Santé des migrants sur le Haut-Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge

Claire Fessard,
médecin généraliste,
médecin référente
au Comité pour la santé
des exilés (Comede),
hôpital de Bicêtre,
Le Kremlin-Bicêtre,
Georges Hyvert,
médecin généraliste retraité,
médecin vacataire dans
les centres délocalisés
de prévention et de soins
(CDPS), Cayenne.

La Guyane, département et région d'outre-mer, est la deuxième région française en superficie, recouverte à près de 95 % par la forêt amazonienne. Sur cette terre d'immigration, la population se concentre essentiellement sur le littoral et le long des fleuves : Maroni à l'ouest, Oyapock à l'est. 97 741 étrangers vivent en Guyane, soit 35,6 % du total de la population[1].

Cet article aborde les enjeux de prise en charge des migrants à travers l'exemple de Papaïchton. « Commune de l'intérieur », située sur la rive du fleuve Maroni, Papaïchton est à une heure de piste de Maripasoula, et à huit à douze heures de pirogue de Saint-Laurent-du-Maroni. Cayenne et le littoral ne sont accessibles que par voie aérienne. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 6 668 habitants vivent à Papaïchton en 2017, principalement des Alukus et Wayanas.

Qui est « migrant » ?

À l'image de la Guyane, ce territoire du Haut-Maroni est pluriethnique. S'y côtoient Noir.e.s marron.ne.s, Amérindien.ne.s, Créoles, métropolitain.e.s dont les nationalités sont françaises, Brésilien.ne.s, Surinamais.es, Dominicain.e.s, etc. Dans cette zone transfrontalière, le Maroni est une frontière en droit, mais celle-ci apparaît inexistante en fait pour les familles résidant de part et d'autre du fleuve. Les membres familiaux se répartissent sur chaque rive et traversent le fleuve au gré des activités quotidiennes.

Selon l'Insee, un.e immigré.e correspond à une personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France[2]. Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française. Selon les autorités de police et les institutions juridiques, est étranger.ère celui.elle qui n'a pas la nationalité française. Ainsi, « migrant » est entendu au sens de migrant international, d'une personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France.

Or certaines personnes vivant dans la commune peuvent être étrangères administrativement, voire apatrides, bien que se croyant françaises (leur état civil n'ayant pas été déclaré à la naissance par exemple, pratique courante jusque dans les années 1970), et migrantes ou immigrées en pratique, en ayant vécu sur l'autre rive du fleuve, du côté surinamais.

Il est à noter la quasi-absence de demandeurs d'asile dans le territoire du Haut-Maroni, probablement du fait de la centralisation de toutes les démarches à Cayenne.

L'offre de soins à Papaïchton

Dans la commune, comme pour l'ensemble des communes isolées et des lieux éloignés d'un service d'urgences ou ne disposant pas d'offre libérale, l'offre de soins est assurée par le centre délocalisé de prévention et de soins (CDPS). Antenne du centre hospitalier de Cayenne (CHC), le CDPS permet les soins de premier recours, la gestion des urgences – y compris des éventuels accouchements inopinés – et les placements de patients en observation allant de quelques heures à 24-48 heures. Le taux de rotation des soignants est important : de l'ordre du mois. Médecins comme infirmier.ère.s sont pour la plupart originaires d'Europe continentale. L'équipe de secrétaires, d'aides-soignant.e.s et agent.e.s des services hospitaliers est, elle, originaire de Papaïchton et représente la mémoire du CDPS. Ce personnel parle aluku, la langue locale, et assure parfois aussi l'interprétariat faute d'interprète professionnel existant sur le territoire. L'offre de soins est complétée par des missions spécialisées régulières (sage-femme et gynécologue, pédiatre, infectiologue), par le centre de protection maternelle et infantile (PMI) et par des missions du centre médico-psychologique (CMP). Le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) réalise les évacuations sanitaires en hélicoptère en cas d'urgence ou par piste et par avion pour les urgences différées ou les prises en charge programmées. L'accès aux soins y est inconditionnel et gratuit, sans avance de frais, y compris pour les migrant.e.s en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'aide médicale d'État (AME) – en dehors des soins programmés sur Cayenne et de certains traitements chroniques non pris en charge.

Aborder les enjeux de santé des migrants sur le Haut-Maroni revient à concevoir la santé de manière plus générale et à analyser le déficit

© Thomas Bohl

d'offre de soins au regard de ce qui se passe au bord du fleuve. Les prises en charge des personnes vulnérables, migrantes ou non, sont caractérisées par des complexités et des enjeux présentés ici.

Prises en charge complexes des patients migrants et/ou vulnérables sur le Haut-Maroni

La situation géographique particulière du territoire a un impact sur la prise en charge, en raison de l'éloignement des patients du centre délocalisé de prévention et de soins ou des difficultés de transport et/ou d'évacuations sanitaires (communément appelées « évasan ») et engendre des surcoûts. Certaines personnes, en particulier les orpailleur.euse.s, migrant.e.s en situation irrégulière sur le territoire, vivent parfois à plusieurs heures de marche, quad ou pirogue du CDPS. Par ailleurs, Papaïchton est composé de plusieurs *Kampoe* ou quartiers, certains à trente minutes de voiture, mais l'offre de déplacement est limitée, car la population est faiblement véhiculée.

En sus des renoncements voire des non-recours aux soins, les interruptions de soins sont fréquentes. Celles-ci sont souvent sous-tendues par l'absence de droits ouverts à l'assurance maladie, ce qui ne permet pas l'achat des médicaments prescrits ou la réalisation des examens complémentaires. Ce problème d'accès à la protection maladie est particulièrement marqué sur le bassin du Haut-Maroni. À Papaïchton, moins de 30 % de la population a des droits ouverts à la protection maladie, selon la Caisse générale de la sécurité sociale de Guyane (CGSS). Il n'y a pas de permanence sociale pour assurer l'ouverture des droits. En outre, le système de protection maladie étant fondé sur la résidence habituelle en France, la question de l'ouverture des droits au bord du fleuve est complexe. Un modèle adapté au territoire serait à envisager, d'autant plus que les recours aux soins se font de part et d'autre du fleuve. Une étude [1] conduite en 2012 par le centre d'investigation clinique – épidémiologie clinique (Cicec) Antilles-Guyane montre que plus d'un tiers des personnes résidant sur la rive guyanaise du fleuve Maroni se rendent dans les centres de santé au Surinam.

D'autre part, il faut souligner des complexités dans les prises en charge de patients qui sont la plupart du temps allophones[3]. Le français est certes la langue officielle en Guyane, mais ce n'est ni la langue maternelle, ni la langue d'usage pour la majorité des habitants sur le fleuve, qu'ils soient migrants ou non. À Papaïchton se mélangent aluku, wayana, anglais, espagnol, portugais, etc. Il n'existe à ce jour pas d'interprète professionnel dans ces langues ni au sein des centres, ni par téléphone. Les agents administratifs et les aides-soignants sont sollicités pour les locuteurs alukus. Pour toutes les autres langues, la qualité de la consultation dépend fortement des compétences linguistiques des soignants et des traductions possibles par Internet.

Il faut souligner par ailleurs que plusieurs systèmes de soins cohabitent à Papaïchton. Les médecines traditionnelles sont encore très implantées et incarnées par les

L'ESSENTIEL

En Guyane, les migrants représentent un tiers de la population. La prise en charge des personnes vulnérables, migrantes ou non, est complexe et liée à de multiples enjeux. Focus sur Papaïchton, commune isolée au bord du fleuve Maroni, multiethnique et peuplée principalement de Alukus et de Wayanas. L'offre de soins y est assurée par un centre délocalisé de prévention et de soins. Ces populations souffrent globalement d'un déficit d'accès à une couverture maladie et aux soins, le plus souvent pour des raisons d'isolement et de précarité économique et sociale.

chamans chez les Amérindien.ne.s, par les *bushi datas* chez les Noir.e.s marron.ne.s. Les allers-retours entre les différentes médecines sont fréquents, avec des négociations selon les pathologies. La médiation en santé représente ainsi un important enjeu de compréhension réciproque – sans se limiter à une approche interculturelle – entre la population concernée et des soignants des CDPS, qui sont en majorité des métropolitains de passage en Guyane. En effet, les difficultés de compréhension entre les soignants et la population sont imputables à plusieurs facteurs : difficultés de communication linguistique, représentations/préjugés des soignés comme des soignants, conditions de précarité, d'éloignement, etc.

Par ailleurs, l'offre de soins en santé mentale est quasi inexistante sur le territoire du Haut-Maroni. Pour autant, les besoins en santé mentale sont très importants pour les patients migrants ou non, en situation de vulnérabilité. Le taux de suicide chez les Amérindiens en est un exemple patent. Entre 2008 et 2015, il est de 8 à 10 fois supérieur à la moyenne régionale, et deux villages du Haut-Oyapock (Camopi et Trois-Sauts) présentent un taux de 172 suicides pour 100 000 habitants, sur la période 2013-2015 uniquement.

De plus, les consommateurs de psychotropes (cannabis, cocaïne, etc.) et d'alcool ne rencontrent pas de possibilité d'accompagnement, ni de prise en charge régulière ; ces addictions impliquent des conséquences notables sur la santé tant physique que psychique.

Des enjeux multiples

Les enjeux sont nombreux et transcendent les statuts de migrant ou de natif. Ces complexités amènent à penser le territoire en tant que fleuve, avec ses particularités. Penser l'éloignement et travailler l'accessibilité des centres de soins ne relève pas uniquement de l'agence régionale de santé (ARS) et de l'hôpital, mais de l'ensemble de la collectivité. De nombreux projets, parfois surdimensionnés, existent depuis des années, à commencer par la création d'une route entre Maripasoula et Papaïchton, aux échéances quelque peu incertaines.

D'autres projets d'infrastructures sont développés par les CDPS et par l'hôpital, comme le développement de téléconsultations et la multiplication des consultations de spécialistes dans les communes isolées, ou bien comme la création de la « maison hospitalière », lieu non médicalisé dans l'hôpital qui devrait voir le jour début 2022. Elle pourrait accueillir jusqu'à 30 adultes (+ 30 nouveau-nés) pour les accouchements en milieu hospitalier (AMH) de patients de communes de l'intérieur. Venir accoucher à Cayenne et rester en hospitalisation sans famille est un problème récurrent pour les populations de ces communes. Des espaces y seront créés pour des animations culturelles, des bains traditionnels, dynamisés par la présence de médiateur.trice.s en santé qui feront le lien entre ces familles et le système de santé et qui appréhenderont les différents blocages existants.

De fait, un enjeu est d'encourager le développement de la médiation en santé et la présence de médiateurs dans les communes isolées pour lutter contre les inégalités sociales de santé et permettre l'accès aux soins des populations les plus vulnérables, dont les personnes migrantes. La médiation en santé est à distinguer de la médiation sociale et de l'interprétariat. Les écueils d'un médiateur « simple courroie de transmission » du système de santé sont à anticiper afin de les éviter. De plus, le recours à des interprètes professionnels formés serait nécessaire pour une prise en charge efficiente.

Enfin, face à ces complexités et à ces enjeux d'accès aux soins, l'apport de professionnels sociaux-juridiques est crucial. L'absence de centre communal d'action sociale (CCAS), d'assistante sociale de secteur, ou d'antenne de la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) est criante à Papaïchton ainsi que dans d'autres communes de l'intérieur.

En conclusion, sur le Haut-Maroni, l'accès aux soins et leur recours sont des enjeux majeurs de santé publique. Les CDPS, de par leur mode de fonctionnement original, contribuent à gommer les inégalités qui peuvent exister dans d'autres départements entre migrants et natifs. Néanmoins, cela ne doit pas faire oublier le retard global de la Guyane en termes d'offre de soins et de prévention, en particulier dans le Haut-Maroni. ■

Remerciements aux membres de la coordination des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) pour leur relecture active : Mme Fanny Gras, coordinatrice des CDPS, centre hospitalier de Cayenne ; Dr Céline Michaud, infectiologue référente des CDPS, centre hospitalier de Cayenne ; Dr Véronique Servas, médecin coordonnateur, cheffe de service, CDPS, centre hospitalier de Cayenne.

1. Source : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 2017.
2. En ligne : https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328
3. Personnes dont la langue première est étrangère.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude INTERREG-CAP Maroni. CICEC-Antilles-Guyane. 2012. *In* Jolivet A. *Migration, santé et soins en Guyane*. [Thèse] médecine humaine et pathologie, Paris : université Pierre-et-Marie-Curie, juillet 2014 : p. 84-99. En ligne : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01067997/document

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.