



Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Direction de la Santé et du Développement Social Guyane



SYSTÈMES DE SANTE

Guyane française

Brésil

Suriname

Santé

Observatoire
Régional de la
Santé de
Guyane

Téléphone
05 94 29 78 00
Télécopie
05 94 29 78 01
Courriel
orsg@wanadoo.fr
Site
www.orsguyane.org

Mars 2010



Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Sous la Présidence de Madame Marie-Claude VERDAN

Espace Bertène JUMINER
771, rte de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex
Site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr



Sous la Direction de :
Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON
Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Etude rédigée par :
Marie-Thérèse DANIEL, *Responsable de la Cellule Documentation*

Avec la collaboration de :
Céline GOBER, *Chargée d'études*
Romain ALLEN, *Aide documentaliste*
Sylvaine LAUBE, *Assistante de documentation*
Sirlène DOS SANTOS, *Stagiaire de l'Institut consulaire de formation (ICF)*

Promoteur : Groupement régional de santé publique (GRSP)

Investigateur : Marie-Thérèse DANIEL, Géographe de la santé
Responsable de la Cellule Documentation
Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG)
"Espace Bertène JUMINER"
771 route de Baduel - BP 659
Tél. : 0594.29.78.16
Télécopie : 0594.29.78.01
Courriel : marie-therese-daniel@wanadoo.fr
Site internet : www.ors-guyane.org

Méthodologistes : Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON
Directeur de l'ORSG

Collaboration : Céline GOBER
Maîtrise spécialisée en Information Documentaire,
Métiers de l'Information et de la Communication
Chargée d'études

Romain ALLEN
Aide documentaliste

Sylvaine LAUBE
Assistante de documentation

Sirlène DOS SANTOS
Stagiaire de l'Institut consulaire de formation (ICF)

Comité de relecture : Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON *Directrice de l'ORSG*
Priscillia BOMPARD *Chargée d'études*
Céline GOBER *Chargée d'études*
Jean-Rémy GOUGAUD *Chargé d'études*

D'un pays à l'autre, les systèmes de santé et les prestations de soins varient fortement. Dans certains pays, les régimes de santé publique couvrent les dépenses de soins de santé de l'ensemble de la population résidente, alors que dans d'autres, les systèmes de sécurité sociale intègrent une part d'assurance privée.

Si la grande majorité des patients préfèrent se faire soigner dans leur propre pays, il peut arriver qu'ils reçoivent des soins à l'étranger. C'est le cas pour des maladies ou accidents survenus lors d'un séjour dans un autre pays (vacances, voyage d'affaires, études...), ou lorsque des soins de santé très spécialisés ne peuvent être administrés chez eux, ou encore dans les régions frontalières, lorsque l'établissement compétent le plus proche se trouve de l'autre côté de la frontière.

En valorisant la connaissance et surtout en renforçant la coopération (notamment sanitaire) avec les pays frontaliers, la Guyane française peut jouer un rôle important dans ce domaine, ce qui peut profiter non seulement aux patients se déplaçant dans notre territoire pour recevoir des soins, mais aussi à tous ceux qui se font soigner dans leur pays. Force est de constater que la Guyane est attractive pour son système de soins mais que de plus en plus de Guyanais s'orientent vers nos voisins pour des soins spécialisés : chirurgies esthétique, dentaire...

Ainsi, connaître la manière dont sont organisés certains systèmes de santé devient indispensable. C'est pourquoi, le Groupement régional de santé publique (GRSP) a confié à l'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG) la réalisation d'un rapport sur les " Systèmes de santé ".

L'intérêt de ce travail est de présenter ces systèmes de santé pour essayer de comprendre leur fonctionnement, leur organisation... Ces éléments doivent être replacés dans un contexte régional où - au premier plan, se trouve la Guyane, département français d'Amérique - afin d'identifier les bases techniques d'une coopération avec le Brésil et le Suriname.

Marie-Claude VERDAN

Conseillère Régionale

Présidente du Conseil d'Administration de l'ORS Guyane

L'Observatoire régional de la santé de Guyane remercie tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail :

- Les consulats du Brésil et du Suriname.
- Les ambassades de France au Suriname et au Brésil.
- Les services de coopération des collectivités territoriales : Conseils régional et général de la Guyane.

Nous adressons nos remerciements au commanditaire, le Groupement régional de santé publique (GRSP) pour la confiance qu'il nous a témoigné lorsqu'il a décidé de nous confier cette étude.

Celle-ci vient conforter l'ORSG dans le rôle qu'il tient sur l'échiquier sanitaire guyanais et qu'il pourrait entreprendre dans le domaine de la coopération transfrontalière.

| | |
|--------------|---|
| ABS | Algemeen Bureau voor de statistic (Bureau général des statistiques au Suriname) |
| AFD | Agence française de développement |
| ARH | Agence régionale de l'hospitalisation |
| ARS | Agence régionale de santé |
| AS | Action sanitaire |
| ASE | Aide sociale à l'enfance |
| ASG | Aide sociale générale |
| BOG | Unité d'épidémiologie du Bureau de santé publique (Suriname) |
| DRASS | Direction régionale des affaires sanitaires et sociales |
| CPMF | Contribution provisoire sur les mouvements financiers |
| CRS | Conférence régionale de santé |
| CNS | Conférence nationale de santé |
| DSP | Direction de la solidarité et de la prévention |
| DSDS | Direction de la santé et du développement social |
| FMI | Fonds monétaire international |
| FED | Fonds européen de développement |
| FIC | Fonds inter caribéen de coopération |
| FSP | Fonds de solidarité prioritaire |
| GRSP | Groupement régional de santé publique |
| HTA | Hypertension artérielle |
| IDH | Indice de développement humain |
| INED | Institut national des études démographiques |
| INSEE | Institut national de la statistique et des études économiques |
| IPG | Institut Pasteur de Guyane |
| InVS | Institut de veille sanitaire |
| IST | Infection sexuellement transmissible |
| IWGDS | Institut d'études sur les femmes, le genre et le développement (Suriname) |
| MWI | Institut de recherche biomédicale (Suriname) |
| ORSG | Observatoire régional de la santé de Guyane |
| OMD | Objectifs du millénaire pour le développement |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONDAM | Objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONU | Organisation des nations unies |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PNB | Produit national brut |
| PNUD | Programme des nations unies pour le développement |
| PRSP | Plan régional de santé publique |
| PSF | Programme de santé de la famille |
| RGI | Registre d'issue de grossesse |
| RUP | Région ultrapériphérique de l'Europe |
| SROS | Schéma régional d'organisation sanitaire |
| SIS | Système d'information sanitaire |
| SSD | Service social départemental |
| SUS | Système unique/unifié de santé |

| | |
|---|------------|
| INTRODUCTION | .11 |
| QU'EST-CE QU'UN SYSTEME DE SANTE ? | .13 |
| CONTEXTE | .15 |
| METHODOLOGIE | .17 |
| | |
| I - SITUATIONS GEOPOLITIQUE, SOCIODEMOGRAPHIQUE DES PAYS | .19 |
| 1.1 Caractéristiques géopolitiques | .23 |
| 1.1.1 Des pays situés en Amérique du Sud avec une extension de plus de 8 millions de km ² | .23 |
| 1.1.2 Des territoires très différents politiquement, divisés en communes, états ou districts | .23 |
| 1.2 Caractéristiques sociodémographiques | .25 |
| 1.2.1 Une population de près de 200 millions d'habitants avec une forte hétérogénéité | .25 |
| 1.2.2 Une économie diversifiée | .26 |
| | |
| II - CARACTERISTIQUES DES SYSTEMES DE SANTE | .29 |
| 2.1 Réformes et mutations des systèmes de santé | .33 |
| 2.1.1 Les mutations du système de santé français | .33 |
| 2.1.2 Le contexte de la réforme du système de santé au Brésil | .33 |
| 2.2 Activités et organisation des systèmes de santé | .34 |
| 2.2.1 Des systèmes de santé pluralistes | .34 |
| 2.2.2 La protection sociale, l'assurance maladie | .36 |
| 2.2.3 L'offre de soins et les services médicaux | .37 |
| 2.3 Fonctionnement des systèmes de santé | .39 |
| 2.3.1 L'accès aux soins des usagers | .39 |
| 2.3.2 Les dépenses, coûts de santé | .39 |
| 2.3.3 La régulation du système de santé | .40 |
| | |
| III - SANTE EN QUESTION | .43 |
| 3.1 Indicateurs de santé globaux | .47 |
| 3.1.1 L'espérance de vie à la naissance | .47 |
| 3.1.2 La natalité et les naissances | .47 |
| 3.1.3 La mortalité | .47 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2 Problèmes de santé spécifiques mais similaires | 48 |
| 3.2.1 Le paludisme, la dengue | 48 |
| 3.2.2 Le VIH/Sida | 49 |
| 3.3 La périnatalité | 49 |
| 3.3.1 La mortalité infantile | 50 |
| 3.3.2 La mortalité périnatale | 50 |
| 3.3.3 La mortalité maternelle | 50 |
| | |
| IV - STRUCTURES DE VEILLE, DE RECUEIL, D'ETUDES ET D'OBSERVATION | 51 |
| 4.1 Structures de veille, de surveillance épidémiologique | 55 |
| 4.2 Structures de recueil | 57 |
| 4.3 Structures d'études et d'observation | 60 |
| | |
| V - PROJETS DE COOPERATION | 61 |
| 5.1 Guyane-Suriname | 65 |
| 5.2 Guyane-Brésil | 65 |
| | |
| DISCUSSION | 67 |
| CONCLUSION GENERALE | 69 |
| POUR EN SAVOIR PLUS | 71 |
| Références bibliographiques | 73 |
| Ressources et Sites Internet | 74 |
| | |
| ANNEXES | 75 |
| Annexe 1 : Cartographie des territoires | 76 |
| Annexe 2 : Observatoire régional de la santé de Guyane | 81 |

Chaque année, l'analyse de la santé dans le monde est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans son premier rapport paru en 2000, cette institution a utilisé 5 indicateurs de performance pour mesurer les systèmes de santé dans les 191 Etats Membres.

Les éléments qui servent à mesurer la performance d'un bon système de santé sont le niveau de santé général de la population ; les inégalités (ou disparités) de santé dans la population ; le degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjuguée au bon fonctionnement du système) ; la distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques différents vis-à-vis des services fournis par le système de santé) et la répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population (qui assume les coûts).

Ainsi, les résultats de ce rapport font état que le système de santé français est considéré comme le plus performant¹ en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé². La médecine française est de grande qualité : chirurgiens, cliniciens, organisation des urgences à la française (le SAMU) et psychiatrie font référence dans le monde.

Qu'en-est-il des systèmes de santé des pays qui avoisinent le territoire guyanais ? Cette analyse réalisée par l'OMS fait mention que " le Brésil fait partie des pays où le financement du système de santé est le plus injuste. Bien que ce soit un pays au revenu moyen, sa population doit déboursier des sommes importantes pour se faire soigner. Cela signifie qu'un grand nombre de ménages dépensent une fraction importante de leur revenu (après les dépenses alimentaires) pour les soins de santé ". Le système de santé du Suriname n'a pas été traité.

L'OMS a également mis en lumière quatre principales lacunes des systèmes de santé, à savoir : les ministères privilégient le secteur public aux dépens du secteur privé des soins de santé, souvent plus important ; un grand nombre de médecins exercent simultanément pour l'Etat et à titre privé ce qui revient à faire financer une médecine libérale non officielle par le secteur public ; un " marché noir " de la santé existe dans de nombreux pays et enfin, les règles édictées dans l'intérêt des populations par les ministères de la santé ne sont pas toujours appliquées.

L'Organisation mondiale recommande alors que les populations soient couvertes massivement par l'assurance maladie. Néanmoins, elle estime préférable que les soins de santé soient prépayés (impôts, cotisations) au lieu d'être prises en charge par un régime de sécurité sociale ou d'assurance maladie.

¹ Au premier rang de ses 191 membres.

² Organisation mondiale de la santé, " Communiqué de presse OMS/44 : L'OMS évalue les systèmes de santé dans le monde (<http://www.who.int/inf-pr-2000-44.html>) ", 21 juin 2000.

Le principe directeur de ce travail réalisé par l'Observatoire de la santé, à la demande du Groupement régional de santé publique, a pour objectif principal d'établir une vue d'ensemble du système de santé de la Guyane française, du Brésil et du Suriname.

Il s'agit d'une étude à visée descriptive de trois géographies dont les objectifs spécifiques sont :

- De mieux connaître les caractéristiques des systèmes de santé étudiés.
- De dresser un tableau des conditions sanitaires, en particulier les indices de santé clés.
- De permettre au grand public et aux professionnels d'avoir accès aux principales informations de ces régions.
- De développer des plateformes d'échanges d'informations entre pays.

L'ORSG a mis en place une banque de données sanitaires financée par le Groupement régional de santé publique. Dans ce cadre, plusieurs priorités de santé ont été retenues : périnatalité, cancer, infections sexuellement transmissibles (IST), hypertension artérielle (HTA)... A ce titre, une sous partie de ce rapport sera consacrée à la périnatalité, en relevant les indicateurs périnataux de base dans les trois territoires.

Dans une seconde phase de notre travail, on s'attachera à identifier les institutions, les sources... avec lesquelles l'Observatoire pourrait échanger et organiser une collaboration solide en termes d'études et de recueil de données.

Avec nos voisins, les possibilités de coopération régionale sont importantes car les besoins et les enjeux, notamment sanitaires, sont réels (prévalence élevée des affections infectieuses, maternelles et infantiles, phénomènes d'exclusion, de précarité, d'accès aux soins et à la santé).

Découvrir les conditions de vie, le milieu ambiant et les nécessités importantes en santé des populations de ces régions... ont guidé notre travail en vue d'une connaissance mutuelle.

Le but de tout système de santé est d'assurer à chaque individu d'être dans le meilleur état de santé possible. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'état de bonne santé comme un " état de complet bien-être physique, psychique/psychologique et social ". La notion de santé est donc plus large que les seuls soins. Un système de santé comprend dès lors toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé. Cette définition implique que la santé et le bien-être des populations dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé, de l'ensemble des activités humaines qui toutes ont des répercussions sur le physique et le mental. Or, cette performance fluctue d'un pays à l'autre.

En effet, les différents systèmes de santé ont connu de nombreuses mutations au cours des dernières années, au gré de l'évolution de la situation économique, politique, sanitaire et sociale des pays.

Dans le monde actuel, les systèmes de santé sont les héritiers d'une longue histoire. Pour ce qui concerne le système de santé français, il est composé de trois sous-systèmes : le système de protection sociale, le système de soins et le système de santé des individus.

Pour analyser un système de santé, il faut donc faire un rapprochement des données sur l'état de santé de la population, du niveau de distribution de certains déterminants socio-économiques (PIB par habitant, revenu par habitant, proportion de personnes pauvres...), comportementaux (habitudes de vie à risque tels que la consommation de tabac et d'alcool par habitant), liés au système de soins (dépenses de santé, densité des médecins et autres professionnels de santé, des lits d'hôpitaux et indicateurs d'activités), etc.

Les conditions de logement, de travail, l'alimentation... font notamment partie des facteurs qui exercent une influence sur l'état de santé d'un individu. En effet, chacun est engagé dans un processus qui le conduit d'un état de santé à un autre. Il vit en particulier une étape spécifique relativement difficile à déterminer : la maladie.

Les systèmes de santé sont chargés de planifier et d'organiser l'offre de soins dans le but de répondre aux besoins des populations. Leur mise en œuvre doit favoriser une couverture équilibrée des territoires et une interaction efficace des divers acteurs : établissements de santé (qu'ils soient publics ou privés), professions de santé, industrie pharmaceutique...

Dans les pays développés, on estime à environ 15 % la contribution du système de soins à l'état de santé des habitants.

L'Organisation des nations unies (ONU) a fixé des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) avant 2015 : réduction de la pauvreté, arrêt de la propagation du VIH/Sida, accès à l'éducation universelle...

La Guyane présente la particularité d'avoir deux frontières : une avec le Suriname (le fleuve Maroni) et une autre avec le Brésil (le fleuve Oyapock). Dans le continent sud-américain, elle est enclavée au milieu de pays à revenu faible. Ceci explique l'importance de l'immigration dans cette région.

Nous sommes en présence de territoires qui évoluent différemment tant sur le plan politique que administratif, réglementaire, socio-économique... A ces caractéristiques, s'ajoutent des difficultés de communication et la barrière de la langue. Tous ces éléments constituent un obstacle à la connaissance mutuelle de ces régions.

Les recherches préalables montrent que ces territoires se connaissent peu. Cependant, ils rencontrent des problèmes similaires, notamment sanitaires (accès aux soins médicaux fondamentaux et périnataux, problèmes de santé publique, etc.). Les populations de ces régions ont tissé des liens, partagent parfois un même vécu, sont amenées à se déplacer de part et d'autre des deux frontières.

C'est dans ce contexte que le Groupement régional de santé publique (GRSP), instance de coordination interinstitutionnelle a estimé que la réalisation d'une étude sur les systèmes de santé de ces géographies serait utile. Elle aurait en effet une double utilité : en direction à la fois des acteurs, décideurs qui sont amenés à développer des relations de coopération et en direction des usagers.

Cette action s'inscrit également dans un projet plus vaste d'une éventuelle coopération transfrontalière qui serait tout d'abord bilatérale, dans un premier temps avec le Brésil puis dans un second temps avec le Suriname.

Le Suriname et le Brésil sont intégrés dans des réseaux internationaux de santé. La Guyane ne l'est pas directement du fait de son statut de région française, ce qui constitue un obstacle par rapport à ses voisins. Ainsi, développer la coopération, quelque soit sa forme, permettrait de surmonter cet isolement.

Certains projets de coopération sont ébauchés de part et d'autre des deux frontières. Entre le Brésil et la Guyane, les travaux du projet de construction du pont sur l'Oyapock devraient s'achever en 2010. Des projets de soutien au secteur de la santé dans la zone frontalière du Maroni sont en cours. Cependant, les échanges restent faibles vers ces géographies voisines alors que de nombreux projets peuvent être initiés, notamment dans le cadre de partage de l'information sanitaire.

S'inspirer de ce qui est fait dans les trois géographies en matière de santé afin d'améliorer les systèmes de santé et le bien être des usagers semble indiscutable.

Ce document est une première ébauche d'un travail qui mérite d'être poursuivi par l'officialisation des échanges avec les pays voisins.

La réalisation de ce travail a nécessité la mise en œuvre d'une méthodologie, qui comporte plusieurs étapes successives :

La recherche documentaire

En premier lieu, une recherche documentaire sur les systèmes de santé des territoires a été réalisée en tenant compte de chaque région étudiée et en utilisant principalement l'outil Internet. Ainsi, nous nous sommes basés essentiellement sur deux types de sources, détentrices de données :

- Les sources officielles ;
- Les documents de travail et d'études disponibles.

Les documents transmis par les sources officielles sur le sujet ont été exploités, en privilégiant les données sur les caractéristiques générales des trois pays, plus précisément celles sur leurs " systèmes de santé ".

Les données issues de ce rapport sont celles publiées par les autorités et institutions officielles par le biais de leur site Web : ministères de la santé, ambassades de France, Organisation mondiale de la santé (OMS), Organisations des nations unies (ONU) ...

Cette recherche documentaire a permis d'établir une bibliographie et un état des lieux.

La prise de contacts avec les principaux acteurs institutionnels

En second lieu, une investigation a été entreprise auprès des acteurs en charge des volets " coopération " et " sanitaire " dans notre département, au Suriname et au Brésil. Des contacts téléphoniques ont été alors instaurés et des réunions de travail ont eu lieu.

Ainsi, nous avons eu plusieurs réunions de travail avec le Secrétariat du Consulat général du Brésil. Une aide dans la traduction de certains documents a été demandée par notre structure mais celle-ci n'a pas été réalisée du fait du manque de disponibilité et de temps de notre interlocuteur. Ce dernier nous a toutefois orienté vers des traducteurs potentiels.

Pour le Suriname, des contacts par courrier électronique et téléphone ont été instaurés avec la déléguée au Ministère de la santé, la chargée de la coopération à l'Ambassade de France et la Pan american health organisation (PAHO).

Certaines institutions de référence telles que les collectivités départementales et régionales, l'Agence française de développement (AFD)... ont des projets de coopération avec nos voisins. Les référents des projets ont été contactés. Il s'agissait pour nous de connaître les différents projets en cours.

La collecte des données et les difficultés rencontrées

Les informations disponibles sont celles détenues par les organisations, institutions officielles et de recherche internationales. Certaines données ne sont donc que des estimations faites à partir des résultats et rapports d'études ...

Les données que nous avons récoltées sont très disparates d'une région à l'autre, aléatoires d'une source à l'autre, non disponibles, parfois peu fiables. Elles sont difficilement comparables entre elles.

Dans l'ensemble, la collecte des données n'a pas été aisée, voir difficile. Certaines structures ont eu du mal à nous communiquer des informations, le bilan de leurs actions dans le domaine de la coopération. D'autres nous ont mis en contacts avec les personnes ressources des ambassades de France et des consulats. Certaines relances par téléphone ou par courrier électronique ont été vaines.

Cette recherche a été plus ou moins fructueuse selon le pays : informations plus abondantes pour la Guyane et le Brésil, moindres pour le Suriname.

Le traitement des données

Les données qui ont été mises à jour par les sources officielles proviennent des dernières informations fournies par les pays. Elles correspondent à l'année la plus récente disponible.

Cependant, il convient de noter que les données figurant dans ce rapport ne prétendent pas fournir des indications exhaustives de l'ensemble des régions concernées. Malgré la vérification de certaines données, des erreurs peuvent survenir. Il incombe alors au lecteur et à chacun d'entre nous de les utiliser avec précaution.

Néanmoins, ces informations constituent une bonne indication quant à la situation de ces pays et de l'organisation de leurs systèmes de santé.

L'analyse et la rédaction du rapport

L'analyse de l'ensemble des données a abouti à la rédaction d'un état des lieux qui a pour ambition d'être un document de présentation à l'attention des acteurs et des usagers du système de santé guyanais, brésilien et surinamais.

I - SITUATIONS GÉOPOLITIQUE, SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

1. Situations géopolitique, socio-démographique

1.1 Caractéristiques géopolitiques

1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les indicateurs géopopulationnels sont essentiels pour comprendre les pays que nous souhaitons étudier. Seront exposées, dans ce présent volet, leurs caractéristiques géopolitiques (1.1) et sociodémographiques (1.2).

1.1 Caractéristiques géopolitiques

1.1.1 Des pays situés en Amérique du Sud avec une extension de plus de 8 millions de km²

Sur le continent sud américain, bordés par l'océan Atlantique, le Brésil est à l'Est, le Suriname³ et la Guyane sont au Nord-Est. Se situant dans l'aire géographique de la grande forêt amazonienne, ces trois pays sont boisés à plus de 80 %.

Ces territoires représentent une extension totale de plus de 8 millions de km². Le Brésil est le plus vaste des pays d'Amérique du Sud avec 8 511 965 km². Le Suriname⁴ et la Guyane ont des superficies respectives de 163 820 km² et 83 534 km².

La densité brésilienne est plus élevée (22,1 habitants au km²) que celle du Suriname (plus de 2,9 hab. par km²) et la

Guyane (2,4 hab. par km²).

1.1.2 Des territoires très différents politiquement, divisés en communes, états ou districts

La Guyane est une région monodépartementale alors que le Brésil est un état fédéral et le Suriname est une démocratie⁵ parlementaire.

La Guyane est une région française qui dépend du cadre national. Elle est aussi une région ultrapériphérique européenne (RUP). A ce titre, elle bénéficie d'aides structurelles de l'Europe.

Elle est séparée du Suriname par le fleuve Maroni (520 kilomètres) et du Brésil par le fleuve Oyapock (580 kilomètres). L'Etat brésilien le plus proche de la Guyane est celui de l'Amapa.

La Guyane compte 2 arrondissements (Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni), 22 communes (Apatou, Awala-Yalimapo, Camopi, Cayenne, Grand-Santi, Iracoubo, Kourou, Macouria, Mana, Maripasoula⁶, Matoury, Montsinéry-Tonnégrande, Ouanary, Papaïchton, Régina, Rémire-Montjoly, Roura, Saint-Elie, Saint-Georges, Saint-Laurent-du-Maroni, Saül, Sinnamary) et 19 cantons (Annexe 1.1 page 77).

Tableau 1. Superficie et densité de la Guyane, du Brésil et du Suriname

| | Guyane | Brésil | Surinam |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Superficie (Km²) | 83 534⁽¹⁾ | 8 511 965⁽²⁾ | 163 820⁽²⁾ |
| Densité (hab./Km²) | 2,4⁽¹⁾ | 22,1⁽²⁾ | 2,9⁽²⁾ |

Sources : ⁽¹⁾STATISS Antilles Guyane 2008, INSEE/Population au 1er janvier 2006
⁽²⁾OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2008

³Ancienne Guyane hollandaise/néerlandaise devenue indépendante en 1975, parfois écrit Surinam.

⁴Equivalent tout de même à près de 4 fois les Pays-Bas.

⁵Etablie par la Constitution de 1987.

⁶La plus grande commune de France.

Tableau 2. Superficie et population des communes de la Guyane

| | Superficie (km ²) | Population (hab) |
|-------------------------|-------------------------------|------------------|
| Apatou | 2 020 | 3 628 |
| Awala-Yalimapo | 187 | 887 |
| Camopi | 10 030 | 1 032 |
| Cayenne | 24 | 50 594 |
| Grand-Santi | 2 112 | 2 862 |
| Iracoubo | 2 762 | 1 430 |
| Kourou | 2 160 | 19 107 |
| Macouria | 378 | 5 050 |
| Mana | 6 333 | 5 445 |
| Maripasoula | 18 360 | 3 710 |
| Matoury | 137 | 18 032 |
| Montsinéry-Tonnegrande | 600 | 1 037 |
| Ouanary | 1 080 | 92 |
| Papaïchton | 2 628 | 1 650 |
| Régina | 12 130 | 765 |
| Remire-Montjoly | 46 | 15 555 |
| Roura | 3 903 | 1 791 |
| Saint-Elie | 5 680 | 239 |
| Saint-Georges | 2 320 | 2 153 |
| Saint-Laurent-du-Maroni | 4 830 | 19 211 |
| Saül | 4 475 | 160 |
| Sinnamary | 1 340 | 2 783 |
| TOTAL GUYANE | 83 535 | 157 213 |

Source : INSEE, estimations provisoires 2007

La fédération politique du Brésil compte 5 régions, 1 district fédéral, 12 métropoles et 27 états (Annexe 1 page 78). Les 5 561 municipalités brésiliennes ont une autonomie de gestion administrative.

La région NORD du Brésil, qui nous intéresse principalement pour une éventuelle coopération, correspond essentiellement à l'intérieur du bassin de l'Amazone. Sa superficie (4 000 000 km²) représente un peu moins de la moitié du territoire brési-

lien. Elle est bordée au Nord par le massif des Guyanes, au Sud par le Plateau Central, à l'Ouest par la cordillère des Andes et au Nord-Ouest par l'océan Atlantique.

Cette région est constituée de 7 états : Acre, Amapa, Amazonas, Para, Rondonia, Roraima, Tocantins. L'Etat d'Amapa est le plus petit territoire de la Région Nord. Il totalise plus de 470 000 habitants.

Tableau 3. Superficie, population, principales métropoles et états des régions du Brésil

| | Nord | Nord-Est | Sud | Sud-Est | Centre Ouest |
|---|---|---|---|---|--|
| Superficie (Km ²) % par rapport au territoire brésilien | 4 000 000 8 % | 1 561 177 18 % | 577 214 7 % | 927 286,2 11 % | 1 612 077,2 7 % |
| Population (millions) | 14,5 | 43,8 | 26,5 | 77 | 13 |
| Principales métropoles | Manaus Belém | Recife-Fortaleza Salvador | Curitiba Santa Catarina Porto Alegre | São Paulo Rio de Janeiro Belo Horizonte | Brasilia |
| Etats | Acre Amapa Amazonas Para Randônia Roraima Tocantins | Maranhão Piauí Ceará Rio Grande Do Norte Paraíba Pernambuco Alagoas Sergipe Bahia | Paraná Santa Catarina Rio Grande Do Sul | Espírito Santo Minas Gerais Rio de Janeiro São Paulo | Goias Mato Grosso Do Sul Mato Grosso District Federal |

Source : Ambassade du Brésil en France, 2009

Tableau 4. Capitale, superficie et population de la région Nord du Brésil

| | Capitale | Superficie (km ²) | Population (2) |
|-----------|-------------|-------------------------------|----------------|
| Acre | Rio Branco | 152 581,388 | 557 526 |
| Amapa | Macapa (1) | 142 814,585 | (3) 477 032 |
| Amazonas | Manaus | 1 570 745,68 | 1,5 million |
| Para | Belèm | (4) 1 247 689,515 | 6 192 307 |
| Randônia | Porto Velho | 237 576,167 | 1 379 787 |
| Roraima | Boa Vista | 224 298,980 | 324 397 |
| Tocantins | Palmas | 277 620,914 | 1 157 098 |

(1) Principales métropoles : Macapà, Santana, Laranjal, Do Jari, Oiapoque

(2) IBGE, 2000

(3) Population rurale (52 349) urbaine (424 683) densité démographique (0,77 hab./km²)

(4) Soit 16,6 % du territoire brésilien, 26 % de l'Amazonie

La population de la région Nord brésilienne (14,5 millions d'habitants) ne représente que 8 % de la population totale du pays, malgré sa superficie. 71 % de la population est urbaine. La ville de Manaus, capitale de l'Etat de l'Amazonas, est la plus grande métropole de la région.

Quant au Suriname, il est divisé en 10 districts administratifs : Brokopondo, Commewijne, Coronie, Maronwijnje, Nickerie, Para, Paramaribo, Saramacca, Sipaliwini, Wanica (Annexe 1 page 79). Ils sont divisés eux-mêmes en 64 resorts qui possèdent leur propre conseil d'élus. Depuis 1991, ce pays est une démocratie.

1.2 Caractéristiques sociodémographiques

1.2.1. Une population de près de 200 millions d'habitants avec une forte hétérogénéité

Les statistiques officielles et les résultats de l'INSEE recensent près de 200 millions d'habitants pour ces trois géographies, répartis entre le Brésil (184 550 471), le Suriname (près de 500 000 habitants) et la Guyane française (221 500 habitants en 2008).

Tableau 5. Superficie et population des districts surinamais

| Districts | Superficie (km ²) | Population (hab.) |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------|
| Brokonpondo | 7 364 | 8 553 |
| Commewijne | 2 353 | 25 908 |
| Coronie | 3 902 | 4 065 |
| Marowijne | 4 627 | 20 950 |
| Nickerie | 5 353 | 42 377 |
| Para | 5 393 | 15 577 |
| Paramaribo | 183 | 220 306 |
| Saramacca | 3 636 | 14 107 |
| Sipaliwini | 130 567 | 30 203 |
| Wanica | 442 | 78 696 |
| TOTAL SURINAME | 163 820 | 460 742 |

Source : Statistiques mondiales

La population guyanaise était estimée provisoirement à 157 213 habitants en 2007. A cette population, s'ajoute une population migrante, clandestine difficile à chiffrer. Les immigrés formaient 29 % de la population guyanaise.

La structure de la population de ces trois régions, par grands groupes d'âge, est la suivante :

- Les jeunes de moins de 15 ans totalisent 30 % de la population guyanaise, 36 % de celle du Suriname et 26 % de celle du Brésil.

- Les 18 à 65 ans sont fortement représentés : plus de 68 % au Brésil, 62 % au Suriname et 60 % en Guyane.

- Le Suriname compte 8 % de personnes de 65 ans et plus, le Brésil 6 % et la Guyane 4 %.

Ainsi, ces ensembles démographiques sont très jeunes, diversifiées culturellement. Ces populations pluriethniques et pluriculturelles sont concentrées essentiellement dans les principales capitales : Cayenne, Paramaribo et Brasilia.

Une forte hétérogénéité sociale caractérise ces trois entités.

1.2.2. Une économie diversifiée

La première économie d'Amérique du Sud est celle du **Brésil**, qui est au huitième rang mondial en termes de Produit intérieur brut (PIB), soit 1 374 milliards de dollars (FMI, données 2009). Le café, le cacao, la canne à sucre... sont les produits les plus exportés.

Le **Suriname** a une économie dominée par les secteurs de l'énergie, des mines (bauxite, or, pétrole) et par celui du bâtiment et travaux publics (construction de logements publics, infrastructures). 80 % des recettes d'exportation concernent la bauxite et l'aluminium. En effet, l'industrie minière représente plus d'un tiers du PIB et des revenus du gouvernement. Les grands centres miniers sont Paranam, Onderwacht et Moengo. Des produits primaires tels que le riz, la banane et le bois sont également exportés. La pêche joue aussi un rôle important.

Tableau 6 . Caractéristiques sociodémographiques

| | GUYANE | BRÉSIL | SURINAME |
|---------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Les moins de 15 ans | 36 % | 26 % | 30 % |
| Les 18 à 65 ans | 60 % | 68 % | 62 % |
| Les 65 et plus | 4 % | 6 % | 8 % |

Sources : INSEE, Statistiques mondiales

Tableau 7 . Indicateurs économiques

| | GUYANE | BRÉSIL | SURINAME |
|--------------------------------------|---------------|----------------------------|---------------------------|
| Produit intérieur brut (PIB) | 23 497,00 | 1 068 milliards de dollars | 5 161 millions de dollars |
| Indice de développement humain (IDH) | 0,930 | 0,800 ⁽²⁾ | 0,774 ⁽²⁾ |
| Taux de chômage (%) | 21,8 | 10 | 12 |

Sources : (1) INSEE Guyane

(2) ONU, rapport 2007-2008/IDH

Selon l'INSEE, la **Guyane** présente les caractéristiques d'une petite économie, inégalement répartie sur un territoire vaste. Elle repose sur le secteur tertiaire, qui contribue à 78 % à la valeur ajoutée. Entre 2006-2007, le PIB guyanais a progressé de 4,1 % par an en termes réels.

Dans ces territoires, notamment au Suriname, le secteur informel illicite occupe une place relativement importante dans l'économie même si celle-ci demeure difficile à mesurer.

L'Indicateur de développement humain (IDH), créé par le Programme des Nations unies (PNUD) en 1990, permet d'évaluer le niveau de développement humain des pays du monde. L'IDH prend en compte 3 indices quantifiant la santé/la longévité mesurées par l'espérance de vie à la naissance ; le savoir ou le niveau d'éducation mesurés à partir du taux d'alphabétisation des adultes ; le niveau de vie mesuré à partir du Produit intérieur brut (PIB) par habitant.

L'IDH, indice statistique composite, est compris entre 0 (exécration) et 1 (excellent) : très élevé (supérieur à 0,9), élevé (0,8-0,885), moyen (0,702-0,798), faible (0,5 à 0,698) et très faible (inférieur à 0,5). Plus l'IDH est proche de 1, plus le pays est développé.

Ainsi, dans son rapport 2007-2008, 177 pays ont été classés par l'ONU. La Guyane et le Brésil ont un indice élevé (respectivement 0,93 et 0,80) ; le Suriname a un indice moyen (0,77). Ils sont classés respectivement au 85^{ème}, 70^{ème} et 97^{ème} rang mondial pour l'IDH.

Le taux de chômage est plus élevé en Guyane française (21,8 % des actifs) qu'au Brésil (de l'ordre de 10 %) et qu'au Suriname (12 %). En juin 2008, 13 900 demandeurs d'emplois étaient recensés pour la Guyane.

SYNTHESE

- Des pays du Sud avec de vastes territoires.
- Des cadres institutionnels différents.
- Des pays à forte croissance démographique. En une cinquantaine d'années par exemple, la population guyanaise a été multipliée par 8. C'est la croissance démographique parmi les plus élevées au monde, ce qui constitue un défi.
- Des populations inégalement réparties sur les territoires, notamment en Guyane et au Suriname. Ces derniers rencontrent d'ailleurs des problèmes d'enclavement.
- Des économies très diversifiées.

II - CARACTERISTIQUES DES SYSTEMES DE SANTE

2. Caractéristiques des systèmes de santé

- 2.1 Réformes et mutation des systèmes de santé**
- 2.2 Activités et organisation**
- 2.3 Fonctionnement des systèmes de santé**

Cette seconde partie du rapport traite des réformes, mutations (2.1) ; des activités, de l'organisation (2.2) et du fonctionnement des systèmes de santé (2.3).

2.1. Réformes et mutation des systèmes de santé

Pour être efficaces et efficients, certains systèmes de santé ont fait l'objet de réformes et par conséquent ont subi certaines évolutions.

2.1.1. Les mutations du système de santé français

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a connu de nombreuses mutations qui ont touchées les deux sous systèmes : la distribution de soins et la protection sociale.

Depuis sa création en 1945, la Sécurité sociale a tenté par différentes mesures d'étendre la couverture sociale à l'ensemble de la population. Les ressources de ce système sont constituées des cotisations patronales et salariales proportionnelles au salaire. On trouve également des cotisations qui relèvent de l'assurance personnelle pour les personnes non salariées. Pour faire face au déficit des caisses des organismes de protection sociale, différentes mesures ont été prises pour freiner l'évolution des dépenses dont l'une des idées principales est d'augmenter la participation des assurés dans les dépenses médicales (ticket modérateur).

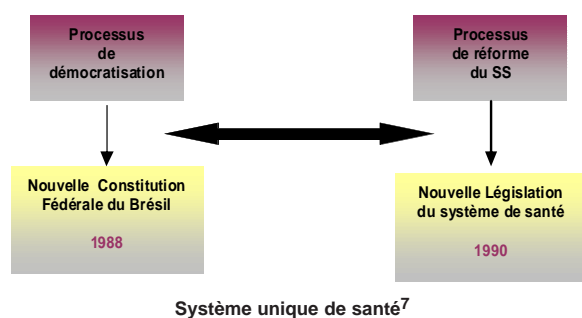
Toujours dans une optique de maîtrise

des dépenses de santé, de nombreuses réformes ont été mises en place afin de limiter l'offre de soins de façon à ce qu'elle ne soit pas trop génératrice de dépenses médicales. Cette limitation se fait sur l'ensemble des facteurs de production, c'est-à-dire aussi bien sur le personnel que sur les équipements. Le numérus clausus des étudiants en médecine, les références médicales opposables, l'ONDAM, le fonctionnement en réseau de soins, la planification hospitalière, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont autant d'outils qui ont pour but la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. L'apparition de structures et de logiques nouvelles a ainsi modifié les liens entre les acteurs.

2.1.2. Le contexte de la réforme au Brésil

Lors d'un colloque international en 2005 sur les " Pratiques soignantes, éthique et société ", le Dr. Maria Guadalupe MEDINA a exposé le contexte de la réforme du système de santé au Brésil. Elle fait état que ces 17 dernières années, ce territoire a connu un processus de démocratisation qui s'est accompagné d'un important mouvement dans le champ du système de santé, appelé "mouvement de réforme sanitaire".

Fig. 1 : Le contexte de la réforme au Brésil



⁷Sistema Único de Saúde.

La nouvelle législation du pays, y compris la constitution fédérale du Brésil et la législation du système de santé, créées dans les années 90, expriment une vision plutôt sociale, d'engagement collectif.

La constitution fédérale du Brésil de 1988 affirme que " tout le monde a droit à la santé et que l'État a le devoir de l'assurer, à travers des politiques sociales et économiques visant la réduction du risque de maladie et d'autres atteintes à la santé, ainsi que l'accès égalitaire et universel à des actions de promotion, de protection et de recouvrement de la santé".

Après la promulgation de la nouvelle Constitution, la loi 8080, datée de 1990, crée le système unique de santé (SUS) et présente les principes qui doivent orienter la réforme, à savoir l'universalité d'accès, l'équité, l'intégralité d'assistance, la décentralisation, la hiérarchisation et régionalisation des services de santé, l'autonomie des personnes ainsi que la participation communautaire.

2.2. Activités et organisation

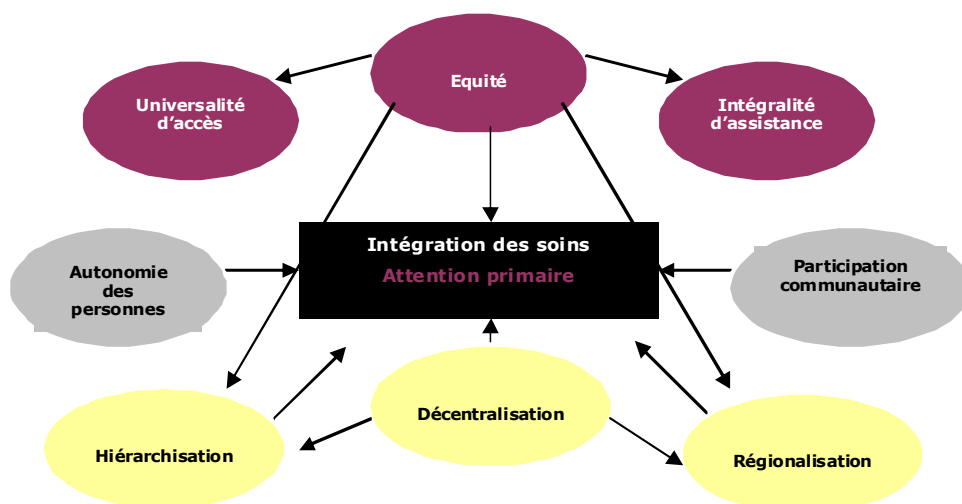
Un des traits les plus frappants des systèmes de santé est leur complexité et la multiplicité d'acteurs publics et privés : l'Etat, les organismes de protection sociale, les prestataires de soins et l'individu.

2.2.1. Les acteurs des systèmes de santé

Les acteurs institutionnels

- L'Etat, quelque soit le pays, exerce la tutelle sur l'ensemble du système de santé (financement, production des soins...). Le ministère de la santé, qu'il soit français, brésilien et surinamais est chargé d'appliquer les directives du gouvernement dans ce secteur. La santé est une responsabilité de l'État (acteur principal dans l'administration du système, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population). Celui-ci a aussi une responsabilité sociale envers les citoyens.

Fig. 2 : Principes et directives de la réforme au Brésil



- Les organismes de protection sociale contre la maladie gèrent le financement collectif et la demande de soins.
- Les prestataires de soins, professionnels et institutions, offrent des soins et des services destinés à la prévention et au traitement des pathologies.

L'individu, acteur central des systèmes de santé

En tant que citoyen, assuré, patient, l'individu est au coeur de l'intervention des autres acteurs et constitue la finalité des activités sanitaires.

En **Guyane**, le système de santé est la réplique de celui qu'on trouve sur le plan national avec toutefois quelques simplifications quant à la représentation de certains organismes du fait que la Guyane est une région monodépartementale et de la faiblesse de sa population.

Au **Brésil**, l'article 196 de la Constitution fédérale de 1988 a institué le Système unifié de santé (SUS) pour plus de 180 millions de Brésiliens. Il repose sur deux principes :

- un accès gratuit et universel aux ser-

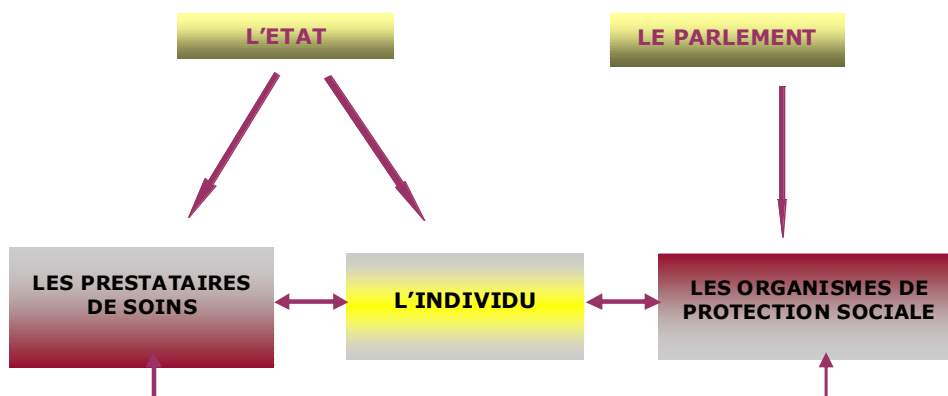
vices publics de santé, dans les hôpitaux publics ou privés sous contrat ;

- un élargissement de l'autonomie et de la compétence des collectivités locales, Etats fédérés et municipalités, dans la gestion et le contrôle des programmes de santé.

Depuis, le processus de décentralisation du financement et de l'organisation du système de santé s'est déclenché, la gestion du système est réalisée par les municipalités dans leurs territoires respectifs. Par ailleurs, la décentralisation progressive du système de santé a également permis d'accroître la délégation de gestion des hôpitaux aux Etats et municipalités au Brésil. Ce SUS s'étend du simple soin ambulatoire à la transplantation d'organes.

Dans la pratique, près de deux tiers de la population brésilienne utilisent les services du SUS, surtout les couches les plus défavorisées de la société. Les couches moyennes et hautes font appel aux diverses sociétés d'assurance santé privées (planos de saúde).

Fig. 3 : Les acteurs du système de santé français



La politique sanitaire du **Suriname** prône les soins de prévention et de l'éducation sanitaire. En vue de proposer une offre de soins sur tout son territoire, un partenariat a été instauré entre l'Etat et des organismes non gouvernementaux. En effet, le gouvernement surinamais finance 2 organismes non gouvernementaux (ONG) :

- une fondation semi privée, les services de santé régionaux (RGD) pour 8 districts côtiers (Commewijne, Coronie, Maronwijne, Nickerie, Para, Saramacca, Wanica. Paramaribo) ;

- une ONG, la Mission médicale (MZ) pour les 2 districts de l'intérieur (Brokopoondo, Sipaliwini). Cette organisation est en charge de tous les aspects de la santé publique concernant les populations indigènes de l'arrière-pays : soins curatifs, soins préventifs, surveillance. Des assistants de santé formés, médecins, coordinateurs régionaux, infirmières... animent les 45 postes de santé, supervisent les activités curatives, les programmes de prévention et la formation permanente. Les patients graves sont transférés sur l'hôpital Diakonessenhuis de Paramaribo, qui a un service spécial.

2.2.2 L'assurance maladie, la protection sociale contre la maladie

Ces formes de protection protègent les habitants contre les effets graves des maladies.

Comme dans l'hexagone, 3 types d'accès à l'assurance maladie existent en **Guyane** : l'assurance obligatoire, l'assurance complémentaire et la Couverture maladie universelle (CMU)⁸. Depuis

1992, toutes les personnes en situation précaire, résidant sur le territoire guyanais, peuvent bénéficier de l'aide médicale gratuite pour elles-mêmes et les personnes à leur charge, pour les dépenses de soins qu'elles ne peuvent pas supporter. Afin de réduire les inégalités de santé, depuis le 1^{er} janvier 2000, toute personne résidant en Guyane, quelque soit sa situation financière, a accès à l'assurance maladie, par le biais de la CMU. Les étrangers, en situation irrégulière, ont la possibilité de bénéficier de l'aide médicale de l'Etat.

La protection complémentaire est réalisée par les mutuelles, compagnies d'assurances privées, les institutions de prévoyance.

Au **Brésil**, l'assurance maladie est prise en charge par le privé, secteur en plein essor. On distingue 5 types de prise en charge : la "médecine de groupe", les assurances privées, l'autogestion, les coopératives médicales et les entreprises administratives.

- Les "médecines de groupe" offrent des plans de santé dont les soins sont assurés dans des établissements et médecins affiliés. Elles établissent le plus souvent des contrats avec les entreprises pour garantir sur une base forfaitaire les soins à leurs assurés. Plus de 13 millions d'assurés sont pris en charge par 800 entreprises qualifiées de "médecines de groupe". Les principaux leaders de ce marché sont Amil, Golden Cross et Médial Saude. 300 établissements et médecins affiliés font partie de l'ABRAMGE, association brésilienne de médecine de groupe.

- Les assurances privées sont des entreprises d'assurances qui développent leur propre produit en matière de santé. 15 entreprises (Sul América Seguros, Bradesco Seguros, Maritima Seguros, Unibanco Seguros et Ponto Seguros) assurent ainsi près de 5 millions de clients.

- L'autogestion est réalisée par des entreprises qui passent des contrats directement avec des hôpitaux et médecins, pour la prise en charge des soins de leur personnel. Ce secteur compte plus de 341 entreprises et près de 6 millions de clients.

- Les coopératives médicales ou UNIMED sont constituées de groupes de médecins, propriétaires d'un hôpital. Ce sont les cotisations auprès de l'hôpital qui permettent l'accès aux soins. Ce système enregistre près de 370 entreprises et plus de 11 millions d'assurés.

- Les entreprises administratives, généralement des entreprises d'autogestion, proposent des plans de santé privés pour le compte de tiers.

Actuellement, le Brésil compte plus de 2 000 entreprises, enregistrées auprès de l'Agence nationale de la santé (Agência nacional de Saude). Aujourd'hui, près de 40 millions de Brésiliens (soit environ 20 % de la population) y ont recours, par la souscription de plans de santé privés.

2.2.3. L'offre de soins et les services médicaux

La distribution des soins est assurée par les établissements de santé et par les professionnels de santé.

Les établissements de santé

La **Guyane** dispose de 3 hôpitaux publics ou assimilés : le Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (CHAR), le Centre hospitalier Franck Joly de l'Ouest guyanais (CHOG) et le Centre médico chirurgical de Kourou (CMCK). Trois centres de santé (Saint-Paul, Hibiscus et Véronique) sont des établissements privés, basés à Cayenne. Le CHAR gère plus de 580 lits et places.

Depuis 2000, cet hôpital assure la gestion des soins curatifs des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS, ancienne appellation " centres et postes de santé "). Ils constituent l'unique accès aux soins pour les populations des zones isolées, qui représentent 15 % de la population guyanaise.

En 2003, le Système unifié de santé (SUS) au **Brésil** comptait près de 6 000 hôpitaux. 60 % sont des hôpitaux privés qui ont passé des contrats de prestation de services avec le Ministère de la santé. Les hôpitaux de référence tant publics que privés se situent dans les grands centres urbains.

Au **Suriname**, 5 établissements hospitaliers publics et privés existent. Parmi les premiers, on recense l'Hôpital académique de Paramaribo, ceux de S'Land's et de Nieuw Nickerie. Les hôpitaux Saint Vincentius (catholique) et Diakonesseenhuis (protestant) sont des établissements privés et confessionnels.

Tableau 8 . Structures hospitalières

| | GUYANE | BRÉSIL | SURINAME |
|------------------------|---------------|---------------|-----------------|
| Etablissements publics | 2 | 2 360 | 3 |
| Etablissements privés | 1 | 3 540 | 2 |
| TOTAL | 3 | 5 900 | 5 |

Les professions de santé

Au 1^{er} janvier 2007, 363 médecins exercent en Guyane : 198 médecins généralistes et 165 médecins spécialistes, soit respectivement des densités de 94 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 79 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. 33 % des médecins sont des libéraux (118).

Au **Suriname**, la politique sanitaire s'appuie sur un corps médical de 190 médecins et de 95 spécialistes. Seule une centaine de médecins exerce en clientèle privée. Certains entretiennent une clientèle privée à l'hôpital, d'autres exercent en cabinet. Les médecins généralistes et spécialistes surinamais (cardiologues, chirurgiens, ophtalmologues, gynécologues, pédiatres...), ainsi que les dentistes, sont formés pour la plupart d'entre eux, à l'étranger, en Hollande notamment.

La Fondation pour les soins dentaires des mineurs est un institut public qui offre une formation de trois ans au terme de laquelle les "hygiénistes dentaires" interviennent, de manière préventive et curative, sur tous les enfants mineurs. Le nombre d'étudiants est limité à 12 chaque année. L'Université publique Anton de Kom est la seule université au Suriname. Elle regroupe trois facultés comprenant chacune diverses disciplines dont la faculté des sciences médicales (Médecine et kinésithérapie).

Au **Brésil**, plus de 140 000 dentistes sont comptabilisés soit une densité de près de 2 dentistes pour 1 000 Brésiliens.

Les professions paramédicales

Au **Brésil**, en 2000, on dénombrait plus de 700 000 infirmières, ce qui représentait 3,9 infirmières pour 1 000 habitants.

Au **Suriname**, l'Ecole centrale d'infirmières (COVAB) fondée en 1986 forme des infirmières (généralistes, anesthésistes...) et des professionnels du secteur de la santé (enseignants pour infirmières ou pour les centres de santé communautaires, gestionnaires du personnel soignant...).

En **Guyane**, on compte 3 écoles de formations paramédicales : aides soignants, auxiliaires de puériculture, infirmiers diplômés d'Etat. Les chiffres font apparaître 744 infirmiers dont 121 exercent dans le secteur libéral.

La pharmacie, les médicaments

Les pharmacies sont des entreprises privées. Leur implantation est régie par des normes démographiques fixées par les pouvoirs publics. Les pharmaciens sont formés par les facultés de pharmacie.

On recense 2 pharmacies au Suriname (Escolaap Apotheek, Saint Vincentius Apoteek), 40 en Guyane. Des pharmacies populaires "Farmácia a popular" sont présents sur le territoire brésilien.

Tableau 6 . Caractéristiques sociodémographiques

| | <i>Nombre</i> | <i>Densité</i> |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Médecins | 363 | 173 |
| Généralistes | 198 | 94 |
| Spécialistes | 165 | 79 |
| Médecins libéraux | 118 | 56 |
| Généralistes | 75 | 37 |
| Spécialistes | 43 | 21 |

Source : DSDS, 2008

La politique du médicament est du domaine de l'Etat. En effet, la production et la distribution des médicaments sont réglementées par les pouvoirs publics. Certains médicaments sont distribués gratuitement aux malades atteints du sida et de la tuberculose.

Culturellement et faute d'une médecine scientifique de qualité, les gens n'ont parfois pas d'autre alternative que de se tourner vers la pharmacopée, "médecine traditionnelle".

Les laboratoires publics et privés de biologie médicale

8 laboratoires sont recensés en Guyane. Au Suriname, le nombre de laboratoires est limité. Ils ne sont pas certifiés et leur personnel est peu qualifié. Aujourd'hui, les Surinamais dépendent largement des laboratoires étrangers.

La recherche

Au sein de l'Université Anton de Kom, on compte 11 centres de recherche ayant en commun l'identification et l'étude des problématiques de développement. On trouve entre autre l'Institut de recherche biomédicale (MWI), l'Institut d'études sur les femmes, le genre et le développement (IWGDS).

2.3 Fonctionnement des systèmes de santé

Dans la plupart des pays, le financement des systèmes de santé est largement mutualisé et les politiques de santé sont dirigées vers les usagers (situations, comportements individuels).

2.3.1 L'accès aux soins des usagers

Globalement, l'accès aux soins est variable selon les zones géographiques. Elle est correcte dans les grandes villes mais est limitée dans les zones reculées. Ce constat est valable aussi bien en Guyane, au Suriname et au Brésil.

Le déficit de médecins sur un territoire, quel qu'il soit, rend plus difficile l'accès aux soins des populations.

2.3.2 Les dépenses, coûts de santé

Pour la **France**, le Parlement vote la loi de financement de la Sécurité sociale et fixe l'Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont l'objectif est de maîtriser les dépenses de santé.

Ces dernières représentaient, en France, plus de 10 % du produit intérieur brut (PIB). En 2003, il fallait déboursier 2 732 euros par personne.

Au **Brésil**, le budget alloué à la santé représente environ 10 %. En 1997, le gouvernement brésilien a mis en place un impôt supplémentaire, en principe provisoire de 0,20 % sur les opérations financières⁹.

Ainsi, lorsque l'on fait un paiement par chèque, un impôt est perçu sur le montant.

La participation financière directe des usagers est près de 64 % au Brésil des dépenses privées dont l'autre partie est financée par les assurances privées (35,8 %).

⁹CPMF : contribution provisoire sur les mouvements financiers.

En 2004, les dépenses nationales de santé au **Suriname** représentaient 8 % du produit national brut (PNB) dont 50 % pour les services publics.

Au cours des années, les montants budgétaires destinés au système de santé restent encore insuffisants par rapport aux besoins des populations.

2.3.3 La régulation du système de santé

Les systèmes de santé sont soumis à des contraintes de ressources, qui les obligent à établir des politiques de santé et des outils pour pouvoir mettre en œuvre celles-ci. L'établissement de politiques de santé suppose que des priorités nationales et régionales de santé soient définies et que pour chacune d'elles, des objectifs soient fixés.

En France et en Guyane, des priorités de santé publique

A l'échelon national et régional français, se tiennent des conférences de santé, rassemblant des représentants du monde sanitaire et social, administratifs, professionnels, usagers. Les Conférences régionales de santé (CRS) ont pour mission d'établir des priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes, dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de région.

La Conférence nationale de santé (CNS), en tenant compte des conférences régionales, propose des priorités de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, dia-

gnostiques et thérapeutiques. En Guyane, la dernière conférence de santé a eu lieu entre 2006-2008. Elle a été prolongée en 2009 par rapport à la mise en place du Plan Hôpital 2010 mettant en place les Agences régionales de santé. La réflexion de la CRS s'organisait autour de 4 points : le plan régional de santé publique (PRSP), les rapports annuels sur le respect des droits des usagers, le suivi et l'évaluation du PRSP et l'organisation de débats publics.

En 2009, les principaux outils utilisés pour mettre en œuvre la politique de santé au niveau régional sont :

- Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui est un document stratégique définissant, à l'échelon régional, les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitalière privée et publique, dans une perspective de cinq ans. Le SROS s'inscrit dans une politique hospitalière globale qui a trois objectifs : promouvoir la qualité et la sécurité des soins; réduire les inégalités dans l'accès aux soins entre les régions comme entre les établissements ; adapter l'offre de soins aux besoins de la population. En Guyane, le dernier SROS qui comporte plusieurs volets¹⁰ date de 2006-2010.

- Le plan régional de santé publique.

Le Programme de santé de la famille (PSF), une des politiques les plus importantes de l'Etat brésilien

En 1995, le PSF est créé pour mettre sur pied le processus de réforme engagé. Le PSF tente de traduire les principes du Système unifié de santé (SUS) en directives, par la mise en opération du programme.

¹⁰Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, des patients infectés par le VIH/Sida, des personnes âgées, réanimation - soins intensifs et soins continus, soins palliatifs, chirurgie, périnatalité, psychiatrie et santé mentale, traitement de l'insuffisance rénale chronique, télé-médecine, imagerie médicale...

L'universalité vise une couverture élargie. L'assistance à toutes les familles qui habitent un territoire doit être assurée. La famille et son espace social constituent le noyau de la prise en charge.

La recherche d'équité est basée sur l'analyse de la situation de santé et l'adoption du "enfoque de risque"¹¹.

L'intégralité implique que le PSF soit la porte d'entrée du système local qui articule des pratiques de promotion, de protection, de soins et de réhabilitation. Cela implique un travail multi-professionnel et l'implantation de mécanismes assurant l'accès des patients à différents niveaux du système de santé.

Le contrôle social est favorisé à travers la création de commissions de santé, à divers niveaux du système. La communauté est censée participer au processus de planification locale et de définition des priorités, ainsi qu'à l'exécution, au monitoring et à la fiscalisation.

Au Brésil, le financement du PSF est aussi le résultat d'un partenariat entre le gouvernement fédéral et le gouvernement municipal avec, quelquefois, la participation des états. En effet, le gouvernement fédéral a encouragé les municipalités à mettre en oeuvre le PSF, en apportant des aides financières incitatives, ainsi qu'en institutionnalisant le partenariat entre les organisations d'enseignement et les organisations de services de santé.

Trois concepts orientent le programme en question : territoire de santé, problème de santé et responsabilité sanitaire. Le terri-

toire de santé n'a pas qu'une dimension géographique, c'est aussi un territoire social dynamique. La connaissance de cet espace est fondamentale pour identifier les problèmes de santé et planifier les actions.

Actuellement au Brésil, 37 % de la population du pays est couverte par le PSF. Cette couverture est, néanmoins, différente et hétérogène entre les régions du pays. Le PSF atteint aujourd'hui 85% des municipalités.

SYNTHESE

Les systèmes de santé de la Guyane, du Brésil et du Suriname se révèlent :

- complexes : coexistence de plusieurs acteurs, caractère dual entre secteur privé/public fortement marqué ;
- disparates : entre milieu rural et urbain, littoral et intérieur, inégalités importantes entre groupes sociaux et entre régions.
- contradictoires : simultanéité de maladies de la pauvreté et de la modernité.

Au Brésil, alors que les technologies médicales hautement complexes (par exemple, la réalisation de plus de 23 mille transplants d'organes par an) sont relativement bien développés, l'accès aux services de santé de base ou de première ligne est limité pour la majorité de la population.

Le montant budgétaire, destiné aux systèmes de santé, reste encore insuffisant.

Les ressources humaines en professions de santé médicales, paramédicales sont très en deçà des besoins des populations d'ou une couverture incomplète.

¹¹ Proposition de l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPAS) pour aborder la population vulnérable.

III - LA SANTE EN QUESTION

3.1 Indicateurs de santé globaux

3.2 Problèmes de santé spécifiques mais similaires

Ce volet, dédié à la **SANTÉ**, a pour objectif principal de donner une vue d'ensemble des indicateurs de santé publique (3.1) tels que l'espérance de vie, la natalité et la mortalité.

Dans une seconde partie (3.2), les problèmes de santé spécifiques rencontrés dans les trois territoires seront traités et, une troisième partie sera consacrée à la question périnatale (3.3).

3.1 Indicateurs de santé globaux

3.1.1 L'espérance de vie à la naissance

Dans le domaine de l'hygiène et de la santé, les progrès ont eu pour conséquence principale l'augmentation de vie des Sud Américains.

En effet, en une quarantaine d'années, ils vivent 20 ans de plus.

Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est de 76 ans en Guyane, 72 ans au Brésil et 68 ans au Suriname.

3.1.2 La natalité et les naissances

La croissance démographique de ces pays est liée à une fécondité élevée, notamment en Guyane française.

Pour l'année 2007, plus de 6 460 naissances ont été enregistrées pour la Guyane, 37 000 au Brésil et 9 000 au Suriname. Le taux de natalité guyanais est presque le double de celui du Brésil et du Suriname.

L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 3,9 enfants par femme en âge de procréer (15-49 ans) en Guyane, 2,5 au Suriname et 2,3 au Brésil.

3.1.3 La mortalité

Le taux de mortalité est de l'ordre de 3,6 décès pour 1000 en Guyane, 5,5 au Suriname et 6 au Brésil.

Les Guyanais, hommes et femmes, décèdent plus fréquemment des maladies de l'appareil circulatoire (22 %) ; des causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnement (21 %) qui englobent les accidents de la circulation et des tumeurs (15 %).

Tableau 9 . L'espérance de vie à la naissance par sexe

| | GUYANE | BRÉSIL | SURINAME |
|----------|--------|-----------|-----------|
| Hommes | 72 ans | 68 ans(1) | 65 ans(2) |
| Femmes | 78 ans | 75 ans(1) | 71 ans(2) |
| ENSEMBLE | 76 ans | 72 ans | 68 ans |

Sources : INSEE (1) Who Statistical Information System (WHO SIS), Organisation mondiale de la santé (OMS)

(2) OMS, Statistiques sanitaires mondiales 2008

Tableau 10 . Taux de natalité et de fécondité

| | GUYANE | BRÉSIL | SURINAME |
|-------------------------------------|--------|--------|----------|
| Nombre de naissances | 6 469 | 37 000 | 9 000 |
| Taux de natalité ¹² (‰) | 30,5 | 16,6 | 17 |
| Taux de fécondité ¹³ (‰) | 3,9 | 2,3 | 2,5 |

Sources : DSDS Guyane, INED, ABS

¹²Nombre annuel de naissances domiciliées pour 1 000 habitants.

¹³Nombre annuel de naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Le taux de mortalité prématurée, celle qui survient entre 1 à 65 ans, est de 432 décès pour 1 000 habitants pour les hommes et 217 pour les femmes, pour la période 2001-2003 en Guyane.

3.2 Problèmes de santé spécifiques mais similaires

Ces problèmes de santé semblent bien identifiés puisque qu'ils présentent des pourcentages élevés et nécessitent une prise en charge réelle. Dans les trois territoires, les pathologies infectieuses les plus fréquentes sont le paludisme, la dengue et le VIH/Sida.

3.2.1 Le paludisme et la dengue

Les maladies transmises par les moustiques constituent les grands problèmes de santé publique en Guyane, au Brésil et au Suriname. Le paludisme (malaria) est principalement localisé en forêt alors que la dengue se développe en ville et sur les côtes.

Le paludisme

L'Amazonie est classée en zone 3 (niveau de résistance selon la classification française).

En Guyane, 5 000 cas sont observés chaque année mais le nombre de décès demeure faible. Les zones impaludées sont généralement le long des fleuves et les communes intérieures. Compte tenu de la situation du paludisme sur le Maroni, le Comité de suivi des maladies transmises par les insectes de Guyane a classé l'ensemble du Maroni (sauf Saint-Laurent) en zone à fort risque de paludis-

me (niveau rouge) ; ceci vaut également pour la commune de Saint-Elie.

Au Suriname, les zones impaludées concernent l'intérieur du pays¹⁴ et la zone frontalière avec le département de la Guyane (fleuve Maroni). Le "plasmodium falciparum" y est prédominant. Les moustiquaires, que l'on trouve sur place, sont rarement imprégnées. La prophylaxie demeure alors nécessaire en toute saison.

La dengue est l'arbovirose qui connaît l'extension la plus rapide dans les régions tropicales et subtropicales, notamment dans les Amériques. Cette affection est présente dans les 3 régions géographiques et peut prendre une forme potentiellement grave. C'est le cas au Suriname où elle sévit dans les zones urbaines sous forme hémorragique. L'Institut de veille sanitaire (INVS), dans le Bulletin hebdomadaire international (BHI, n°177) fait mention que depuis le début de l'année, le nombre de cas rapportés dans ce pays est en augmentation par rapport aux années précédentes (103 cas suspects depuis janvier 2009, 405 pour 2008 et 307 en 2007).

Au Brésil, depuis janvier 2009, des foyers de dengue ont été documentés dans différents Etats du Brésil, notamment les Etats de Bahia (3 701 cas) et Esperito Santo (3 212 cas). En 2008, une importante épidémie de dengue a affecté le pays avec plus de 787 000 cas rapportés (BHI, n° 131). Les Etats les plus affectés ont été ceux de Rio Janeiro, Roraima, Sergipe et Tocantins. Le sérotype prédominant était le Den-3 (51 % des isollements), progressivement rattrapé par le Den-2 (46 % des isollements), Rio Janeiro.

Entre 2005-2006, la Guyane a dû faire face à une épidémie de vaste ampleur au cours de laquelle 16 200 cas cliniquement suspects ont été estimés et 2 278 cas biologiquement confirmés ont été comptabilisés. La survenue de cette épidémie a contribué au renforcement du système de surveillance de la dengue dans cette région. Au cours de la saison 2006-2007, des foyers épidémiques isolés ont été signalés sur le département.

3.2.2 Le VIH/Sida

Les trois régions étudiées détiennent des records en la matière. Depuis le début de l'épidémie (années 80) en Guyane, le nombre de cas de Sida domiciliés s'élève à 1 109. La contamination est majoritairement hétérosexuelle.

Au Brésil, on recense plus de 110 centres de traitement antiviral. Le système informatisé de contrôle logistique pour les médicaments antirétroviraux du Brésil, dont le sigle portugais est SICLOM, permet aux autorités sanitaires de suivre de près chacun des 105 000 sidéens au pays. Il permet aussi d'exercer un contrôle rigoureux sur l'approvisionnement en médicaments et leur distribution, tout en suivant de près et en mettant à jour le régime des médicaments qu'il faut pour chaque patient.

Au Suriname, le programme national de lutte contre le VIH/Sida est placé sous la responsabilité du Département de dermatologie (Dienst Dermatologie) du Ministère de la Santé. Par ailleurs, il existe un programme spécial VIH/MST au sein de la Mission médicale dont la stratégie d'éducation pour la santé est adaptée aux particularités culturelles des populations de l'intérieur.

Tous les citoyens guyanais, brésiliens et surinamais, infectés par le virus du sida,

peuvent prétendre à un traitement gratuit et universel des soins.

Actuellement, le dispositif d'aide aux sidéens compte :

- Au Brésil : plus de 130 laboratoires de diagnostic et de suivi, 656 centres de soins alternatifs et 424 centres de traitement antisida. Quelques 40 universités collaborent à la formation de spécialistes. Près de 800 Organisations non gouvernementales (ONG) interviennent dans cette maladie.
- Au Suriname : 1 laboratoire national.

Ces dernières années, dans ces trois géographies, les campagnes d'informations sur le sida se sont multipliées.

Le taux de mortalité, lié au sida, a reculé de 40 à 70 % et de 60 à 80 % le taux de morbidité. La qualité des personnes atteintes s'est grandement améliorée dans ces pays. Aujourd'hui, par exemple, la communauté internationale se tourne de plus en plus vers les technologies et les savoirs faire brésiliens pour trouver des modes durables de prise en charge du VIH/Sida dans le monde en voie de développement. Les programmes du Brésil dans ce domaine sont reconnus par l'Organisation des Nations Unies (ONU) comme étant des références.

3.3 La périnatalité

La santé périnatale est une priorité de plus en plus grandissante et la surveillance des principaux indicateurs périnataux est un élément clé de l'observation de la santé de la population.

En Guyane, au Brésil et au Suriname où la fécondité est élevée, les naissances importantes et les femmes nombreuses, la question périnatale bénéficie d'une attention toute particulière.

3.3.1 La mortalité infantile

Depuis de nombreuses années, le taux de mortalité infantile est en baisse. Cette baisse est l'un des meilleurs indices obtenus par ces pays. Ces progrès sont à créditer à l'action des Ministères, Directions et Services de la santé. Dans ce sens, les différentes politiques mises en œuvre ont porté leurs fruits. Par exemple, au Brésil, les divers programmes ont été reconnus par l'Organisation des Nations Unies (ONU).

La mortalité infantile est de 13 ‰ en Guyane, 28 ‰ au Brésil, 29 ‰ au Suriname.

3.3.2 La mortalité périnatale

En Guyane, la mortalité périnatale est élevée : près de 18 décès pour 1 000 naissances.

3.3.3 La mortalité maternelle

Plus de 250 femmes pour 100 000 naissances décèdent chaque année au Brésil, plus de 150 au Suriname et 46 en Guyane. 60% des femmes qui accouchent en Guyane sont d'origine étrangère ou en situation de précarité sociale.

SYNTHESE

- Des territoires confrontés à des problématiques de santé identiques : paludisme, dengue, VIH/Sida...
- Les indicateurs de santé se sont améliorés mais demeurent élevés.
- Les indicateurs périnataux démontrent qu'il faut améliorer l'offre de santé autour de la naissance.
- D'autres pathologies de santé importantes méritent une attention : tuberculose, lèpre (Brésil, 2^{ème} rang mondial), maladie de Chagas, maladies diarrhéiques, hypertension artérielle, diabète...

Tableau 11 . Indicateurs périnataux de base

| | GUYANE | BRÉSIL | SURINAME |
|--|--------|--------|----------|
| Taux de mortalité infantile Nombre annuel d'enfants décédés avant l'âge d'1 an sur le nombre total de naissances vivantes | 13 | 28 | 29 |
| Pour 1 000 naissances vivantes (‰) | | | |
| Taux de mortalité néonatale Nombre annuel d'enfants nés vivants et décédés avant 28 jours sur le nombre total de naissances vivantes | 8 | 13 | 17 |
| Pour 1 000 naissances vivantes | | | |
| Taux de mortalité périnatale Nombre d'enfants naissant sans vie ou décédés avant 7 jours de vie sur le nombre total de naissances totales - vivantes et enfants sans vie | 17,9 | - | - |
| Pour 1 000 naissances totales | | | |
| Taux de prématurité | - | - | - |
| Taux d'hypotrophie | - | - | - |
| Taux mortalité maternelle Pour 100 000 naissances vivantes | 46 | 260 | 154 |
| Taux de mortinatalité Nombre annuel d'enfants nés sans vie sur le nombre total de naissances (vivantes et enfants sans vie) | 12,8 | - | - |

Sources : Insee, DSDS, INED, ABS, Statistiques-mondiales.com/surinam.htm

IV - STRUCTURES DE VEILLE, DE RECUEIL D'ETUDES ET D'OBSERVATION

4. Structures de veille, de recueil, d'études et d'observation

- 4.1 Structures de veille, de surveillance épidémiologique
- 4.2 Structures de recueil
- 4.3 structures d'études et d'observation

Il s'agit, dans cette partie, de relever les institutions de référence, généralistes, dans le domaine de la surveillance épidémiologique, de la veille sanitaire (4.1) mais aussi des structures de recueil (4.2), d'études et d'observation (4.3).

4.1 Veille, surveillance épidémiologique

En Guyane

L'Institut de veille sanitaire (INVS), les Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE)

L'InVS est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. Il a pour mission de surveiller l'état de santé de la population, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique. La mission de l'InVS se décline dans tous les champs d'action de la santé publique : maladies infectieuses, effets de l'environnement sur la santé, risque d'origine professionnelle, maladies chroniques et traumatismes ... L'InVS mobilise, anime, coordonne un réseau de santé publique qui comprend des professionnels de santé, des instituts de recherche, des établissements de soins publics et privés,

des caisses d'assurance maladie, des laboratoires et des associations de malades et d'usagers. La mission de l'InVS est relayée en région par 16 Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire). Placée sous la responsabilité scientifique de l'InVS et installée au sein des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), la Cire représente l'InVS en région notamment dans la réponse aux signaux d'alerte sanitaire.

Avec la mise en place en place des Agences régionales de santé (ARS) début 2010, les Cire auront quatre principales missions à remplir :

- Valider évaluer les signaux sanitaires , contribuer aux alertes sanitaires.
- Coordonner les dispositifs de surveillance épidémiologique et, plus généralement, la veille sanitaire au niveau (inter)régional.
- Fournir des outils opérationnels pour disposer d'une plateforme technique et d'interface pour la veille sanitaire en région et, notamment, des outils de communication.
- Fournir aux ARS, un appui en matière de gestion des alertes et des crises sanitaires.

Institut de veille sanitaire

12, rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 01 41 79 67 00 (standard)
Fax : 01 41 79 67 67
Site Internet : www.invs.sante.fr

Cire Antilles-Guyane

Direction de la santé et du développement social de Martinique
Centre d'affaires AGORA ZAC de l'Étang Z'Abriocot Pointe des
Grives - BP 658 97261 Fort-de-France Cedex
Tél. : 05 96 39 43 54 Fax : 05 96 39 44 14
Courriel : dsds972-cire@sante.gouv.fr

Guyane
Tél. : 0594 25 60 74 / 60 70
Fax : 0594 25 53 36

Missions de la Cire Antilles Guyane

- **Apporter** sur le terrain une réponse rapide aux signaux d'alerte sanitaire : analyse du signal, investigation, évaluation du risque, alerte, proposition de gestion de l'alerte.

- **Collaborer** étroitement avec les services déconcentrés (DSDS) du ministère chargé de la Santé et apporter une expertise indépendante tournée vers l'aide à la décision.

- **Recueillir, exploiter, analyser et interpréter** les données de surveillance permettant de détecter et d'évaluer précocement tout événement sanitaire pouvant constituer une menace de santé publique.

- **Coordonner et animer** la veille sanitaire régionale, en particulier dans le cadre du plan régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique).

- **Mener** des études en appui à des programmes de santé publique conduits dans les départements français d'Amérique.

- **Coopérer** au plan international avec les principaux partenaires de la Caraïbe : PAHO, CAREC, CEHI...

- **Contribuer** à la formation des professionnels de santé dans les domaines de l'épidémiologie et de l'évaluation des risques.

Au Surinam**Pan american health organisation (PAHO)/WHO - L'Unité d'épidémiologie du Bureau de santé publique (BOG) du Suriname**

En matière de surveillance des maladies

transmissibles, le BOG gère un double système d'information sanitaire (SIS) au sein des 8 districts côtiers :

- une information hospitalière provenant des 5 hôpitaux et,

- un réseau sentinelle, telefonade, de 30 stations, 21 centres de santé RGD et 9 établissements du secteur privé.

Les 2 systèmes utilisent un diagnostic par maladie et font des notifications de manière hebdomadaire. La surveillance épidémiologique pour les 2 districts de l'intérieur est assurée par la Mission médicale de l'intérieur qui utilise, au sein de ses 46 postes de santé, un système d'information par approche syndromique. Le laboratoire central du Bureau de Santé Publique (BOG) joue le rôle de laboratoire national de référence pour les 2 réseaux.

En matière de veille, le Suriname fait parvenir à la Direction de la santé de Guyane :

- les données mensuelles : paludisme, suivi des maladies sous surveillance (type MDO),

- les phénomènes épidémiques sur le fleuve Maroni à la demande.

Au Brésil

Agence nationale de sécurité sanitaire (ANVISA : Agência Nacional de Vigilância Sanitária) a pour mission la protection de la santé de la population en garantissant la sécurité sanitaire des produits et des services. Elle joue un rôle dans la transformation d'un système décentralisé de vigilance sanitaire en réseau capable de promouvoir le bien-être social.

| | | |
|---|---|--|
| Pan American Health Organisation (PAHO)/WHO | Burenstraat 33, P.O. Box 1863 Paramaribo | Tel. : 00 (597) 47 16 76 General Tel. : 00 (597) 42 53 55 direct Fax : 00 (597) 47 15 68 |
| BOG National Epidemiologist Surveillance Statistical | Epidemiology Unit Bureau of Public Health (BOG) Ministry of Health Rode Kruislaan 22 P.O. Box 1911 Paramaribo | Tel. : 00 (597) 49 01 91 Fax : 00 (597) 49 97 03 bogepidemiology@hotmail.com |

4.2 Structures de recueil

En Guyane

L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) Guyane

L'INSEE est une direction générale du ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi.

Il s'agit donc d'une administration publique, dont les salariés sont des agents de l'État, qu'ils aient ou non le statut de fonctionnaire. L'INSEE est soumis aux règles de la comptabilité publique. Les crédits dont il dispose figurent au budget général de l'État.

L'INSEE collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société française.

Ces informations intéressent les administrations, les entreprises, les chercheurs, les médias, les enseignants et les particuliers. Elles leur permettent d'enrichir leurs connaissances, d'effectuer des études, de faire des prévisions et de prendre des décisions. Pour satisfaire ses utilisateurs, l'INSEE est à l'écoute de leurs besoins et oriente ses travaux en conséquence.

L'INSEE assure la coordination du système statistique public français. Il veille au respect du secret statistique. Il représente la France dans les instances communautaires et internationales chargées de

l'harmonisation statistique. L'INSEE Guyane a les mêmes missions que l'organisme national, mais elle recueille les données, statistiques concernant le département de la Guyane.

L'INSEE Guyane participe à des campagnes de prévention en mettant à disposition les informations, statistiques dont il dispose. Il participe régulièrement à l'élaboration des SROS et est en partenariat avec l'ORSG lors de la production de certaines études et autres bulletins de santé. L'INSEE ne dispose pas de données à caractère médical.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Guyane

L'ARH est une institution née de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. L'ARH a une triple mission définie par l'article L 6115-1 du code de la santé publique :

- Définir et mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS.
- Analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés.
- Déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire.

Créée dans chaque région, l'Agence est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et l'assurance maladie.

INSEE Guyane

Avenue Pasteur BP 6017 97306 Cayenne cedex
Tél. : 05 94 29 73 02
Télécopie : 05 94 29 73 01
Site Internet : insee.fr/fr/regions/guyane

Placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, elle est soumise au contrôle de la Cour des Comptes et de l'Inspection générale des Affaires Sociales.

L'Agence est administrée par une Commission exécutive qui délibère ou émet des avis sur la plupart des dossiers relevant des compétences de l'Agence. Les dossiers sont examinés dans le cadre de procédures précises : le Directeur et la Commission Exécutive sont ainsi amenés à consulter d'autres instances relevant du domaine de la santé.

Les données utilisées par l'ARH sont celles du PMSI, Programme de médicalisation des systèmes d'Information.

Le PMSI est un système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière, qui repose sur l'enregistrement standardisé d'un certain nombre d'informations administratives et médicales.

Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI MCO) sont recueillis un diagnostic principal, un diagnostic relié et des diagnostics associés, ainsi que les actes effectués au cours du séjour. Les diagnostics sont codés selon la Classification internationale des maladies 10e révision (CIM10) et les actes selon la Classification des actes médicaux (CdAM) ou la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le croisement des différentes variables statistiques recueillies pendant le séjour permet de classer chacun de ces séjours dans un Groupe homogène de malade (GHM).

Le PMSI n'est pas un instrument épidémiologique. Il ne fournit pas d'informations fiables sur l'incidence ou la prévalence des maladies. Les diagnostics des séjours sont ceux qui chez les malades ont entraînés la plus forte mobilisation de moyens. D'autres affections peuvent être plus importantes pour le patient mais être négligées par les modalités de saisie de l'information. Le PMSI ne produit qu'une représentation des motifs médicaux de mise en œuvre de moyens. Le PMSI n'est pas un outil d'évaluation de la qualité des soins. Il décrit l'activité médicale mais n'apporte aucune information sur son utilité, sa pertinence, son efficacité, son efficience. La responsabilité du codage est portée uniquement par le clinicien.

La Direction de la solidarité et de la prévention (DSP) de Guyane

Depuis les lois de 1982 de décentralisation, le Conseil général est responsable de la politique de l'aide d'action sociale, dans les domaines suivants : aide sociale générale, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile (PMI), prévention sanitaire (vaccination, dépistage), aide aux personnes âgées, aide aux personnes handicapées, aide médicale.

Ces services sont regroupés au sein de la DSP de la manière suivante : aide sociale générale (ASG), aide sociale à l'enfance (ASE), protection maternelle et infantile (PMI), actions sanitaires (AS), service social départemental (SSD).

La DSP est organisée territorialement en circonscriptions ou secteurs de prévention et d'action sociale au sein desquels ses services sont représentés. Il n'existe actuellement qu'une seule circonscription en Guyane. Elle est productrice de données sanitaires, notamment par le biais du Registre d'issue de grossesse (RIG). La DSP dispose d'informations de type : socio-démographique, économique. Ses données sont informatisées et de nature quantitative et qualitative.

Au Suriname

Le Bureau général des statistiques au Suriname (ABS : Algemeen Bureau voor de statistiek)

Il doit fournir - au niveau national et international - des statistiques fiables qui donnent une vision globale de la situation du développement démographique, économique, social et culturel du Suriname.

Les informations collectées par l'ABS contiennent des aspects sociaux (conditions de vie des individus), des indices des prix à la consommation... La collecte est réalisée à partir des données des

ménages, des entreprises et des instituts du gouvernement.

Le recueil des statistiques est assorti de l'obligation de les valoriser, de les publier.

Au Brésil

Les systèmes d'information de la surveillance de la santé sont chargés d'organiser, d'analyser et de diffuser les données épidémiologiques sur le Brésil et les pays voisins. L'objectif est de construire et d'examiner les indicateurs pour le suivi dans cadres nationaux de santé. Il doit aussi élaborer et diffuser des techniques d'analyse de la situation sanitaire dans les niveaux du système de santé unifié.

Il existe plusieurs systèmes d'information : sur la mortalité (SIM), sur les naissances vivantes (SINASC), sur la notification des maladies (SINAN), de gestion du paludisme (SIGMALÁRIA), du Programme national de vaccination (SI-PNI)...

L'Institut brésilien de géographie et de statistiques (IBGE : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) est responsable de la collecte de données statistiques, géographiques, cartographiques, géodésiques et environnementales au Brésil. Il s'occupe notamment des recensements et de la publication des données officielles de population.

DSP Guyane

19 rue Schoelcher 97300 Cayenne Cedex
Tél. : 05 94 25 57 00 (standard)
Fax : 05 94 29 55 25
Site Internet : www.conseil.com

ORS Guyane

771 route de Baduel BP 659 97335 Cayenne Cedex
Tél. : 05 94 29 78 16 (standard)
Fax : 05 94 29 78 01
Site Internet : www.ors-guyane.org

4.3 Structures d'études et d'observation

En Guyane

L'Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG)

Dans le contexte nouveau de la décentralisation, à partir de 1982, les ORS ont été créés. Depuis 1988 ils sont regroupés au sein de la Fédération Nationale (FNORS).

Depuis 1992, l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) est placé sous la tutelle du Conseil Régional et est un établissement public à caractère administratif, à vocation scientifique.

L'Observatoire est chargé de 4 missions :

- Inventorier les différentes sources de données sanitaires et sociales,

- Rassembler, analyser et diffuser toutes les informations régionales relatives à l'état de santé de la population et à ses déterminants (facteurs économiques et sociaux, facteurs comportementaux...),

- Susciter ou mener des enquêtes épidémiologiques pour une meilleure connaissance de la réalité sanitaire, sociale régionale,

- Participer à l'évaluation des actions conduites par ses partenaires sanitaires et sociaux.

L'objectif majeur est "**d'améliorer la connaissance sur l'état de santé de la population régionale, sur les déterminants et sur ces besoins afin d'en déduire les réponses à apporter**".

Au Suriname et au Brésil, les structures d'études et d'observation épidémiologiques n'ont pas été identifiées.

V - PROJETS DE COOPERATION SANITAIRE

5.1 Guyane-Suriname

5.2 Guyane-Bésil

Des projets sont réalisés, d'autres sont en cours ou sont susceptibles d'être initiés entre ces deux pays. Ils sont financés par des fonds spécifiques ou par des fonds des institutions elles-mêmes.

5.1 Guyane - Suriname

Projet réalisé

Renforcement du centre de santé d'Albina : projet du Fonds inter caribéen de coopération (FIC), 1997-2000, par l'intermédiaire de l'hôpital de Saint-Laurent (fourniture de matériels et équipements, formations, collaboration médicale).

Projet en cours

Réduction de la pauvreté, accès aux services de base : le gouvernement surinamais a établi un plan pluriannuel de développement jusqu'en 2010 pour tenter de vaincre la pauvreté. L'Union européenne prévoit d'accompagner les objectifs de ce gouvernement dans le cadre du 10^{ème} Fonds européen de développement (FED).

Appui au gouvernement surinamais dans la prise en charge des patients dans les centres de santé d'Albina et le long du fleuve Maroni : projet de coopération à l'origine financé par le Fonds de solidarité prioritaire (FSP), transféré à l'Agence française de développement (AFD). 3 objectifs étaient fixés : renforcer la surveillance épidémiologique sur le Maroni (partie surinamaïse), développer le laboratoire central du ministère de la santé du Suriname en étroite collaboration avec l'Institut Pasteur de Guyane, coopérer dans le cadre du

contrôle et de la prévention des maladies transmissibles (en particulier paludisme).

Projets de développement du "Ressort Albina" et de soutien à la santé dans la vallée du Maroni : éligibles au programme transfrontalier amazonien "PO Amazonie", géré par le Conseil régional Guyane. Le Suriname est inscrit en Zone de Solidarité Prioritaire depuis 1999, ce qui a notamment permis une coopération avec la Guyane et la France via un Programme opérationnel de coopération transfrontalière 2007-2013 "Amazonie".

Projet potentiel

Télé médecine : activité développée depuis 2001 en Guyane française et qui semble intéresser le Suriname.

5.2 Guyane-Brésil

Coopération sur le VIH/SIDA

Le SIDA est une épidémie qui n'a pas de frontières. Les frontières brésilienne et guyanaise sont confrontées à des défis : flux importants de passagers, nombre croissant de nouveaux cas de SIDA, concentration de populations vulnérables (garimpeiros, prostitués...).

C'est pourquoi, une politique effective par des actions concrètes doit être menée sur les deux rives. Ainsi, au cours de l'année 2009, deux réunions importantes ont eu lieu sur le VIH/SIDA.

A Brasilia, en juillet, la commission Maladies sexuellement transmissibles (MST)/SIDA a abordé la question du traitement, de la prévention, du droit humain, du partenariat avec la société civile.

En décembre, à Oiapoque, une journée de coopération s'est tenue sur la prévention, l'offre du diagnostic et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA à la frontière franco-brésilienne.

Il s'agissait de définir la stratégie commune de lutte contre le VIH-SIDA sur Saint-Georges et Oyapock sur les champs de la prévention et des soins.

Plusieurs représentants, acteurs français et brésiliens étaient présents à cette première réunion locale.

- Pour la délégation française : Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) -Préfigurateur de l'Agence régionale de santé (ARS), Conseils régional et général, mairie de Saint-Georges, Direction de la santé et du développement social (DSDS), Centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne, Comité régional de coordination de la lutte contre la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) ; Observatoire régional de la santé de Guyane (ORSG)...

- Pour la délégation brésilienne : Ministère de la santé de Brasilia, représentants de l'Etat d'Amapa, municipalité d'Oiapoque...

Lors de cette journée de coopération, 4 objectifs majeurs étaient déclinés :

1/ Connaître les avancées et les perspectives de travail (présentation des axes du plan régional de lutte contre le SIDA en Guyane ; organisation des soins et prise en charge ; présentation de la politique de lutte contre le VIH/SIDA au Brésil).

2/ Proposer la constitution d'un agenda commun avec une présentation de la méthode.

3/ Lancer des groupes de travail (accès aux soins, développement de la prévention, connaissance de l'épidémie, lutte contre les discriminations et mobilisation communautaire).

4/ Restituer les groupes de travail et échanges avec les membres de la délégation.

A l'issue de cette réunion, plusieurs points d'accord ont été trouvés et des perspectives de travail ont été définies :

- Rédaction d'un projet territorial de santé.

- Construction d'un plan d'actions opérationnel (les différentes actions doivent s'inscrire dans la durée).

- Mise en place d'une assistance bilatérale.

- Identification des ressources, des zones d'intérêt commun.

- Désignation de deux référents (côtés français et brésilien).

Cette discussion s'attache à mettre l'accent sur les considérations d'ordre méthodologique, les résultats du recensement auprès des institutions sources et, à proposer d'éventuelles pistes de travail et préconisations.

Considérations méthodologiques

La méthode envisagée, dans le cadre de cette présentation, s'est basée essentiellement sur la consultation de sites Internet, surtout officiels. Puis, une approche a été réalisée auprès des institutions sources de chaque région.

Dans l'ensemble, cette méthode semble convenable mais met en lumière quelques lacunes. En effet, ce travail aurait été plus fructueux en réalisant des déplacements au Suriname et au Brésil.

Recensement auprès des institutions sources

Ce présent rapport constitue un recueil synthétique et global sur les systèmes de santé et les indicateurs sanitaires. Il a montré l'intérêt de disposer de ces informations sur des préoccupations essentielles.

Bien que notre travail soit le fruit de la collecte d'informations par le biais d'Internet et par l'étude de divers travaux, certains indicateurs n'ont pu être renseignés. Ainsi, il s'agira pour nous de compléter ces informations par des analyses plus poussées, permettant par la même de comprendre de façon plus fine la complexité des situations.

Collecte de l'information et les difficultés rencontrées

La collecte n'a pas été aisée d'où un déficit d'informations. Par conséquent, nous n'avons effectué qu'une présentation descriptive et non une analyse comparative.

Les principales obstacles que nous avons relevés, lors de notre investigation, sont les suivantes :

- Absence de réactivité de nos interlocuteurs malgré plusieurs relances.
- Données aléatoires d'une source à l'autre, difficilement comparables, parfois absentes.
- Obtention difficile de renseignements sur les projets réalisés, en cours... avec nos voisins...

Pistes de travail et préconisations éventuelles

Celles qui nous viennent à l'esprit, à l'issue de ce travail, peuvent se résumer ainsi :

1/ Une phase de sensibilisation à l'étude est nécessaire et permettrait ainsi à nos interlocuteurs de pouvoir adhérer à notre projet et de mieux comprendre les objectifs poursuivis et les enjeux.

2/ Des rencontres doivent être officialisées afin d'identifier les référents des institutions. Cette approche ne peut que faciliter les échanges.

Nous préconisons :

- d'organiser des séances de travail avec les représentants des gouvernements sur place, notamment les consulats. Ces rencontres sont nécessaires car ces derniers disposent de données que nous ne pouvons pas obtenir directement.

- d'asseoir un réseau d'échanges d'informations (officialisés) avec des pays qui partagent des préoccupations de santé similaires.

A la demande du Groupement régional de santé publique de la Guyane, l'Observatoire régional de la santé a réalisé une étude sur les systèmes de santé en Guyane française, au Brésil et au Suriname.

Cette analyse descriptive n'a pas été aisée mais a permis d'identifier les forces et les faiblesses des systèmes de santé des trois géographies.

Globalement, des progrès ont été relevés. Les indicateurs de santé se sont améliorés en Guyane française, au Brésil et au Suriname. Cependant, la situation de la santé publique demeure préoccupante par certains aspects. L'offre de soins est limitée, très en deçà des besoins des populations. Le filet de sécurité qu'est l'assurance maladie est assurée de manière différente dans chaque pays...

Les atouts des systèmes de santé au Brésil et au Suriname résident dans leur application des principes internationaux. Ces derniers faciliteront à moyen et à long terme les échanges et la coopération sanitaire.

Des projets de coopération ont été mis en œuvre avec nos voisins. Ces perspectives sont à encourager et méritent d'être largement institutionnalisées. Les ministères de la santé, les ambassades, les consulats... sont des interlocuteurs principaux.

Cet état des lieux est une première phase d'une démarche qui doit se poursuivre par l'officialisation des échanges, l'identification des interlocuteurs au Suriname et au Brésil, notamment dans l'Etat le plus proche, celui de l'Amapa.

Références bibliographiques

Ressources, sites Internet, contacts utiles

Références bibliographiques

- **ALDIGHERI S., EERSEL M., MALATRE X., OOMS M.** Le Surinam, un partenaire clef pour une coopération régionale en santé publique dans les Guyanes. Focus, Médecine Tropicale, 2000 - 60 - PP 323-327.

- **Dr. Maria Guadalupe MEDINA.** Le Brésil - Le Programme de Santé de la Famille : pratique et enjeux. Expérience de terrain et médecine communautaire. Colloque international " Pratiques soignantes, éthique et société ", 7, 8, 9 et 11 avril 2005, Unesco de Lyon, France.

- **Comptes économiques rapides pour l'Outre mer (CEROM), Institut d'émission d'Outre mer (IEDOM), Agence française de développement (AFD), Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) Guyane.** Guyane-Suriname. Une meilleure connaissance mutuelle pour une coopération renforcée. Décembre 2008, 60 p.

- **Institut national des études démographiques (INED).** Tous les pays du monde, Populations et Sociétés, n° 436.

- **Institut de veille sanitaire (INVS)/Département International et Tropical.** Bulletin hebdomadaire international (BIH), n° 177, 4 février 2009-10 février 2009.

- **Ministère de la santé français.** Le système de santé en France (<http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/systatsan.htm>).

- **Organisation mondiale de la santé (OMS).** La Santé dans le Monde - Pour un système de santé plus performant. Rapport, Genève, Suisses, 2000. www.who.int/whr

- **ONUSIDA.** Rapport sur l'épidémie du Sida, 2006.

- **Programme des Nations unies (PNUD).** Rapport sur le développement humain, 2006.

Ressources, sites internet, contacts utiles

- Site officiel du **Ministère de la santé du Brésil** : www.saude.gov.br
Esplanada dos Ministerios Block G / DF - CP : 70058-900
Tél. : 3315-2425 - Courriel : contacto@saude.gov.br

- Site officiel de **l'Ambassade de France au Brésil** : www.ambafrance.org.br

- Agence consulaire à Macapa : Tél. : (096) 32 23 00 86

- Site officiel de **l'Ambassade de France au Suriname** : www.ambafrance-sr.org
Adresse : Henck Arronstraat 5-7 Paramaribo, Suriname
Tél. : 00 597 47 52 22/00 597 47 64 55 Télécopie : 00 597 47 12 08
Courriel : ambafrance.paramaribo@diplomatie.gouv.fr

- **Ministère de la santé du Suriname**. Dr. Marthelise EERSEL, Directrice de la santé
HEA Arronstraat 64 Paramaribo, Suriname
Tél. : 00 597 47 76 01 - Courriel : vogezdir@sr.net

- **Bureau général des statistiques au Suriname** (ABS : Algemeen Bureau voor de statistieck)
Klipstenenstraat 5 info@statistics-suriname.org ou pr@statistics-suriname.org
Tél : (597) 425004-473640 - Télécopie : (597) 473737

- **Ministère des affaires étrangères et européennes** : www.diplomatie.gouv.fr

- **Comité d'informations médicales (CIMED)**¹⁵
Sous-Direction des Affaires sociales, de l'Expatriation et de la Maison des Français de l'Etranger
224 Boulevard Saint-Germain 75303 Paris 07 SP
Tél. : 01 43 17 84 54 - Télécopie : 01 43 17 84 67
Site officiel : www.cimed.org

- <http://www.indexmundi.com/fr/bresil/>
- <http://www.indexmundi.com/fr/suriname/>
- http://www.indexmundi.com/fr/guyane_francaise/taux_de_chomage.html

- **Organisation Panaméricaine de la santé** (PAHO, démembrement régional de l'Organisation mondiale de la santé) www.paho.org
- **PAHO/WHO**. Representative PO Box 1863 Paramaribo postmaster@paho.org.

Annexe 1 : Cartographies des territoires

- 1.1 Guyane française
- 1.2 Brésil
- 1.3 Suriname

Annexe 2 : Observatoire régional de la santé de Guyane

- 2.1 Conseil scientifique
- 2.2 Equipe

Cartographie des trois territoires en Amérique du Sud



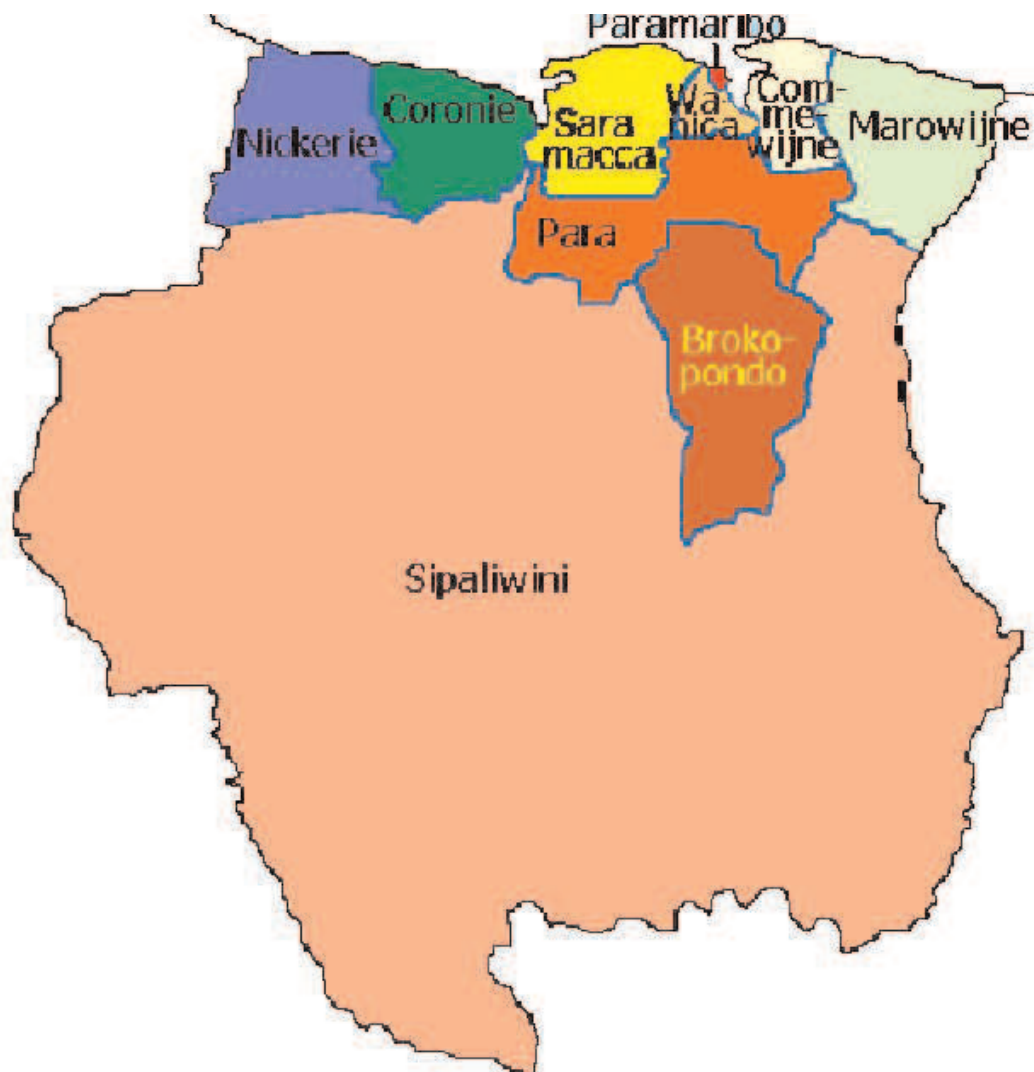
1.1 Guyane française



1.2 Brésil



1.3 Suriname



2.1 Conseil scientifique

| | |
|---------------------------------|--|
| Dr. Serge PLENET | <i>Président du Conseil Scientifique de l'ORSG</i> |
| Mme Léonne AGELAS | <i>Personne es qualité</i> |
| Mme Yvane BERTRAND | <i>Directrice de l'Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS)</i> |
| M. Jean-Claude COURBAIN | <i>Directeur Régional de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)</i> |
| M. Claude FLAMAND | <i>Représentant la Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie (CIRE)</i> |
| Dr. Roger-Michel LOUPEC | <i>Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)</i> |
| Mme Hélène MATHURIN | <i>Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)</i> |
| Dr. Mathieu NACHER | <i>Personne es qualité</i> |
| Dr. Etienne PASCOLINI | <i>Représentant la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) de la Guyane</i> |
| Mme Ghislaine PREVOT | <i>Personne es qualité</i> |
| Prof. André SPIEGEL | <i>Directeur de l'Institut Pasteur de Guyane (IPG)</i> |
| Dr. Marie-Josée VEZOLLES | <i>Représentant le Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)</i> |

2.2 Equipe

| | |
|--|--|
| Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON | <i>Directeur de l'ORSG</i> |
| M. Robert VIVIES | <i>Responsable Cellule Administration et Finances</i> |
| Mme Arise CHOCHO | <i>Responsable Cellule Etudes</i> |
| Melle Marie-Thérèse DANIEL | <i>Responsable Cellule Documentation</i> |
| Melle Céline GOBER | <i>Chargée d'études</i> |
| M. Jean-Rémy GOUGAUD | <i>Chargé d'études</i> |
| Melle Priscillia BOMPARD | <i>Chargée d'études</i> |
| Mme Christelle LARUADE | <i>Assistante d'Etudes - Travaux d'édition/PAO</i> |
| Melle Rose MONNY | <i>Assistante de Direction</i> |
| M. Romain ALLEN | <i>Aide-documentaliste</i> |
| Mme Sylvaine LAUBE | <i>Assistante de Documentation</i> |
| Melle Jocelyne BOUTIN | <i>Assistante - Cellule Administration et Finances</i> |
| Mme Céline BIENVENU | <i>Vaguemestre</i> |



Observatoire Régional de la Santé de Guyane

**“Espace Bertène JUMINER”
771, rte de Baduel - BP 659
97335 CAYENNE CEDEX**

Site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr

Tél. : (0594) 29.78.00 - Fax : (0594) 29.78.01