

LE SURINAM, UN PARTENAIRE CLEF POUR UNE COOPERATION REGIONALE EN SANTE PUBLIQUE DANS LES GUYANES

S. ALDIGHIERI, M. EERSEL, X. MALATRE, M. OOMS

• Travail du Caribbean Epidemiology Center/Pan American Health Organization (S.A., Médecin Epidémiologiste), Port of Spain, Trinidad et Tobago • Fax : 00 1 868 622 1008 • e-mail : aldighsy@carec.paho.org • ; de la Mission Médicale de l'Intérieur (M.E., Médecin de Santépublique, Directeur), Paramaribo, Surinam ; de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (X.M., Médecin Inspecteur de Santé Publique), Cayenne, Guyane et de la Direction de la Coopération Internationale (M.O., Médecin de Santé Publique), Ministère des Affaires Etrangères, Paris.

Med. Trop. 2000 • 60 • 323-327

Le présent article a pour objectif principal de donner une vue d'ensemble des indicateurs de santé publique, en particulier concernant les maladies transmissibles, de ce pays replacé dans son contexte régional afin d'identifier les bases techniques d'une coopération avec ses voisins, au premier rang desquels se trouve le département français de la Guyane et ne prétend pas remplacer l'analyse de la situation de santé publiée régulièrement par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Le pays et les hommes

Le Surinam, ancienne Guyane Hollandaise, est un pays de 163 820 km², bordé à l'ouest par le Guyana, à l'est par le département français de la Guyane et au sud par les états brésiliens de Para et d'Amapá. Le pays est soumis à un climat équatorial avec des différences de pluviométrie notables entre la région côtière (2 m/an) et l'hinterland (autour de 1,5 m/an). La température moyenne annuelle est voisine des 25,5°C. Sur le haut-Maroni, le minimum moyen mensuel est de 21,5°C et le maximum moyen est de 30,5°C. La côte est basse, envasée des boues alluviales et presque partout colonisée par les palétuviers. En arrière de cordons littoraux s'est développée une bande de savanes large de 50 km à 120 km. Au-delà s'étend la forêt équatoriale, continue et dense, à l'exception de l'extrême sud-ouest où l'on observe des savanes à galeries forestières.

Le pays est peuplé d'environ 450 000 habitants. Près de 90 p. 100 de la population se concentre sur une bande côtière représentant 20 p. 100 du territoire. La composition ethnique comprend 7 grands

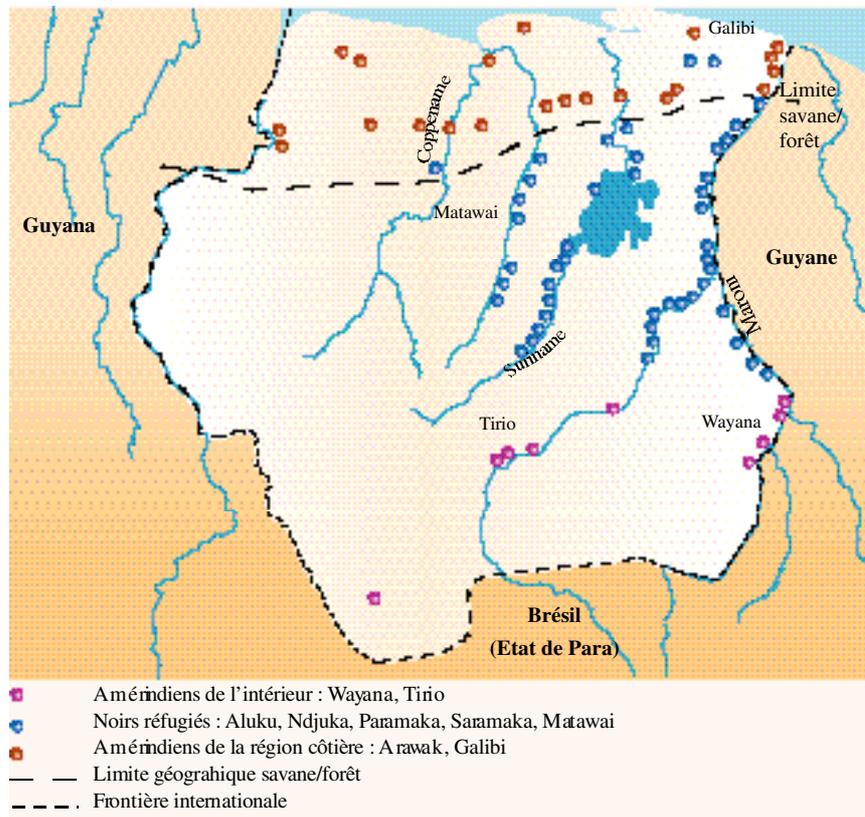


Figure 1 - Limites éco-géographiques du Surinam et emplacements des communautés indigènes.

groupes : Créoles (32 p. 100), Hindoustaniens (37 p. 100), Indonésiens (15 p. 100), Noirs réfugiés (10 p. 100), Amérindiens (3 p. 100), Chinois (2 p. 100) et autres (Européens, Syro-Libanais, 1 p. 100). En outre, 50 000 Guyaniens vivent dans la région de Nickerie, ainsi que 10 000 Haïtiens dans la région de Paramaribo. Enfin, 35 000 Brésiliens se répartissent

entre la capitale et les sites d'orpaillage de l'intérieur, légaux et illégaux. Les 50 000 habitants de l'hinterland, Noirs réfugiés et Amérindiens, occupent une zone représentant 80 p. 100 du territoire. La population résidant sur le versant surinamien du bassin du Maroni, en incluant le Tapanahony, était estimée en 1999 à 15 000 personnes (Fig. 1).

Les groupes amérindiens décimés dès le XVII^e siècle par les maladies importées par les Européens ne représentent actuellement que 3 p. 100 de la population et se répartissent en 2 groupes géographiques : celui de l'intérieur avec les Wayana et les Tirió et celui de la région côtière avec les Arawak et les Galibi. Depuis les années 1960, les communautés amérindiennes connaissent à nouveau un essor démographique.

Dans le centre du Surinam et sur le Maroni se sont développés des groupements de race noire, descendant d'esclaves rebelles enfuis au XVIII^e siècle des plantations du littoral. Ces communautés de Noirs réfugiés se sont depuis lors différenciées culturellement et se répartissent en 5 groupes : Ndjuka, Paramaka et Aluku dans le bassin du Maroni, Saramaka et Matwai au centre du pays. Ces populations, qui représentent 10 p. 100 de la population totale, sont définies comme indigènes au même titre que les amérindiens, le concept de peuple se référant à l'ensemble des traits qui caractérisent un groupe humain en termes de territoire, d'histoire de culture et d'ethnie et qui lui donnent un sentiment d'identité (1).

La langue officielle est le néerlandais. La *lingua franca* utilisée par la plupart des communautés est le *sranan-tongo*, dont une variante, le *taki taki*, est parlée sur les deux rives du Maroni. Les peuples premiers, Galibi, Wayana et Tirió appartiennent au groupe linguistique karib dont le berceau est situé sur le bas-Orénoque, tandis que les Arawak appartiennent au groupe linguistique arawakan qui inclut aussi les Palikur de Guyane et d'Amapa. Le javanais et l'hindoustani sont aussi parlés au sein des communautés descendant d'une immigration favorisée par la puissance coloniale entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle.

Histoire contemporaine

La république du Surinam a pris son indépendance vis-à-vis des Pays-Bas en 1975, ce qui a entraîné le départ de 40 000 personnes, en majorité des cadres, vers ce dernier pays. Les années 1980 ont été marquées par une récession économique provoquée par la chute des cours de la bauxite et de l'aluminium qui sont les principaux produits d'exportation. Après un coup d'état et l'instauration d'un régime militaire en 1980, le pays vécut une situation politique tendue qui déboucha sur une guerre civile en 1986, suivie d'une période d'instabilité jusqu'en 1992. En 1986, le district nord-est de Marowijne ainsi que le moyen-

Maroni furent les zones les plus touchées par les troubles, entraînant le déplacement de près de 20 000 personnes, en majorité des Noirs réfugiés, dont une grande partie trouva refuge dans la région de Saint-Laurent et de Mana sur la rive française du Maroni.

Situation politique, administrative et économique

La république du Surinam est un régime présidentiel. Le président est choisi par une assemblée de 51 membres pour une période de 5 ans. Au sein de cette assemblée, les communautés indigènes de l'intérieur possèdent un quota de représentation. Le pays est divisé en 10 districts administratifs, eux-mêmes divisés en 64 *resorts* qui possèdent leur propre conseil d'élus. Le Surinam est membre du CARICOM (Communauté Caraïbe) depuis 1995 ainsi que de l'AEC (Association des Etats de la Caraïbe).

L'économie du pays est étroitement liée aux principaux produits d'exportation que sont la bauxite et l'aluminium. Depuis la fin des années 1990, une inflation importante affecte la monnaie locale, le florin surinamien, et rend difficile toute planification de l'activité des services publics. En 1998, le PNB par habitant était de 1 500 dollars US.

Le système sanitaire : un partenariat entre l'Etat et des organismes non gouvernementaux

La politique sanitaire au Surinam prône les soins de prévention et l'éducation sanitaire, et s'appuie pour cela sur un corps médical de 190 médecins généralistes et de 95 spécialistes. En 1998, les dépenses nationales de santé représentaient 5 p. 100 du PNB dont 51 p. 100 pour les services publics. Il existe 5 hôpitaux dans le pays, 4 à Paramaribo, 1 à Nickerie : trois hôpitaux sont publics (s'Lands, Academic et Nickerie), et deux privés et confessionnels (St Vincentius, catholique ; Diakonessenhuis, protestant).

En vue de proposer une offre de soins sur tout le territoire, le gouvernement surinamien finance 2 organismes non gouvernementaux : une fondation semi-privée, les Services de Santé Régionaux (RGD) pour les 8 districts côtiers et la Mission Médicale (MZ), une ONG, pour les 2 districts de l'Intérieur (Fig. 2).

Avec un personnel médical de près de 270 personnes, dont 55 médecins, la RGD met en oeuvre un réseau de 65 centres de santé, dont des postes auxiliaires visités par des équipes ambulantes, et des structures plus lourdes comme le centre d'Albina, ex-hôpital détruit en 1986, lors des combats dans le district de Marowijne.

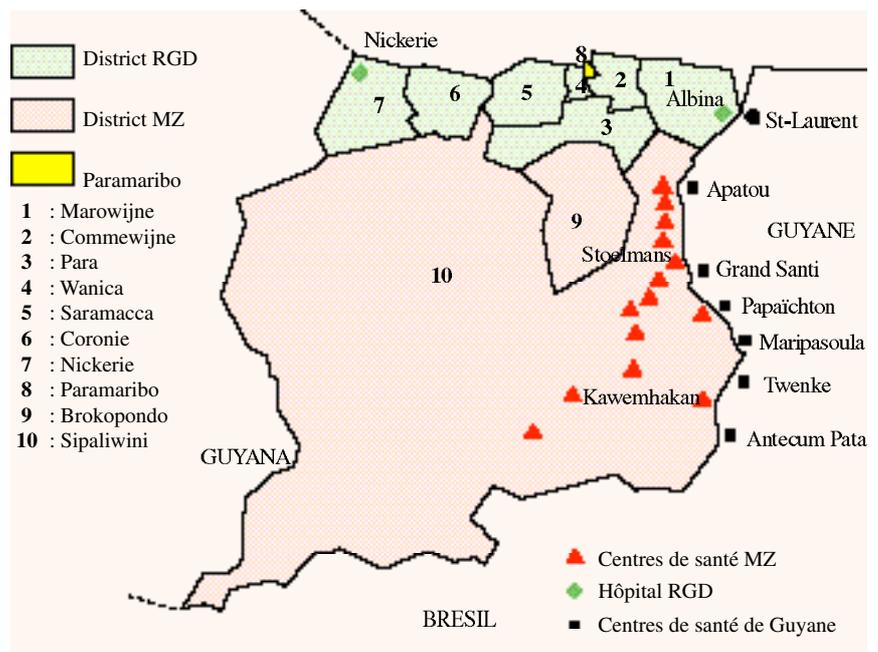


Figure 2 - Organisation des districts de santé au Surinam et emplacement des structures de santé dans le bassin du Maroni.

La MZ est une organisation intéressante à plusieurs titres. Initialement liée aux différentes églises avant l'indépendance, elle a maintenant un accord avec le gouvernement surinamien qui apporte 100 p. 100 du budget régulier. Par ailleurs, des projets extra-budgétaires (sida, Moustiquaires imprégnées, renforcement des laboratoires...) sont financés par l'Organisation Panaméricaine de la Santé (l'OPS), l'UNICEF, la Commission Européenne, etc. La MZ est en charge de tous les aspects de santé publique concernant les populations indigènes de l'hinterland : soins curatifs, soins préventifs et surveillance. La cheville ouvrière de son réseau sont les 62 assistants de santé, ayant reçu une formation sur 3 ans, qui animent 45 postes de santé et mettent en œuvre une stratégie de soins de santé primaires. Quatre médecins, dont 3 coordinateurs régionaux, et 6 infirmières se déplaçant en pirgoue et en avion, supervisent les activités curatives, les programmes de prévention et la formation permanente. Les patients graves sont transférés sur l'hôpital Diakonessenhuis de Paramaribo qui entretient un service spécial à cet effet.

Le profil épidémiologique : une différence marquée entre la côte et l'hinterland

Les indicateurs généraux de santé sont comparables à ceux d'autres membres du CARICOM (2). Quelques indicateurs sont à retenir pour 1998 :

- *Espérance de vie à la naissance* : 69 ans pour les hommes et 74 ans pour les femmes.
- *Mortalité infantile* : 25 pour 1000 naissances vivantes.
- *Mortalité des enfants de moins de 5 ans* : 8,7 pour 1000 naissances vivantes.
- *Naissances assistées par un personnel de santé* : 80 p. 100. (proposition)
- *Couverture de vaccination contre la rougeole chez les moins de 1 an* : 81 p. 100.

Bien qu'il n'existe pas de données comparables (enquêtes régulières utilisant la même méthodologie, systèmes d'information sanitaire harmonisés) entre les districts de l'intérieur et ceux de la côte, il existe des différences marquées en termes de morbidité et de mortalité entre les populations côtières d'origine créole, hindoustani et javanaise d'une part et les populations indigènes de l'intérieur. Une enquête non publiée de l'hôpital Diakonessenhuis montrait en 1994 une mortalité périnatale de 29,8 pour 1000 naissances vivantes sur la côte, tandis

Roll Back Malaria dans le plateau des Guyanes

Un des objectifs stratégiques de l'initiative *Roll Back Malaria* pour les 9 pays de la région amazonienne (conférence de Lima, novembre 1999) est la mise en place de plans de lutte conjoints dans 14 zones d'intérêt épidémiologique commun (zones frontalières) sous les auspices de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS). Huit zones d'intérêt épidémiologique commun se trouvent dans le plateau des Guyanes qui regroupent les états vénézuéliens de Bolivar et d'Amazonas, le Guyana, le Surinam, la Guyane française et les états brésiliens de Roraima, de Paraguarí et d'Amapa. Les zones frontalières Surinam/Guyane et

Surinam/Paraguarí font partie de ce groupe des 8 zones prioritaires.

La totalité des pays, à l'exception du département français de la Guyane, sont signataires du pacte amazonien qui sert de cadre diplomatique à des accords de coopération technique. Les caractéristiques épidémiologiques communes aux 8 zones du plateau des Guyanes sont :

- un accès difficile aux services de santé,
- une incidence très élevée au sein des populations indigènes (IPA supérieur à 100),
- une association parasite/vecteur redoutablement efficace : *Plasmodium falciparum*/*Anopheles darlingi*,

- une proportion importante de souches parasitaires multi-résistantes,
- des brassages importants de populations provoqués par une augmentation des activités d'orpaillage.

Les objectifs généraux de ces plans de lutte conjoints sont le renforcement des services de santé dans les zones frontalières identifiées comme prioritaires en vue de faciliter l'accès des populations aux soins de base et le développement des capacités techniques (surveillance, diagnostic, prévention) des services travaillant dans ces zones frontalières en vue d'une réponse intégrée aux besoins.

qu'elle était de 47,5 dans l'intérieur. Les indicateurs de la MZ montrent qu'au sein des populations indigènes, les trois premières causes de consultation sont, dans l'ordre et toutes classes d'âge confondues, les infections respiratoires aiguës, le paludisme et les diarrhées aiguës (4). En 1998, 11 p. 100 des femmes enceintes, suivies par la MZ dans les postes de l'intérieur, ont présenté un accès palustre durant leur grossesse.

Surveillance épidémiologique

En matière de surveillance des maladies transmissibles, l'unité d'Epidémiologie du Bureau de Santé Publique (BOG) gère un double système d'information sanitaire (SIS) au sein des 8 districts côtiers : une information hospitalière provenant des 5 hôpitaux et un réseau sentinelle, *telefonade*, de 30 stations, 21 centres de santé RGD et 9 établissements du secteur privé. Les 2 systèmes utilisent un diagnostic par maladie et font des notifications de manière hebdomadaire.

La surveillance épidémiologique pour les 2 districts de l'intérieur est assurée par la Mission Médicale de l'Intérieur qui utilise, au sein de ses 46 postes de santé, un système d'information par approche syndromique.

Le laboratoire central du Bureau de Santé Publique (BOG) joue le rôle de laboratoire national de référence pour les deux réseaux.

Le paludisme, problème majeur de santé publique pour les peuples indigènes

Le paludisme est le problème majeur de santé publique dans l'intérieur et une pathologie potentiellement ré-émergente pour les districts côtiers. Il existe 2 zones distinctes de transmission : une zone de transmission instable ou épidémique dans les savanes côtières, principalement au sein des communautés de langue arawakan et karih du district de Para où le vecteur incriminé est *Anopheles nunezovari* (3) et une zone de transmission stable le long des fleuves des districts de l'intérieur où le vecteur identifié est *Anopheles darlingi* (4). Au Surinam, comme en Guyane, plus de 70 p. 100 du paludisme est concentré dans le bassin du Maroni. Dans cette zone frontalière, 90 p. 100 des paludismes confirmés sont dus à *Plasmodium falciparum* (5). Depuis près de 10 ans, les indicateurs de cette zone sont les plus hauts d'Amérique du sud (Indice Parasitaire Annuel des territoires de l'intérieur > 300). Au cours des 15 dernières années, les mouvements de réfugiés puis l'installation des orpailleurs, la plupart d'origine brésilienne (*garimpeiros*), ont provoqué des changements importants du faciès paludique avec une progression rapide des souches chimiorésistantes de *Plasmodium falciparum* et une diffusion au sein des communautés amérindiennes vivant sur la partie

haute des fleuves, ces dernières présentant classiquement une immunité contre *Plasmodium vivax*.

En 1996, année record, près de 12 500 cas de paludisme confirmé, avec 14 décès, ont été notifiés au niveau national dont 1 342 dans le district de Paramaribo et 11 000 pour les deux districts de l'intérieur.

En vue de renforcer la lutte contre cette maladie, le Surinam a adopté les lignes directrices de l'OPS/OMS lors de la conférence régionale *Roll Back Malaria* pour la région amazonienne (Lima, novembre 1999) (encadré). Dans ce cadre, l'axe majeur de la lutte anti-paludique, est l'intégration de la prise en charge des cas de paludisme dans les soins de santé primaires, s'appuyant sur le réseau de postes de santé sous la responsabilité de la Mission Médicale.

Maladies émergentes : une situation comparable à celle d'autres pays amazoniens

En matière de fièvre jaune.

En 1999, la couverture vaccinale était pratiquement inexistante et l'introduction du vaccin anti-amaril dans le programme élargi de vaccination n'était pas opérationnelle malgré les recommandations de l'OPS/OMS. Pourtant, le cas de fièvre jaune selvatique, survenu chez un adulte Wayana du haut-Maroni en avril 1998, est un parfait indicateur de la ré-émergence du virus amaril dans le plateau des Guyanes (6). Le risque de réintroduction de la fièvre jaune urbaine est présent, car écosystèmes forestiers enzootiques et milieux « rurbains » infestés par *Aedes aegypti* s'imbriquent étroitement.

Au cours de l'année 2000, la MZ a mené une campagne de vaccination dans l'intérieur avec l'appui de l'OPS. Toutefois,

il n'existe pas de surveillance systématique des cas suspects et le laboratoire central du BOG ne possède pas les capacités de diagnostic nécessaires.

La dengue.

La situation épidémiologique de la dengue au Surinam est critique. La transmission est endémo-épidémique dans les districts côtiers avec en 1999 un taux d'incidence annuel de 366 p. 100 000 et une circulation des sérotypes 1 et 2. Une épidémie de grande envergure a touché la région de Paramaribo fin 1999-début 2000 : plus de 1 000 cas ont été notifiés, dont une vingtaine de décès par complications hémorragiques (7).

Le choléra.

Une bouffée épidémique de choléra a été observée sur le Maroni en 1992. Aucun cas n'a été notifié depuis.

VIH/sida et tuberculose

Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA est placé sous la responsabilité du Département de Dermatologie (*Dienst Dermatologie*) du Ministère de la Santé. Il existe par ailleurs un programme spécial VIH/MST au sein de la Mission Médicale dont la stratégie d'éducation pour la santé est adaptée aux particularités culturelles des populations de l'intérieur. Peu de données épidémiologiques récentes sont disponibles. En 1990, près de 3 p. 100 des prostituées testées à Paramaribo étaient séropositives pour le VIH. En 1991 près de 1 p. 100 des femmes enceintes testées lors d'une visite pré-natale dans un centre urbain étaient séropositives pour le VIH (8).

Le taux de notification de la tuberculose a connu une augmentation entre 1991 et 1999, passant de 17,3 p. 100 000 à 23,4 p.

100 000. Le laboratoire central joue un rôle clef dans le programme de lutte et identifie *Mycobacterium tuberculosis* jusqu'à la culture. L'antibiogramme des souches isolées est effectué par le CAREC à Trinidad et Tobago, laboratoire de référence de l'OPS pour la Caraïbe anglophone et néerlandophone. Entre 1994 et 1998, les souches multi-résistantes n'ont pas dépassé 3 p. 100. En matière de traitement, le programme national utilise la stratégie DOTS recommandée par l'OPS. Jusqu'en 1999, le programme national n'effectuait pas de dépistage systématique d'une co-infection par VIH.

La coopération avec le département de la Guyane : une étape indispensable pour un renforcement de la lutte contre les maladies transmissibles.

Le Surinam présente une frontière de près de 500 km avec la Guyane. Sur le fleuve frontière Maroni, les mêmes ethnies indigènes se partagent entre les deux rives. Pourtant, les deux pays ne se connaissent pas, ou très mal. Aussi longtemps que remontent les chroniques, il y a eu brassage des populations : migrations pré et post colombiennes des groupes amérindiens de langue karib et arawakan, tentatives, réussies ou avortées, d'installation de colons européens aux XVII^e et XVIII^e siècle, révoltes des esclaves africains au XVIII^e siècle (9) et très récemment les contre-coups de la guerre civile au Surinam (1986/1992).

Au début des années 1990, une coopération des équipes de terrain de lutte antipaludique avait permis une diminution notable de la transmission dans les zones du Maroni couvertes de manière conjointe. En 1993-1994, des missions conjointes d'évaluation ont été menées sur ce fleuve,

REFERENCES

- 1 - STAVENHAGEN R. - Los derechos indígenas : algunos problemas conceptuales. *Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos* 1992 ; 15.
- 2 - Core Data by country. Health Situation and Analysis, PAHO. www.paho.org, 2000.
- 3 - Evaluation of Malaria Situation in Suriname. Document PAHO/HCP/HCT/92/97.
- 4 - ROZENDAAL J.A. - Epidemiology and control of Malaria in Suriname. ICG Printing b.v., Dordrecht, 1990, 172 p.
- 5 - Rapport annuel sur la situation du Paludisme dans l'intérieur du Surinam. Document en néerlandais, Medical Mission, 1999.
- 6 - HERAUD J.-M., HOMMEL D., HULIN A. et Coll. - First case of Yellow Fever in French Guiana since 1902. *Emerg. Infect. Dis.* 1999 ; 5 : 429-432.
- 7 - Communicable Diseases Feed Back Report, 1/2000. CAREC/PAHO. www.carec.org
- 8 - Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and STI, Suriname, 2000. Document WHO/PAHO/UNAIDS.
- 9 - HURAUULT J.-M. - Blancs et indiens en Guyane. Société guyanaise ed., Cayenne, 1989.

mais aucun projet spécifique n'a vu le jour. Entre 1997 et 2000, un projet du Fonds Inter-caribéen de Coopération (FIC) a permis le renforcement du centre de santé d'Albina par l'intermédiaire de l'hôpital de St Laurent (fourniture de matériels et équipements, formations, collaboration médicale).

Depuis 1998, une coopération structurée se met en place. Un projet du Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP) du Ministère français des Affaires Étrangères débutera en 2001. Il est attendu de ce premier projet de coopération bilatérale, ciblant la surveillance et la lutte contre le paludisme et la fièvre jaune sur le haut-Maroni, qu'il joue

le rôle de catalyseur en vue d'une coopération trans-frontalière pérenne en matière de santé publique.

Conclusion

Le système de santé surinamien permet une réponse adaptée aux particularités épidémiologiques des deux grandes zones géographiques du pays. D'une part, une frange côtière peuplée de manière dense où les pathologies non transmissibles sont prévalentes, d'autre part un hinterland où les grandes endémies tropicales sont un frein au développement harmonieux des populations indigènes.

Il est intéressant de noter que, dans le cadre d'une politique d'intégration régionale, le ministère de la santé publique du Surinam a accordé une priorité aux accords de coopération avec les pays voisins. L'objectif final de cette politique est d'aboutir, dans les zones frontalières, à la mise en place de plans opérationnels conjoints de lutte contre les grandes endémies, au premier rang desquelles le paludisme.

• **Remerciements** - Les auteurs remercient le Dr Parimi Prabakhar (PAHO/CAREC) pour ses données concernant la situation de la Tuberculose.

Consultations de Prévention des Maladies du Voyageur Centres de Vaccination anti-amarile des Hôpitaux d'Instruction des Armées

ciens)

BORDEAUX

Hôpital Robert-Picqué
Route de Toulouse

05 56 84 70 99
Du lundi au jeudi
sur rendez-vous

05 56 84 70 38

BREST

Hôpital Clermont-Tonnerre
Rue du Colonel Fonferrier

02 98 43 76 16
Lundi et mercredi après-midi
sur rendez-vous

02 98 43 76 16
02 98 43 73 24

LYON

Hôpital Desgenettes
108 Boulevard Pinel

04 72 36 61 24
Du lundi au vendredi sur rendez-vous
vendredi matin sans rendez-vous

04 72 36 61 24

MARSEILLE

Hôpital Laveran
Boulevard Laveran

04 91 61 71 13
Vendredi sur rendez-vous

04 91 61 71 13

METZ

Hôpital Legouest
27 avenue de Plantières

03 87 56 48 62
Lundi, mercredi et jeudi après-midi
sur rendez-vous

03 87 56 48 62

SAINT-MANDE

Hôpital Bégin
59 avenue de Paris

01 43 98 50 21
Lundi, mercredi et vendredi après-midi
avec et sans rendez-vous

01 43 98 50 21