

Guyane intérieure : une équipe mobile de santé publique va vers les habitants des communes isolées

Entretien avec
Charlène Cochet, Bérengère Bonot,
infirmières diplômées d'État (IDE),
coordonnatrices de l'équipe mobile
de santé publique en commune (Emspec),
Mélanie Gaillet,
médecin infectiologue,
coordonnatrice de la santé publique
en centres délocalisés de prévention
et de soins (CDPS).

*La Santé en action : Pourquoi avoir
créé des équipes mobiles de santé
publique en Guyane ?*

*Charlène Cochet, Bérengère Bonot et
Mélanie Gaillet :* La Guyane compte
plus de 300 000 habitants, dont 60 000
vivent dans l'intérieur du territoire
guyanais, à distance du littoral urba-
nisé. Les populations qui y résident
sont isolées sur les plans géographique
et administratif, précaires aux niveaux
socio-économique et environnemen-
tal, présentent des difficultés d'accès
aux droits. En situation transfronta-
lière, elles vivent de part et d'autre des
deux fleuves-frontières : l'Oyapock,
côté Brésil et le Maroni, côté Surinam.
On recense des populations amérin-
diennes (Wayana, Wayampi, Teko,
Palikur, Kali'na, Arawaks), bushinen-
guées (Aluku, N'djuka, Saramaka),
des Brésiliens, Haïtiens, Dominicains,
Chinois, Hmong, Guyaniens (ressor-
tissants de Guyana), Surinamiens, etc.

*S. A. : Quelles sont les missions
premières de cette équipe mobile ?*

C. C., B. B. et M. G. : Le projet
d'équipe mobile de santé publique
en commune (Emspec) a été pensé



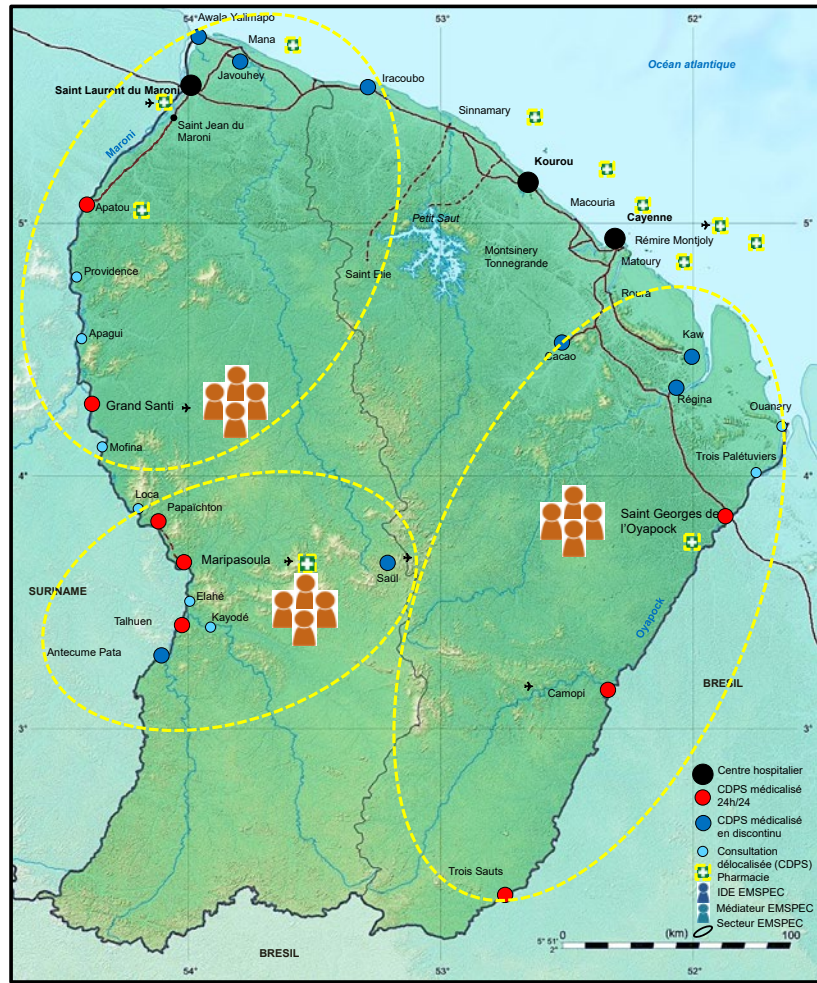
© Roziane Silva Barbosa

dans le but de répondre aux be-
soins importants de santé publique
de ces populations en s'appuyant
sur l'offre sanitaire assurée par les
centres délocalisés de prévention et
de soins – CDPS (voir carte ci-après)
et en complément de ceux-ci. Ces
derniers sont un pôle hospitalier
du centre hospitalier de Cayenne
et représentent la principale offre
de soins de ces territoires. Le projet
Emspec était inscrit dans le premier
plan régional de santé de l'agence
régionale de santé (2011), puis dans le
second (2018). Il a été lancé en 2019
et répond à deux objectifs du plan :
« l'amélioration de l'état de santé de la

L'ESSENTIEL

■
▶ **En Guyane intérieure, une équipe mobile de santé publique de médecins, infirmières, médiateurs et autres travailleurs de la santé et du social va vers les populations isolées, Amérindiens, Bushinengués et autres peuples, par la route, en pirogue, en quad. Objectif : améliorer l'accès aux soins et à la prévention, en développant des actions de promotion de la santé.**

population guyanaise » et « la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé à 10 ans ». La création de l'Emspec traduit l'ambition de sacraliser du temps et des compétences à la promotion de la santé dans les centres délocalisés de prévention et de soins. Le pôle hospitalier des CDPS de l'hôpital de Cayenne se décline en 17 centres répartis dans les territoires de l'intérieur guyanais. Les centres délocalisés de prévention et de soins sont organisés en secteurs autour de trois centres-pivots : Maripasoula, Grand-Santi, Saint-Georges-de-l'Oyapock. D'abord centres de soins, les CDPS ont acquis le P de « prévention » en 2011. Il existait alors une volonté forte de développer les programmes de santé publique du fait de besoins majeurs et alors que l'offre sanitaire et sociale y demeurait très insuffisante, que les actions de promotion de la santé y étaient quasi inexistantes. Cependant, compte tenu d'un important retard structurel de l'offre de soins et d'un taux de renouvellement important des soignants, le développement de projets de santé publique au long cours n'a pu aboutir. Ainsi, l'idée de créer une équipe de santé publique des CDPS dédiée, détachée du soin, a progressivement pris forme. Sous l'impulsion du Dr Paul Brousse, chef de pôle des centres délocalisés de prévention et de soins de 2014 à 2019, nous avons élaboré le projet d'équipe mobile de santé publique en commune.



S. A. : Quels professionnels composent cette équipe ?

C. C., B. B. et M. G. : Au lancement du projet en mai 2019, l'équipe était constituée de huit agents : un binôme de coordination infirmier-médecin, positionné à Cayenne, et trois binômes infirmier-médiateur, situés dans chacun des secteurs de soins. Très rapidement, cette organisation structurelle est apparue insuffisante au regard de l'importance des besoins en santé publique. Les binômes infirmier-médiateur ont été doublés en 2021 pour former des équipes de quatre, dans le contexte de la crise sanitaire et à la faveur du développement du projet *Water, Sanitation and Hygiene – Wash¹* (eau, assainissement et hygiène, NDLR), porté par

la Croix-Rouge française (Crf). La coordination a également été renforcée par une deuxième infirmière coordonnatrice. Cette structure apparaît aujourd'hui adaptée pour permettre à l'Emspec de remplir ses missions et de répondre aux besoins en santé publique des communes de l'intérieur. De plus, les infirmiers et les médiateurs bénéficient en continu de formations à la santé publique, construites avec nos partenaires, au premier rang desquels l'association Guyane promo santé (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé – IREPS) Les médiateurs sont formés à la médiation en santé et bénéficient d'un accompagnement métier par la coordonnatrice de la médiation des centres délocalisés de prévention et de soins.

S. A. : Comment l'équipe intervient-elle ?

C. C., B. B. et M. G. : Les missions de l'équipe mobile de santé publique en commune (Emspec) se déclinent en cinq axes d'intervention : 1) la description de l'état de santé des

populations, qui concerne la production, le recueil, le traitement, la valorisation des données d'activités de l'Emspec et des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) ; 2) la prévention et la promotion de la santé, qui constituent indéniablement notre cœur de métier. Nous développons des outils de communication et menons des actions de sensibilisation co-construits avec les communautés, souvent en partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs locaux (rectorat, Croix-Rouge française, associations de médiateurs : Développement, animation, accompagnement, coopération – Daac et Action pour le développement, l'éducation et la recherche – Ader, l'Éducation et la recherche – Ader, l'Éducation et la recherche – Ader, Réseau périnatal, etc.) ; 3) la formation et l'accompagnement des équipes ; 4) le soutien et le développement de la coopération transfrontalière ; 5) le soin et la gestion des phénomènes épidémiques. L'Emspec participe au développement des parcours de soins spécifiques (p. ex. : rendre accessible le dépistage du cancer colorectal en lien avec le centre régional de



© Sophie Pinto

coordination des dépistages des cancers – CRCDC, développer des parcours de soins spécifiques comme les consultations spécialisées en urologie ou en diabétologie). L'équipe intervient également hors les murs selon deux modalités : le soin à domicile des patients sur sollicitation des soignants des CDPS ; la gestion opérationnelle des phénomènes épidémiques en lien avec la veille sanitaire.

S. A. : *En allant vers les populations, l'équipe parvient-elle à réduire les inégalités ?*

C. C., B. B. et M. G. : La force de l'équipe mobile de santé publique en commune (Emspec) est d'avoir placé la médiation en santé au centre de nos actions, ce qui nous permet de construire et de proposer des actions de promotion de la santé ajustées aux besoins des communautés. Nous sommes guidés par le désir de

renforcer l'aptitude des populations à améliorer leur santé globale, tout en respectant et en valorisant leur propre culture. L'objectif est bien de réduire les inégalités sociales et territoriales de ces territoires. Nous plaçons la question d'équité en santé au cœur de nos réflexions en améliorant l'accès aux soins et à la prévention, en développant des actions de promotion de la santé et en permettant de mieux décrire



© Adrien Mestras

l'état de santé des communautés précaires afin d'adapter l'offre de soins et de prévention. Nous développons des projets spécifiques à certaines populations, en particulier celles mineures, très souvent en partenariat avec le rectorat. Nous portons également une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer et nous travaillons par exemple à la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale avec nos collaborateurs et nos partenaires. D'autres projets ciblent l'ensemble des populations, mais ils se déclinent sous différentes modalités en fonction des publics auxquels ils s'adressent.

S. A. : Avez-vous des relais internes pour compléter cet « aller-vers » les populations ?

C. C., B. B. et M. G. : Le caractère mobile de cette équipe est mis en avant, car nous souhaitons véritablement rapprocher du soin les populations les plus éloignées des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et déployer des actions de promotion en santé adaptées à leur mode de vie et à leur culture (nous sommes équipés de quads, pirogues, voitures). Par

ailleurs, en intégrant la médiation en santé au cœur de nos démarches, nous tissons des liens permanents entre la culture occidentale et les cultures locales. Nous sollicitons très souvent les chefs coutumiers ainsi que les leaders communautaires, qui sont respectés et écoutés par les populations et avec qui nous avons tissé des liens de confiance. Les messages et les projets de santé publique s'adaptent et se construisent avec les populations. Le but de cette co-construction est d'offrir aux communautés la possibilité de devenir actrices de leur santé. Enfin, nous apportons une attention particulière à l'évaluation de nos projets et du niveau de satisfaction des communautés.

S. A. : Quel bilan peut-on dresser du travail de cette équipe mobile ?

C. C., B. B. et M. G. : L'année 2020, en dépit de son caractère exceptionnel, a parachevé l'ancrage des équipes mobiles de santé publique en commune dans les territoires et a validé, dans le cadre de la crise sanitaire, le modèle des binômes médiateur-infirmière et leur démarche d'« aller-vers ». L'année 2021 a vu le

doublage des effectifs de l'équipe. Nos financements sont pérennisés et s'inscriront dans le cadre du projet de création de centre hospitalier universitaire (CHU) de la Guyane. En 2022, une attention particulière devra être portée au village de Trois-Sauts ainsi qu'aux communes du bas Maroni, jusqu'à présent peu investis par l'équipe du fait de leur éloignement des centres-pivots. Par ailleurs, dans le cadre du projet de CHU, une demande de financement d'une quatrième équipe a été formulée ; elle serait basée à Saint-Laurent-du-Maroni pour collaborer avec les centres délocalisés de prévention et de soins de Javouhey, Awala-Yalimapo et Apatou. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Le projet Eau, assainissement et hygiène avait pour objectif l'amélioration de la gestion des points d'accès à l'eau potable et la diffusion des bonnes pratiques, des conditions d'hygiène dans le cadre de la lutte contre la pandémie de Covid-19, la sensibilisation et l'accompagnement des populations aux bonnes pratiques pour faire face aux maladies hydriques, vectorielles et à l'épidémie de Covid-19.