diagnostics classiques (test rapide, goutte épaisse, frottis sanguin) et ne répondent pas aux traitements actuels. Ces fièvres mystérieuses touchent principalement des orpailleurs clandestins dans les endroits très isolés de la forêt tropicale. Il se pourrait donc qu'un nouveau parasite circule dans certaines zones forestières. Le mouvement incessant à travers le département et les visites sporadiques de ces orpailleurs dans les villages et les dispensaires pose un problème alarmant, celui de la contamination des populations par ces parasites actuellement inconnus.

2. Inégalités de la population guyanaise face aux traitements antipaludiques :

Il y a quelques années, l'halofantrine (Halfan®) représentait le meilleur traitement contre le paludisme pour les populations dans les zones isolées. Plus pratique que la quinine grâce à ses trois prises à six heures d'intervalle (alors que la quinine se prend trois fois par jour pendant sept jours), elle fut largement utilisée sous réserve que le patient n'ait pas un allongement congénital de l'espace QT qui peut provoquer des troubles du rythme cardiaque graves, voir mortels. Avec l'apparition des résistances, les médecins ont préconisé alors de redonner la moitié de la dose une semaine après la première prise. Cette mesure est difficile à mettre en place en centre de santé, où les patients habitent parfois loin du dispensaire, et n'ont pas toujours les moyens financiers et matériels de s'y rendre deux fois de suite. Par exemple, le dispensaire de Grand-Santi n'est accessible seulement par pirogue à moteur pour les populations environnantes. Au dispensaire, l'Halfan® reste actuellement le traitement de premier choix pour les accès simples des adultes et enfants. Les médecins espèrent que les patients pourront revenir pour leur deuxième cure. En deuxième choix, selon les cas, ils peuvent distribuer de la quinine (Quinimax®) associé à un antibiotique, en espérant que ces patients prendront leur traitement pendant les sept jours prescrits.

Pour limiter la progression des résistances de *P.falciparum*, les médicaments à association d'antipalustres aux modes d'action différentes sont arrivés sur le marché. Le *Riamet* (arthéméter et luméfantrine), médicament essentiel selon l'OMS, est délivré gratuitement dans les dispensaires de l'autre côté du fleuve au Surinam et disponible en pharmacie en Guyane. La *Malarone*® (atovaquone et proguanil) est aussi uniquement disponible en pharmacie. Ces deux médicaments ne sont ni dans les stocks des centres de santé, ni remboursés par la Sécurité Sociale. Ils sont donc disponibles seulement pour les populations à proximité d'une pharmacie et qui ont les moyens financiers pour se les procurer. Comme petite anecdote, le dispensaire de Grand-Santi avait reçu de la part de l'hôpital de Cayenne 700 boîtes de *Riamet*® pour moderniser leurs soins. Le problème était que la date de péremption des boîtes se situait à quelques jours après leur réception au centre de santé. Moins de 100 boîtes ont été utilisées et le reste jeté. Le dispensaire n'a plus reçu de *Riamet*® dorénavant.

Pour le traitement du paludisme à *Plasmodium falciparum* par la quinine, seule la marque *Quinimax*® est remboursée. Ce choix politique est dangereux à long terme, car comme nous l'avons vu, ce traitement est long, il n'est donc que rarement pris entièrement, ce qui conduit à une rechute pour le patient et peut engendrer l'apparition de résistances. Ceci est grave pour cette molécule qui sert à prendre en charge tous les paludismes graves ; la quinine est le

traitement de dernier recours, avec lequel sont soignés les enfants et femmes enceintes pour qui les autres traitements peuvent être contre-indiqués.

Prise en charge des patients et traitements

Tout d'abord, il est important de noter que dans les régions les plus touchées par le paludisme, les ethnies amérindiennes ont mis au point des remèdes traditionnels pour lutter contre cette maladie et qu'il existe souvent une coexistence harmonieuse entre la fréquentation des Centres de Santé et les méthodes traditionnelles. Chez les ethnies de Noirs Marrons, la médecine traditionnelle est encore plus cachée aux yeux des occidentaux, et il est difficile d'évaluer son efficacité.

Nous allons parler ici exclusivement de la prise en charge des patients pour qui le diagnostic de paludisme a été posé (suite au résultat d'un test rapide ou d'une goutte épaisse) dans les Centres ou Postes de Santé.

Les protocoles recommandés par la Conférence de Consensus sur le Paludisme en Guyane de 1995 étaient :

- Pour un accès à Plasmodium vivax ou malariae :

La chloroquine, d'efficacité constante et bénéficiant d'une bonne tolérance, et par conséquent d'une bonne observance.

- Pour un accès à Plasmodium falciparum :

L'association Quinine-Doxycycline (ou Erythromycine pour les femmes enceintes ou les enfants de moins de 8 ans). Le traitement est administré per os en cas d'accès simple, mais

entraîne de nombreux effets secondaires tels que nausées, vomissements, acouphènes, hypoacousies, ce qui diminue fortement l'observance.

Lors d'accès compliqués le traitement est administré en i.v.

L'Halofantrine (HALFAN) était utilisée pour traiter des accès simples. Elle est bien tolérée et la possibilité d'un schéma thérapeutique sur 12 heures permet une bonne observance. Néanmoins elle nécessite un ECG préalable (pour exclure un trouble de la conduction préexistant qui constituerait une contre-indication à l'utilisation du médicament). Un problème préoccupant a été l'émergence de résistances à ce médicament, ce qui peut conduire à des échecs thérapeutiques et qui nécessite donc un suivi des patients traités avec l'Halofantrine. Pour contrecarrer l'effet croissant des résistances, une cure de consolidation (2ème cure à moitié dose une semaine après la première, permettant de prévenir une rechute) a été conseillée, mais celle-ci est souvent absente des prescriptions. De plus cette mesure est difficile à mettre en place dans les Centres de Santé, où les patients habitent parfois loin des dispensaires et n'ont pas forcément les moyens de s'y rendre deux fois de suite.

La Méfloquine, peu utilisée en raison de ses nombreux effets secondaires.

Dans la pratique les recommandations ne sont pas toujours suivies, ce qui est dû aux diverses habitudes de prescriptions des médecins des Centres de Santé. Ceci, ajouté à la difficulté à obtenir des contrôles cliniques et parasitologiques sur une longue période (7 à 14 jours), a rendu difficile l'évaluation de l'efficacité des protocoles de traitements.

Un point important dans l'adaptation des recommandations des traitements est l'évolution de résistances :

- La Chloroquine, qui présentait une résistance in vitro jusqu'en 1999, a vu sa sensibilité augmenter dès 2000 (35% sensibles). En 2001 24% étaient sensibles et en 2002, 70% l'étaient.
- La Quinine voit son CI 50 (indice de sensibilité) diminuer régulièrement depuis 1997.
- La Méfloquine et l'Halofantrine enregistrent une diminution préoccupante de leur CI 50.
- La Doxycycline est à la limite inférieure du seuil de résistance, alors qu'elle était encore largement dans la zone de sensibilité en 2001.
- Le cas de l'Arthéméter est intéressant car, alors que ce médicament n'est pas utilisé en Guyane et que les souches y étaient encore sensible en 1998-2001 elles y sont résistantes en 2002 (résistance in vitro). Une explication de ce phénomène est que le médicament est utilisé dans des pays voisins (tels que le Brésil) où les dérivés de l'Artémisine sont utilisés et que les souches résistantes proviennent de ces pays.
- L'Amondiaquine et l'Atovaquone (qui, associées au Proguanil donnent la Malarone®), ont un CI 50 stable et largement dans le seuil de sensibilité.

Cette progression de la multirésistance aux antipaludiques classiques et le risque de résistance aux nouvelles molécules utilisées en monothérapie, plaident pour l'utilisation de combinaisons d'antipaludiques à modes d'action différents. Les combinaisons ayant fait l'objet d'études encourageantes comportent :

- de la quinine (Q) (Q + Cycline, Q + Clindamycine, Q + Sulfadoxine-Pyriméthamine)
- des antimétaboliques (Proguanil + Atovaquone, Malarone®)
- de l'Artémisine ou dérivés (A) (A + Luméfantrine, Riamet® et Coartem®, A + Méfloquine, A + Amodiaquine, A + Doxycycline).

Actuellement, seule la combinaison Quinine + Clindamycine ne présente aucune contre-indication chez les femmes enceintes et les jeunes enfants, généralement à cause de l'absence d'information sur les autres produits ou associations.

La règle de prescription des antipaludiques doit obéir à la nécessité de maintenir l'effet parasiticide pendant au moins 3 cycles parasitaires (soit plus de 6 jours). Les protocoles de traitements sont donc variables suivant leurs caractéristiques pharmacocinétiques et de leurs métabolites actifs.

Les recommandations de la Conférence de Consensus sur le Paludisme en Guyane de 2002 sont, en raison de leur excellente tolérance et de la simplicité de leur schéma posologique :

- *En cas d'accès à Plasmodium malariae :*

Chloroquine (Nivaquine®)

- *En cas d'accès à P. vivax :*

Chloroquine (Nivaquine®)

Privaquine à visée anti-gamétocyte (en prise unique) et éventuellement à visée anti-hypnozoïtes (une prise pendant 14 jours)

- *En cas d'accès simple à P. falciparum chez l'adulte :*

L'association Atovaquone + Proguanil (Malarone®), 4 comprimés par jour aux repas pendant trois jours.

L'association Artemeter + Luméfantrine (Riamet® et Coartem®), 4 comprimés à H0, H8, puis deux fois par jour les 2 jours suivants. La Luméfantrine étant proche de l'Halofantrine, il est recommandé d'effectuer un ECG pour exclure un trouble de la conduction.

L'association Quinine (3 prises)-Doxycycline (1 prise) pendant 7 jours. La Clindamycine peut remplacer la Doxycycline en cas de contre-indication à cette dernière.

Chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 8 ans :

Association Quinine-Clindamycine. La Malarone® peut être proposée comme alternative aux femmes enceintes, car aucune tératogénicité n'a été observée.

En cas d'accès compliqué :

Quinine par voie parentérale avec dose de charge, associé dès que possible à de la Doxycycline. Le traitement doit être débuté immédiatement, et l'hospitalisation (évacuation sanitaire vers les soins intensifs) doit être organisée sans délai.

Afin de diminuer la transmission du paludisme il existe des gamétocytocides qui diminuent la charge en gamétocytes (formes sexuées du parasite qui vont lui permettre d'infecter un moustique vecteur et ainsi d'amorcer un nouveau cycle et de transmettre la maladie à un autre sujet) présents dans le sang de la personne infectée.

Ces produits sont :

- La Primaquine, la plus efficace, mais qui a l'inconvénient de déclencher chez les sujets déficients en G6PD des hémolyses plus ou moins sévères. Elle s'administre en dose unique en même temps que le traitement.
- Les dérivés de l'Artémisinine, utilisés en traitement anti-palustre, et qui ont l'avantage de posséder également une activité gamétocytocide.

Un traitement anti-gamétocytes sous forme d'une dose unique de Primaquine est recommandé (en l'absence de contre-indications) lorsqu'un sujet susceptible d'être porteur de gamétocytes est amené à séjourner dans une zone indemne de transmission palustre.

Ces recommandations, bien qu'elles reposent sur des considérations louables, ne sont pas toujours appliquées ni même réalisables sur le terrain.

Premièrement, les Centres de Santé ne disposent ni du Riamet ni de la Malarone dans leur pharmacie. Les traitements se font donc soit avec de l'Halfan (auquel toujours plus de souches sont résistantes et où la seconde dose n'est pas forcément délivrée), soit avec de la quinine.

VII. Petites anecdotes ...

Lors de notre séjour en Guyane nous avons été confrontés à de nombreuses situations insolites, dépaysantes, voire parfois choquantes.

Les critiques face à la politique française en Guyane

Les populations Amérindiennes vivant sur le territoire proche du fleuve Oyapock, où ils vivent de façon totalement autonome en pratiquant la pêche, l'agriculture et la chasse depuis des millénaires bénéficient néanmoins, au même titre que n'importe quel français installé dans une ville en métropole, des allocations et subventions de l'état. Il nous paraît flagrant que ces deux situations sont bien différentes : dans une ville, le logement, les dépenses pour la nourriture, l'habillement, les transports et même les loisirs, alors que dans l'intérieur du territoire Guyanais la situation est bien différente et le système fonctionnerait en grande partie sans apport externe d'argent aux ménages. Sur les territoires amérindiens le sol et le logement sont souvent gratuits ou construits à faible coût par les familles. La nourriture est produite sur place par la culture du manioc, la pêche et la chasse. Alors que l'habillement traditionnel pouvait être acquis sans argent, la mode occidentale a apporté le besoin de suivre la mode et engendre un certain coût. Le mode de vie est relativement simple, même si les technologies occidentales sont déjà largement répandues à St-Georges (DVD, ordinateur, lave-linge, télévision...) Le seul apport extérieur que l'on puisse leur apporter sans perturber leurs équilibres ancestraux est la médecine moderne (dans une certaine limite) et pour les populations qui s'ouvrent au monde : une éducation de base (compter, lire et écrire). La santé et l'éducation étant gratuite en France, ces populations isolées n'ont donc pas besoin du RMI pour vivre dignement sans être dans le manque.

Il est surprenant qu'il y a vingt ans, ces populations vivaient entièrement en autarcie, alors que maintenant, elles sont devenues tributaires et dépendantes des aides.

Conséquences de la politique française (surnatalité, abus, alcoolisme...)

A St-Georges une conséquence flagrante de la politique française est l'explosion de la natalité. Alors que les familles créoles, généralement mieux instruites et occupant des postes plus intéressants, se limitent à deux ou trois enfants, les femmes amérindiennes mettent au monde une ribambelle d'enfants (le nombre de quinze n'est pas une exception !). Ainsi les femmes assurent le revenu pour la famille. Les enfants ne sont généralement pas vus comme une charge, car l'éducation et les soins sont gratuits et ils ne sont de loin pas l'objet d'attention aussi soutenue que ce qui est courant en occident de nos jours. Beaucoup apprennent à se débrouiller à peu près seuls très tôt.

Le nombre élevé d'enfants par femme est également un problème pour leur santé. Certaines refusent d'être évacuées vers Cayenne pour l'accouchement, ce qui comporte des risques. Le risque d'hémorragie maternelle augmente avec les grossesses successives. Une femme est décédée à la clinique d'Oyapock suite à des saignements pendant notre séjour. Nous n'avons pas eu plus d'informations sur les circonstances de ce décès, mais le Centre a recueilli le bébé, qui avait souffert de l'accouchement et présentait des convulsions.

Cette explosion démographique qui a commencé il y a à peu près 20 ans et qui ne semble pas prête à fléchir pourrait bien devenir très vite un problème certain. Aujourd'hui le mode de vie est adapté à un environnement faiblement peuplé (il n'y a aucun traitement des déchets, beaucoup de personnes consomment l'eau du fleuve, de nombreuses personnes dépendent de la pêche et de la chasse). Une explosion de la population entraînerait très vite des problèmes de pollution et d'accès aux ressources. Le chômage est déjà un problème, qui ne s'améliorera peut-être pas avec l'arrivée massive des jeunes sur le marché du travail.

Aujourd'hui la plupart des familles amérindiennes vivent au rythme de l'arrivée des allocations familiales : vers la fin du mois tous les Amérindiens vivant dans le Haut-Oyapock migrent vers St-Georges, où le bureau de poste est pris d'assaut pour le prélèvement des revenus. L'argent est en général rapidement dépensé en alcool, directement sur place ou au Brésil. La nourriture pour la survie au quotidien, est généralement assurée par de petites cultures de manioc et quelques légumes, un peu de pêche et de chasse. Certaines femmes à St-Georges s'assurent un petit revenu en vendant des colliers et autres bijoux traditionnels, surtout pour les hôtes de passage. Il semble que la mentalité traditionnelle amérindienne fonctionne surtout selon le principe de survie au jour le jour et que la prévoyance et l'épargne ne soient des valeurs trop étrangères pour être exercées par les familles. De plus il semble que les populations de la région soient particulièrement enclines à des maladies telles que

l'alcoolisme ou le diabète (maladies récentes apportées par la culture occidentale). Pour l'alcoolisme, il y a encore un effet aggravant dû aux coutumes locales : l'alcool traditionnel amérindien est le « cachiri », très faiblement alcoolisé et bu en grandes quantités pour accueillir un invité ou lors des fêtes. Ainsi, on accueille quelqu'un en lui offrant un grand bol de cette boisson et il est mal vu de ne pas le finir. Lors de l'apparition des alcools forts, les quantités absorbées sont restées sensiblement les mêmes alors que le degré d'alcool est monté en flèche. De plus l'alcool n'est pas réservé aux hommes mais affecte également les femmes. Nous avons parfois été choqués de voir les conséquences de cette alcoolisation massive de toute une population. En plus du grand nombre de personnes en état d'ébriété à toute heure, il y a les blessures (points de suture sur le crâne d'une mère de trois enfants en bas âge), les négligences parentales (certains parents « oubliaient » leurs enfants pendant des heures au Centre de Santé), parfois des bagarres...

Les conséquences de la politique française qui offre le RMI à ces populations sont parfois dramatiques. Prenons l'exemple d'un indien à qui on a ouvert un compte en banque dans le village le plus proche de chez lui. On lui donne une carte de crédit et on lui explique qu'il peut payer des choses avec. Il se trouve que l'indien est reparti sans sa carte après un achat ; il n'avait pas compris qu'il pouvait la reprendre. Etant vulnérables à cause de leur manque d'éducation dans ce domaine, les populations isolées à qui on a ouvert un compte en banque et donné le RMI se retrouvent être la proie de certains qui ont compris comment profiter de cette situation. Par exemple, un orpailleur brésilien a « aidé » un indien à gérer ses achats avec son nouvel argent. Pour cela, l'indien lui laissait sa carte et le brésilien lui donnait du liquide ou faisait des achats pour lui quand il en avait besoin, tout en volant le plus possible sans que ce dernier s'en aperçoive. De plus, les populations de l'Amazonie qui ont une culture assez oisive, sont encore moins stimulées par cette arrivée d'argent sans effort. Ils ne chassent plus, ne récoltent plus. Ils perdent le goût à l'effort, ils n'apprennent plus aux enfants à chasser et se débrouiller dans la forêt. Les conséquences sont prévisibles. C'est incroyable qu'un pays avec tant de personnes très intelligentes puisse faire une erreur pareille à notre époque !

Perte de la culture

Lors de nos discussions avec des personnes à St-Georges nous avons été forcés de constater que la culture amérindienne est en train de se perdre.

Ce phénomène se fait surtout sentir depuis environ 20 ans, période depuis laquelle sont apparues toutes les allocations qui garantissent un revenu aux familles. Il y a eu un processus très rapide de sédentarisation, de perte des techniques de chasse, pêche, culture traditionnelles, des habitations (les familles vivent à St-Georges dans les quartiers d'Espérance dans des maisons à l'occidentale) et de la culture en général.

Nous avons eu l'occasion de nous lier à un groupe de jeunes du village, comportant des Amérindiens et quelques brésiliens. Beaucoup ont été scolarisés à St-Georges et maîtrisent par conséquent bien le français.

Ils font partie d'une paroisse protestante, et nous avons été invités à assister à des services, ce qui nous a permis de nous faire une idée de l'organisation sociale du quartier, qui regroupe une partie des amérindiens regroupée à St-Georges. La religion est prise très au sérieux et rythme le quotidien. Lors de nos rencontres l'existence de croyances qui proviendraient de leur culture ancestrale n'a pas été évoquée. Une grande partie des personnalités religieuses de la communauté est d'origine brésilienne, ce qui fait que l'ambiance est chantante, dansante et ponctuée de discours exaltés. Par contre il n'y a un grand contraste avec la rigidité des services à l'occidentale : les enfants jouent entre les bancs, les gens vont et viennent... Peut-être que cela reflète une façon de pratiquer la religion qui existait avant l'arrivée des influences occidentales.

Les instruments pratiqués sont la guitare électrique et la batterie et nous n'avons vu aucun instrument traditionnel, mais certains chants lors des services religieux sont en langue amérindienne.



Olivier invité à jouer sur la batterie des jeunes amérindiens du village d'Espérance

Habillés à la mode occidentale, les jeunes pratiquent néanmoins de nombreuses activités « locales » telles que pêche et baignade dans les rapides du fleuve, qui leur confèrent une agilité que nous n'avons pas.

Les familles possèdent de nombreux « gadgets » à l'occidentale, tels que télévisions, DVD, téléphones portables (ce qui fait parfois sourire quand on sait que le temps pour traverser le village entier ne doit certainement pas excéder 15 minutes). Les grandes parures

traditionnelles ne sont pas portées par les jeunes, qui gardent par contre quelques bracelets en dents de singe ou autre.

La maltraitance des enfants

Pour la première fois nous avons été directement exposés à des cas de maltraitance d'enfants. Comme nous l'avons dit, les femmes mettent au monde plus d'enfants qu'elles ne peuvent gérer. De ce fait, nous avons été confrontés à plusieurs cas de maltraitance sous forme de négligence. Par exemple les femmes commencent des grossesses vers les 12 ans et terminent à la ménopause. Très peu d'entre elles demandent de prendre la pilule ou un autre moyen contraceptif pour plusieurs raisons : certaines avouent ouvertement qu'elles refusent la contraception pour recevoir plus d'allocations familiales, d'autres n'ont pas l'autorisation de leur mari ou de leur famille pour des raisons culturelles.



Certaines femmes n'ont même pas honte de faire porter de telles couches à leur « trésor »

De ce fait, la procréation est devenu un travail rémunéré pour les femmes. Les conséquences sont prévisibles. La polygamie étant dans les traditions, les hommes récoltent les allocations familiales de leurs enfants, parfois entre 20 à 50 enfants ! Avec cet argent la majorité s'achètent des paraboles gigantesques pour leur télévision, des bijoux en or massifs pour leur famille et dépensent une grande partie chez les prostituées. Les enfants sont dans la plupart des cas sales, mal vêtus, mal nourris et livrés à eux-mêmes pour ceux qui refusent d'aller à l'école.

De plus, dans le village de Grand-Santi, il y a eu plusieurs histoires de pédophilie concernant des enseignants à l'école primaire. Ce qu'on a pas pu accepter c'est le fait que les parents Noir Marron des enfants abusés étaient au courant de ce qui se passait mais aucun n'a réagi pendant une longue période jusqu'à ce que un enfant créole se plaigne à ses parents. L'enseignant a été rapidement incarcéré suite aux plaintes de cette famille créole. Pourquoi

les parents Noir Marron n'ont rien dit, nous n'avons jamais pu le savoir mais nous avons réalisé à quel point ces enfants étaient vulnérables dans ces parties isolées de la planète.

Un autre exemple de maltraitance est d'une femme qui venait au dispensaire très souvent avec plusieurs de ses enfants bien qu'ils étaient tous en bonne santé, elle refusait de faire soigner un de ses petits garçons qui avait une plaie suintante pleine de mouches à l'oreille depuis plusieurs jours. Cet enfant était sale au point où des croûtes parsemées de mouches sur le crâne empêchaient la pousse de cheveux à certains endroits. N'ayant pas le droit de soigner un enfant sans l'accord de ses parents le personnel soignant a dû mettre la mère sous pression pour qu'elle amène son enfant au dispensaire, chose qu'elle a faite pour finir. Bien que pris de pitié pour cet « enfant maudit » nous avons dû accepter le fait qu'il y avait rien à faire pour ces enfants négligés. Les services sociaux ne récupèrent seulement les enfants en danger de mort, faute de personnel, de structures et de familles d'accueil.

Voici un exemple poignant raconté par un infirmier : il y avait peu de temps, suite à des interventions dans des habitations, il avait trouvé un enfant rachitique dans un coin. Cette petite fille avait quatre ans mais faisait la taille d'un enfant d'un an : elle ne parlait pas et ne marchait pas. Sa grand-mère l'avait pris en charge après avoir été abandonnée par ses parents. Puisque cette vieille femme avait souvent mal à la main, elle refusait de nourrir l'enfant à ces moments là. L'infirmier a pris l'enfant avec lui et a réussi à la faire récupérer par les services sociaux.

Pour le personnel soignant, cette maltraitance des enfants les touche presque jusqu'à dans leur vie personnelle. Par exemple, dès les premiers jours de notre arrivée dans le village, il y avait toujours des enfants qui nous attendaient à la porte de notre logement pour nous demander de jouer ou nous vendre des choses. On nous a fortement conseillé de ne jamais les laisser entrer les enfants et même de leur interdire de venir jusqu'à la porte, de peur déjà qu'ils repèrent des choses à voler. De plus, avec le nombre de cas de pédophile, il était important d'être sans reproche quoiqu'il arrive. Cette peur d'être accusé de pédophilie injustement, avec le traumatisme que cela implique, garde le personnel soignant dans un état de stress chronique.

Guerres internes

La Guyane est un territoire riche dans énormément de domaines. La richesse de sa faune et flore dont des bois exotiques d'une grande valeur, l'abondance de l'or...

La pauvreté et la misère qui sévit dans ce pays vient directement de qu'on appelle « les guerres internes » entre les hommes.

Ces haines entre les différents peuples sont les principales sources de violence ainsi que la cause principale de pauvreté du pays ; un véritable frein à l'amélioration et au développement. Par exemple, les brésiliens en général sont très mal vu dans l'ensemble de la Guyane. Si un brésilien tue un Noir Marron ou fait un écart de conduite, tous les brésiliens des environs doivent partir de suite sinon ils risquent une mort imminente.

Voici une histoire pour illustrer cet état d'esprit. Un brésilien avait fait un arrêt cardiaque mortel au dispensaire, et les Djukas de Grand-Santi ont refusé violemment qu'un brésilien soit enterré sur leur sol. Le temps qu'une solution soit trouvée, le corps, déposé dans la pièce centrale du dispensaire s'est rapidement dégradé avec l'humidité et les nombreux insectes. L'odeur est devenu tellement insupportable que le dispensaire a dû fermer. Aucun soin ou consultation n'était possible aux environs de cet endroit. En urgence, une brigade de l'armée est venue escorter le corps de l'autre côté du fleuve où il a été enterré dans la nuit au Surinam d'en face.

Les brésiliens, qui constituent la majorité des orpailleurs de Guyane, ne sont pas tous des anges non plus. Pour pouvoir déplacer leurs sites d'orpaillage dans les territoires amérindiens sans se faire attaquer, ils distribuent de l'alcool et de la drogue à ces derniers, ce qui les décime rapidement. Comme si on retournait dans le passé il y a deux cents ans dans le Far West américain.

Même entre Noir Marron, il y a des tensions entre ethnies. Lors du voyage en pirogue de Saint Laurent du Maroni à Grand-Santi, voyage qui dure environ huit heures, nous avons dû passer par un village boni. Pendant certaines périodes de l'année, les Djukas doivent donner des droits de passage aux bonis lorsqu'ils passent devant leurs villages en pirogue. Nos piroguiers étant djukas, nous avons dû nous arrêter et offrir une bouteille de vin avant de continuer notre voyage. Pendant l'arrêt il y a eu un malentendu sur le cadeau et une quarantaine d'hommes se sont mis à hurler en Taki Taki et à charger sur la pirogue. En se faisant tout petits nous avons attendu qu'ils règlent leurs problèmes, puis nous avons poursuivi notre route sans autre violence heureusement.

VIII. Notre vécu du stage

« Dès notre arrivée sur le sol guyanais, plusieurs choses m'ont frappées.

Premièrement le climat. Ce n'est pas tellement la chaleur qui choque (quoi que nous ayons fait quelques mauvaises expériences avec le soleil aux zénith), mais l'humidité persistante, qui épuise. Dès lors nous adopterons le rythme de vie local avec de longues heures de sieste en milieu de journée.

Ensuite, la composition de la population. Cayenne est construite sur un style très colonial, dans ses rues on trouve que de nombreux amérindiens, des nous nous sommes chinois, brésiliens et avons également baguettes parisiennes. Les gens sont



ouverts et souriants. Une autre découverte majeure a été la nature. La jungle couvre des territoires immenses, et nous avons parcourus les fleuves pendant des heures sans rencontrer personne. Les bruits dans la jungle restent parmi mes meilleurs souvenirs, mais ils nous ont également causés quelques frayeurs lorsque nous nous sommes promenés dans une réserve naturelle et que certains grognements proches n'avaient rien de très rassurant...

La nourriture à St-Georges, même si elle était plus diversifiée que chez nos collègues de Grand-Santi, se limitait souvent à du couac, du riz et parfois quelques pâtes, accompagnés de

viande (pas pour moi car je suis végétarienne). Il y avait peu de légumes et fruits. Nous avons la possibilité de nous rendre en pirogue au Brésil pour faire des commissions mais le trajet coûtait assez cher.

Après quelques semaines de stage dans ce village coupé du monde, l'isolement devenait un peu pesant. La seule personne proche, et avec qui je restais presque 24h/24 était mon collègue de stage Olivier, et il est arrivé quelquefois qu'on se « tape sur le système » réciproquement. Vers la fin des liens se sont créés avec d'autres personnes, ce qui a été un soulagement.

De nombreuses choses m'ont choquées sur place, dont la jeunesse des mères, la prostitution pratiquée par de nombreuses jeunes filles, le fossé entre le personnel soignant (métros) et la population locale, ... Nous avons peu été confrontés à des actes de violence, tout en sachant que les règlements de compte étaient monnaie courante dans la région.

Au sein du Centre de Santé, relativement peu de choses m'ont réellement choquées. La pharmacie était relativement bien pourvue et le personnel bien formé. Cela n'est pas le cas de l'hôpital brésilien situé de l'autre côté du fleuve.

Enfin ce stage a été une expérience personnelle et professionnelle importante, et m'a permis de changer mon regard sur un certain nombre de choses. Ça a été la découverte d'un pays extraordinaire. »

Seraina

« Tout d'abord, pour la langue, c'était un peu difficile au début de suivre des consultations ou de s'occuper de patients avec qui nous ne pouvions nous comprendre verbalement. Mais par la suite, on a compris quelques mots clefs qui revenaient souvent et aussi, on était beaucoup plus attentifs aux expressions du visage, du corps, même si elles étaient souvent feintes.

Il n'y a pas eu de problèmes pour moi du côté de la culture. Même si c'est très différent, l'acclimatation n'a pas été très difficile. Bien qu'il fût quand même difficile de comprendre cette mentalité très différente pour nous. C'était quand même très étrange de se plonger dans un pays où la plupart des gens vivent en autarcie. Mais à la longue, on s'habitue à la flemme locale...

J'ai été un peu surpris parce qu'ils étaient mais surtout du point gens le respectaient des mains, etc... , point de vue du pouvaient pas faire il y avait quand même



par les moyens, déjà relativement faibles, de vue de l'hygiène. Les très bien pour le lavage mais c'était plutôt du nettoyage. Ils ne autrement bien sûr, mais une quantité énorme de

sable dans le dispensaire. Aussi, après que nous ayons soigné une leishmaniose, la salle de traitement était remplie de mouches, et il a fallu attendre la fin de la journée pour répandre de l'insecticide et s'en débarrasser enfin.

Le système m'a beaucoup étonné au début, puis ensuite je pensais que la gratuité des soins était quasiment le seul système possible pour ces gens. Par la suite, j'étais plutôt mitigé, car en fait l'état français ne fait que le minimum pour cette population, ce qu'ils investissent leur permet de ne pas dépenser plus. On critique leur vie d'autarcie, mais on les aide à rester à ce

stade, (au cas où l'on pense que notre mode de vie est meilleur), en leur donnant des allocations, mais en ne faisant pas d'efforts réels pour développer ces régions. »

Raymond

« Sincèrement, je ne pensais pas que l'on pouvait découvrir et vivre autant de choses, toutes plus nouvelles que palpitantes chaque jour, pendant deux mois entiers de stage. Pourtant c'est ce qui s'est passé en Guyane : un dépaysement total avec l'avantage de pouvoir se faire comprendre par une partie de la population (du moins à Cayenne lors du début de l'aventure), un environnement vraiment nouveau avec une forêt bruyante à perte de vue et un air chaud, étouffant mais bizarrement apaisant, une population très diversifiée et la plupart du temps chaleureuse... bref tout ce qui peut vous changer de Genève, ne serait-ce que le fait de dire bonjour aux gens que l'on croise dans la rue.

Lors des premiers jours Georges, les premières consultations de patients faire côte à côte dans la



au dispensaire de St-consultations me choquèrent vue : comment des différents peuvent-elles se même salle, où est le respect même un brin d'empathie ? s'usent-ils à la tâche des encore arrivés alors qu'il est Pourquoi ce sont les mêmes sutures, accouchements, et lesquels ils n'ont pas reçu de

formation ; ont-ils acquis une certaine expérience de débrouille en Guyane? tout le personnel soignant, et plus particulièrement les médecins, prend sa pose quand cela lui chante, alors qu'une vingtaine de patients attend encore depuis plusieurs heures déjà dans la salle de consultation... mais quelle image puis-je me faire du médecin ? Tout cela m'a assez déplu au début, et c'est pourquoi j'ai voulu plus me rapprocher des infirmiers pour essayer de leur être utile, que des docteurs. Une grande partie des gestes techniques, ainsi que la façon dont

fonctionne le dispensaire, ce sont ces mêmes infirmiers qui nous les ont appris. Avec le temps les choses évoluèrent, et des médecins fraîchement arrivés sur St-Georges nous prirent chacun sous leur aile pour nous faire participer à plus de 100% aux consultations, examens cliniques, missions dans les villages voisins, et nous apprendre à être débrouille envers des patients de toutes sortes. Ce fut génialissime ! Jamais je ne pourrai oublier la moindre des journées passées avec ces gens. On a l'impression avec le temps de devenir une grande famille : le week-end, on part en randonnée dans la forêt avec les infirmiers, on va jouer de la musique dans le village d'amis amérindiens, chaque soir tout le personnel se retrouve autour d'un verre de ti-punch sur la même terrasse au bord de l'Oyapock pour refaire le monde... vraiment des moments sympas et inoubliables. A peine quelques semaines de travail au dispensaire, et l'on peut presque se vanter de connaître tout le village, ce qui renforce les liens avec les gens quand on se ballade seul dans St-Georges, et qui nous empêche parfois de tomber dans de tristes moments de solitude quand tout ne va pas pour le mieux.

Je suis très content de ne pas avoir été seul pour ce stage et d'avoir pu partager mes moments avec Seraina, car seul, ça n'aurait pas toujours été facile. Quand l'un avait un coup de blues, l'autre à toujours tout fait pour lui remonter le moral, et ça c'est beau. Les randonnées en forêt qu'on a pu se faire à deux, même si parfois il y eut des tensions ou que l'on prit peur de tous ces bruits d'animaux sauvages en imaginant le jaguar à quelques pas de nous, ont été drôles et magiques. Rien que le fait d'écrire ça me donne envie d'y retourner ! Les découvertes que nous avons pu faire en voiture de location à travers le reste de la Guyane furent vraiment une aventure : chaque parcelle de ce territoire a son histoire, son peuple, sa beauté particulière et sa magie. C'est un pays merveilleux et attachant par la jeunesse de sa population.

Ce voyage fut pour moi une expérience riche et inoubliable, et même plus, une véritable leçon de vie. Ce qui est bien, ce qui est mal, on le distingue quand on est imprégné dans un milieu qui pense comme tel. Changer de milieu, c'est aussi avec le temps changer l'idée qu'on se fait des relations entre les personnes, entre les malades et le personnel soignant. »

Olivier

« Tout d'abord, j'ai trouvé que ce stage était très dur physiquement, à cause de la précarité du logement et de la nourriture ainsi que le climat chaud et très humide. De plus, il était particulièrement difficile du point de vue psychologique et émotionnel : j'ai assisté au début de la mort lente d'un enfant et à des cas de maltraitances infantiles dont je supportais difficilement le sentiment d'impuissance par rapport aux souffrances de ces enfants. L'isolement et le fait de rester 24h sur 24 avec les mêmes personnes, sans pouvoir sortir du petit village (à cause de la forêt qui l'entoure) me donnaient le sentiment d'être écrasée. Le village était relativement calme mais la violence était imprévisible : il régnait constamment un sentiment d'insécurité, surtout le soir lorsqu'on dormait dehors.

Sinon j'ai l'accueil qu'on tout le personnel et prenait du apprendre de Nous avons aussi personnes du brésilien qui nous barge d'amis Cette opportunité



été très surprise par nous a fait sur place : soignant était très gentil temps pour nous nombreuses choses. pu rencontrer certaines village dont le bijoutier a fait monter dans une orpailleurs illégaux. très rare nous a permis

de voir de nos propres yeux la vie et les problèmes de cette population mis à l'écart et très critiquée dans l'Amazonie.

Par rapport au dispensaire j'ai aussi beaucoup aimé cette médecine de « débrouille » ou chacun doit se surpasser pour faire avec les moyens de bord. Malgré les difficultés, qui pour finir resteront des bons souvenirs, je garderais essentiellement de ce stage d'innombrables leçons de vie et une expérience hors du commun. »

Marie

IX. Conclusion du stage



Dans ces lieux perdus de l'Amazonie guyanaise, le système de soins qu'on a pu observer est sans doute le plus social de la planète. Chaque personne, qu'importe ses papiers et ses ressources financières, est soigné en toute gratuité : un avantage rare en Amérique du Sud. Comme tout système qui est social à l'extrême, la pression des moyens financiers manquants risque de poser de graves problèmes à long terme. Puisant toutes ses ressources des impôts de la France métropolitaine, la santé en Guyane coûte cher aux français. « Heureusement » pour les populations isolées, les enjeux avec la fusée Ariane et l'immense réserve d'or continuent à motiver la politique française à envoyer du personnel, du matériel et de l'argent dans ces populations aussi loin de la culture et du mode de vie français que de kilomètres les séparant de la terre mère.

Ayant eu l'opportunité d'étudier le paludisme de près, nous avons fait trois conclusions à ce sujet. Tout d'abord, la lutte antipaludique de Guyane peut se qualifier « d'efficace » puisque le nombre de morts par an suite à cette maladie se compte sur les doigts d'une main. Deuxièmement, cette lutte reste cependant limitée dans les traitements par les choix politiques

de médicaments remboursés par la Sécurité Sociale ; en effet les traitements se choisissent plus en fonction des ressources financières du patient que du traitement de choix qui lui serait préférable. Enfin, les résistances aux antipaludiques et les fièvres inexplicables posent des problèmes de plus en plus préoccupants de santé publique.

Pour conclure ce rapport, ce fut pour nous tout d'abord une véritable prise de conscience aussi bien sur le plan médical que social. Cette expérience sera, nous en sommes persuadés, une étape clé dans notre apprentissage.

X. Remerciements

Beaucoup de camarades en Guyane nous ont aidé pour notre stage, que ce soit pour sa préparation, ou durant notre séjour sur place. Ainsi, nous remercions particulièrement les Dr. Michel Joubert et Félix Djoussou pour avoir accepté notre demande et pour avoir choisi nos places de stage.

Nous remercions aussi les médecins, les infirmiers et les agents de santé du dispensaire de Grand-Santi, Yves, Antoine et Flavien, les trois Béatrice, Michaël, Christophe, Sandra, Julien et Elisabeth.

Un grand merci à tout le personnel du centre de santé de St-Georges, avec qui nous avons beaucoup appris et passé de nombreux moments de joie que ce soit en ballades forestières avec Pierre et Gwendal les infirmiers fous d'aventure, en jogging avec Manuelle la sage-femme, en 4X4 tout terrain sur des routes de rallye avec comme pilote Caroline le médecin et mère de famille de deux « timounes » (enfants en créole), au bar de Nicolas le docteur à l'humour parisien, à la pêche à l'Aïmara (poisson carnassier le plus féroce de Guyane) en compagnie de Fanny l'infirmière et de son compagnon Olivier de Toulouse, assis autour de la table du dispensaire à écouter les discussions philosophiques et théologiques du sage docteur Honoré. Et merci à tout le reste du staff et ceux que nous n'avons pas encore cités : Nathalie, Véronique, Christine, Serge, Joël, Daniel, Marie-Jo, Raymond, Jules (pour ses histoires de chasse et sa patience lors des vaccinations), Aristide (ses remèdes au basilic) et tous les autres.

Merci à Nathalie du carbet et à ses trois petits rastas qui nous ont apporté tant de joie. Merci à Jean d'Awala-Yalimapo, l'homme des étoiles. Merci aussi à Marcelline et Jane qui nous ont accueillis et régalez de nourriture locale, aux jeunes amérindiens du village Espérance, à Léia, et pour la patience que tous ont manifestée à notre égard.



XI. Bibliographie

Nous tenons simplement à signaler que tout ce que nous avons pu écrire est, soit tiré de notre propre expérience sur les lieux de stage, soit de récits des gens que nous avons pu rencontrer là-bas, soit de la documentation que nous nous sommes procurer sur place. En ce qui concerne les photos, elles ont pour la grande majorité été prises par les deux équipes de stage, sauf certaines que nous avons tirées de la collection du SDD.

1. **3ème Conférence de Consensus sur le Paludisme en Guyane.** 4 et 5 octobre 2002. Cayenne. Guyane Française.
2. **Le paludisme en 25 questions.** Service départemental de désinfection. 1998. Cayenne.
3. **Human parasitology.** 2nd edition. Burton J. Bogitsch, Thomas C. Cheng. 1998.
4. **The pathogenic basis of malaria.** L.H. Miller, D.I. Baruch, K. Marsh, O.K. Doumbo. Nature 2002; 415:673-79.

