

Contexte socio-culturel et géographie complexe dans le cadre d'inégalités d'accès aux soins en Guyane française : enjeux pour une formation d'infirmières en pratiques avancées

La formation d'infirmière en pratique avancée (IPA) est relativement nouvelle en France : c'est le décret du 18 juillet 2018 qui a instauré ce diplôme d'État de grade master, afin notamment de créer une profession intermédiaire entre le médecin et l'infirmier. Cette formation n'existe pas à ce jour dans le contexte ultra-marin, bien qu'une prévision d'ouverture de cette formation soit prévue en Martinique pour 2023. Dans le cadre de notre travail de recherche doctorale impliquée (*voir encadré ci-dessous*), il apparaît que l'adaptation du référentiel national de formation est essentielle dans un contexte spécifique tel que la Guyane française. Avant de revenir sur les enjeux d'une telle formation, il s'agira donc de présenter quelques aspects de ce territoire, dont le contexte géographique de la région qui complique les déplacements intra territoriaux. En lien, nous ouvrirons un questionnement sur le concept de "local", avec la notion de santé communautaire. Comment asseoir une formation pertinente et forger une identité professionnelle qui gagne en sens et en puissance au regard des exigences institutionnelles et des réalités spécifiques du territoire guyanais ? Dans quelle mesure la démarche clinique des IPA serait-elle adaptée pour répondre aux besoins sociaux et culturels des populations éloignées des soins, voire aux exigences médicales et culturelles du territoire ?

Une recherche engagée

De formation infirmière initiale, j'ai évolué vers une fonction de cadre de santé-formateur afin de transmettre mon attachement à ce métier aux jeunes générations. J'ai ensuite complété ma formation par un Master Mention Enseignement, Éducation et Formation afin d'asseoir des bases dans le domaine des sciences de l'éducation, enseignement et formation.

Le développement actuel des sciences infirmières au sein du monde universitaire m'a poussé encore plus loin dans mon envie d'évoluer dans le domaine de la recherche. Mon projet de thèse intitulé provisoirement « La contingence du contexte culturel et social dans l'élaboration d'une formation d'infirmier en pratique avancée en Guyane » - sous la direction de Mr. Abdelhak QRIBI (MCF-HDR Université de Guyane) et en codirection avec Mme Séverine COLINET (MCF-HDR Université de Cergy-Pontoise)-, m'a emmené à réfléchir à l'avenir des sciences infirmières, par le biais des sciences de l'éducation et de la formation, et des nouveaux métiers qui se développent comme l'infirmier en

pratique avancée (IPA). Cette recherche doctorale impliquée entraîne des questionnements liés à l'investissement personnel et professionnel dans la mise en place de la formation IPA en Guyane, tout en travaillant de manière distanciée sur ce projet débuté en octobre 2021.

Contexte socio culturel et problématiques liées au territoire de La Guyane française

La Guyane est à la fois le dernier territoire non-indépendant et le seul département français sur le continent d'Amérique du Sud (THERY, 2015). Le département est situé entre le Surinam et le Brésil, sur le plateau des Guyanes. Il est en grande partie recouverte de forêt primaire amazonienne et bénéficie d'un climat équatorial. Dans ce contexte, vivent des populations au cœur de la forêt comme à Saül ou en bord de fleuve, notamment sur le Maroni. Nous les nommerons « sites isolés ».



Ces différents espaces sont le lieu d'une pluriethnicité importante. Plusieurs communautés ethniques vivent côte à côte: les créoles et les créoles antillais composant 35% à 40% de la

population ; les français ou métropolitains composant 10% de la population¹ ; les « noirs-marrons » issus de l’histoire du marronnage se retrouvant majoritairement sur le fleuve Maroni et dans lesquels nous retrouvons entre autres, la population nommée bushinengué, djuka et sarramacca; les chinois, les brésiliens, haïtiens, surinamais sont eux issus d’une immigration récente. Nous retrouvons également les Hmong responsables de la production agricole de la région, et les amérindiens premiers habitants du territoire, dont on dénombre environ 8000 personnes soit 5% à 7% de la population (ZOUARI, 2015).

Cette mosaïque culturelle se retrouve dans certaines régions du pays guyanais : une majorité de brésiliens habite à la frontière Est, et à la frontière Ouest se trouve une majorité de population bushinengués. La population Hmong a bénéficié de terres données par l’État français au sortir de la guerre du Viêtnam à la fin des années 1970 et qui a poussé ce peuple à un exil forcé, est habituellement concentrée à Cacao et/ou Javouhey, dans l’Est et Ouest guyanais. Quant aux amérindiens, dont sept groupes sont répartis sur le territoire (Wayana, Kali’na, Apalaï, Teko, Wayampi, Pahikweneh, Lokono), résident préférentiellement dans les communes isolées de l’intérieur. Les trois grandes villes principales Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni, abritent quant à elles, toutes les communautés présentes sur le territoire.

Cette multiethnicité interroge le « vivre-ensemble » (QRIBI et al. 2021) : « *ici on s’autodésigne et on désigne l’autre très banalement en référence à sa particularité ethnoculturelle ou ethno nationale* ». La référence à une appartenance ethnique est donc banalisée dans les rapports sociaux et quotidiens en Guyane. Le risque de cette banalisation est d’ancrer des différences « eux/nous » qui pourraient séparer au lieu de rassembler.

Cette multitude de cultures et d’histoires donne également, en contrepartie, une couleur diversifiée à l’identité guyanaise. Elle est en outre, source de foisonnement des talents (INSEE, 2014), de créativité et source potentielle d’innovation. Le caractère de la population guyanaise est donc composite— presque unique au monde — et comporte de nombreuses inégalités sociales. Ainsi, le taux de chômage des moins de 25 ans est supérieur à 50 %. Or la Guyane est la région de France la plus jeune avec 45% de sa population qui a moins de 20 ans, à quoi s’ajoute un taux de fécondité élevé².

¹ Il existe comme dans d’autres collectivités d’outre-mer, une proportion relativement importante de français issus de la France métropolitaine, majoritairement blancs, et exerçant des fonctions le plus souvent dans le domaine régalien de l’État (éducation nationale, forces armées et sécurité, santé).

² Le taux de natalité en 2020 s’élève à 27,5 ‰, alors qu’il est de 10,7‰ en France métropolitaine. (INSEE, 2020).

De plus, la Guyane française connaît d'autres tensions, qui ont été dernièrement l'objet de médiatisation. Pour contextualiser cet état de fait, il est nécessaire de prendre conscience comme le soulignent LETNIEWSKA-SWIAT ET MOREL (2021) que : « *la très faible desserte terrestre et l'enclavement induit ont eu pour effet de maintenir des pratiques spatiales transversales intenses au sein du bassin de vie fluvial* ». Autrement dit, dans cet espace guyanais recouvert de forêt amazonienne et traversé par de nombreux fleuves, le contrôle des frontières est rendu difficile. L'orpaillage clandestin renforce les problématiques de sécurité existantes sur les sites illégaux et mènent parfois à des drames, le dernier s'étant déroulé le 25 mars dernier et a conduit à la mort d'un gendarme du GIGN lors d'une opération des forces armées sur les sites d'orpaillages illégaux. Les orpailleurs clandestins viennent des régions pauvres du Brésil et du Surinam (THERY, 2015).

Enfin, certaines problématiques peuvent être reliées au contexte structurel de la Guyane, qui a emmené à un mouvement social et populaire de grande ampleur en mars 2017. Les problématiques liés à la précarité, au chômage et au logement ont amené aux accords de Guyane de 2017. C'est un accord signé entre l'État, les élus locaux et le collectif « Pou Lagwiyann dékolé » le 21 avril 2017. Durant cinq semaines précédant la signature de cet accord, un mouvement social de grande ampleur concernant les questions d'insécurité, de démographie, du sous-équipement de la région en santé, en éducation et en transport a eu lieu. Le 28 mars 2017, une marche d'une ampleur historique a rassemblé l'ensemble de la population guyanaise afin de dénoncer les éléments sus-exposés. Cet accord a permis le déblocage de 2,1 milliards d'euros en urgence et a mis en œuvre cent-soixante et onze mesures. La signature de ces accords permet de « *repositionner la Guyane sur une trajectoire d'égalité réelle convergente avec le reste du territoire national* »³. Il s'agit de « *rattraper le retard endémique et structurel de la Guyane en matière d'infrastructures sanitaires, éducationnelles, sociales et routières* » (ibid.).

Se déplacer dans les communes isolées de Guyane : rôle et missions des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS)

La Guyane française représente une étendue immense au cœur de la forêt amazonienne. Sa géographie isole certaines populations, des centres névralgiques économiques et des infrastructures sanitaires du centre littoral comme Cayenne par exemple. Sont concernés plus particulièrement les sites isolés des fleuves le Maroni à l'Ouest, et l'Oyapock à l'Est, et Saül au

³ Accord de Guyane du 21 avril 2017 – Protocole « Pou Lagwiyann dékolé », JORF n°0103 du 2 mai 2017.

centre, accessibles uniquement en pirogue et en avion : « *ainsi, de Cayenne, chef-lieu, il faut parfois, et selon les conditions météorologiques, jusqu'à quatre jours pour rejoindre certains villages* » (IHADDADENE, LEROUX, 2017). Cette constatation complexifie l'accès aux soins de la population. Les habitants doivent prévoir leurs déplacements pour se rendre à un rendez-vous médical spécialisé ; et inversement, les équipes spécialisées sont envoyées en mission régulière, ce qui leur demande du temps et une organisation certaine. La conséquence en est l'isolement des populations, car il existe un besoin d'offre de soins de proximité : au recrutement insuffisant d'un point de vue local s'ajoute un turnover important des personnels. Les CDPS sont les seuls acteurs permanents en termes de soins sur le terrain dans les zones reculées (*voir encadré ci-dessous*), où il existe la plupart du temps un déficit d'offre de soins, notamment en médecine spécialisée. Ce déficit entraîne souvent des renoncements aux soins. De plus, il y a actuellement 16 centres, avec une présence médicale permanente est effective dans 12 d'entre eux. Dans les autres centres, seul un infirmier assure les permanences (note interne du CHC, 2021). En plus du médecin et de l'infirmier, certains CDPS fonctionnent avec une secrétaire, un agent d'accueil et parfois un médiateur, qui parfois est employée par des associations ne dépendant pas du CHC mais qui effectue certaines missions spécifiques en lien avec le CHC, comme, actuellement, la stratégie face aux métaux lourds, qui cherche à détecter le taux de plombémie dans les populations vivant en sites isolés.

La médiation tient également une place importante dans les CDPS et facilite l'approche de « l'aller vers », notamment auprès des appartenances communautaires de certaines populations.

En Guyane, le diplôme universitaire de Médiation en santé, délivré par l'Université de Guyane, axe la formation sur le savoir-être et le savoir-faire des futurs médiateurs en santé. Ces médiateurs, formés, auront la capacité de conduire des projets et d'avoir une approche interculturelle selon le lieu où ils exerceront. Globalement, leur objectif sera de s'appliquer à travailler sur les représentations de la santé selon une approche culturelle bien définie, relative à leur lieu d'exercice. La lettre professionnelle de l'ARS Guyane du 20 décembre 2022 traite des médiateurs en santé dans les territoires de l'intérieur. Le professeur NACHER (Ibid.) définit la médiation en santé de la manière suivante : « *c'est donner les mêmes chances aux personnes malades, quel que soit leur localisation, quel que soit leur culture* ». Autrement dit, la médiation en santé intègre des éléments liés à la compétence culturelle mais également d'accès aux Droits, notamment celui de la santé. D'ailleurs, la population bénéficiant de médiateurs de santé en fait des retours positifs. Dans la lettre professionnelle

de l'ARS Guyane, Éloïse PALASSISSI, médiatrice au CDPS de Trois Sauts exprime ceci : « *Je les connais tous (les patients). Quand je sais que la pirogue médicale vient à Trois Sauts avec la sage-femme, le pédiatre, le gynécologue et parfois d'autres spécialistes, je prends ma propre pirogue pour le faire savoir dans les autres villages, qui se trouvent parfois à deux heures.* » Ici, nous percevons l'éloignement de la population et la difficulté d'accessibilité aux soins. Cependant cette difficulté se réduit avec l'implication des médiateurs en santé dans leurs missions. L'idée, selon l'ARS Guyane, est de développer un réseau de professionnels permettant de « *rendre la population autonome en matière de santé* ». Le point de vue est donc bien de se rapprocher d'une santé communautaire dans les communes isolées.

Enfin, il est dit, toujours dans cette même lettre professionnelle, que : « *le modèle guyanais des médiateurs peut inspirer la métropole et d'autres pays* ». Autrement dit, la Guyane peut être un exemple dans la professionnalisation des médiateurs en santé et dans l'approche interculturelle que ceux-ci développent lors de leur activité professionnelle. Nous voyons dans ce contexte, que les médiateurs en santé en Guyane, ont l'avantage de la connaissance du terrain dans lequel ils exercent leur activité professionnelle. Cependant, ce n'est pas le cas pour tous les professionnels de santé exerçant dans les CDPS en Guyane. En ce sens et au regard du turn-over important des professionnels de santé dans les CDPS, une réflexion sur la place des IPA peut être engagée.

Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS)

Ces structures existent depuis 1944 (VILLE et BROUSSE, 2014) : c'étaient alors des services médico-sociaux. En 1954, ils sont transformés en centres de médecine collective, puis en 1983 l'organisation de ces centres délocalisés de santé est déléguée au conseil départemental. En 2000, le Centre hospitalier de Cayenne reprend l'activité des CDPS (SPF, 2019)⁴.

L'ARS, dans un rapport consacré à l'impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et sociale, souligne en 2017 la place des centres qui assurent une médecine de proximité dans des zones reculées. Depuis, les missions des CDPS entrent dans le cadre du projet régional de santé de Guyane. Il s'agit de transformer des CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock en hôpitaux de proximité, dont la réalisation est en cours d'effectivité.

La plupart de ces structures travaillent sous la forme de pluriprofessionnalité, c'est-à-dire qu'un centre de santé ne fonctionne pas seulement avec un médecin généraliste mais avec plusieurs acteurs paramédicaux qui travaillent ensemble, notamment en coordination avec des

⁴ <https://www.ghg-guyane.fr/chc>

spécialités. En ce sens, des équipes mobiles de psychiatrie, de pédiatrie et autres spécialités font des missions régulières en CDPS et permettent à la population un suivi de leurs soins spécifiques. En filigrane se dessine l'intérêt, pour les acteurs médicaux et paramédicaux, de connaître le territoire local et une question peut se poser quant à la définition du « local » : qu'est-ce qui est « local » ? Qu'est-ce qui fait « local » ? Comment lier « local » et territorialité ? Comment lier « local » et « globalité » ? Le « local » c'est ce « *qui occupe un lieu déterminé de l'espace* » (CNRTL). Autrement dit, le local se définit par un territoire donné. Dans un territoire donné, des populations se développent d'un point de vue social et économique. Dans cette perspective, le développement social local renvoie à deux courants de pensée (DENIEUIL. 2008). D'une part, un développement communautaire dans une vision anglo-saxonne, dans laquelle l'économique et le social sont séparés. D'autre part, le développement de l'animation rurale à la française, dans laquelle il s'agit « *d'agréger les ressources humaines aux décisions gouvernementales, dans une perspective de gestion économique.* » (Ibid.). Le point commun de ces deux courants de pensées est le fait de promouvoir une conscience participative à la gestion économique, au développement global du territoire ainsi qu'à la mise en œuvre d'innovations institutionnelles. Le local, sous cet angle, se définit donc autant par sa territorialité que par les personnes qui vivent sur, et dans, ce territoire. De ce fait, une part « *d'indétermination* » (Ibid.) est liée aux fonctionnements humains en société. Autrement dit, « *toute évolution est imprévisible* » (Ibid.). Partant de ce principe, le « local » et le territoire ne peuvent pas être « enfermés » dans des configurations stéréotypées. Si toute évolution est imprévisible, alors le postulat systémique prévaut et met en avant un réseau de relations interdépendantes faisant évoluer le territoire « local ». Cette évolution territoriale et « locale » engendre un « *développement local identitaire et régionaliste* » (Ibid.). Le territoire est donc considéré comme un « *espace vécu* » (Ibid.).

Dans un contexte à géographie complexe telle que la Guyane, ces notions de « local » peuvent faire écho au développement du territoire, notamment en termes d'infrastructures, ou, comment relier les différents bassins « locaux », entre eux ? Dans le cas des communes isolées, les habitants qui seront les usagers du centre de santé peuvent développer un sentiment de « local ». En ce sens, le turn-over des professionnels de santé ne vient-il pas interroger cette notion de « local » ? Dans cette connaissance de cette complexité guyanaise, une médecine « d'aller-vers », autrement dit une médecine et des soins qui permettent d'aller à la rencontre de l'individu-patient peuvent être une hypothèse à la réalisation de soins congruents auprès des populations vivant en sites isolés. En ce sens, une formation IPA

adaptée au contexte, et tenant compte de ces aspects pourrait favoriser la prise en soins des populations isolées en Guyane.

Aller à la rencontre des populations locales : des différences majeures avec la métropole

Les centres de santé ont des missions de prévention des soins de manière générale. En ce sens, les missions des centres de santé sont au carrefour des logiques sanitaires et des logiques sociales. Il est donc question de santé communautaire, que l’OMS définit ainsi en 2006 :

« Processus par lequel les membres d’une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l’évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».

Dans cette définition apparaît la dynamique liée à la santé communautaire, dynamique s’instaurant dans un lieu ou auprès d’individus partageant les mêmes spécificités de vie. De ce fait, l’idée est de rendre participatifs les individus d’un même territoire ou d’une même communauté sociale, afin qu’ils deviennent acteurs de leur propre santé et puissent choisir les axes adaptés à leur prise en soin. S’il est question aussi en Guyane de démocratie sanitaire et d’activité participante à la démarche de soins, plusieurs spécificités encore à mieux prendre en compte apparaissent, comme évoqué par exemple sur la géographie contraignante, ou encore sur les fortes inégalités sociales, ou bien encore sur l’importance de certaines pathologies prévalentes telles que le VIH-Sida ou certaines maladies infectieuses tropicales spécifiques au continent sud-américain, qui ont moins cours en France métropolitaine.

Ainsi, les centres de santé offrent des soins qualifiés de médecine sociale, celle-ci prenant en compte les déterminants sociaux de la santé⁵. Selon le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP, 4 mars 2021), le contexte lié aux grandes problématiques de santé publique et de prévention en France métropolitaine décrit une augmentation des maladies chroniques, ainsi que des inégalités sociales et territoriales persistantes. Les principaux déterminants de santé nationaux concernent l’alimentation, l’alcool, le tabagisme, la pollution atmosphérique, la pollution de l’air intérieur, les pesticides et les perturbateurs endocriniens. En Guyane, la réalité porte sur d’autres enjeux. Les déterminants de santé principalement en cause en Guyane sont l’accès à l’eau potable et à l’assainissement, les intoxications, l’alimentation et

⁵ Les déterminants sociaux de santé sont les éléments qui vont influencer sur l’état de santé ou l’accès aux soins du patient. Autrement dit, on retrouve dans les déterminants sociaux de santé le niveau de vie, l’environnement, la culture, les loisirs etc.

la nutrition, la santé sexuelle, la santé de reproduction et l'égalité entre les genres, la santé mentale, les maladies infectieuses et les accidents de la route (Ibid.).

De plus, lorsque les personnes se situent dans des zones considérées comme des « déserts médicaux », l'accès aux biens de santé s'en trouve complexifié à d'autres titres. Comment développer l'éducation à la santé dans des territoires où la langue française n'est pas la langue maternelle des populations ? Comment développer une politique de prévention en santé quand les représentations de la santé ne sont peut-être pas les mêmes que celles véhiculées par la médecine allopathique ? A cet égard, les dernières recherches de terrain soulignent, concernant les actions de prévention en santé locales, la nécessité de les traduire en plusieurs langues, en évitant les supports écrits (du fait d'une prépondérance de cultures orales)⁶. Ces constats sont à l'origine de supports vidéo qui semblent mieux adaptés⁷. Cette discussion autour des pratiques langagières des individus-patients sur les lieux de soins interpelle également les étudiants en soins infirmiers en formation initiale. Depuis deux ans à l'IFSI de Guyane, plus de la moitié des travaux de fin d'études des étudiants de troisième année traitent soit d'une problématique linguistique, soit d'une problématique interculturelle. Nous voyons également à ce niveau se développer des stratégies individuelles face à ces problématiques pratiques, notamment avec l'usage des smartphones qui semblent être un outil privilégié de communication.

Il resterait cependant encore à établir des traits d'unions et renforcer l'activité des médiateurs en santé :

« Au vu de la diversité des cultures de notre département, c'est important qu'il y ait des métiers comme le nôtre qui arrive à faire le lien entre les cultures (les cultures également professionnelles et administratives) pour trouver un terrain d'entente, comprendre et se faire comprendre » (médiatrice en santé diplômée de 2019⁸).

[Orientations actuelles et interrogation\(s\)](#)

Le rapport IGAS « Renforcement de l'offre de soins en Guyane » paru en 2021 détaille les besoins et les schémas de mises en œuvre pour structurer une meilleure offre de soins sur le territoire guyanais. Dans ce rapport est évoquée d'abord la structuration des trois hôpitaux de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent du Maroni en Groupement hospitalier de territoire (GHT⁹). L'objectif est le développement d'un centre hospitalier universitaire CHRU dont

⁶ *La médiation en santé et le numérique à l'aune des inégalités sociales de santé*, webinaire organisé par la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes), le 24/03/2023.

⁷ <https://www.youtube.com/@reseaukikiwi7840/videos>

⁸ Citée dans <https://gps.gf/mediateur-en-sante-un-metier-essentiel-et-mal-connu/>

⁹ Un GHT regroupe des compétences communes.

chaque site aura vocation à accueillir au moins une des disciplines médicales. Toujours en lien avec le manque d'attractivité de la région, il s'agira de pouvoir se déplacer sur tous les sites en améliorant les moyens aériens. En matière de santé publique, le rapport préconise 39 recommandations, incluant les CDPS et les IPA :

« Accentuer les efforts développés pour l'éducation et l'accès à la santé et pour la prévention, en favorisant les coopérations entre PMI, santé scolaire et CDPS ; faire des CDPS le quatrième pilier du futur CHU ; renforcer l'offre de soins dans les CDPS de Maripasoula, Grand Santi et Saint-Georges de l'Oyapock et les labelliser en hôpitaux de proximité ; élargir le champ des spécialités au sein des hôpitaux guyanais et les faire monter en qualité ; renforcer la ressource en spécialités infirmières et en infirmiers en pratique avancée en développant les formations adaptées ». (GARDEL et al., 2021)

Ces préconisations suscitent d'autres questions de fond, tant sur leurs possibles effets que sur leurs mises en œuvre. Comment parvenir à fédérer des communautés de soignants homogènes dans un tel contexte ? Les préconisations sur l'attractivité des soignants seront-elles suffisantes pour fidéliser en particulier les équipes sur les sites isolés ? Enfin, la question d'un CHRU est-elle la réponse la plus adéquate en regard des besoins de santé communautaire du territoire ? Quelles formation(s) proposer en intra aux soignants dans ce contexte spécifique ? L'autonomie de l'infirmière et l'instauration des pratiques avancées sera-t-elle suffisante dans ce cas ? (Voir encadré ci-dessous).

Les conditions d'une nouvelle formation IPA : la nécessaire adaptation de dispositifs venant de l'hexagone

Le contexte particulier de la Guyane française, notamment en raison de l'enclavement des communes isolées, présente un accès aux soins complexe. Des centres délocalisés de prévention et de soins existent dans certaines communes enclavées, mais pas dans toutes. De plus, certains CDPS bénéficient de présence médicale, alors que dans d'autres, seul un infirmier assure une présence effective. Face à cela, l'enjeu d'une formation d'infirmière en pratique avancée prend sens. Dans l'esprit d'un aménagement du territoire (SAFON et SUHARD, 2017), leur implantation s'effectuerait préférentiellement dans les sites isolés.

L'Infirmière en Pratiques Avancées (IPA) : des marges d'autonomie à trouver localement

Selon le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée¹⁰, les professionnels concernés par cette législation sont les infirmiers et les médecins. L'exercice en

¹⁰ Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2018/07/19/0164>).

pratique avancée comporte des compétences élargies pour les infirmières en termes d'expertise et de participation dans le parcours de soins du patient. A ce jour, cinq mentions existent : Pathologies chroniques stabilisées, Oncologie et oncohématologie, Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale, Santé mentale et psychiatrie, Urgence. Les actes et activités professionnelles prévues par le décret sont centrés sur l'entretien avec le patient, la prescription, les actions d'orientation du patient, les actes d'évaluation et de conclusion clinique, les actes techniques et le renouvellement des prescriptions. Les pratiques avancées dépendent d'un protocole d'organisation, élaboré avec le médecin, qui instaure le domaine d'intervention dans lequel va exercer l'infirmière. Il inclut également les modalités de prise en charge de l'individu-patient, ainsi que les modalités et la régularité des rencontres et des échanges avec le médecin et l'équipe pluriprofessionnelle. Enfin, le médecin détermine avec l'infirmière en pratique avancée les patients à suivre.

Par ailleurs, l'IPA assure des fonctions complémentaires et transverses telles que l'analyse et l'amélioration des pratiques professionnelles au sein de l'équipe, des missions de coordination, de formation et de recherche¹¹.

Selon HU ET FORGERON (2018), la pratique avancée a été créée dans le but de répondre aux besoins prioritaires de certaines populations, de faciliter l'accès aux soins, de réduire les temps d'attente et de contenir le déficit des coûts liés à la santé.

La définition du conseil international des infirmières met plus l'accent sur l'adaptation de cette pratique clinique élargie aux contextes et/ou pays d'exercice :

« Registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision-making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/or country in which s/he is credentialed to practice ».

Les auteurs infirmiers mettent également en avant la compréhension de la philosophie et des concepts qui prédisposent à la pratique avancée permettant leur développement, leur implantation et favorisant leurs missions leur donnant ainsi plus d'impact. Dans ce sens, la méthode - PEPPA Participatory, Evidence-base, Patient-focus Process for APN (citée par DEBOUT, 2016) -, repose sur une évaluation des besoins du territoire et du système de santé existant. Des données probantes permettent d'élaborer un nouveau système de soins au plus

¹¹ Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/08/13/018>). Décret du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2021/10/26/0250>).

proche des besoins du patient dans lequel le rôle de l'IPA s'intègre pleinement. La méthode PEPPA comporte neuf étapes résumées comme suit :

- Définir la population,
- Identifier les parties prenantes,
- Mettre en évidence le besoin d'un nouveau modèle de prise en charge,
- Prioriser les problèmes et les objectifs,
- Développer un nouveau modèle de prise en charge,
- Développer une stratégie de mise en œuvre et la mettre en œuvre,
- Évaluer l'impact du nouveau modèle et enfin
- Réaliser un suivi sur le long terme.

Projet de formation IPA en Guyane

En Guyane, un projet devant mener la création de la formation IPA s'est déroulé de 2020 jusqu'à ce jour. Ce projet comportait plusieurs étapes dont la réalisation d'un séminaire intitulé : « *D'un nouveau métier soignant à son déploiement territorial : développement d'une formation soignante universitaire, un atout dans l'offre de soins* ». 18 participants ont élaboré ce séminaire dont on notera la participation de l'ARS Guyane et de nombreux médecins. Un diagnostic territorial avec toutes ses particularités a été proposé par différents médecins notamment dans les domaines suivants : la spécificité du VIH dans ce territoire, le travail en CDPS et la nécessaire coordination entre l'IPA et le médecin. Sur les domaines déjà référencés par le décret national, la santé mentale et psychiatrie montre un intérêt particulier au développement des IPA dans son secteur. Les pathologies chroniques stabilisées sont notamment représentées par la prédominance du diabète sur le territoire. En néphrologie, l'IPA semble être un maillon essentiel de la chaîne de soins. Lors de ce séminaire, un temps a également été donné à plusieurs IPA exerçant en Guyane afin de partager leur expérience et leur vécu. Enfin la Présidente de la Commission paramédicale de territoire conclut le séminaire en amenant l'idée que l'IPA est un nouveau métier.

Face au projet de réalisation de la formation IPA sur le territoire guyanais et au regard du contexte spécifique de ce territoire, notre question de départ provisoire s'orient de la manière suivante :

Au regard des attendus législatifs de la formation IPA et du contexte géoculturel de la Guyane, en quoi des innovations éducatives en termes de formation dans le

milieu de la santé permettraient-elles aux acteurs professionnels de développer un “pouvoir d’agir” soignant ?

Le cadre théorique appuyant cette problématique repose principalement sur les concepts d’innovation et d’éducation permanente et/ou formation. L’innovation a été traité dans le domaine économique par le théoricien SCHUMPETER. Pour lui, l’économie relève de processus dynamiques. C’est dans ces processus dynamiques que peut être introduit une « nouveauté productive »: *“c’est l’intégration d’une invention dans un milieu social”*. Ce concept s’applique particulièrement au développement de la formation IPA en Guyane française.

De plus, l’éducation permanente¹² a été traitée par de nombreux auteurs tels que FORQUIN, ROUX, SCHWARTZ, BOUCHET ou bien encore FREIRE.. ROUX développe l’idée de *“créer une mécanique de changement”*, ce qui va favoriser le "pouvoir d’agir” des acteurs soignants en formation. SCHWARTZ enjoint les institutions à développer des systèmes souples dans leur organisation, ce qui touche également au domaine de la formation. Pour BOUCHET, l’éducation permanente a été remplacée par la formation professionnelle continue. Une réflexion peut également être menée dans ce domaine : qu’est-ce qui relève des principes de l’éducation permanente et qu’est-ce qui relève d’une formation professionnelle ? Quels enjeux pour la formation IPA ? Enfin les théories de FREIRE concernant les pratiques éducatives émancipatrices emmènent à une réflexion sur l’éthique des formations.

Méthodologie de l’enquête exploratoire

Afin de mieux comprendre les attentes et les réalités vécues par les professionnels de santé au sein de ces CDPS, une enquête exploratoire sera réalisée à Camopi et Saint Georges de l’Oyapock dans le début de l’année 2023. Son objectif est double. Il s’agira en premier lieu d’observer et de repérer d’éventuelles pratiques professionnelles qui peuvent relever des pratiques avancées infirmières en CDPS. Dans un deuxième temps, il s’agira de recueillir le vécu et les attentes en termes de formation dans les territoires isolés de Guyane.

Plusieurs entretiens semi-directifs seront menés auprès des soignants infirmiers, professionnels pouvant prétendre à la formation en pratiques avancées, voire peut-être même exerçant des pratiques professionnelles ressemblant « déjà » à des pratiques avancées, dans

¹² Le concept d’éducation permanente rejoint celui de la formation pour adultes, ce qui est le cas de la formation IPA.

les différents CDPS¹³. Outre la description d'une journée-type pour mieux appréhender les activités de l'infirmière dans les CDPS, plusieurs thèmes seront abordés : le fait de travailler seul (impact, réalités, points positifs, axes d'améliorations éventuels) ; les conditions de vie en commune isolée (réalités, surprises, motivations, autres) ; les conditions de travail (public soigné, pathologies prévalentes, travail en interdisciplinarité, impact sur l'identité professionnelle) ; les représentations (liées au travail, liées aux conditions de vie, liées au statut infirmier, autres). Enfin, nous aborderons pour les creuser les attentes et/ou souhait(s) concernant les besoins en formation (type de besoins, type de formation envisagée, autres).

En nous appuyant sur les travaux de Christine Delory-Momberger (ALMUDEVER ET DUPUY, 2016), nous irons questionner en particulier la construction de soi dans le contexte professionnel spécifique des CDPS dans les communes isolées de Guyane. Pour ce faire, une approche globale de la construction d'un récit personnel constitutif d'une identité sociale mise en mots sera mobilisée : la biographisation. Cette dernière renvoie « *aux processus d'individuation, d'éducation et de socialisation et comme paradigme d'une approche spécifique dans les sciences humaines et sociales* »(Ibid.) Autrement dit :

« *La recherche biographique porte un intérêt particulier à la relation réciproque entre l'influence des environnements sociaux, économiques, professionnels des sociétés contemporaines sur les représentations et biographisations individuelles et la capacité des individus, dans leurs pratiques sociales, à agir sur leurs contextes* » (ibid.).

La recherche biographique englobe donc de multiples aspects du récit donné par la personne interviewée. Une place importante est donnée au vécu et au ressenti de la personne, ainsi que les liens faits avec tous les aspects de la vie : professionnelle, privée, sociale, etc. Toujours selon Christine Delory-Momberger, il s'agit de « *science du singulier* » (Ibid.) : d'un processus de métabolisation et d'appropriation de sa propre histoire à travers le récit que la personne en fait. Ce récit permet un travail de construction.

Pour rester dans la même conception, l'idée est la suivante : « *les récits sont des matériaux qui vont lui permettre de dégager et de constituer des données, y compris qualitatives, sur les comportements, les conduites, les pratiques, les représentations, les valeurs des catégories de population qu'il étudie* » ((ALMUDEVER ET DUPUY, 2016). L'espace du récit, dans notre contexte, tiendra compte des dimensions contextuelles propres à la Guyane : les langues, la géographie, la culture, la rencontre à l'autre, les valeurs professionnelles, etc.

¹³ L'entretien semi-directif laisse la possibilité à l'infirmière interviewée de raconter son vécu. Nous pourrions donc y retrouver ses appréhensions, ses surprises, le ou les mobiles de son engagement, ses conditions d'installation avec ses facteurs fragilisant et/ou renforçant et d'autres éléments.

D'autres auteurs comme PAILLE (2016) évoque l'analyse qualitative en termes de « compréhension de processus ». L'explication tient une place majeure dans cette compréhension de processus. Afin d'objectiver le discours reçu, les outils utilisés ont leur importance. Pour l'auteur, l'analyse de contenu va se faire sur les récurrences obtenues, en tenant compte du « concept de saturation » qui permettra de repérer les redondances et les éléments-clés à noter. Dans cette perspective, nous tiendrons un journal de bord dans lequel les notes seront compilées. Ces notes obtenues seront le matériel privilégié à analyser.

Enfin, le recueil de biographies méritera à être croisés avec des données d'ordre populationnelles en termes de pratiques professionnelles, de pathologies suivies, de difficultés rencontrées et d'offre de formation afin de pouvoir avoir une vision cohérente de la nécessité des pratiques avancées en territoire isolé en Guyane française.

Conclusion provisoire : tout repenser ? ¹⁴ Ou comment le contexte produit des pratiques spécifiques

La Guyane française présente de nombreuses particularités qui font de la mise en place d'une formation IPA un enjeu de santé publique pour les populations du territoire, notamment celles vivant dans les communes isolées. Ces populations cumulent précarité sociale, des spécificités culturelles et pâtissent des insuffisances structurelles qui limitent l'accès aux soins : plusieurs villages ne peuvent être atteints que par voie aérienne ou fluviale, et ce sont des centres délocalisés de prévention et de soins qui assurent une médecine de proximité dans les zones reculées du département.

L'enjeu de notre travail de thèse vise à aider à mettre en œuvre cette formation en Guyane française, et à mieux connaître les pratiques professionnelles infirmières existantes, notamment en Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS), afin d'apporter des éléments plus fins sur le contexte spécifique de leur développement. Dans cette construction, il sera primordial de tenir compte des réalités spécifiques de département français situé en Amérique du Sud, en particulier celles des populations locales vivant des communes isolées. Le risque est d'importer des modèles métropolitains peu adaptés (comme déjà souligné à

¹⁴ D'après La médiation en santé et le numérique à l'aune des inégalités sociales de santé, webinaire *op.cit.*

Mayotte et à La Réunion lors de ce colloque). En effet, les grandes problématiques de santé publique diffèrent de celles de la Métropole et impliquent une réflexion contextualisée.

Au regard de ce contexte, une enquête exploratoire est envisagée dans le but d'explorer la « construction d'un soi professionnel » centré sur l'exercice infirmier en centre délocalisé de prévention et de soins, où ces paramédicaux exercent parfois sans médecins à leurs côtés, dans des conditions spécifiques, avec un taux de turn-over important. Il s'agira de voir ensuite quelles « innovations » s'avèrent possibles.

A ce stade du travail, des questionnements demeurent : dans quelle mesure les réformes en cours suffiront-elles à attirer des professionnels de santé ? Les limites de ce travail sont liées aussi à des contextes institutionnels complexes, comprenant des acteurs peu habitués à croiser différents regards et manquant parfois de souplesse. Cependant, une approche permettant de prendre en compte l'ensemble des compétences des infirmières en pratique avancée pourrait ouvrir à des coopérations interprofessionnelles indispensables pour les professionnels travaillant en CDPS.

Blandine Solignat

Bibliographie

Almudever, B. & Dupuy, R. (2016). La recherche biographique : quel(s) regard(s) sur les épreuves identitaires aujourd'hui ? Dans : *Nouvelle revue de psychosociologie*, 22, 157-168 (<https://doi.org/10.3977/nrp.022.0157>)

Bouchet, H. (2004). Réponses (1). Education permanente ou apprenance universelle. Dans : *L'Harmattan, Savoirs*, 6, 62-64 (<https://www.cairn.info/revue-savoirs-2004-3-page-62.htm>)

Denieuil, P.N. (2008). Développement social, local et territorial : repères thématiques et bibliographiques sur le cas français. Dans : *Mondes en développement*, 142, 113-130.

Hu, J. et Forgeron, P. (2018). Thinking, educating, acting: developing advanced practice nurse. Dans: *Pubmed*, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6626250/>)

Ihaddadene, F. & Leroux C. (2017). Regards sur la mobilité internationale des jeunes d'outre-mer, *Cahiers de l'action jeunesse, pratiques et territoires*, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. (<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03182171>)

Letniowska-Swiat,S. et Morel, V. (2021). Le bas-Oyapock : un fleuve, une frontière, des frontières ? Dans : *dossier frontières et circulation dans les Guyanes*, 51 <https://doi.org/10.4000/confins.39365>

Nacher, M. et Rousseau, C. (2020). Les grands problèmes de santé en Guyane en 2020 : trois exemples de pathologies. Dans : *BEH, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé Publique France*, 2-3 <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/index.html>

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2016). L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. *Armand Colin* (<https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>)

Qribi, A., Chapellon, S., Cécile, C. & Rezki, F. (2021). Accompagner et soigner en contexte pluriethnique et pluriculturel. Dans : *Regards croisés*, Hyg e Editions

Roux, B. (1970). L' ducation permanente. Dans : *Revue française de pédagogie*, 12,18-27

Safon, M.O et Suhard, V. (2017) La géographie de la santé, *IRDES* (<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-geographie-de-la-sante.pdf>)

Schwartz, B. (1970). Réflexions prospectives sur l'éducation permanente. Dans : *Revue Prospectives*, 6, 2 (<http://www.cdc.qc.ca/prospectives/6/schwartz-6-2-1970.pdf>)

Schwartz, B. (1969). Pour une éducation permanente. Dans : *A propos d'éducation permanente*, 63-81 (<https://hal-cnam.archives-ouvertes.fr/hal-02279409>)

Théry, H. (2015).   quoi sert la Guyane ? *Outre-Terre*, 43, 211-235. <https://doi.org/10.3917/oute1.043.0211>

Tissioui, M. (2008). Essai de modélisation du processus de naissance des métiers: cas des métiers du soin. Dans: *Management et avenir*, 17, 234-258 (<https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2008-3-page-234.htm>)

Ville, M. et Brousse, P. (1er juin 2014). Centres délocalisés de prévention et de soins: une approche pour les territoires isolés de Guyane. Dans *Santé Publique France* (<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/article/2014/centres-delocalises-de-prevention-et-de-soins-une-approche-pour-les-territoires-isoles-de-guyane>)

Zouari, I. (2015). La Guyane, une mosa ique de populations. Dans : *Population et avenir* (<https://www.cairn.info/revue-population-et-avenir-2015-5-page-15.htm>)

Rapports :

ARS Guyane. (2017). Etude sur l'impact des dynamiques démographiques sur l'offre sanitaire et médico-sociale de la Guyane (<https://www.guyane.ars.sante.fr/etude-sur-limpact-des-dynamiques-demographiques-sur-loffre-sanitaire-et-medico-sociale-de-la-guyane>)

ARS Guyane. (2022). Médiateurs en santé dans les territoires de l'intérieur : la force de l'accompagnement et du réseau. Lettre professionnelle n 409. <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/103362/download?inline>

Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. *Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition.* OMS, octobre 2006.
www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Gardel.C et Blondel .J et Yvin.P et Blemont.P (2021). *Renforcement de l'offre de soins en Guyane. Rapport IGAS-IGA-IGESR*, n°2020-066R/IGA N°20071/IGESR N° 2020-160 (<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article816>)

Haut Conseil de Santé Publique (2021). *Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations.* (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1007>)

Lauvaux. M. (2018). Rapport INSEE (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3625735>)

Debout, C. (2016). *Pratique avancée en soins infirmiers* (Conférence). CEFIEC (https://www.cefiec.fr/Document/JourneesNationales/SaintMalo/Diaporamas/JeuDi/Présentation_PratiqueAvancée.pdf)

Textes législatifs

Accord de Guyane du 21 avril 2017, Protocole « pou Lagwiyann dékolé », (J.O du 02/05/2017) (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034519630>)

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2018/07/19/0164>)

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2018/07/19/0164>)

Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'Ordre des infirmiers (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/08/13/0187>)

Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/08/13/0187>).

