

Sommaire

Introduction.....	3
I – La diversité de l’Ouest Guyanais	4
A – Diversité ethnique et culturelle.....	4
B – Diversité Sociale et Economique	8
C – Les différences entre soignants et entre soignants et soignés	10
II – Le système de soins guyanais : variations sur le thème du système métropolitain.....	14
A – Les bases du système de soins français.....	14
B – L’accès aux soins dans l’ouest guyanais.....	16
C – Spécificités dans la demande de soins dans l’ouest guyanais.....	22
III – Un système dynamique qui s’adapte constamment à ses contraintes	29
A – Comment sont exploitées les ressources du système français	29
B – Gérer les difficultés dans l’accès aux soins.....	32
C – Faire face à une demande particulière.....	34
Conclusion.....	41
Sources et Bibliographie.....	42
ANNEXE – Déroulement du stage.....	43
Remerciements.....	49

Avec sa superficie de 83 846 km² [1], la Guyane est le plus grand département français, deux fois plus grand que la région Rhône-Alpes. A ces dimensions impressionnantes s'ajoutent toute une série de superlatifs qui font la spécificité guyanaise, autant sur le plan géographique, politique, ethnique et culturel. L'attribut le plus pertinent à la Guyane est donc le concept de diversité, que l'on peut définir comme la coexistence simultanée dans le temps et l'espace de plusieurs caractères non forcément antonymiques. Concernant la diversité, elle concerne ici autant les plans ethnique et culturel, mais aussi la nature et l'espace en termes de biodiversité et multiplicité des milieux. De ces éléments concrets de diversité découlent de nombreuses « sous-diversités », conséquences de la confrontation constante de contextes aux facettes multiples et qui donnent à cet espace sa particularité.

Concernant notre propos principal dans ce travail, à savoir le système de santé et sa dynamique, il est difficile d'en concevoir l'existence et le fonctionnement en dehors de son contexte socio-culturel et géopolitique et ainsi, une compréhension de celui-ci passe nécessairement par une étude des rapports entre ce système et son environnement – défini ici comme tout ce qui n'est pas directement le système de soins mais interagit avec celui-ci.

Il convient dès lors de s'interroger en quoi la diversité exerce une pression sur le développement et la dynamique du système de soins dans l'Ouest Guyanais.

Afin de traiter cette question, nous inspecterons tout d'abord la diversité dans l'Ouest Guyanais, afin de nous pencher ensuite sur l'influence de celle-ci sur le système de soins guyanais. Ceci nous permettra enfin de nous intéresser à l'adaptation de ce système à ces contraintes et donc, de la dynamique du système de soins guyanais.

Nous essaierons au possible de nous baser sur nos expériences pour appuyer nos arguments ainsi que sur les quelques références qui nous ont inspirées. En effet, c'est avant tout des rencontres, des discussions, des observations que sont issues nos connaissances et notre compréhension du système de soin.

Notre stage s'étant déroulé à Saint-Laurent du Maroni, nous nous concentrerons sur les spécificités de l'Ouest Guyanais, qui ne correspondent pas toujours à celles du reste de la Guyane.

I. La diversité dans l'Ouest Guyanais

© S. Ponthus

A) Diversité ethnique et culturelle

La Guyane est un Département d'Outre Mer français situé au nord-est de l'Amérique du Sud entre le Brésil au sud et le Suriname au nord. Elle comptait 224 469 habitants en 2009 pour une superficie de 83 846km² ; c'est de loin le département où la densité de population est la plus faible avec 2,7 habitants au km² [1]. Ce phénomène s'explique par une couverture quasi-totale du territoire par une dense forêt tropicale couvrant plus de 95% du département. Cependant, malgré un nombre réduit d'habitants, on observe une incroyable diversité de populations.



Amérindiens

Ce sont les primo-occupants de la Guyane, leur présence remontant à au moins 6000 ans sur le territoire guyanais. Des experts s'accordent de dire qu'on pourrait retracer leur présence jusqu'à 10 000 ans. Les Amérindiens se répartissent en 6 groupes : Galibi, Palikur, Wajana, Wajampi Arawak, Emerillon. Ils sont environ 7000 [2], mais ce nombre est difficile à estimer de part l'isolement de certaines tribus. Au cours de notre séjour, nous avons surtout été confrontés aux tribus habitant sur la côte, c'est-à-dire les Galibis. Nous les avons croisés à Awala-Yalimapo et à Kourou. Cette population se caractérise par une attitude communautariste, ils se concentrent dans des quartiers spécifiques comme c'est le cas à Kourou où ils occupent des villages entiers comme Awala-Yalimapo. Ils sont de croyance animiste, même si leurs traditions sont peu à peu en train de disparaître surtout chez les jeunes et les populations les moins isolées. Ces peuples vivent principalement de la pêche, de la chasse et de la fabrication

d'artisanat. Leur environnement est menacé par l'orpaillage illégal qui rejette, dans les eaux de pêche, des quantités significatives de mercure entraînant l'intoxication des poissons et donc des Amérindiens.

D'après nos observations, l'alcoolisme semble être un problème majeur au cœur des populations amérindiennes.



Noirs Marrons

Ce terme vient de l'espagnol « cimarron » qui, dans les colonies hispaniques, a qualifié l'animal domestique retourné à l'état sauvage, avant de désigner l'esclave fugitif, indien puis noir. L'expression « Bushi Nenge » (homme de la forêt) est un terme plus utilisé dans la vie courante. Ils sont les descendants des esclaves d'origine africaine enfuis, du milieu du 17^{ème} à la fin du 18^{ème}, des plantations de l'actuel Surinam. Ces esclaves se sont réfugiés dans la forêt,



notamment le long du fleuve Maroni, où ils ont formé des groupes distincts. On dénombre à ce jour 6 groupes : Saramaka, Ndjuka, Matawi, Boni ou Aluku, Paramaka et Kwinti [2]. Les Saramaka sont issus de la première vague des esclaves en fuite, et qui ont par la suite obtenu la nationalité française ainsi que les droits qui en découlent contrairement aux Ndjuka dont l'arrivée est beaucoup plus récente. En effet, ils

vivent principalement au Surinam qu'ils ont fui entre 1986 et 1992 lors de la guerre civile qui a déchiré le pays. La plupart des Ndjuka décident de rester en Guyane, refusant l'indemnité de retour proposé par le gouvernement français et se retrouvent donc en situation irrégulière. Leur culture est un mélange de culture africaine et amérindienne. Ils croient aux esprits et ont recours à la médecine traditionnelle qui découle de ces croyances. Ils ont leur propre langue : le Nengee Tongo ou plus communément appelé « Taki-Taki » qui est, là encore, un mélange d'anglais, de néerlandais, et de langues africaines. Dans l'Ouest guyanais, c'est la population majoritaire malgré le fait qu'ils ne représentent que 6% des habitants de la Guyane 2. De ce fait, au CHOG (Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais), ils représentent la grande majorité des patients et ce dans tous les services.

Créoles

Ils sont issus d'esclaves émancipés suite à l'abolition de l'esclavage en 1848. Si ils représentaient 75% de la population guyanaise dans les années 60, ce chiffre est passé à 30% dans les années 90 [2]. On peut expliquer cela par l'explosion démographique d'autres groupes ethniques, principalement les Noirs-Marrons. Ils sont actuellement environ 50 000. Culturellement, ils sont comparables aux antillais (Martinique, Guadeloupe) imprégnés de la culture française et antillaise. Ils ont, eux aussi, leur propre langue : le créole, très proche du français. La définition de créole n'est pas la même en Guyane, qui définit les métisses, tandis

qu'aux Antilles, il s'agit de blancs nés sous les tropiques de parents venus d'Europe.

Les immigrés de la seconde moitié du 20^{ème} siècle

Métropolitains



Arrivés depuis la départementalisation de la Guyane en 1946, ils occupent des postes d'enseignants, médecins, d'administration, de recherche (centre spatial de Kourou) de défense (gendarmes et militaires). La Guyane est un passage assuré pour tous les militaires lors de leur stage « combat jungle ». Cependant, la plupart des métropolitains ne restent

que pour une courte durée (environ 3 ans), attirés par les avantages financiers de travailler en Outre-Mer. Stratégie mise en place par le gouvernement français afin d'éviter une pénurie d'enseignants, de soignants et autres services.

Chinois

Ils arrivent dès la fin du 19^{ème} siècle, à l'époque où la recherche d'or est en plein essor. Leur intégration est réussie. Aujourd'hui ils possèdent la quasi-totalité des commerces et des restaurants de Guyane, ce qui les place en situation de monopole.

Hmong

Les Hmong sont un peuple d'Asie originaire des régions montagneuses du sud de la Chine au nord du Viêt Nam et du Laos. Ils sont arrivés en Guyane en 1977, fuyant le Laos communiste, et s'installent dans des villages prévus pour les accueillir notamment Cacao et Javouhey. Ils sont d'abord arrivés comme réfugiés sur le sol français avant d'être envoyés en Guyane afin de peupler cette



région. C'est un peuple d'agriculteurs et la quasi-totalité des fruits et légumes produits en Guyane sont issus de l'agriculture Hmong. Dans la ville de Saint Laurent du Maroni le marché à lieu trois fois par semaines.

Brésiliens

Deux vagues de brésiliens se sont succédées en Guyane. La première dans les années 1960 en réponse à une demande accrue de main d'œuvre sur les nombreux chantiers qui fleurissaient à l'époque. La deuxième dans les années



1990 constituée d'orpailleurs clandestins. Ces derniers se cachent en forêt et il est très difficile d'estimer leur nombre. Ils sont sans relâche traqués par les forces de l'ordre françaises mais il faut bien avouer que combattre l'orpaillage est quasiment une mission impossible.

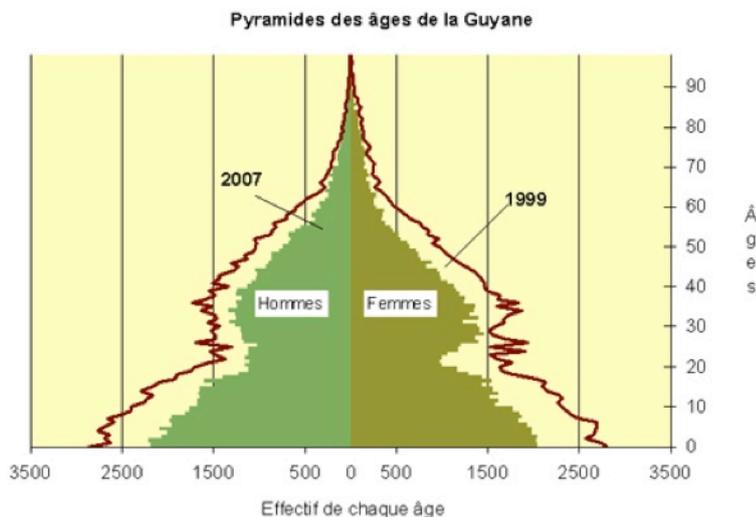
B) Diversité sociale et économique

La diversité ethnique et culturelle en Guyane a fait naître un clivage social et économique important au sein de ces différentes populations. En effet, chaque ethnie a trouvé une place, une fonction et un statut social qui en découle. On pourrait presque comparer cette société au système de castes existant en Inde, où le destin de chacun semble dépendre de ses origines.

- Population au 01/01/2009 - Estimation (millier)	229
- Part dans la population française (%)	0,4
- Densité de population (hab./km ²)	2,7
- Taux de variation annuel moyen de la pop. depuis 1999 (%)	3,9
* Emplois au lieu de travail au 31/12/2008 (millier)	49,3
*. Taux de chômage au deuxième trimestre 2009 (%)	20,5
◇ Produit intérieur brut 2006 - semi-définitif (Mds €)	2,6
◇ Part dans le PIB France (%) 0,4	0,1
• Revenu disponible brut 2006 (euros/habitant)	9 837
• Revenu médian par unité de consommation 2008 (euros/uc)	12 462
• Taux de pauvreté (%) ...;	...
• Allocataires du RMI au 31/12/2008 (milliers)	11,3
- Nombre de zones urbaines sensibles (ZUS)	6
- Part de la population régionale en ZUS (%)	14,2

Les Amérindiens peuvent être grossièrement répartis en deux catégories, ceux vivant sur la côte et ayant accès à une éducation française classique mais étant néanmoins touchés par un taux de chômage important, et ceux qui ont décidé de rester en forêt, isolés et vivant comme vivaient leurs ancêtres il y a plusieurs centaines d'années. Ces derniers sont loin de tout système éducatif et politique. Récemment, suite aux catastrophes écologiques qui touchent les Amérindiens en raison de l'orpaillage illégal, ces derniers cherchent à trouver une voix politique pour sauver leur culture et leur mode de vie millénaire. Les jeunes se détournent de ce mode de vie pour se tourner vers une vie plus occidentale qui leur assurera, peut être, un avenir meilleur. Nous avons pu observer, sur la côte, les Galibis qui vivent principalement du tourisme qui existe dans cette région (lieu de ponte des tortues luth) grâce à l'hôtellerie, l'artisanat et la restauration. Ils vivent modestement mais néanmoins dans des habitations « en dur ». La culture amérindienne, et notamment sa médecine traditionnelle issue d'une connaissance parfaite de la forêt, est une richesse sous-estimée de la Guyane qui mérite d'être préservée avant qu'elle ne disparaisse à jamais, noyée dans la culture occidentale.

Les Noirs-Marrons représentent la population majoritaire de l'Ouest Guyanais. Venus s'installer dans les villes, telles que Saint Laurent du Maroni, ils vivent dans des conditions très précaires, habitant souvent dans des maisons construites en matériaux de récupération. C'est une population très jeune ayant un très fort taux de natalité (le plus fort de toutes les ethnies). Les enfants issus de ces familles nombreuses se trouvent confrontés à des responsabilités familiales très tôt dans leur jeunesse, ce qui laisse peu de place à une scolarité



normale. Ainsi, une grande partie des Noirs Marrons ne parlent pas français, seulement Taki-taki, ce qui a été un vrai problème pour communiquer lors de notre stage. Cela entraîne aussi fort taux d'analphabétisme, accentuant encore plus le taux de chômage déjà important. Une autre conséquence du manque d'éducation et de projet éducatif est un taux important de grossesses chez

les jeunes filles, souvent mineures. En effet, nous avons pu observer tous les jours des jeunes filles de 18 ans accouchant de leur 2^{ème} ou 3^{ème} enfant. Dans cette population, la conception de la famille est complètement différente de la notre, la polygamie est très courante dans leur culture. L'inceste est aussi très présent mais demeure un sujet très tabou. Le système social français offre pour chaque enfant une certaine somme d'argent (allocations familiales). Dans le cas des familles nombreuses, cela peut représenter une somme significative. Les Noirs-Marrons français bénéficient de cette aide, et pour de nombreuses familles il s'agit de leur principal revenu. Ceci accentue d'autant plus l'inactivité

professionnelle, puisque qu'ils arrivent à vivre, bien que modestement, de ce revenu. Tout comme les amérindiens, les Noirs-Marrons sont très peu représentés politiquement et dans l'administration guyanaise.

Les créoles, bien que peu nombreux dans l'ouest guyanais, ont une influence politique importante. Ils occupent la plupart des postes administratifs (maire, adjoints...) qu'ils se disputent avec les métropolitains. Cette population fait partie des personnes les plus aisées de Guyane et donc d'influence. Nous avons pu observer une tension palpable entre les créoles et les autres populations Guyanaises. En effet, ils sont toujours très touchés par leur passé d'esclave et ressentent une certaine rancœur vis à vis des métropolitains. De plus ils sentent que leur population décroît au profit d'autres telles que les Noirs-Marrons, la diminution de leur nombre ou du moins de leur proportion dans la population générale entraînant une perte de contrôle. Leur avenir, tant économique que politique, est remis en question par ces changements démographiques qui leurs sont défavorables.

Les métropolitains, partie infime de la population guyanaise occupent des postes à responsabilité notamment dans les domaines de la fonction publique, l'éducation, les forces de l'ordre et la santé. Ils sont donc un maillon essentiel de la qualité de vie pour les autres habitants. L'attraction pour la Guyane est souvent financière. En effet ils bénéficient d'une majoration de salaire de 40% à leur arrivée. De plus le gouvernement prend en charge 90% de leurs frais de logement ce qui permet une très bonne qualité de vie sur place et leur permet de mettre de l'argent de côté pour leur retour en métropole. Les rares métropolitains qui choisissent de rester par amour pour cette région s'engagent souvent dans le domaine du tourisme en tant que guide naturaliste par exemple. Il s'agit de la seule population à investir dans ce domaine qui a d'ailleurs comme clientèle majoritairement des métropolitains en vacances ou en mission en Guyane.

C) Les différences entre soignants et entre soignants et soignés

On retrouve chez les soignants une diversité à l'image de la Guyane. Les médecins exerçant à l'hôpital de saint Laurent du Maroni où nous avons réalisé notre stage étaient tous étrangers à la Guyane excepté une interne. Ils viennent d'horizons très différents et nombre d'entre eux ne sont pas passés sur les bancs des facultés de médecine françaises. Nous avons pu croiser en pédiatrie des médecins camerounais ayant fait leurs études à Saint Petersburg, aux urgences un médecin algérien, un autre libanais ou encore un médecin syrien en gynécologie. Cette diversité pose néanmoins le problème de l'homogénéité des connaissances voire des croyances au sein du personnel médical. Afin d'illustrer ce propos, nous vous proposons une situation qui a marquée l'un d'entre nous au cours d'une transmission matinale entre médecins :

8h30 au bureau des médecins en service de pédiatrie :

Dr 1 : « il faudrait que l'on parle du petit X hospitalisé en ce moment »

Dr 2 : « Ah oui, le petit trisomique, l'habitué du service ! »

- *« Il est hospitalisé actuellement pour une pneumopathie et j'aimerais que l'on parle des modalités de traitement »*
- *« On t'écoute »*
- *« Etant donné sa pathologie et l'absence de plan thérapeutique il est important que l'on soit d'accord qu'en cas de problème grave aucun geste de réanimation ne sera réalisé »*
- *« Quand tu dis pathologie, tu parles de sa trisomie ? »*
- *« Absolument, il n'existe aucun traitement connu à ce jour et le réanimer serait de l'acharnement thérapeutique. »*
- *« Je ne suis pas d'accord avec toi, ces enfants peuvent avoir une vie quasi normale et longue ! »*
- *« De toute façon chacun agira selon sa conscience professionnelle mais pour ma part, je n'effectuerais pas de réanimation sur lui »*

Les deux médecins ici venaient d'horizons différents et ne partageaient pas les mêmes principes éthiques ce qui peut choquer des personnes provenant du système éducatif médical français. De plus cela engendre des inégalités de prise en charge pouvant nuire aux patients.

L'origine de cette diversité a deux raisons principales. Premièrement il faut souligner l'absence de faculté de médecine en Guyane. Les étudiants voulant réaliser ces études sont contraints d'aller effectuer leur première année à Fort de France en Guadeloupe (tout comme les étudiants martiniquais). Une fois leur première année réussie ils doivent poursuivre leur cursus à la faculté de médecine de Bordeaux en métropole. Ils ne peuvent rejoindre leur département d'origine qu'à partir des stages de l'externat et de l'internat. Pour encourager, malgré ces contraintes, la formation de médecins issus de ces départements, il est possible d'obtenir des bourses afin de payer les études en métropoles. Cependant, une fois leur diplôme en poche ils sont redevables à leur région d'origine et doivent revenir y exercer autant de temps que leur formation a duré. La deuxième raison est directement liée au manque d'attractivité de la Guyane à cause de son climat, de son isolement, du coût de la vie sur place et de la pénurie de services. Les médecins ne font donc pas exception à la règle et préfèrent se diriger vers des DOM-TOM plus attractifs tels que la Réunion ou la Guadeloupe. Pour répondre à ce problème, la France délivre des autorisations à des médecins étrangers afin qu'ils puissent exercer la médecine en Guyane. Cette situation est politiquement inenvisageable en métropole sachant que leurs diplômes ne sont pas reconnus par le système d'accréditation européen. Ceci peut être vu de deux manières, l'une comme étant la solution au manque de personnel médical, l'autre comme une prise de risque en terme de compétence. Cela a clairement été mis en évidence lors de la visite présidentielle de Nicolas Sarkozy en janvier 2012. Dès son arrivé un bateau de la marine française équipé de blocs opératoires sous la responsabilité de médecins en provenance de

Martinique assurait sa sécurité sanitaire au large de Cayenne. Y aurait-t'il un manque de confiance vis à vis des structures et du personnel en Guyane de la part des autorités ? Mais visiblement cela ne dérange personne de laisser la population locale se faire soigner sur place !

Les infirmiers viennent pour la quasi totalité de métropole, attirés par le côté aventure de la Guyane. Les conditions de travail pour eux sont très intéressantes. En effet ils bénéficient de meilleurs salaires qu'en métropole et ont des horaires fixes laissant le temps de profiter de la vie extrahospitalière. La Guyane a l'avantage d'offrir une expérience unique en terme de pathologie et de soins à administrer et une richesse culturelle hors norme. Ceci permet au personnel soignant (cela est également valable pour les médecins) d'acquérir des connaissances proche de l'humanitaire sans en avoir les inconvénients tels que l'insécurité, l'absence d'eau potable... Les infirmiers sont pour la plupart jeunes, sortant tout juste de leur formation. Il n'est pas rare de voir des infirmiers en stage de fin d'étude signer des contrats d'embauche. A la différence des médecins, il existe une école d'infirmier à Cayenne ce qui n'a pas l'air de résoudre le problème du manque de personnel.

Les aides soignants sont presque tous Guyanais et, à Saint Laurent du Maroni, issus des populations Noir-Marron et Créole. La formation, étant proposée sur place et facile d'accès, permet une intégration de la population locale dans le système de soin. Ceci souligne d'autant plus les inégalités en terme d'accès à l'éducation et à la formation professionnelle en Guyane. Là encore le métier semble avoir ses avantages propres à la Guyane tels que le salaire et les horaires.

La fidélisation du personnel au sein du CHOG est un objectif majeur de l'hôpital. En effet, on observe une rotation du personnel très importante : plus de 50% des effectifs remplacés chaque année. Il convient alors de mettre en place des mesures incitatives qui ont, par le passé, été critiquées dans la presse. Salaires de certains praticiens hospitaliers de plus de 8000 euros, avantages divers comme une voiture de fonction ou de l'aide au logement, d'autant plus d'inégalités ajoutées à des frais énormes pour l'hôpital et donc l'Etat. Ces mesures incitatives coûtent plus de 3,6 millions d'euros chaque année au CHOG, encore faut-il prouver leur efficacité [3].

Médecins, infirmiers et aides-soignants sont tous les jours confrontés à une patientèle nombreuse et diverse. Dans le cas du CHOG, la majorité des patients, reflétant la majorité de la population locale, sont des Noirs-Marrons en situation régulière ou irrégulière. La position géographique de Saint Laurent fait que cet hôpital couvre plus de 60% du territoire : une responsabilité, mais aussi une charge énorme, qui doit s'effectuer avec des moyens réduits. De plus, l'absence d'hôpital du côté surinamais et la situation socio-sanitaire déplorable de ce pays fait du CHOG une destination de choix pour les patients du Suriname. De nombreux problèmes se dressent dans la relation entre soignants et soignés dû aux différences culturelles des deux côtés, la plus évidente étant la barrière de la langue avec les Noirs-Marrons et les brésiliens principalement. Au delà de la langue, il est difficile pour les médecins de trouver un juste milieu entre respect des croyances et respect des protocoles de la médecine occidentale. Ils se

trouvent confrontés à une très mauvaise observance thérapeutique combinée à la pratique des médecines traditionnelles ayant parfois des conséquences désastreuses. Nous avons malheureusement pu observer un de ces cas en service de grossesse pathologique lorsqu'une femme, enceinte de jumeaux, a fait une fausse couche suite à la pratique d'un washî traditionnel, sorte de bain contenant des plantes médicinales. Ces plantes ont provoqué des contractions qui ont entraîné un accouchement prématuré et la mort des deux enfants, sans parler des problèmes de santé que cela a engendré pour la mère.

On retrouve aussi des utilisations inappropriées de médicaments tels que les antibiotiques ou anti malariques, facilement accessibles au Suriname. Dans le cas des antibiotiques, leur sur-utilisation provoque l'émergence de souches multi-résistantes, sans oublier les patients dont les infections ne sont pas traitées par l'antibiotique approprié. Pour ce qui est des anti malariques, ils sont également en « libre service » notamment dans le milieu de l'orpillage où l'apparition d'une fièvre entraîne immédiatement la prise de plusieurs doses aléatoires d'anti malariques. Cette utilisation entraîne des présentations paludiques dites « batardes » et complique la prise en charge sur le plan diagnostique et thérapeutique.

II . Le système de soin Guyanais : Variation sur le thème métropolitain

© S. Ponthus

En Guyane, comme dans le reste de la France, les habitants, qu'ils soient citoyens français ou étrangers, en situation régulière ou non, ont accès à des soins hospitaliers et extrahospitaliers prodigués par un personnel médical qualifié au même titre que celui de métropole. En théorie, le système guyanais est identique au système métropolitain.

Cependant, comme nous l'avons mentionné plus tôt, un système de santé ne peut se concevoir en dehors d'un contexte, un environnement propre avec lequel il interagit. Il va de soi que dans un espace aussi différent de celui de métropole, le système ne peut pas fonctionner de la même manière, qu'il est soumis à des contraintes dissemblables.

A) Les bases du système de soins français

Le système de soins français, à la première place du classement OMS des systèmes de soins [4], est très controversé – tout comme ce classement. Avec un coût de 234 059 M€ pour l'année 2010, soit 12,1% du PIB [5], les dépenses de santé sont parmi les plus élevées au monde (4ème en 2000 derrière les Etats-Unis, la Suisse et l'Allemagne). Cependant, la particularité est ici la répartition de ces coûts: en 2010, 173 758 M€ (3/4) étaient couverts par la Sécurité Sociale, et 11 453 M€ (un peu moins de 5%) par l'Etat et les collectivités locales. Le reste est à charge des mutuelles, des sociétés d'assurances, des institutions de prévoyance et des ménages (16 465 M€). C'est donc l'état qui finance la majorité du système. Récemment le concept de déficit de la sécurité sociale – ou « Trou de la Sécu » - est devenu une part importante de l'opinion publique. En effet, les recettes de la Sécurité Sociale ne couvrant plus les dépenses de celle-ci, le déficit vient creuser la dette française déjà très importante.

Un système de santé est défini comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé » [6] par l'OMS. Il comprend donc les prestataires de soins (système de soins *sensu strictu*) comme les Hôpitaux, les médecins installés, les prestataires de soins complémentaires (kinésithérapeutes, ostéopathes...) ainsi que les organismes de remboursements de ces soins (Sécurité sociale, mutuelles...). On peut aussi compter les organismes de prévention, d'information médicale (associations, institutions...) comme faisant partie du système de santé.

En France, la branche des prestataires de soins ressemble à celle de Suisse. La disponibilité et densité médicale y est généralement semblable à celle en Suisse (3,1/1000 vs. 3.8/1000, mais tout comme en Suisse, de nombreuses

disparités régionales existent) [7], les soins prodigués obéissent aux mêmes standards à peu de choses près... La branche des assurances est, elle, très différente de celle en Suisse.

1. Les prestataires de soins.

Comme en Suisse, le patient français est libre de choisir son médecin parmi les nombreux médecins installés qu'ils soient généralistes ou spécialistes : le généraliste n'a donc pas la fonction de « Gatekeeper » comme en Hollande par exemple. Les problèmes de densité médicale sont très similaires à ceux rencontrés en Suisse avec des zones rurales souvent déserts médicaux, tandis que l'offre est généralement satisfaisante en ville – bien que ceci soit une vision simplifiée du problème.

Les hôpitaux ressemblent beaucoup aux hôpitaux Suisses. On trouve comme en Suisse des CHU et des CH, des Hôpitaux privés, des Centres de soins, EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personne Agée Dépendante)...

Récemment apparaissent des centres médicaux – associations de plusieurs médecins de plusieurs spécialités – considérés par certains comme la solution à certains problèmes qui touchent la profession de médecin installé.

Du côté de l'offre médicale, la France ressemble donc à la Suisse, même si l'on pourrait étudier une comparaison rigoureuse et minutieuse des deux systèmes. Ceci n'est cependant pas notre propos.

2. Les assurances (Source : Site de l'Assurance Maladie)

En France, la Sécurité Sociale est chargée de permettre à toute personne résidant sur le territoire d'avoir accès à un même niveau de soins, de pouvoir prendre soins de ses enfants, de bénéficier d'une retraite à la fin de sa vie active ou bien de toucher une aide en cas de chômage. Les quatre branches [8] de la « Sécu » sont donc :

- maladie, maternité, invalidité et décès
- familles (allocations familiales)
- vieillesse et veuvage
- accidents du travail et maladies professionnelles

C'est la première nommée que nous étudions ici : l'assurance maladie.

En France, cette dernière a été traditionnellement liée à l'exercice d'une profession, comme en témoigne la persistance de différents régimes. Les trois principaux régimes sont le régime général qui concerne tous les employés, le régime agricole qui concerne les agriculteurs,... et le régime des libéraux qui concerne les artisans, médecins libéraux... Cependant, de nombreux autres régimes spéciaux existent et sont reliés à des particularités historiques (régime de la SNCF, de l'armée...). Chaque régime a ses particularités.

Depuis une quinzaine d'années est apparue cependant la CMU – couverture médicale universelle – sensée assurer à toute personne de nationalité française ou vivant depuis plus de 3 mois de façon régulière sur le territoire français un remboursement d'une partie des soins médicaux, quelle que soit sa

profession. Quelque temps après, la CMU-C (complémentaire) a été mise en place pour garantir un remboursement intégral des soins pour les moins fortunés.

L'AME – aide médicale d'état – permet, elle, le remboursement des soins pour toute personne étrangère résidant depuis plus de 3 mois sur le territoire français de façon irrégulière [9]

Pour les personnes qui n'entrent dans aucune de ces catégories, à savoir les étrangers vivant depuis moins de 3 mois en France, ceux qui ne sont pas à jour dans leurs démarches, ou même – nous le verrons – les étrangers, comme ceux du Surinam où le niveau de remboursement est nettement inférieur, il existe une solution en cas de réelle nécessité : les soins médicaux urgents.

En France, la Sécurité Sociale est financée par une contribution des employés et des employeurs, une taxe appelée CSG (Contribution Sociale Généralisée) ainsi que par des taxes sur certains produits nuisibles à la santé comme les cigarettes. En contrepartie, elle finance également des programmes censés réduire ses dépenses, comme les campagnes de prévention anti-tabac, etc.

Ceci n'est évidemment qu'une vue superficielle d'un système complexe et bureaucratique qu'un médecin devrait comprendre dans sa totalité afin de pouvoir assurer un remboursement efficace de tous les soins prodigués pour le soigné, mais aussi pour le prestataire, qu'il s'agisse d'un médecin libéral ou d'un hôpital avec ses salariés. Nonobstant, ce survol nous donnera les clefs de la compréhension de nombreuses des situations que nous avons vécu en Guyane (et en toute honnêteté, la compréhension du système par les internes ne va pas toujours beaucoup plus loin...)

B) L'accès au soin dans l'Ouest Guyanais

Selon l'article de Gulliford et Col. « What does 'access to health care' mean ? », l'accès aux soins se définit par son accessibilité physique et financière et par son acceptabilité. [10]

Nous avons vu jusqu'à maintenant en quoi le terme acceptabilité tient un rôle majeur en Guyane en terme de diversité socioculturelle. Nous venons également de montrer comment le système français tente de rendre acceptable le budget santé des ménages. Nous allons donc maintenant tenter de voir ce que propose l'Ouest Guyanais en termes de structures de soins.

La Guyane compte trois Centres Hospitaliers répartis sur la côte, à savoir Cayenne, Kourou et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG). De ceux-ci dépendent également des centres de santé plus ou moins importants, qui permettent l'apport d'un service de soin minimal à l'intérieur des terres. Nous avons donc pendant notre stage tenté de comprendre comment s'organise l'offre de santé autour du CHOG et ses particularités.

1. Le Centre Hospitalier de L'Ouest Guyanais

Le CHOG est un petit hôpital situé au centre ville de St Laurent du Maroni. Occupant en partie d'anciens bâtiments datant de l'époque du bagne, le site est composé d'un bâtiment principal regroupant les services de soin de court séjour, d'un hôpital de jour pour les consultations et soins externes, et d'un Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Lorsque nous avons pour la première fois franchi les grilles de cet hôpital à notre arrivée à St Laurent, un dimanche soir, nous avons d'abord été surpris de



Entrée du site du CHOG.

l'aspect extérieur des bâtiments, plutôt délabrés, surtout pour celui qui s'avérera par la suite être l'internat. En entrant dans le bâtiment principal, deux étages gardés par un vigile, nous sommes forcé de constater que l'intérieur n'est pas arrangé comme à nos habitudes genevoises : tout est ouvert au vent, pas d'ascenseur public ni de climatisation, les toits sont en tôle

rouillées et les couloirs déserts : « revenez demain si vous voulez rencontrer un médecin ». C'est donc seulement le lendemain à 8h, à notre premier staff de la maternité, que nous avons pu appréhender l'ampleur du travail accompli nuit et jour sous ce toit de tôle.



Bâtiment de l'internat.

Seul établissement hospitalier de l'Ouest Guyanais, le CHOG couvre un secteur sanitaire de près de 50 000 habitants pour près de 5 000 km² [11] avec notamment les communes de St Laurent du Maroni (37 755 habitants), Mana (8 959 habitants, à 45

minutes en voiture) et Maripasoula (7 615 habitants, 4 jours de pirogue ou un couteux voyage en avion). Sans oublier le

Surinam voisin dont les habitants viennent gonfler les statistiques de l'hôpital. Il se retrouve donc à gérer deux types d'espaces distincts : la région urbaine de St Laurent, densément peuplée et d'accès facile, et l'intérieur des terres isolé.

Le CHOG offre 180 lits répartis dans les services de médecine interne, chirurgie, pédiatrie/néonatalogie, gynécologie/obstétrique, psychiatrie et les urgences. Il dispose également d'un laboratoire d'analyse médical et d'un service de radiologie (radiologie conventionnelle, échographie et scanner). Avec par année 6000 patients hospitaliers (27 500 journées), 2000 patients en externe, 2350 naissances et 150 000 accueils aux urgences (plus de 400 par jour !)[12] et dans une région qui explose démographiquement, les services sont toujours pleins et les urgences engorgées.

En effet, outre le cas spécial de la maternité, que nous verrons plus tard, la plupart des patients arrivent au CHOG via les urgences. Très limitées en terme de capacité d'accueil (4 box médicaux, 1 box psychiatrique, 2 salles de « déchoquage » et une salle d'examen pour l'accueil), le tri se doit d'y être intense et beaucoup de patients sont renvoyés chez eux ou reconduits vers d'autres structures de soins, après avoir fait plusieurs heures de queue à l'extérieur. Il convient sûrement de souligner que, souvent, il nous a semblé que les urgences étaient sollicitées de manière inadéquate par la population de St Laurent, perçues comme la seule source connue de soins et faciles d'accès. Une fois ce tri effectué, il manquait toujours cruellement de place : la plupart des patients étaient pris en charge dans le couloir où de nombreux lits et fauteuils s'alignaient chaque jours. Les services étant toujours au maximum de leur capacité, les places qui se libèrent sont devenues rares et font toujours l'objet d'un débat aux urgences entre différents patients candidats à l'hospitalisation. Pour ceux qui ne sont pas élus, ce n'est que partie remise : l'hospitalisation se fait dans le couloir en attendant. C'est le cas pour de très nombreux enfants. En effet, sans urgences pédiatriques et avec une population très jeune (35% de la population guyanaise à moins de 14 ans, contre 18% en France) [13], les urgences résonnent toujours des pleurs des bébés qui s'y amoncellent. Certains sont là depuis plus d'une semaine. Un couloir leur est même réservé : c'est celui où il y a le plus de passage de personnes étrangères au service, constituant ainsi une vitrine saisissante du ras-le-bol du personnel soignant.

Le service de pédiatrie comporte 13 lits et 6 lits de néonatalogie. Quatre pédiatres accompagnés d'un interne se répartissent entre ces deux unités ainsi que les urgences et les gardes de nuit. Pour les adultes, les services de médecine interne et de chirurgie possède chacun 20 lits. En chirurgie, deux médecins se répartissent tout le travail : un chirurgien orthopédique et un chirurgien viscéral. Pour ce qui ne rentre pas dans leurs compétences (qui dans une telle situation se doivent d'être étendues), c'est à Kourou ou Cayenne, voir parfois aux Antilles qu'il faut envoyer les patients. En médecine interne, organiser le petit service est souvent un casse-tête étant donné l'importante demande : un patient MRSA positif demande un isolement et c'est tout le service qui doit être repensé.

«- Dites aux urgences qu'on a une place pour un homme.

- Mais c'est une femme qu'ils auraient besoin de faire monter ! »

Ainsi, dans l'Ouest Guyanais, pas de soins intensifs, pas d'IRM et très peu de spécialistes. Ces derniers, basés à Kourou ou Cayenne, assurent en fait des consultations de manière ponctuelles, de deux jours par semaine à une fois par mois pour la neurologie par exemple. Les salles de déchoquage des urgences jouent parfois un rôle de salle de soins intensifs pour les patients trop instables qui ne pourraient supporter un voyage en hélicoptère jusqu'à Cayenne. Le plus difficile pour nous, et pour le quotidien des soignants, aura été de constater l'impuissance face à aux patients qui font des AVC massifs : une fois le diagnostic établi, il est souvent trop tard pour tenter le moindre transfert. Cependant, l'hôpital n'étant pas pourvu d'un EEG, il fallait parfois que des patients fasse un aller-retour à Cayenne pour que le diagnostic de mort cérébrale soit confirmé. Les patients étaient ensuite extubés aux urgences, seul endroit de l'hôpital pouvant fournir le matériel nécessaire à la ventilation.

La maternité est le service le plus important de l'hôpital. Fort de 45 lits et de niveau 2B (prise en charge des accouchements à partir de 33 semaines d'aménorrhée), il se divise en 4 unités : les consultations externes, le bloc obstétrique, les suites de couches (23 lits) et la grossesse pathologique (22 lits). Avec 2 352 naissances en 2011 (soit plus de 6 par jours, et pour donner un ordre de comparaison, il y en avait moins du double (3 972) à la maternité des HUG [14] la même année), ce service qui tourne à 132% de sa capacité représente un centre obstétrique d'intérêt national [15]. Le taux de natalité étant plus de 2 fois plus important que le taux de natalité français global, on comprend cette importance que prend la maternité au sein de l'hôpital. C'est le Dr Carles, notre responsable de stage, qui endosse le rôle de chef de service. Il dirige également la Commission Médicale d'établissement et représente l'une des figures les plus respectées de l'hôpital. Ayant eu la chance de tourner dans les différents services, nous avons pu constater à quel point tout était plus sérieux quand il s'agissait du service de gynécologie obstétrique. Par exemple, c'est avec une précision helvétique cette fois que les staff commençaient toujours à 8h précise le matin, avec toujours la même systématique et la même rigueur, alors qu'ils étaient beaucoup plus labiles en ce qui concernaient l'horaire et les participants dans les autres services.

Ainsi, le CHOG nous est apparu comme un petit hôpital régional offrant un service certes de qualité, mais manquant cruellement d'infrastructures et d'équipement de pointe pour répondre à la pression géo-démographique que représente l'Ouest Guyanais. Il dépend ainsi des autres centres hospitaliers guyanais (et même parfois Antillais).

2. Les services périhospitaliers

Outre le CHOG qui représente la majorité de l'offre de soins dans l'Ouest Guyanais, il existe également d'autres structures (qui lui sont rattachées ou non) qui sont accessible à la population. Cependant, nous n'avons pas eu la chance de vraiment rencontrer ces personnes, notre stage ayant intégralement eu lieu au CHOG, et nous ne ferons donc qu'un exposé de ce que nous avons pu en entendre.

Dans la région, des médecins généralistes exercent en ville : on en trouve 7 à St Laurent et 3 à Mana. D'après certains internes qui ont pu travailler avec eux, leurs journées sont très longues, leurs consultations courtes et leurs salles d'attente toujours pleines. Au vu de la densité médicale Guyanaise, cette observation n'est pas étonnante : elle est la plus faible de France, avec 175 médecins pour 100 000 habitants, dont 41 généralistes, contre une moyenne de 332 pour la France métropolitaine dont 109 généralistes [13]. Cependant, souvent, les généralistes débordés avaient tendance à rediriger leurs patients aux urgences, notamment lorsqu'il s'agissait de patients qui n'étaient pas assurés ou qui ne pouvaient pas acheter de médicaments. En effet, il était fréquent de voir arriver aux urgences des personnes qui étaient prêtes à faire plusieurs heures de queue en espérant que le médecin du tri leur donne une dose de Spasfon ou de Paracétamol comme leur avait conseillé le généraliste. Ainsi, les médecins en ville surchargés de travail avaient tendance à nourrir le système de détournement des urgences en lieu de consultation gratuite et de dispensaire de médicament, ce qui ne facilitait pas le bon fonctionnement de celles-ci.

D'autres structures proposaient également diverses offres d'aide et de soins. Par exemple, le Centre de Prévention Santé de St Laurent, qui propose des dépistages du VIH ou des vaccinations. Certaines associations jouent également ce rôle, et qui tiennent par exemple des stands d'information et de distribution de préservatifs durant les fêtes populaires. Certaines associations sont liées à l'hôpital et y ont leurs bureaux.

Ainsi, outre le CHOG, on retrouve d'autres acteurs dispensaires de soins dans l'Ouest Guyanais. Cependant, dans tous les cas, l'hôpital reste le pivot de l'offre sanitaire et tout semble s'articuler autour de son activité.

3. L'intérieur des terres isolé de l'offre de soins

Nous avons vu que, en ce qui concerne Saint Laurent du Maroni, Mana et les autres villes de l'Est Guyanais atteignables par la route, l'offre de soin reste relativement satisfaisante. Seulement voilà, de nombreux villages Guyanais se retrouvent à l'intérieur des terres, le long du fleuve et à plusieurs jours de pirogue du Centre Hospitalier. Là, la densité médicale est quasi nulle et les équipements minimalistes et rudimentaires.

Dans les villages les plus grands, on trouve des centres de santé qui sont gérés par les hôpitaux. Pour les plus importants, on y trouve une permanence médicale. Ainsi, quelques internes ont pu nous raconter leur expérience au centre de santé de Maripasoula, où ils avaient passé plusieurs mois.

Les hôpitaux proposent également, dans les centres de santé, des soins spécialisés intermittents. C'est le cas par exemple de la pirogue médicale de la maternité : une fois par mois, des médecins et des sages-femmes se rendent en pirogue à Maripasoula avec un échographe afin d'effectuer le suivi des femmes enceintes et d'offrir des possibilités de consultations gynécologiques.

Dans les plus petits centres, des médecins ou des infirmières assurent un passage hebdomadaire dans le village.



Poste de santé de Kaw

Evidemment, cette offre n'est pas suffisante, d'autant plus que ces villages sont à plusieurs jours de pirogue de l'hôpital, et que de tels voyages peuvent parfois être coûteux pour les familles les plus modestes. Elle se justifie par la densité démographique trop faible pour que des installations plus sérieuses soient rentables, mais l'accès aux soins en termes d'accessibilité géographique est pour cela déplorable à l'intérieur des terres en Guyane Française.





Villages Busi nengee le long du fleuve Maroni

De plus, ces régions reculées sont souvent celles où les conditions d'hygiène sont les plus difficiles. Beaucoup ne possède pas l'eau courante ou l'électricité (et donc pas de réfrigérateur) et les cas de malnutrition ne sont pas rares. Nous avons eu la chance de visiter quelques villages (et ceux-là n'étaient pourtant pas loin de St Laurent, sur le fleuve) et nous avons été frappé des conditions dans lesquelles vivaient ces populations pourtant françaises.

Ainsi, de part sa diversité géographique et sont inégalité en terme de répartition démographique, certaines population guyanaises n'ont un accès au soin que très limité. De plus, la Guyane en elle-même fait figure de vilain petit canard au sein de la France et même des DOM en ce qui concerne la santé, mal équipée, mal desservie et territoire oublié de la métropole.

C) Spécificités dans la demande de soins dans l'ouest guyanais

Dans cet espace où l'accès aux soins est parfois difficile, on retrouve de surcroît des pathologies et autres motifs de consultations différents de ceux que l'on est habitué à rencontrer en métropole ou en Suisse. Ceci a des conséquences parfois inattendues sur l'offre de soins, sur les attitudes et les croyances des soignants et des soignés.

1. Des pathologies tropicales

En plus des problèmes de santé que l'on retrouve dans une société au mode de vie occidentalisé, la Guyane connaît depuis toujours des pathologies typiques de cette région du monde. Ainsi, dans les services de médecine, les diabétiques dialysés, cohabitent avec les malades du paludisme, de toxoplasmose, de méningite à éosinophiles... De ce fait, la population de soignants représente bien cette diversité. Des spécialistes de néphrologie partagent les mêmes couloirs que des spécialistes de maladies infectieuses tropicales.

Pendant notre séjour, nous avons pu rencontrer diverses de ces pathologies, qu'il s'agisse de parasitoses (paludisme, méningite à éosinophiles, leishmaniose, toxoplasmose, vers macaques, puces chiques, poux d'agouti...), d'infections bactériennes (lèpre, Chagas,...), virales (dengue, HTLV1,...) ou fongiques (aspergilloses...). Que ce soit aux urgences, en médecine, en pédiatrie ou dans les laboratoires, le diagnostic différentiel doit constamment être élargi à un éventail important d'affections.

2. Des MST prévalentes

Une des caractéristiques frappantes de notre stage fut de se rendre compte de la prévalence de MST dans la population hospitalière, qui témoigne en partie de la prévalence importante dans la population générale. Dans certains services, les sérologies étaient faites de routine, tant ces maladies y étaient fréquentes. Que ce soit le VIH, la syphilis, gonorrhées... Dans certains services comme la médecine, la grande majorité des patients avait au moins une maladie vénérienne, et les co-infections n'étaient pas rares.

Le VIH constitue un bon exemple, d'autant plus qu'il a été étudié dans des études guyanaises. Ainsi, 1,5% des femmes enceintes (0,7% des femmes françaises contre 3-4% des migrantes) seraient atteintes de cette maladie. Bien que dire qu'il s'agisse d'une maladie des étrangers constitue un raccourci intolérable, se voiler la face quant à la prévalence très élevée chez les migrants serait délétaire.

D'après cet article, l'épidémie serait entretenue par la prostitution. Ainsi, dans la population masculine VIH+, 45% des infections seraient attribuables à des rapports rémunérés, chiffre qui monte à 91,9% pour les hommes VIH+ ayant eu des rapports moyennant rémunération. Pour les femmes VIH+ s'étant prostituées, 85% des infections seraient attribuables à un de ces rapports rémunérés, contre 10,7% de la population générale VIH+.

Toujours d'après cet article, dans l'ouest guyanais, où la polygamie n'est pas rare, le ratio homme/femme serait de 0.6. Ainsi, la polygamie serait un facteur important de transmission de la maladie dans cette région. [16]

Enfin, une dernière caractéristique intéressante de la Guyane concernant le SIDA est la fréquence relativement élevée de co-infections à HTLV1, que nous avons pu observer par moments et dont on ignore les implications en terme de prise en charge [17].

3. Une natalité importante et des grossesses mal suivies

L'une des choses qui nous ont frappés dès lors de notre premier jour à St Laurent, c'est le nombre d'enfants par mère. En effet, la plupart des femmes qui passaient par la maternité en étaient déjà à leur 6^e grossesse et il n'était pas rare de voir des carnets de maternité compter plus de 10 accouchements. Aussi, le nombre moyen d'enfant par femme en Guyane selon l'INSEE est de 3,5 contre 2,0 en France. Nous avons également vu plus tôt que la natalité est plus de deux fois plus importante qu'en France.

De plus, l'âge du premier enfant est souvent plus tôt qu'en France, et les mères-filles sont très communes en Guyane. De surcroit, ce nombre est en augmentation, aussi à St Laurent le nombre d'accouchées de moins de 15 ans a doublé entre 2010 et 2011 : 68 naissances, soit près de 3% du total. [15]

La natalité importante et la précocité des la primiparité, ainsi que les maladies à forte prévalence qui se transmettent de mère à enfant comme le VIH, sont

d'autant plus des défis sanitaires que le suivi des grossesses est souvent problématique en Guyane. En effet, les mères rencontrent de nombreux obstacles :

- l'éloignement par rapport aux services d'une sage-femme. Comme nous l'avons déjà vu à maintes reprises, l'accès à un centre de soin est souvent difficile et c'est l'un des problèmes majeurs quant au suivi des grossesses.
- La provenance des mères. En effet, de très nombreuses étrangères viennent accoucher à St Laurent, venant du Surinam, du Brésil ou encore du Guyana. Comme il n'existe pas dans leur pays un suivi tel que celui qu'on trouve en France, il est très fréquent que la première consultation obstétrique de ces femmes se fasse à l'accouchement.
- Les croyances locales représentent également parfois une barrière au suivi, notamment lorsqu'il s'agit de grossesses pathologiques qui demanderaient des interventions. Dans de nombreux cas, les IMG sont refusés par les patientes qui espèrent que les esprits sauvent leurs enfants. Ces désaccords entre patientes et équipe médicale aboutissent souvent à la « disparition » de la patiente qui ne revient à l'hôpital que lors de son accouchement.

Le problème du suivi de la grossesse ne semble pas réellement poser problème quand au risque de mort maternelle et de mortalité périnatale, mais en revanche le taux de grossesse pathologique reste très élevé par rapport au reste de la France. [15]

4. Une toxicomanie fréquente

L'alcoolisme est un problème retrouvé très fréquemment en Guyane. Pendant notre passage aux urgences, nous avons souvent pu observer des problèmes d'alcoolisation aiguë et en médecine, on trouvait fréquemment des patients atteints des séquelles d'un alcoolisme chronique.

L'alcoolisme semble être plus fréquent chez les Amérindiens [18], mais est bien présent chez les Noirs Marrons et Créoles. Ainsi, lors de l'examen d'un patient Amérindien pour sa deuxième pancréatite aiguë causée par une intoxication alcoolique, il nous a confié que la quantité d'alcool qu'il avait consommé (« Une dizaine de bières ») n'était rien d'extraordinaire pour lui, ni pour son entourage.

De même, un piroguier Noir Marron hospitalisé pour une asthénie et des douleurs généralisées s'est avéré être atteint de myosite alcoolique, sa deuxième en 2 ans après un premier épisode aggravé par une rhabdomyolyse ayant nécessité une dialyse en urgence. Tout comme l'Amérindien, ce dernier nous a assuré que ce n'était rien d'anormal dans son milieu, et que beaucoup de piroguiers tuaient le temps à grands coups de « Ti-Punch' ».

A cause du peu d'études sur le sujet, nous n'avons cependant pas pu trouver de chiffres sur l'alcoolisme en Guyane, mais la réalité du problème est acceptée par tous les soignants de la région.

D'autres pistes intéressantes à explorer dans la région sont celle de l'addiction au crack, réalité plus flagrante dans l'est du département, mais qui demeure importante autour de Saint-Laurent, d'autant plus que l'utilisation de crack a été liée à un risque plus élevée d'infection VIH. [16]

Le tabagisme est très peu important dans la population Noir Marron, mais plus développé dans les autres groupes ethniques, qui constituent cependant une plus faible proportion de la population intrahospitalière.

5. Malnutrition

Si on peut attribuer l'augmentation de la longévité et de la qualité de vie dans les pays riches à de multiples facteurs, l'hygiène et la nutrition semblent être parmi les plus importants.

Il nous a souvent semblé que la population de Saint-Laurent, en particulier celle d'ethnicité Noir Marron, était tiraillée entre l'héritage culturel qui lui est propre et le progrès technique qui est venu avec le colonialisme. Ceci se traduit parfois par une utilisation très particulière des ressources alimentaires de la région comme nous avons pu le constater à plusieurs reprises.

Les Noirs Marrons ont traditionnellement une alimentation trop riches en glucides et pauvre en protéines [19]. Le « modèle alimentaire traditionnel en vigueur jusqu'aux années cinquante, repose [...] sur les cultures vivrières et l'exploitation du milieu naturel » Ce passage d'un article sur la malnutrition chez les Noirs Marrons énonce:

« Le manioc amer occupe une place privilégiée parmi les productions vivrières. La patate douce, les dachines, les ignames, le chou caraïbe, sont cultivés en quantités restreintes. Le riz de coteau et le maïs sont très appréciés, tout comme le plantain, réputé pour ses vertus roboratives. Outre les bourgeons terminaux de certains palmiers, les Noirs Marrons consomment de nombreux fruits et baies sauvages [...] Gibier et poisson constituent les principales sources de protéines animales Les œufs de poule et de cane, de tortue et d'iguane, sont consommés occasionnellement. A la suite de contacts prolongés avec les orpailleurs originaires des Antilles, les Noirs Marrons ont priront goût aux produits cornés conditionnés: lard, bacon, boeuf et porc en saumure, morue sèche. Les céréales d'importation sont d'usage peu courant : avoine en flocons, blé sous forme de farine ou de pain à proximité des postes administratifs. » [19]

En ce qui concerne la nutrition des nourrissons, le sevrage débute tôt et une conception existe dans la culture marronne, que le lait maternel ne suffit pas. Il est suppléé par des bouillies et des laits de fruits de palmier (Nous avons nous-même pu goûter au fameux « lait maternel », lait amer du fruit du palmier Wassai, qui remplace le lait maternel tôt dans la vie des Paramaca, tribu marronne).

Après les années soixante, avec la réorganisation du département et l'ouverture conséquente au monde moderne, l'appauvrissement du milieu naturel et l'intégration à la culture occidentale ont exercé une forte pression sur

l'hygiène alimentaire Marronne. La conséquence est une malnutrition touchant particulièrement les enfants et nourrissons. La Guyane est ainsi le seul département français dans lequel on trouve encore des cas de Kwarshiorkor, comme nous avons pu tragiquement le voir chez un jeune nourrisson amené par sa mère pour des oedèmes généralisés et une asthénie. Cet enfant de 6 mois n'avait reçu depuis son sevrage à 2 mois, qu'une alimentation composée exclusivement composée de bouillies de Manioc. Les médecins du service de Pédiatrie nous ont indiqué que ce n'était pas un cas isolé.

Un dernier aspect qui mérite d'être mentionné – pour ne pas omettre de parler des ethnies Amérindiennes – sont les cas d'intoxication aux métaux lourds dans certaines tribus Marronnes et Amérindiennes. D'une part les cas répétés d'intoxication au mercure chez les peuples du fleuves qui se nourrissent de poissons accumulant le mercure utilisé par les orpailleurs. Une des conséquences est l'occurrence de cas de malformations congénitales. D'autre part, des cas de Saturnisme causés vraisemblablement par l'utilisation de marmites plombées achetées au Surinam ont été notés dans les villages le long du fleuve Maroni. Nous avons pu suivre un colloque sur le Saturnisme lors de notre stage qui fut riche en enseignements quant à cette intoxication rare.

6. Accidents et morsures

En terme de traumatologie, deux particularités Saint-Laurentaises méritent d'être relevées : les accidents de la route fréquents ainsi que les morsures de chiens.

Lors de notre séjour, nous avons pu constater l'observance très limitée du code de la route par la population locale. A des conducteurs en excès de vitesse dans de gros véhicules tout-terrain s'opposent de très nombreux jeunes en scooter, conduisant fréquemment sans phares la nuit et ne portant jamais le casque, pourtant obligatoire sur tout le territoire français. La Guyane connaît ainsi le plus fort taux d'accidents corporels avec 421/100'000 habitants [20] contre 146/100'000 en métropole, chiffre de surcroît en hausse alors qu'il est en baisse dans l'ensemble de métropole. La principale cause de retrait de permis est l'alcool, ce qui rejoint le point 4. Ceci se ressentait avant tout aux urgences, avec un nombre importants d'accidentés de la route pour une ville aussi petite que Saint-Laurent.

Évolution du nombre de victimes* d'accidents de la route en Guyane



Source : préfecture de Guyane

* Les victimes sont à la fois les blessés et les tués dans un accident de la route

Source : L'insécurité routière : Carton rouge pour la Guyane ", Antiane, N°62, Mars 2005

De plus, un nombre important de chiens, dont nombreux sont des chiens errants, vit dans les rues de la ville. Une conséquence est le nombre important d'incidents de morsures de chiens aux urgences. Malheureusement, l'origine et le statut vaccinal sont inconnus dans la majorité des cas, ce qui nécessite à chaque fois la mise en marche d'un protocole de vaccination contre la rage et une signalisation aux autorités de santé publique, ce qui rajoute à chaque fois de la paperasse à des soignants déjà dépassés par l'ensemble de leur tâches administratives.

Enfin, il faut noter l'occurrence occasionnelle de piqûres d'insectes et de morsures de serpents. Assez bien documentés en Guyane, ces incidents ne sont habituellement pas mortels. D'après un article de 2006, sur 666 attaques de la faune entre 1998 et 2001, 69 auraient nécessité l'intervention du SMUR (Service Médical d'Urgence et de Réanimation). Sur ces 666 attaques, 36,9 % étaient perpétrées par des hyménoptères volants, 15,6 % par des serpents, 13,8% par des chiens et 9,8% par des scorpions. [21] Le principal problème est constitué par les quelques cas d'orpailleurs attaqués dans les camps au plus profond de la forêt, tardant souvent à chercher de l'aide médicale et dont l'accès aux centres de santé est difficile.

7. Maladies génétiques

Un dernier point à relever, est la fréquence très importante de drépanocytoses dans la population Noir Marron. C'est lors du passage de l'un d'entre nous au service des laboratoires que ceci était le plus flagrant. L'interne d'astreinte a passé une après midi à analyser les biologies sanguines de tous les services : l'écrasante majorité étaient des suspicions de drépanocytose, et le nombre de résultats positifs était impressionnant.

Une population ayant subi les pressions de sélection du Paludisme pendant des siècles dans la forêt guyanaise, et dont les ancêtres africains subissaient les

mêmes pression en Afrique présente un taux élevé d'hétérozygotie, ce qui a comme conséquence évidente une fréquence plus élevée de sujets atteints. En Guyane, 1 nouveau né sur 235 serait atteint de drépanocytose [22].

Les conséquences en terme de prise en charge sont évidentes autant en pédiatrie, où nous avons pu rencontrer des enfants de tous âges, atteints de crises vaso-occlusives, ou bien subissant des transfusions hebdomadaires, qu'en maternité, où le taux de femmes anémiées est très élevé.

A noter que les raisons de l'anémie relative de toute la population guyanaise, en particulier Noir Marron, demeurent obscures : on suppose qu'il s'agit d'une conjonction de la nutrition pauvre en protéines et des prédispositions. Chez les femmes enceintes, un phénomène de géophagie culturelle a été noté par les soignants : la consommation du fameux « Pemba », sorte de bouillie d'argile consommée par les femmes enceintes pour ses vertus soi-disant purifiantes, est un problème important dans la prise en charge de ces dernières – au point que la question « Pemba » est devenue routine dans leur prise en charge.



III . Un système dynamique qui s'adapte constamment à ses contraintes

© S. Ponthus

Un certain nombre de particularismes, voire problèmes existent donc dans l'ouest guyanais en ce qui concerne in fine l'accès aux soins et le fonctionnement du système de santé. Cependant, notre principale expérience était celle d'un système où malgré toutes ces difficultés, la plupart des individus avaient accès à des soins – bien que parfois au bout d'un certain nombre d'obstacles.

En effet, si on conçoit le système de soins français comme une entité soumise aux pressions de ces particularismes, on peut également imaginer que ce système est en constante mutation dans le sens de l'adaptation à ces contraintes – dans une analogie aux pressions de sélection de la théorie de l'évolution. C'est du moins de cette manière imagée que nous avons perçu notre expérience guyanaise.

A) Comment sont exploitées les ressources du système français

Dans II-A, nous avons montré quelques « outils » de la Sécurité Sociale qui peuvent nous permettre de comprendre les moyens qui sont à la disposition des prestataires pour contourner certains des obstacles aux soins.

Nous avons souvent été frappé par l'inexpérience des soignants des différents services face à ces outils, en opposition avec la fréquence de leur utilisation.

Comme nous l'avons discuté plus tôt, la population de patients de l'Hôpital de St-Laurent est avant tout composée de « Busi Nenge », les Noirs Marrons comme on a appris à les appeler plus ou moins péjorativement. (cf. I) Cette ethnie est composée de nombreux sous-groupes de population, mais qui ont en commun de parler des langues similaires, variations du « Nenge Tongo » (cf. I). Ces individus sont avant tout issus de milieux sociaux modestes voire pauvres, surtout quand ils sont immigrants du Suriname ou de Guyana de première génération – voire quand ils sont résidents de la région frontalière du Suriname. Ce dernier groupe est un groupe intéressant; individus qui bénéficient des avantages du système français en terme de qualité et de coût des soins. Pour illustrer l'utilisation des ressources pour cette population, nous vous présentons plusieurs cas concrets.

N°1 : CMU-C, où il faut faire les démarches.

Service des urgences. Une jeune femme de 27 ans consulte pour son fils de 10 ans pour des symptômes d'un état grippal. Elle est Surinamaïse ayant immigré avec son fils. Celui-ci allant à l'école à Saint Laurent, il est en droit d'obtenir une couverture par la CMU, et à cause de leurs faibles moyens, par la complémentaire CMU-C.

A l'anamnèse et à l'examen physique, rien de plus qu'une rhinorrhée. Pas de notion de fièvre ni de difficultés respiratoires. Pas même de notion de toux. L'interne des urgences, quelque peu agacé par la futilité de la consultation par rapport à l'engorgement des urgences, de demander sèchement : « Mais alors, il n'a rien le bonhomme ? » La mère, d'un air timide, demande alors tant bien de mal – son fils parlant bien mieux le français qu'elle – si elle pourrait justement obtenir des Doliprane pour son fils.

Le médecin perdant patience lui dit que ce n'est pas à lui de lui donner les médicaments gratuitement, qu'elle peut soit consulter son généraliste afin qu'il lui prescrive du Doliprane, ou bien aller d'elle même acheter le médicament sans prescription. « En plus, vous êtes sous CMU-C, non ? Ce sera gratuit avec l'ordonnance d'un médecin ! »

C'est alors que la femme lui tend un papier légèrement froissé dans une pochette plastique : « CMU-C » et « Expire : le 12/12/2011. Le médecin commençant à comprendre : « Mais ! Il faut renouveler la demande, Madame ; sinon, vous n'êtes plus en droit de recevoir la complémentaire ! Et ce n'est pas normal de venir aux urgences pour obtenir des médicaments gratuits... »

Le médecin la renvoie alors avec une ordonnance pour du Doliprane, qu'elle devra payer à la pharmacie et un rendez-vous avec l'assistante sociale afin de mettre à jour la demande de CMU-C.

Cette situation n'est pas une situation rare aux urgences, et n'arrange pas leur engorgement. Les médecins installés de la ville ne s'occupent que trop rarement d'encourager leurs patients à mettre à jour leurs papiers, et une partie de la population en situation irrégulière ne consulte même pas les généralistes pour ne pas payer la consultation (même sans carte vitale, les médecins ne refusent jamais un patient).

N°2 : AME

Un homme, la quarantaine, dans le service de Médecine pour une décompensation de BPCO. VIH positif, stade SIDA. Toxicomanie suivie par un centre d'action sociale, mais en tout et pour tout, mauvaise observance thérapeutique à la plupart de ses traitements. Le patient, de nationalité Surinamaïse, vit dans la rue et de façon irrégulière sur le territoire français depuis quelques années. Connue du service, il est à jour pour ses papiers : une attestation de demande d'AME, qui lui rembourserait ses séjours hospitaliers fréquents. Dans les faits, ce patient ne paie rien et ne reçoit pas de factures, mais ce certificat permet à l'hôpital d'être remboursé pour les actes exécutés.

En effet, à cause des délais administratifs importants, les patients présentent souvent des attestations qui témoignent « En attente d'AME », durée

qui se recoupe souvent avec la validité des papiers d'attestation d'un séjour de plus de 3 mois sur le territoire. Il en est de même pour les demandes de CMU avec les permis de séjour. Du coup, un certificat de demande d'AME ou CMU est souvent équivalent au papier lui même.

Dans tout cela, l'interne, entre passion pour la médecine et envie d'apprendre et déboires bureaucratiques et frustration devant des tâches qui relèvent parfois de celles d'un secrétaire. Un dernier cas illustre à merveille cette frustration.

N°3 : Demande de droit de passage pour soins urgents

Suit une particularité guyanaise comme il en existe tant dans cet espace singulier.

Une patiente brésilienne de 30 ans, d'un camp d'orpaillage au plus profond de la forêt guyanaise. Elle ne parle pas le français, seulement le portugais. Comme on peut l'imaginer, elle n'est en possession d'aucun papier mis à part d'un passeport brésilien : pas d'AME et encore moins de CMU. Pourtant, cette patiente est atteinte – comme de nombreux patients du service de médecine – du VIH au stade SIDA. Elle ne prend aucun médicament et ses charges virales sont extrêmement élevées.

Comme la plupart des rares femmes dans les camps d'orpaillage, elle se prostitue et a des rapports avec la grande majorité des hommes de ce camp, ce qui est d'autant plus inquiétant qu'elle est très contagieuse. Ceci est généralement la raison des taux très importants d'infection VIH dans les camps d'orpaillage.

Cette patiente ayant consulté pour asthénie et fortes fièvres, ainsi qu'une éruption maculo-papuleuse généralisée, elle a subi des sérologies ainsi qu'une Radio et d'un CT des poumons. Tout ceci a montré d'une part que cette patiente était co-infectée VIH/HTLV1 (ce qui pourrait expliquer l'éruption) et, plus inquiétant, une dilatation extraordinaire des vaisseaux pulmonaires, comme dans une très forte HTAP. Afin de confirmer et d'investiguer l'HTAP, les médecins suggèrent un CT vasculaire plus poussé, ce qui nécessite une technologie n'existant qu'à Cayenne.

Cependant, contrairement à Saint-Laurent, où la frontière avec le Surinam est si perméable que tout contrôle de l'immigration serait vain, des barrages de gendarmes (sortes de douanes à l'intérieur du pays) sont mis en place pour contrôler le flux par la seule route qui relie l'Ouest à l'Est du département. Cette patiente en situation irrégulière et de surcroît issue d'une activité d'orpaillage illégale ne passerait pas le barrage d'Iracoubo (cf. Carte). Dès lors, une demande particulière existe en Guyane : le médecin rédige une lettre officielle à un responsable de santé publique qui lui renvoie (dans le meilleur des cas) un droit de passage exceptionnel pour soins urgents.

C'est ainsi que l'interne, ce jour là, a passé 4h de sa matinée à rédiger ces lettres pour cette femme et 3 autres patients du service dans le même cas, tout ça

à l'aide d'un système informatique archaïque, pour ne commencer la visite qu'à midi. Cette situation fréquente est pourvoyeuse de frustration pour des soignants de passage dans les services, ce qui ne les motive pas à rester une fois leur contrat terminé.

Cette demande de soins urgents permet aux personnes ne remplissant aucune des conditions de l'AME ou CMU de se faire rembourser des soins pour des problèmes mettant en jeu le pronostic vital des patients. Dans les faits, tous ces papiers permettent aux hôpitaux de se faire rembourser des soins prodigués à une population qui ne peut pas payer de factures.

Dans une zone où de nombreuses personnes sont pauvres et sans papiers et où beaucoup de Surinamais traversent la frontière afin d'obtenir des soins qu'ils n'obtiendraient pas au Surinam, les médecins doivent parfois faire preuve d'imagination dans l'utilisation des outils à leur disposition, comme faire passer en demande de soins urgents des pathologies peu urgentes, afin d'obtenir l'accès à des soins complémentaires.

Conclusion

Dans II-A, nous avons discuté des outils qui existent pour garantir un accès aux soins à tous les malades, et dans III-A, nous nous sommes penchés sur leur utilisation dans le contexte guyanais. On se rend compte immédiatement que ces outils ne suffisent pas dans ce contexte, et que les professionnels de la santé et les patients ont recours à des moyens détournés, plus ou moins officiels ou du moins connus et acceptés de tous, pour assurer un accès aux soins généralisé. Il est important de souligner que les médecins de l'hôpital ne refusent les soins à aucun malade, et que dans la plupart des cas auxquels nous avons pu assister, les patients ont obtenu un niveau plus ou moins complet de soins.

Le système, loin d'être parfait, n'est donc pas non plus dénué d'efficacité, et s'adapte à ces contraintes en utilisant les outils existants et en exploitant les passages vagues de la législation pour en créer d'autres.

B) Gérer les difficultés dans l'accès aux soins

Nous avons vu dans la partie II-B qu'il existe de nombreux obstacles à l'accès aux soins en Guyane. Cependant, les acteurs de ce système œuvrent pour gommer ces obstacles et permettre au pays d'obtenir des résultats plus proches de ceux de la métropole tout en valorisant ses singularités.

1. Agrandir le CHOG

Etant donné le rôle majeur du centre hospitalier dans l'offre de soins, l'explosion démographique qui a lieu dans la région et les services de plus en plus débordés, agrandir le CHOG suffisamment rapidement par rapport à l'augmentation de la demande représente un réel défi pour l'administration.

Aussi, en 2011 par exemple, la maternité a ouvert des extensions qui ont permis de passer de 28 lits aux 45 lits actuels, avec un taux d'occupation qui est passé de 163% à 132%, et des achats de matériel. Cela a permis « une nette amélioration des conditions de travail pour les agents et d'accueil pour les patientes. » [15]. Le service de psychiatrie a également ouvert récemment, en 2010, ce qui a permis d'ajouter 16 lits supplémentaires.

Enfin, l'hôpital occupant d'anciens locaux datant du 19^e siècle et étant classé comme monument historique, il est devenu impossible d'étendre davantage les locaux. Pourtant, de nombreux bâtiments sont inutilisés et à l'abandon, mais les rénover selon les normes qu'incombe ce classement en monument historique serait beaucoup trop onéreux pour être envisageable. Aussi, depuis 2005, de nouveaux locaux, modernes et modulables, sont en construction à St Laurent du Maroni et qui permettraient à l'hôpital de déménager entièrement à l'horizon 2014 et d'atteindre les 204 lits d'ici 2016. [23]

Ces agrandissements sont d'autant plus profitables à la population locale qu'ils ouvrent leurs portes dans des moments où la situation devient critique. Cependant, ce type de projet met toujours beaucoup de temps à aboutir, et on observe toujours une discordance entre les besoins au moment de leur réalisation et ceux au moment où les extensions deviennent fonctionnelles. Ainsi, même après l'extension, la maternité fonctionne toujours au-delà de son taux d'occupation maximal.

2. Lutter contre l'isolement

Au CHOG, nous avons souvent été les témoins de ces difficultés que représentait l'isolement géographique des patients et des moyens mis en œuvre pour qu'ils puissent être soignés dans de bonnes conditions. En effet, nombre d'entre eux arrivaient de loin, et repartir chez eux représentait parfois un voyage périlleux pour des convalescents. Aussi, les médecins tentaient d'arranger leurs sorties afin qu'ils puissent bénéficier des pirogues médicales lorsque c'était possible, ou essayaient de trouver une solution afin qu'ils puissent demeurer sur St Laurent pour quelques temps. L'hôpital dispose également d'une structure d'hébergement pour les parents des enfants hospitalisés (14 chambres).

Le CHOG a également mis en place depuis quelques années un système de télémédecine, afin d'établir un contact avec les villages reculés, ou de communiquer avec les infirmières présentes sur place dans les centres de santé. Ceci permet également aux sages-femmes de donner des conseils lors des accouchements. Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'assister à des séances de télémédecine.

Enfin, l'hôpital essaie de développer de plus en plus ces services de pirogue médicale, qui ont beaucoup de succès lorsqu'elles ont lieu. Il est vrai que parfois ces pirogues doivent être annulées, en raison de l'indisponibilité du personnel. Ce fut le cas en mai pour la pirogue de la maternité qui devait rejoindre Maripasoula.

De plus, les internes et les stagiaires sont encouragés à passer du temps dans le centre de santé, ce qui est souvent perçu et décrit comme une expérience de vie enrichissante. Certains d'entre eux nous ont même confié

vouloir y retourner à plus long terme, pour retrouver ce contact tout particulier avec la population que l'on ne trouve que dans ce genre de situations.

3. Attirer les acteurs potentiels

Pour rendre la Guyane attractive, il existe dans plusieurs secteurs des avantages qui sont offerts aux professionnels que l'on ne retrouve pas en France métropolitaine. C'est le cas pour la médecine.

En effet, de ce que nous avons entendu des internes, ceux-ci bénéficient d'un salaire plus haut que celui de leurs pairs en France métropolitaine (1400 euros contre 1200 euros par mois). De plus, ils bénéficient s'ils le veulent d'un logement à l'internat et de 3 repas quotidiens gratuits. Pour ceux qui ne souhaitent pas vivre à l'internat, une indemnité de logement de 200 euros par mois leur est versée. Ainsi, exercer en Guyane représente une aisance financière non négligeable pour les internes.

De plus, les places d'internat guyanaises ne s'arrachent pas en France. A la fin de leur sixième année, les étudiants en médecine français passent l'Examen Classant National (ECN). Les places d'internat dans toutes les spécialités et dans la France entière sont ensuite attribuées selon leurs désirs dans l'ordre de ce classement. Aussi, il est parfois difficile pour certains étudiants de trouver une place correspondant à leur désir. Or, la Guyane n'étant pas une région très attractive, les places s'y trouvent plus facilement. Ainsi, c'est cette situation qui a poussé certains des internes que nous avons rencontrés à choisir la Guyane. Cela, ou l'envie d'aventure, de jungle et de contrée sauvage...

Au final, beaucoup d'entre eux en exerçant à St Laurent ont eu le coup de foudre pour la région, et planifient d'y rester.

On observe le même phénomène chez les infirmières en formation, d'autant plus qu'il existe une école d'infirmière à Cayenne (contrairement à la médecine où il n'existe pas d'Université guyanaise). L'école est moins populaire que certaines que l'on trouve aux Antilles et le concours d'entrée est donc moins sélectif.

Aussi, en se rendant plus attractive, la Guyane tente d'attirer les professionnels de la santé. Cependant, on n'observe pas encore de réel engouement pour la région en métropole, souvent à cause d'une grande méconnaissance.

C) Faire face à une demande particulière

Dans II-C, un certain nombre des originalités guyanaises en terme de demande de soins a été abordé. Bien que leur intérêt ne soit pas négligeable, c'est seulement dans leur contexte qu'elles prennent toute leur importance par rapport à la problématique de diversité comme contrainte.

Pour rendre compte le mieux possible des interactions et effets de ces particularismes sur le système de soins, il nous a semblé le plus efficace de reprendre II-C et d'en illustrer les demandes par des expériences de notre stage

1. Orpailage et Paludisme

Bien qu'on nous ait affirmé qu'il n'y avait pas de Paludisme à Saint Laurent, nous avons choisi de suivre les recommandations de Safetravel.ch qui conseillait aux voyageurs de prendre une prophylaxie antimalarique. Arrivé sur place, nous nous sommes vite rendus comptes qu'aucun des locaux ne prenait cette prophylaxie, et partout, on nous affirmait que c'était inutile de prendre nos cachets.

Cependant, il ne faut négliger l'existence de deux espaces au moins en Guyane : la côte, où se trouvent les villes et où le Paludisme n'existe plus depuis longtemps, et l'intérieur des terres, très éparsément peuplé et où le risque de paludisme est particulièrement important autour des cours d'eau, abondants.

C'est ainsi qu'un jour de notre stage, où l'un d'entre nous était aux urgences et un autre en médecine interne, un patient se fait déposer par une vieille voiture devant l'hôpital. Le patient, fébrile et asthénique, se plaint également de douleurs abdominales importantes. Cet homme de 22 ans, orpailleur brésilien, vit dans un camp dans la forêt profonde à l'intérieur des terres. C'est la raison pourquoi le trieur lui fait une goutte épaisse.

Le résultat est clair et immédiat, cet homme est infecté par *P. Vivax*. Il est donc transféré en médecine interne et le protocole de soins pour *P. Vivax* est mis en route. Cependant, le frottis, plus spécifique, indique que ce patient serait, en fait, co-infecté par *P. Vivax* et *P. Falciparum*, ce qui change totalement le protocole de soins.

L'interne du service se penche alors sur la question, passe un long moment sur internet à épilucher les guidelines, qui ne sont pas très explicites dans le cas d'une co-infection de la sorte. De plus, le choix limité en terme de médicaments, pas nécessairement en stock, ferme la voie à certains protocoles de traitement.

C'est alors qu'un des médecins assistants entre dans la salle et se rappelle d'un document avec les directives de l'hôpital pour ce cas de figure. Après une longue recherche dans 2 ans de dossiers classés au bon vouloir des nombreux médecins du service, nous tombons sur le fameux document, qui prend en compte la disponibilité et les résistances locales, rédigé après un colloque avec les spécialistes de maladies tropicales de la région.

Cette histoire témoigne de cette existence sur le même territoire de deux espaces distincts, représentés ici par l'interne, peu habitué à la région, et le médecin assistant, qui connaît la double problématique. Les médecins de Guyane jonglent ainsi sans cesse avec les prévalences différentes dans un même espace pour de multiples groupes de population.

2. VIH, SIDA et Antirétroviraux

Le SIDA, comme nous l'avons discuté plus tôt, fait des ravages dans le département le plus pauvre de France, et la prévalence élevée influence la prise en charge et l'attitude des soignants de manières très variées.

Un homme, la trentaine, monte des urgences dans le service de médecine. De nationalité néerlandaise, il est né au Surinam et y a vécu toute sa vie. Connu de l'interne du service pour des passages répétés ces derniers mois, il est atteint du VIH au stade SIDA avec des charges virales très importantes. Atteint d'un lymphome récemment, il a cumulé les chimiothérapies, qui ont fini d'achever son système immunitaire déjà fort atteint, et il se plaint avant tout de fatigue et de douleurs généralisées.

Le mot qui est sur toutes les lèvres est « SSR », Soins de Suite et Réadaptation, unité de longue durée qui permettrait d'encadrer le traitement de cet homme non couvert, qui n'a pas pu renouveler son ordonnance et n'a donc pas pris ses ARV pendant quelques semaines. Evidemment, sans couverture, pas de SSR : il faut donc faire d'abord une demande d'AME, puis le mettre sur la file d'attente pour une place en SSR. Par chance, une place se serait libérée récemment, et le patient pourrait en bénéficier.

En attendant, le patient se voit infliger la panoplie d'examen indiqués, notamment une gazométrie, qui nous a fait réaliser une chose : devant une prévalence élevée du SIDA, et dans ce cas, face à un patient aux charges virales élevées, le personnel médical n'a pas la même attitude. La gazométrie, où il existe un risque d'AES, nécessite le port de gants, parfois doublés, et à cause du risque de projection, devrait être réalisée avec des lunettes de protection. La relation médecin-patient s'en voit bouleversée, et cela est vrai aussi en routine, lors des prises de sang aux urgences par exemple, où le risque de tomber sur un patient VIH est important. L'attitude des internes, toujours corrects et soucieux du bien-être et de l'autonomie des patients, contrastait parfois avec le cynisme d'un dépistage systématique aux urgences, tout ceci souvent sans l'accord des patients.

Ce patient était arrivé un jeudi. Le lundi, de retour de week-end, son nom n'était plus sur le tableau. Face à la surprise de l'interne (« Est-il déjà parti en SSR ? »), le chef de service nous annonça qu'il était décédé dans la nuit.

Ce genre de cas n'est pas rare en Guyane, et la prise en charge de patients atteints d'une maladie mortelle, aux comorbidités fréquentes (cf. HTLV1, lymphomes...) et aux observances thérapeutiques faibles, influence la façon des soignants d'aborder et de prendre en charge ces individus.

3. Maternité

Dans notre cursus universitaire, il nous est appris que la relation médecin-patient et la prise en compte des difficultés de communication sont des atouts majeurs dans la prise en charge. A de nombreuses reprises durant notre stage, nous avons été les témoins de relations rendues difficiles, notamment par les barrières culturelles et linguistiques, et des échecs thérapeutiques.

Depuis un peu plus d'une semaine, une jeune femme Busi Nengee est hospitalisée dans le service de grossesse pathologique pour une menace d'accouchement prématuré à 30 semaines sur une grossesse gémellaire. Ce matin là, le monitoring de contrôle révèle une souffrance fœtale : il faut envisager une césarienne en urgence. A 32 semaines d'aménorrhée, c'est une semaine de moins que les normes que la maternité tolère, mais les pédiatres de la néonatalogie acceptent : il l'ont déjà fait plusieurs fois, et puis de toute manière il est trop tard pour envisager un transfert à Cayenne. Lorsque la situation et la solution envisagée sont exposées à la mère, celle-ci refuse toute intervention : dans sa culture il est hors de question d'ouvrir le ventre pour faire sortir les bébés. Les médecins lui expliquent que c'est la seule chance de survie pour les jumeaux. La césarienne est planifiée pour la fin d'après midi, et la famille de la patiente la rejoint à l'hôpital. En début d'après-midi, la sœur de la patiente sort de la chambre en hurlant et faisant comprendre à l'infirmière que quelque chose de grave est en train de se passer. Celle-ci retrouve la patiente dans la salle de bain au milieu de deux litres et demi de son propre sang. La césarienne en urgence sortira deux fœtus sans vie. En tentant de comprendre ce qui avait pu arriver à cette femme durant ce triste après-midi, les médecins se sont rendu compte que la femme avait effectué avec sa sœur des « wasi » vaginaux, sortes de lavements profonds ayant pour but de nettoyer la femme de ses mauvaises actions afin de lever la punition jetée par les mauvais esprits. Après que la traductrice et spécialiste de la culture busi nengee ait pu discuter avec elle, nous avons pu comprendre que cette future mère pensait pouvoir accoucher par voie basse si le mauvais sort était levé.

Dans cette situation, il nous a semblé que si les croyances et les angoisses de cette femme avaient été prises en compte, s'il avait été pris le temps qu'elle puisse parler à la traductrice avant que toute décision soit prise, un terrain d'entente aurait peut-être pu être trouvé et les événements de prendre une tournure différente.

Certes ce cas fut sûrement le plus extrême que nous ayons pu voir à la maternité, mais dans beaucoup de situations, nous avons été confrontés à des différents culturels majeurs. Pourtant, il n'y a rien d'étonnant à ce que la spiritualité ait une place toute particulière dans un événement comme la grossesse. Autre exemple, lorsque une anomalie est découverte au dépistage anténatal, l'IMG est dans la plupart des cas refusée, les busi nengee pensant que, jusqu'à l'accouchement, l'enfant peut redevenir normal si les esprits le veulent bien.

Les exemples de différents sont nombreux, mais il serait inadéquat de ne pas rendre justice aux nombreux soignants qui s'intéressent de près à la culture busi nengee, parlent bien le nengee tongo et qui ont cherché à partager avec nous leur savoir, ce qui nous a souvent beaucoup aidés. Par exemple, l'une des

internes qui avait une facilité étonnante avec les patients, a pris le temps de nous expliqué que dans cette culture la communication ne se fait pas de face mais l'un assis à côté de l'autre, et que ne pas regarder dans les yeux est une marque de respect. Cette explication nous a permis de changer complètement notre point de vu sur les patients, que nous pensions jusque là être complètement désintéressés lorsque nous expliquions quelque chose, puisqu'ils gardaient la tête baissée alors que nous cherchions leur regard.

4. Le piroguier émêché

L'alcoolisme, bien qu'il soit influencé par de nombreux facteurs culturels et génétiques, traduit souvent un mal-être, même si ce n'est que celui d'être alcoolique. Ainsi, les problèmes d'alcool guyanais, bien que multifactoriels, sont parfois le miroir des problèmes de la société en Guyane.

Un piroguier Surinamais de 35 ans, emmené par ses amis aux urgences dans un état proche de la tétraplégie, incapable de se mouvoir et se plaignant de douleurs importantes généralisées. Le lendemain, toujours très algique, il peut à peine se mouvoir, et présente un steppage. Vu l'intérêt de l'examen neurologique chez ce patient, l'un d'entre nous s'est vu proposer de réaliser l'observation de cet homme au diagnostic inconnu.

Après une anamnèse difficile, pendant laquelle le patient, asthénique franc, manque de s'endormir à plusieurs reprises, on apprend que cet homme a déjà souffert d'un épisode similaire, une myosite causée par l'intoxication alcoolique aiguë - le patient et ses amis avaient consommé 2 bouteilles d'un litre de Rhum Surinamais à 80% - qui avait nécessité une dialyse pour une insuffisance rénale aiguë sur une rhabdomyolyse. De plus, le patient aurait fait une tentative de suicide au Paraquat, engrais longtemps utilisé en Guyane et encore aujourd'hui disponible au Surinam.

Ce père de 3 enfants, séparé de sa femme et lui payant une pension de son maigre revenu de piroguier, fut très touché par cet échec et par la séparation de ses enfants. Bien qu'il n'avouait pas boire excessivement, il reconnaissait boire sur sa pirogue « A chaque fois qu'il pleuvait » - ce qui est un comble dans une zone au climat équatorial.

La prise en charge de l'alcoolique est toujours difficile, à cause des a priori des soignants, de la honte des patients, et est ici compliqué par des barrières culturelles et linguistiques qui rendent l'entretien motivationnel difficile voire impossible. Devant la large majorité de patients ne parlant que peu ou pas le français, les médecins qui ne parlent pas le Nenge Tongo (surtout les internes, de passage dans les services), frustrés, jettent souvent l'éponge et se concentrent sur le traitement des symptômes et se cantonnent aux jugements paternalistes.

5. Malnutrition

Comme évoqué plus tôt, les Noirs Marrons ont une alimentation traditionnellement trop pauvre en protéines. Cependant, il est évident que pendant longtemps, leurs habitudes alimentaires leur permettaient parfaitement de survivre, et c'est seulement avec l'acculturation partielle et la perte d'un véritable savoir traditionnel que cet équilibre est devenu cinglant.

C'est ainsi que les urgences pédiatriques ont reçu un enfant de 6 mois, amené par sa mère de 19 ans, Marronne de nationalité française, pour un état d'asthénie avancée et d'œdèmes généralisés. Cette jeune femme, ne parlant pas le français, l'avait sevré brutalement au 2^{ème} mois et, dès lors, ne lui avait donné plus que des bouillies de manioc, concentré de glucides mais totalement dénué de protéines. Les médecins du service, concluant sur un kwashiorkor, de s'étonner de l'occurrence dans un pays développé d'un type de malnutrition autrement typique dans les pays où la famine fait rage. De plus, les médecins de pédiatrie étant exclusivement d'origine africaine subsaharienne (Burkina Faso, Congo...), ce fut intéressant d'avoir leur point de vue sur la chose. Ce fut ainsi étonnant de voir à quel point ils étaient les premiers à dénoncer l'attitude de la mère, de trouver cela honteux...

Il n'est cependant pas rare de trouver des cas de parentalité déficiente associée à des cas de malnutrition sévère en Guyane. Souvent, de jeunes mères au bas niveau d'éducation et aux moyens très modestes se retrouvent avec un enfant à charge, avec peu d'aide de la communauté qui n'est plus organisée comme elle l'avait pu être dans les petits villages au long du fleuve, apportant un soutien mutuel. Ces jeunes mères accouchent ici, ne sont pas éduquées par le personnel soignant qui ne communique qu'avec difficulté avec des personnes ne parlant pas le français, et sont « relâchées dans la nature » avec toutes les chances de développer des problèmes de parentalité.

Heureusement, il existe des médiateurs – c'est comme cela qu'on les appelle – qui parlent le Nenge Tongo et peuvent ainsi communiquer avec ces patients. Diane Vernon, une anthropologue britannique installée en Guyane pour étudier la culture Marronne, est ainsi à la fois médiatrice de l'hôpital et chargée de donner des cours de Nenge (appelé péjorativement Taki Taki) au personnel soignant. Ayant assisté à quatre de ces cours hebdomadaires, nous avons pu nous rendre compte de l'espoir qu'ils représentent, mais face à l'assiduité très faible (nous étions parfois les seuls à y assister), nous sommes forcés de reconnaître qu'on est encore loin du compte, avec un personnel qui change au gré des contrats temporaires : Ce n'est pas toujours facile de rendre la Guyane attractive.

6. Venins et AVC

Comme nous l'avons établi en II-C-6, la majorité des attaques par la faune n'engagent pas le pronostic vital. Cependant, un cas particulier existe en l'exemple des orpailleurs qui travaillent illégalement dans la forêt, loin de tout et ne consultant que pour des cas d'extrême nécessité.

Un homme de 30 ans est ainsi déposé devant les urgences un jour de notre stage. Il est inconscient et Glasgow 10. Un Scan dévoile un AVC

hémorragique important et au fil de la journée, le patient plonge dans un coma, ne répond plus à la stimulation douloureuse...

Stabilisé, il est monté en médecine interne dans l'unité de soins continus (USC), où l'on commence à s'interroger sur l'étiologie possible de cet AVC chez un homme si jeune. La présence d'une morsure de serpent au niveau du mollet et l'absence de diagnostic différentiel conduit à penser à une Thrombophlébite en réponse au venin, ou à une sorte de CIVD : l'AVC hémorragique serait secondaire à un AVC ischémique.

L'incertitude dans ce cas là provenait essentiellement de la rareté et le manque de données sur le problème, peu ou pas décrit dans la littérature dans d'autres régions et pour d'autres venins et absent de la littérature concernant la Guyane et sa faune particulière. Le mélange de populations aux différents accès aux soins conduit à des défis inattendus pour le personnel soignant. De plus, la problématique de traiter des individus illégaux et recherchés par la police – il y a eu une fusillade dans un camp d'orpaillage ayant coûté la vie à plusieurs gendarmes pendant notre séjour – ajoute nécessairement un degré d'ambivalence qui complique la prise en charge encore d'avantage.

7. Une après-midi aux labos

Après avoir passé beaucoup de temps dans les différents services, nous avons décidé de compléter notre expérience par le passage de l'un d'entre nous aux laboratoires de l'hôpital. L'interne du service nous a montré les différentes parties et machines du service et nous nous sommes ensuite installés dans l'office pour analyser les résultats d'analyses d'anémie falciforme. Ce fut l'occasion de discuter un peu des prévalences et des allèles retrouvés dans la région, et de la manière avec laquelle ces résultats influencent la prise en charge. Ainsi, les valeurs d'hématocrite, déjà importants en maternité, y prennent une importance primordiale et inversement, toute valeur d'hématocrite suspecte conduit à une analyse de l'hémoglobine.

Dans une zone où les prévalences sont bouleversées, des médecins ayant appris la médecine en métropole doivent changer leurs réflexes d'une manière contre-intuitive : bien qu'ils évoluent dans un système de santé occidental avec des moyens correspondants, il faut souvent se mettre dans la peau d'un soignant d'un système de soins d'un pays en voie de développement. Le médecin français métropolitain en Guyane de jouer le rôle du médecin Surinamais.



Tout au long de notre stage, nous avons pu apprécier en quoi les diversités humaines et géographiques qui caractérisent la Guyane sont autant de pression sur un système de santé pensé pour la France métropolitaine, si lointaine dans ses attributs. Il en découle, d'après l'observation que nous avons pu faire durant ces semaines d'immersion, que l'accès au soin pour tous est parfois difficile dans l'Ouest Guyanais.

En effet nous avons qu'un clivage important existe entre les différentes ethnies et que, de surcroit, celles-ci ne sont pas représentées de manière égale au sein du prestataires de soin, engendrant souvent un conflit culturel entravant une relation soignant-soigné moderne. De plus, ces population plurielles sont réparties de manière inhomogène sur un territoire immense en souvent hostile, créant deux espaces inégaux dans l'accès au soin : la côte plus densément peuplée et mieux desservie, et l'intérieur des terres isolés. Enfin, au sein de ces diverses ethnies règnent des inégalités sociales que tente de gommer le système financement des soins français, avec les divers statuts qu'il propose, mais qui ne semble pas toujours adapté aux situations guyanaises hors du commun métropolitain.

Cependant, grâce aux efforts des différents acteurs locaux, le système guyanais cherche à évoluer non pas à l'encontre de ses différences, mais en cherchant à s'en accommoder, la diversité exerçant une pression à la fois négative et positive. Le défi est grand certes, mais il nous a semblé voir en cette région un potentiel immense et des structures prêtes à l'exploiter.

Toutefois, au vu du flux des investissements en tout genre qui se concentrent sur la côte, subsiste une inquiétude quand au destin des populations forestières, de plus en plus isolées. Aussi, nous avons vu des routes et des pistes autrefois bien entretenues devenir quasi impraticables, faute de moyens.

Bibliographie :

- [1] Tableaux économiques et régionaux de la Guyane, p.8, INSEE, 2010
- [2] L'accès aux soins dans l'Ouest guyanais Représentations et pratiques professionnelles vis à vis de l'altérité : quand usagers et offre de soins viennent « d'ailleurs » Estelle Carde, 2005
- [3] Le centre hospitalier de l'Ouest Guyanais passé au crible Arnaud SAINT-MAXENT France-Guyane 14.12.2011
- [4] The World Health Report, p.153, WHO, 2000
- [5] Comptes nationaux de la santé, Tableaux détaillés, pp. 281-282, DREES, 2010
- [6] Systèmes de santé, A propos des systèmes de santé, OMS (Website : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr>), 2012
- [7] Médecins en activité pour 1000 habitants, Les tableaux de l'OCDE, 28/06/2012
- [8] Code de la Sécurité sociale, L200-2
- [9] Code de l'action sociale et des familles, Article L251-1
- [10] « What does 'access to health care' mean? », Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, Hudson M, J Health Serv Res Policy. 2002 Jul;7(3):186-8.
- [11] Site de la communauté de communes de L'ouest Guyanais <http://www.cc-ouest-guyanais.fr/>
- [12] CHOG : Livret d'accueil du patient
- [13] INSEE
- [14] Site des HUG
- [15] Rapport d'activité du service de gynécologie obstétrique du CHOG, janvier 2012
- [16] What is driving the epidemic in French Guiana? , M. Nacher et coll
- [17] Coinfection with HIV and HTLV-I infection and survival in AIDS stage. French Guiana Study. GECVIG (Clinical HIV Study Group in Guiana), Sobesky M, Couppe P, Pradinaud R, Godard MC, Alvarez F, Benoît B, Carme B, Lebeux P
- [18] Considérations sur la situation des Amérindiens de l'intérieur guyanais, Navet E. ; Mohia N.
- [19] Malnutrition infantile chez les Noirs Marrons de Guyane et du Surinam, Bernard Delpech, Populations du Sud et santé, Parcours et Horizons, Ed. ORSTOM, Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération, Paris, 1995
- [20] L'insécurité routière : Carton rouge pour la Guyane ", Antiane, N°62, Mars 2005
- [21] Agressions par la Faune en Guyane Française : Analyse Rétrospective sur 4 Ans, E. Mimeau, P. Chesneau, Med Trop 2006 ; 66 : 69-73
- [22] Bulletin de veille sanitaire, p.11: "La drépanocytose", CIRE Antilles et Guyane, N°7, 7 Juillet 2010
- [23] Rapport de présentation aux élus de Guyane : « projet prioritaire de l'Ouest Guyanais : La construction d'un nouvel hôpital à Saint Laurent du Maroni » 11 juin 2011

ANNEXE, le déroulement de notre stage



Nous allons à présent vous présenter le cadre dans lequel nous avons travaillé pendant six semaines. Nous exposeront ce que nous avons pu observer, ce qui nous a frappé, touché et même choqué dans ce département si particulier qu'est la Guyane.

Nous avons été accueillis par le Dr. Gabriel Carles, chef du service de gynécologie-obstétrique au CHOG, et président du CME (commission médicale d'établissement) qui est l'organe représentant les médecins et sages-femmes auprès de l'administration hospitalière. Le Dr. Carles a été notre interlocuteur privilégié en Guyane et avec l'aide duquel la réalisation de ce stage a été possible. Il nous a réparti dans 4 services du CHOG : médecine interne, urgences, gynécologie-obstétrique et pédiatrie. Durant les 6 semaines, nous avons donc tourné pour voir tous ces différents services, qui nous ont donnés une bonne perspective du fonctionnement hospitalier guyanais. Nous bénéficions, de plus, d'une grande flexibilité ce qui nous a permis de voir, de manière ponctuelle, d'autres services tels que la chirurgie, la radiologie ou encore le laboratoire d'analyses médicales.

Service des urgences

Les urgences sont de loin le service le plus actif de l'hôpital. De jour, trois urgentistes et un interne assurent le service au côté de quatre infirmiers et de deux aides soignants. Le parcours d'un patient arrivant aux urgences de Saint-Laurent se déroule de la façon suivante :

- présentation à l'accueil et création d'un dossier administratif
- prise des constantes biologiques par l'infirmier d'accueil
- consultation rapide avec le médecin trieur
- Le médecin trieur décide de faire rentrer le patient dans les urgences ou non
- Si le patient est admis aux urgences il est vu par un des médecins/interne du service et patientera le temps de sa prise en charge et de l'attente des résultats des analyses demandées (radio, prises de sang...)
- Pour les cas graves, deux lits de déchocages sont disponibles.

Il faut bien l'admettre le service est complètement saturé et le manque de lit est cruel. En effet il y a seulement 4 lits disponibles si bien que dès qu'un patient a été vu par le médecin il doit ensuite attendre dans le couloir sur une chaise ou un fauteuil dans le meilleur des cas. Les enfants sont placés dans des lits à barreaux

dans un couloir en dehors du service que le personnel nomme avec humour l'UHDC (unité d'hospitalisation dans le couloir !). Il n'est pas rare que des mères avec leurs enfants y passent plusieurs jours avant qu'une place se libère dans l'unité de pédiatrie. Il est vrai que ce service accueille énormément d'enfants, expliqué par la démographie guyanaise (fort taux de natalité, immigration récente). Cela représente beaucoup de travail pour les pédiatres qui doivent consulter aux urgences plusieurs fois par jour dans un domaine où les urgentistes sont parfois limités.

Les pathologies que l'on retrouve aux urgences sont très variées, de la simple écorchure à la plaie par arme à feu, ou de la toux à la crise paludique. Cependant, les deux motifs de consultation le plus fréquents chez les enfants sont les infections respiratoires et les troubles gastro-intestinaux. Il n'est pas rare de voir certains d'entre eux arriver déshydratés et épuisés, leur jeune mère n'ayant pas pris conscience de la gravité de l'état de l'enfant. On peut aussi retrouver des cas de malnutrition, surtout du kwashiorkor puisque l'alimentation des enfants est suffisante mais souvent seulement à base de manioc. Chez les adultes, il n'y a pas de pathologie surreprésentée en particulier. Nous pouvons néanmoins souligner un nombre important de patients consultant pour des blessures causées par des violences (vols violents, femmes battues, règlements de comptes...). Les victimes de viols se retrouvent également aux urgences presque chaque jour, mais ce nombre semble être que la partie émergente de l'iceberg, de nombreuses victimes ne pouvant, ou ne voulant pas trouver de l'aide. Il faut aussi parler des nombreuses maladies tropicales que l'on trouve aux urgences, souvent lors de présentations aiguës, telles que le paludisme, la dengue, la leishmaniose et d'autres parasitoses. Dans ce climat chaud et humide, les plaies s'infectent très facilement et cicatrisent mal, conduisant de nombreux patients à consulter pour cette raison. De manière générale, les personnes travaillant ou habitant dans la forêt tardent à consulter à cause de la distance les séparant de l'hôpital et arrivent souvent à un stade avancé de leur pathologie.

Durant notre séjour aux urgences, nous suivions les internes qui nous demandaient dans la mesure du possible, d'accueillir, d'examiner et de traiter le patient sous leur supervision. La première chose qui nous a frappé fut la barrière de la langue, élément que nous avons pu retrouver dans tous les autres services, les Noirs-Marrons parlant Taki et les brésiliens parlant le portugais. Fort heureusement, les internes parlaient relativement bien le Taki et les brésiliens étaient souvent accompagnés d'interprètes informels payés par le patient lui-même. Nous avons pu apprendre plusieurs gestes techniques, tels que la suture, mais aussi les bases de la médecine d'urgence comme le triage. Certains d'entre nous ont même eu la chance de pouvoir partir en intervention avec le SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), véhicule médicalisé permettant de venir en aide aux victimes de problèmes médicaux graves. C'est l'hôpital qui se déplace vers le patient, afin de stabiliser son état avant son évacuation vers un CH. C'est aussi dans ce service que nous avons pu observer le travail des radiologues et, pour certains, celui des chirurgiens orthopédistes.

Malgré le travail admirable du personnel médical des urgences, nous nous sommes trouvés, à de nombreuses reprises, confrontés à des situations médicales dépassant les compétences techniques de l'hôpital. Nous avons vu

plusieurs patients, victimes d'AVC (accident vasculaire cérébral) décéder dans ce service en l'absence de neurochirurgie dans le département. En effet, la Guyane ne dispose pas de plateau technique pour la neurochirurgie ni de salle de cathétérisme cardiaque. Les deux se trouvent aux Antilles à plusieurs heures d'avion pour des pathologies où la survie dépend de la prise en charge immédiate.



Service de Médecine Interne

Ce service prend en charge les patients venant des urgences nécessitant d'être traités à long terme ou dont le diagnostic est incertain. Le rythme est très différent de celui des urgences, ici prendre son temps pour un patient ne veut pas dire pénaliser d'autres patients en attente.

Les patients sont pour la plupart poly-morbides et nécessitent un traitement réfléchi et ajusté notamment pour les patients diabétiques qui sont nombreux dans ce service. Les médecins sont très qualifiés souvent détenteurs de multiples spécialités. Le CHOG dispose ainsi de la seule rhumatologue de Guyane. Ce sont principalement les internes qui s'occupent du service durant la journée, les médecins donnant des consultations de médecine générale au sein de l'établissement. Ce service comprend 20 lits qui sont continuellement occupés ce qui pose de nouveau le problème du manque de place et donc de l'accumulation de patients aux urgences.



Le service de médecine interne est également responsable des consultants extérieurs venant effectuer des consultations au sein du CHOG de manière ponctuelle. C'est le cas des dermatologues et du seul ophtalmologue de Guyane. Nous vous laissons imaginer la charge de travail qu'on ces spécialistes d'autant plus qu'il ne peuvent venir qu'une seule journée par mois au CHOG. Pour les patients il est important d'être présent au risque de devoir attendre un mois de plus.

Dans ce service notre rôle a été de suivre les internes pendant leur tour de consultation, admissions et sorties. Il est arrivé parfois que certains d'entre nous aient eu plus d'autonomie et ont ainsi pu réaliser des consultations entières lors d'entrée de patient. Les internes de ce service passent une bonne partie de leur temps à faire des papiers, nous pouvions alors en profiter pour suivre les médecins durant leurs consultations.

Service de pédiatrie

Ce service prend tout comme celui de médecine interne le relais après les urgences mais il accueille également quelques enfants atteints de maladies chroniques. Il y règne comme partout en Guyane une chaleur accablante. Le seul endroit frais étant le bureau des médecins. Quatre pédiatres s'occupent de leurs patients aux côtés d'un interne, c'est avec ce dernier que nous avons passé la quasi totalité de notre temps et avec qui nous avons appris énormément. Les pédiatres donnent également des consultations en ambulatoire, aux urgences, mais aussi dans le service de gynécologie-obstétrique où ils sont, dans le cas d'accouchements compliqués, responsables de la réanimation néonatale.

On peut grossièrement diviser le service en deux parties, la néonatalogie dont s'occupe un pédiatre à plein temps et le service de pédiatrie en lui même. Le matin nous faisons la visite avec l'interne supervisé par un pédiatre. Puis, il n'était pas rare que l'interne nous fasse faire de petits exercices pratiques où nous devons aller faire l'anamnèse complète ainsi que l'examen physique d'un patient. Les pathologies rencontrées les plus fréquemment sont tout comme aux urgences les infections respiratoires et gastro-intestinales. Nous avons aussi eu la chance d'observer des pathologies plus rares dans nos pays comme la drépanocytose ou encore le kwashiorkor. Le suivi des enfants drépanocytaires a été un élément marquant de notre passage en pédiatrie. Ces enfants sont vraiment pris très au sérieux par le personnel médical, les complications de cette maladie pouvant être gravissime. Les patients se présentant aux urgences avec des signes de crise vaso-occlusive étaient prioritaires pour leur admission en pédiatrie. L'un d'entre nous a pu assister à l'hôpital de jour (partie de l'hôpital réservé aux patients atteints de maladies chroniques et nécessitant des soins

récurrents) à une exsanguino-transfusion permettant de réduire la proportion d'hémoglobine S.

Une fois de plus nous avons pu observer un manque de place considérable dans ce service. Ceci est d'autant plus marquant en pédiatrie considérant le taux de natalité énorme de l'Ouest Guyanais. La proportion d'enfant est conséquente dans cette région et la taille de ce service n'est pas adaptée pour accueillir tous les patients. Il est intéressant de remarquer que l'EHPAD, (établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes) un grand bâtiment de l'hôpital, était presque vide. Ici encore la disposition des moyens ne semble pas adaptée aux besoins locaux.

Une chambre de pédiatrie vue de l'extérieure.



Service de Gynécologie-obstétrique

Ce service répond à une demande quotidienne très importante et qui augmente de jour en jour. En effet, comme nous avons pu en discuter, le taux de natalité est très important et la proximité avec le Suriname en fait un lieu de naissance privilégié, tant dans sa qualité de soins que dans l'accès à la nationalité française lors de la naissance sur le sol national. Le taux de fécondité en Guyane est de 3,49 enfants par femme (chiffres de 2009) contre 2,01 en métropole (chiffres de 2010).

Ce service est divisé en trois parties : les salles d'accouchement, le service de grossesses pathologiques et le service de suites de couches. Les salles d'accouchement, au nombre de 4 et récemment rénovées, étaient occupées par les sages-femmes qui s'occupaient intégralement des accouchements non-compliqués. Nous avons eu la chance d'avoir pu assister à de nombreux accouchements. Souvent, l'accouchement est l'unique passage à l'hôpital de la femme enceinte. Ceci est principalement vrai pour les femmes venant du Suriname et qui n'ont bénéficiée d'aucun suivi. Ce service est très dynamique et répond une demande considérable, plus de 2000 accouchements par an. Dans le cas d'accouchements par césarienne ou tout autre acte chirurgical gynécologique ou obstétrique, les gynécologues opèrent dans les blocs de chirurgie générale.

Le service de grossesses pathologiques auquel nous avons été affiliés s'occupe de grossesses pour lesquelles des complications sont envisageables et la surveillance par hospitalisation est nécessaire. Les causes sont multiples :

anémies, pré-éclampsie, diabète gestationnel... Le travail administratif de l'interne est très lourd dans ce service car le tournus des patientes y est très important, ce qui nécessite une bureaucratie fastidieuse (papiers d'entrée, de sortie, prise de rendez-vous prochains...). Le service de suites de couches est le service tampon entre l'accouchement et la sortie des patientes. Les quelques jours passés dans ce service permettent aux mères de se reposer et aux médecins de s'assurer que la mère et l'enfant sont en bonne santé avant la sortie. Dans ce service, les internes examinent les mères et discutent avec elles de contraception, tandis que les pédiatres, venant de leur service, examinent les nouveau-nés.

Les gynécologues passent la plus grande partie de leur temps en consultation, souvent des consultations de contrôle prénatal. Ils s'occupent aussi des problèmes d'infertilité et des néoplasies liées à la gynécologie. De temps à autre, des journées de consultations spéciales sont organisées, telles que les consultations VIH.



Nous tenons à remercier toutes les personnes sans qui ce stage n'aurait pas été possible.

Pr Philippe Chastonnay et la Faculté de médecine de Genève, de nous permettre de découvrir d'autres systèmes, d'autres soignants et d'ouvrir nos horizons.

Dr Gabriel Carles et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly, de nous avoir accueillis et immergés dans les soins à Saint Laurent du Maroni.

Les internes du CHOG, d'avoir été présents, de nous avoir offert de votre temps et de votre science, et de nous avoir fait vivre notre première expérience d'externes en médecine.

Gilbert et Aline, ainsi que leurs enfants, notre famille guyanaise, pour leur hospitalité et pour nous avoir fait découvrir la culture Paramaca.

Claudie, pour ses bons conseils, son énergie et ses hamacs.