

**PROGRAMME
HUMANITAIRE &
DÉVELOPPEMENT**

LA SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉPREUVE DES FRONTIÈRES : LA LIGNE FRANCO-BRÉSILIENNE À LA LOUPE

PAR

Capucine DAO / COORDINATRICE DU PROJET OCS

Margaux BARBIER / CHARGÉE DE PROJET OCS

Sophie RHODES / DIRECTRICE !DSANTÉ

Dr Céline MICHAUD / INFECTIOLOGUE DES CENTRES DÉLOCALISÉS DE PRÉVENTION,
RÉFÉRENTE DU PROJET OCS POUR LE CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE

SEPTEMBRE 2020

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – *GLOBAL HEALTH*



En Amazonie, le bassin de l'Oyapock, partagé entre la France et le Brésil, constitue pour les deux pays une limite de leur territoire national. Si un fleuve les sépare, les populations des deux rives sont mobiles et confrontées à des problématiques similaires concernant leur santé. Le travail en coopération transfrontalière est donc un enjeu de santé publique.

UNE RÉGION TRANSFRONTALIÈRE ENCLAVÉE

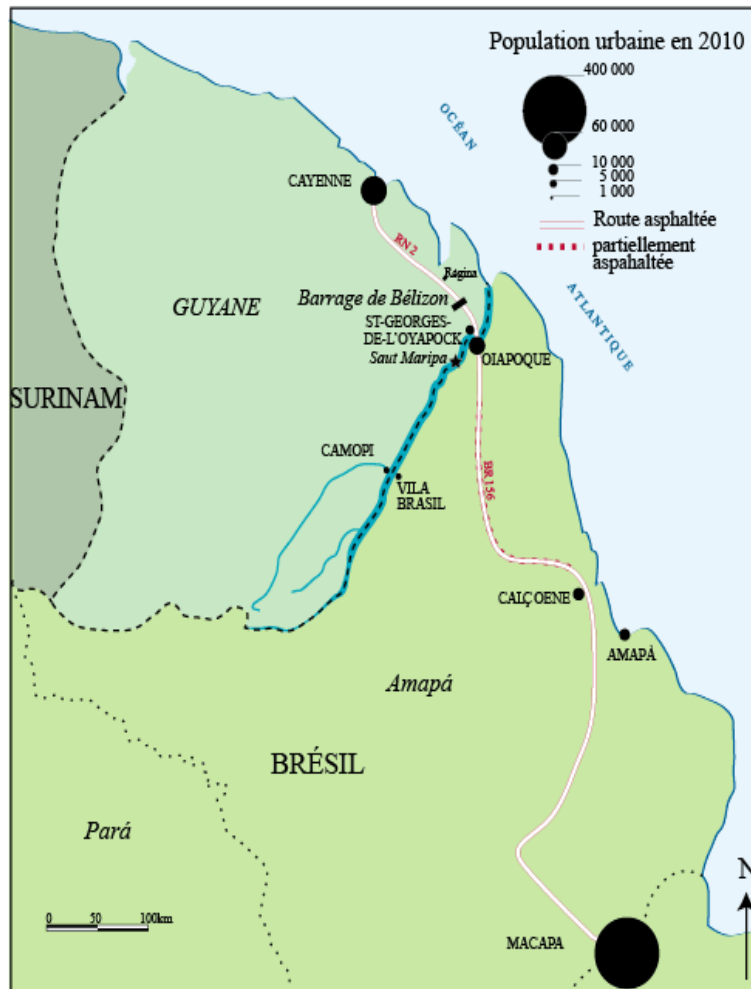
La France partage avec le Brésil sa plus longue frontière terrestre via le fleuve Oyapock. Administrativement cette frontière délimite depuis 1897, date de la fin du contesté franco-brésilien, l'état brésilien de l'Amapá et la Guyane française. Cependant, comme le montrent Patrick Blancodini et Sylviane Taberly, les frontières externes de la Guyane, bien que supposées distinguer le territoire français du Brésil et du Suriname, ne constituent pas de réelles séparations des populations. En effet, les fleuves Maroni et Oyapock sont pour les populations des espaces de convergence, d'échange et de passage (BLANCODINI et TABERLY, 2012). De fait, le bassin de l'Oyapock présente une continuité de milieux géographiques (forêt tropicale, dense réseau hydrique) et une homogénéité dans les populations issues à majorité de cultures brésilienne et amérindienne.

Le bassin de l'Oyapock est donc un espace de convergence pour les populations riveraines, indépendamment des limites administratives des deux pays. Cependant, au niveau régalién, la volonté a émergé à la fin des années 90 de créer une interface économique entre ces deux entités nationales. Ainsi les réflexions sur la construction d'un pont reliant les deux rives afin de favoriser les échanges économiques ont été engagées dès 1997 entre les présidents Chirac et Cardoso. Le pont binational sur l'Oyapock a été mis en service en mars 2017 : il est le fruit de vingt ans d'accords de coopération et de travaux visant à désenclaver les villes frontalières de Saint-Georges de l'Oyapock et

d'Oiapoque jusque-là très peu intégrées à leur environnement régional. Côté guyanais, la ville de Saint-Georges de l'Oyapock a été reliée à Cayenne par une route bitumée en 2003 et côté brésilien, la route reliant Oiapoque à Macapá a presque entièrement été bitumée (100km de piste restant sur un trajet de 600km) afin de favoriser la création d'un axe routier reliant Macapá à Cayenne. Cependant, ce désenclavement n'est que partiel et comme le note S. Letniowska-Swiat : ce pont relie « deux « bouts du monde » (LETNIOWSKA-SWIAT, 2012). Au niveau régional le bassin de l'Oyapock constitue une extrémité : il faut entre huit et douze heures de route selon la saison pour relier Oiapoque à Macapá, capitale fédérale de l'Amapá, et trois heures pour effectuer le trajet Saint-Georges/Cayenne. Au-delà de ces deux villes, principales zones de peuplement de la frontière franco-brésilienne, des communes enclavées, accessibles uniquement en pirogue sont dispersées sur le fleuve. Côté français les communes de Camopi et Trois-Sauts, situées à respectivement une et deux journées de pirogue sont parmi les plus reculées de Guyane. Côté brésilien les villages en amont du fleuve sont des bases de repli pour les orpailleurs clandestins.

En Amazonie, la France et le Brésil partagent une frontière à leurs confins. Cette situation géographique ainsi que les problématiques communes de santé et la cartographie sanitaire impactent les parcours de soins des populations frontalières.

La mise en relation de deux "bouts du monde"



D'après Marc-Emmanuel Privat Conception : S. Letniowska-Swiat - Réalisation : J. Domont

Figure 1: Zone frontalière Guyane-Amapa

UNE MÊME PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ, DEUX SYSTÈMES DE SOINS

Dans le champ de la santé, les deux pays partagent des problématiques similaires de part et d'autre de la frontière oyapockoise : forte prévalence des maladies épidémiques, difficulté d'accès aux soins en lien avec la précarité des populations, notamment migrantes, et l'éloignement des grands centres de santé. En effet la Guyane se caractérise

par une dissonance entre son appartenance géographique et politique : entourée de pays en voie de développement, elle n'en est pas moins un territoire de la 5e puissance mondiale. Cette dissonance se retrouve également dans les indicateurs épidémiologiques (CARDE, 2009) : contrairement à la France hexagonale, et à certains territoires d'outre-mer, la transition épidémiologique est inachevée en Guyane. Ainsi, les maladies épidémiques caractéristiques des pays en développement telles que le VIH, le paludisme ont une forte prévalence tandis qu'augmentent les affections chroniques (diabète, cancers, hypertension artérielle...). La Guyane fait donc face à un double fardeau sanitaire. Elle est le département français le plus touché par le VIH, avec une prévalence en population générale supérieure à 1% ce qui la place, selon l'Organisation mondiale de la Santé, en situation d'épidémie généralisée (NACHER et al., 2020). Dans l'Amapá brésilien, les prévalences sont officiellement plus faibles (0,6% pour le VIH), mais la rive brésilienne de l'Oyapock concentre des populations vulnérables et mobiles, notamment en lien avec les activités d'orpaillage illégal : orpailleurs clandestins, travailleurs du sexe, piroguiers... Ces populations sont d'autant plus vulnérables que leur accès aux soins est complexifié par la distance et les données épidémiologiques de l'État de l'Amapá ne reflètent potentiellement pas les données réelles de la ville d'Oiapoque.

Ces problématiques de santé communes, en lien avec la porosité de la frontière et la cartographie de l'accès aux soins, conduisent à des migrations pendulaires pour soins, d'Oiapoque vers Saint-Georges où l'accès et la qualité des soins sont jugés meilleurs par la population du bassin.

En effet, Saint-Georges de l'Oyapock (4 500 habitants), dispose d'un Centre Délocalisé de Prévention et de Soins (CDPS), antenne de l'hôpital de Cayenne, et d'une offre libérale médicale et paramédicale. L'hôpital de Cayenne est à trois heures de route et nécessite de passer un barrage de gendarmerie limitant ainsi l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière. Si des spécialistes (infectiologues, gynécologues, pédiatre) viennent régulièrement en missions à Saint-Georges, les patients nécessitant des interventions

techniques ou complexes sont envoyés à Cayenne, voire en Martinique ou en France hexagonale. Côté Brésil, la ville d'Oiapoque (30 000 habitants) dispose d'un hôpital municipal et de plusieurs Unités basiques de Santé (UBS) pour les soins courants ainsi que d'une filière spécifique pour les populations amérindiennes. En l'absence de praticien spécialiste, les patients les plus complexes ou nécessitant des soins spécialisés sont orientés vers Macapá. En pratique, certains patients ne peuvent s'y rendre du fait de la distance et des coûts et tentent de se faire suivre à Saint-Georges.

Cependant ces migrations pendulaires pour soins ne permettent pas aux résidents brésiliens de bénéficier d'un suivi optimal : en effet, le coût des trajets en pirogue est à leur charge, ils font face à des difficultés administratives et ils craignent les contrôles de la Police aux frontières. Car, contrairement au territoire métropolitain et afin de contrôler l'immigration en Guyane, les Brésiliens ont besoin d'un visa pour entrer sur le territoire français.

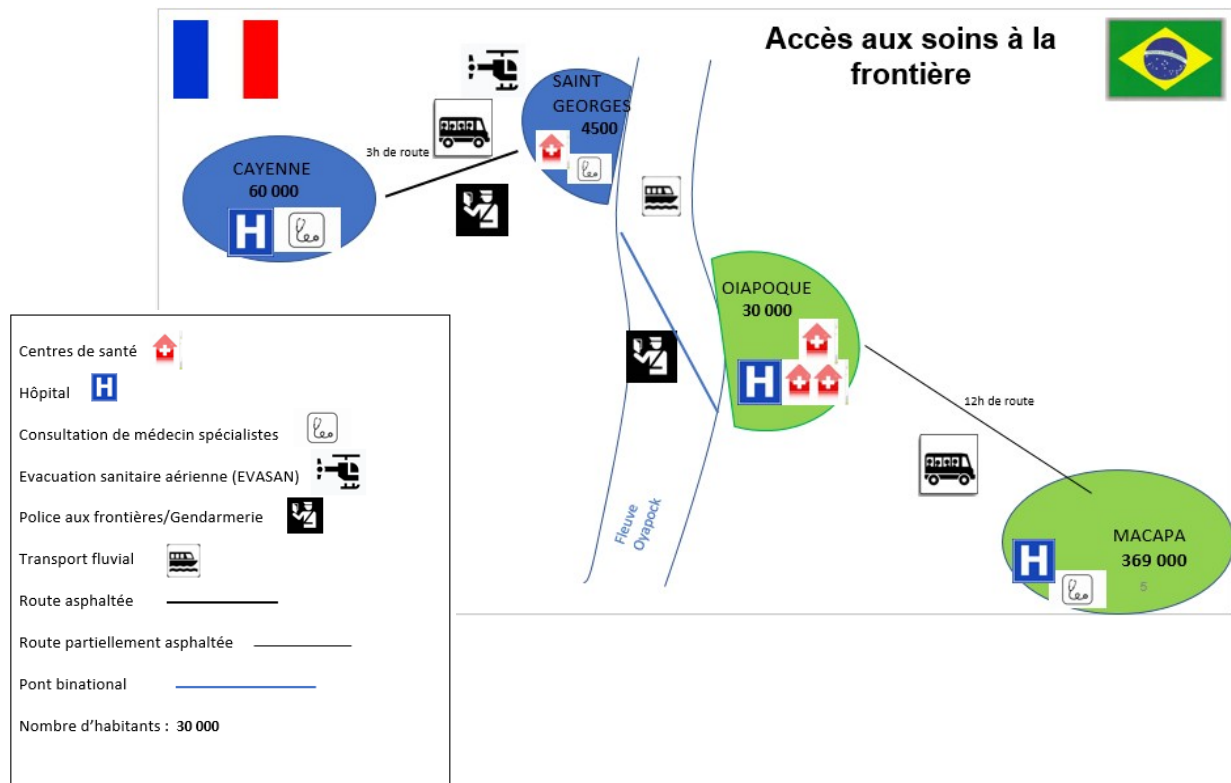


Figure 2 : Accès aux soins à la frontière

OPPORTUNITÉS ET DIFFICULTÉS DE LA COOPÉRATION EN SANTÉ À LA FRONTIÈRE GUYANE-AMAPA

Ce contexte transfrontalier spécifique, entre porosité et isolement, rend donc nécessaire un travail en coopération entre les acteurs des deux rives. En effet, ces derniers, qu'ils soient soignants, médiateurs, membres d'associations ou leaders communautaires, travaillent avec des populations confrontées à des problématiques similaires.

Cependant, il n'y a pas d'un côté des groupes homogènes d'acteurs français et de l'autre, brésiliens, mais des représentants de plusieurs communautés avec chacune sa langue, ses représentations et ses connaissances du territoire : créoles, Brésiliens, métropolitains,

Amérindiens sont ainsi amenés à travailler ensemble. Ces différentes communautés sont elles-mêmes intriquées dans différentes professions ou rôles avec, là encore, des habitudes et modes de fonctionnement différents : médecins, infirmiers, agents communautaires de santé, médiateurs, professionnels du milieu associatif, institutionnel, etc.

Le travail conjoint exige donc des rencontres régulières entre acteurs afin de créer du lien et de mieux comprendre l'autre, de penser une véritable co-construction, tout cela dans un contexte de turn-over relativement important.

Le préalable à tout travail de coopération binationale est d'adopter une même langue. Malheureusement, dans le contexte de la frontière oyapockoise, aucune langue tierce commune, telle que l'anglais, n'existe. Les médiateurs, qui font l'interface entre la population et le système de santé, sont sollicités lorsqu'il s'agit d'interagir avec les patients. Cependant, pour tous les autres échanges c'est aux acteurs d'apprendre la langue de l'autre. Dans les faits, la langue de la coopération est le portugais, apprise au contact de la frontière, une grande partie de la population étant lusophone. Cependant, la maîtrise du portugais par les acteurs français n'est que très rarement complète et dépend souvent de la volonté et de la disponibilité de chacun. Alors que des structures à Saint-Georges de l'Oyapock dispensent des cours de français langue étrangère, il existe peu de professeurs locaux pour apprendre le portugais de façon suivie. Par conséquent, les professionnels, qui restent généralement en poste pour une durée limitée, n'atteignent une maîtrise partielle de la langue qu'à la fin de leur mission. Cette difficulté liée à la langue rend nécessaire, pour mener à bien la coopération, des acteurs de terrain investis au quotidien dans la coopération, c'est-à-dire disposant de temps dédiés à celle-ci.

De plus, si la coopération en santé n'est pas récente en Europe où des accords existent entre pays frontaliers et où des lois garantissent l'accès aux soins des résidents de l'Union européenne, elle apparaît novatrice quand elle concerne des pays appartenant à des

espaces économiques et politiques distincts et disposant de systèmes de santé très différents comme c'est le cas entre la France et le Brésil. Ainsi, c'est à la connaissance mutuelle des acteurs locaux et au travail commun de permettre une réponse adaptée aux enjeux de santé publique du territoire.

Fort de ce constat, l'association française !Dsanté a pensé en 2016 un programme de coopération transfrontalière, « Oyapock Coopération Santé » (OCS), ayant pour objectif la lutte contre le VIH, les violences faites aux femmes et les grossesses non désirées dans une approche globale et intégrée en santé sexuelle et reproductive. L'exemple du volet de lutte contre le VIH permet d'illustrer les difficultés et opportunités de la coopération en santé dans le contexte frontalier amazonien.

De part et d'autre de l'Oyapock, la coopération transfrontalière en santé se fonde sur des attentes différentes qu'il convient de faire dialoguer. Le processus de l'ouverture d'une consultation VIH à Oiapoque révèle les particularités du travail de santé publique à la frontière. Jusqu'en 2019, les PvVIH devaient se rendre régulièrement à Macapá pour leur suivi, un trajet coûteux en temps et en ressources, mais également difficile à justifier pour ceux n'ayant pas communiqué leur statut sérologique à leur entourage. Beaucoup préféraient ainsi se rendre à Saint-Georges, malgré les difficultés administratives et financières et les risques d'être reconduits à la frontière.

Dans ce contexte, les acteurs français perçoivent la coopération avec le Brésil comme un moyen de résorber la complexité et le coût de la prise en charge de patients venus de l'autre rive en renforçant le système de santé brésilien. En effet, environ les deux tiers de la file active de PvVIH suivis à Saint-Georges étaient résidents d'Oiapoque. L'ouverture d'un suivi VIH à Oiapoque - Première ligne - soutenue par le projet OCS, a ainsi permis la réduction de la file active suivie au centre de santé de Saint-Georges, ce qui implique une réduction des coûts pour le système de santé français ainsi que des lourdeurs administratives pour les soignants.

Pour les autorités brésiliennes, la mise en place d'une consultation de ce type à Oiapoque était un projet non concrétisé depuis près de dix ans du fait d'obstacles logistiques et institutionnels. Elle répondait en effet à un enjeu de prestige pour ce pays, reconnu comme leader dans la prise en charge du VIH et produisant ses propres traitements génériques. La mise en place de ce suivi était donc valorisante pour les autorités comme pour les équipes locales.

La première ligne : une réussite de la coopération

L'ouverture de cette première ligne illustre donc comment des objectifs nationaux différents peuvent converger vers une amélioration de santé publique globale. Pour cela, l'engagement de plusieurs acteurs a été nécessaire et c'est pourquoi des partenariats ont été créés pour initier le projet, mais également pour le développer. Ainsi, les trois partenaires fondateurs du projet que sont l'association !Dsanté, le Centre Hospitalier de Cayenne et l'association brésilienne DPAC Fronteira ont positionné localement des personnels dédiés au projet. Une part importante de leurs missions a consisté à nouer et pérenniser les partenariats avec d'autres structures. Dans le cadre de la première ligne, un partenariat a été fait avec l'unité basique de santé (UBS) de Nova Esperança qui accueille aujourd'hui les consultations VIH. Grâce à celui-ci, les professionnels de santé brésiliens concernés ont pu être formés par leurs homologues français à la prise en charge globale du VIH.

Loin de se limiter aux volontés politiques communes, le travail en santé publique à la frontière se réalise en lien avec les patients et se heurte parfois à leur résistance. Le transfert ne concernait que les patients stables ayant une charge virale indétectable, hors femmes enceintes et enfants. Cependant, les représentations intériorisées par les PvVIH quant aux différences entre les deux systèmes de santé ont complexifié l'ouverture de la première ligne. En effet, les patients brésiliens craignaient de bénéficier d'un moins bon suivi. Dans les récits tenus par certains patients, avoir traversé la frontière pour se soigner

en France était ce qui les avait sauvés. Devoir poursuivre leur suivi dans un nouveau lieu, où auparavant aucune structure ne pouvait les prendre en charge, suscitait alors la méfiance et ce d'autant plus qu'une relation forte avec les soignants de Saint-Georges s'était instaurée. Les associations locales de médiations sociales, DPAC à Oiapoque et DAAC Guyane à Saint-Georges, ont alors eu un rôle central pour communiquer sur les avantages de cette prise en charge, comprendre et répondre aux craintes des patients. La crainte du manque de confidentialité, lié au fait d'être suivi dans la ville de résidence, alimentait également les résistances au transfert.

Ces obstacles initiaux montrent que, dans un contexte d'offre de soin déséquilibrée dans le bassin de l'Oyapock, la frontière a été associée par les patients à un « point de passage vers un refuge » (LACOSTE et VAGUET, 1999). Le renforcement du système de santé d'un côté de la frontière, en compensant cet écart, tend à modifier cette perception de la frontière, un suivi de qualité y étant désormais accessible.

Quand une pandémie s'ajoute à une autre : la lutte transfrontalière contre le sida à l'épreuve du nouveau coronavirus

En mars 2020, avec le passage de la France hexagonale en stade 3 de l'épidémie de Covid-19, des mesures de confinement strict de la population sont mises en place sur l'ensemble du territoire français, Guyane comprise, alors que la circulation du virus est encore très restreinte dans ce département d'Outre-mer. En quelques semaines, rejoindre le Brésil par le fleuve devient illégal ; aux abords de Saint-Georges comme d'Oiapoque, la surveillance policière se renforce. Progressivement, le nombre de cas positifs au Brésil, et en particulier dans l'État de l'Amapa, explose et à partir de mai, la commune de Saint-Georges est fortement touchée.

Malgré la fermeture de la frontière, un arrêté préfectoral a permis le maintien d'un « passage sanitaire » sur le pont : les malades chroniques brésiliens ainsi que les femmes

enceintes habituellement suivies à Saint-Georges peuvent alors bénéficier d'un continuum de soin. Cette décision des autorités françaises est le signe d'une compréhension de l'enjeu de la coopération transfrontalière en santé malgré des politiques nationales fortement divergentes dans la lutte contre la pandémie. Cependant, le travail de coopération à distance imposé aux professionnels de santé français comme brésiliens, ainsi qu'aux associations de promotion de la santé et de médiation implique une difficulté à obtenir des informations sur les réalités sanitaires à Oiapoque et à maintenir un suivi adapté. Le départ de l'infirmière de l'UBS Nova Esperança en charge du suivi des patient.e.s séropositif.ve.s au cours du mois de mars ajoute, même si elle a été depuis remplacée, à la complexité d'une coopération à distance. En effet, la coopération s'incarne dans des relations interpersonnelles concrètes. En santé publique, le télétravail n'offre que peu de possibilités : de la collecte de données de suivi, au suivi des patients, à la réflexion quant aux protocoles de prise en charge transfrontalière, le contact personnel et physique avec les acteurs brésiliens est nécessaire à l'avancée du projet et à la compréhension du contexte de travail de chacun.

Face à ces constats, une réunion transfrontalière a été sollicitée début juillet aux autorités des deux pays afin de permettre des échanges plus fluides entre professionnels après plus de 4 mois de fermeture de la frontière. Avec l'accord des autorités, une partie de l'équipe française a pu se rendre au sein de l'UBS de Nova Esperança afin de faire le point avec l'équipe brésilienne et de rencontrer la nouvelle infirmière. Cette opportunité de mission transfrontalière ponctuelle malgré la pandémie et la fermeture de la frontière permet aujourd'hui de penser plus sereinement la continuité du projet Oyapock Coopération Santé au temps de la pandémie de Covid-19. »

CONCLUSION

En conclusion, les problématiques communes de part et d'autre de la frontière nécessitent la coopération des acteurs pour adopter des stratégies efficaces de prévention et de prise en charge. Cependant, la coopération ne va pas de soi et nécessite un véritable engagement tant des acteurs locaux que des acteurs institutionnels pour être efficace. Notre expérience dans le cadre du projet Oyapock Coopération Santé a démontré l'intérêt de positionner localement des professionnels à la frontière, avec un temps dédié sur la coopération, afin de l'animer. Mise en œuvre dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive à la frontière franco-brésilienne, celle-ci pourrait tout à fait être étendue à d'autres problématiques de santé telles que les maladies chroniques. Enfin, la crise sanitaire actuelle et l'impossibilité de juguler la transmission du virus d'un seul côté de la frontière démontrent une nouvelle fois l'impératif de coopération en santé dans un monde globalisé.

Le projet Oyapock Coopération Santé est financé par les Fonds européens de développement régional, via le Programme de Coopération Interreg Amazonie (synergie 3895). Il reçoit également le soutien de l'Agence Régionale de Santé Guyane, de la Préfecture, de la Collectivité territoriale ainsi que de fondations privées. ■

LA SANTÉ PUBLIQUE À L'ÉPREUVE DES FRONTIÈRES : LA LIGNE FRANCO-BRÉSILIENNE À LA LOUPE

PAR **Capucine DAO** / COORDINATRICE DU PROJET OCS

Margaux BARBIER / CHARGÉ DE PROJET OCS

Sophie RHODES / DIRECTRICE IDSANTÉ

Dr Céline MICHAUD / INFECTIOLOGUE DES CENTRES DÉLOCALISÉS DE PRÉVENTION, RÉFÉRENTE DU PROJET OCS POUR LE CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE

SEPTEMBRE 2020

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ MONDIALE – « GLOBAL HEALTH »

Sous la direction de Nathalie ERNOULT et du Dr Anne SÉNÉQUIER

ernoult@iris-france.org – senequier@iris-france.org

Un observatoire du

PROGRAMME HUMANITAIRE & DÉVELOPPEMENT

© IRIS

Tous droits réservés

INSTITUT DE RELATIONS INTERNATIONALES ET STRATÉGIQUES

2 bis rue Mercoeur

75011 PARIS / France

T. + 33 (0) 1 53 27 60 60

contact@iris-france.org

@InstitutIRIS

www.iris-france.org