



**CENTRE de RESSOURCES
POLITIQUE DE LA VILLE de GUYANE**

ACTES DU SEMINAIRE

« La santé communautaire, politique locale de santé »

Centre National d'Etudes Spatiales

Kourou

30 Mars 2009

Guyane Promo Santé et le Centre de Ressources Politique de la Ville,
en partenariat avec l'Institut Théophraste Renaudot



**Centre de Ressources Politique
de la Ville (CRPV) de Guyane**

12, rue du XIV Juillet
B.P.691 - Cayenne cedex

Tel: 0594 28 79 43

Fax: 0594 28 79 44

Courriel : observatoire-crpv@orange.fr

Guyane Promo Santé (GPS)

59 avenue Voltaire
97 300 Cayenne

Tel : 0594 30 13 64

Fax : 0594 35 84 80

Courriel : contact@gps.gf

SOMMAIRE

PARTIE 1 : PRESENTATION	2
Introduction	2
Programme du séminaire	4
Ouvertures : Mme Monia ZAMOR (CNES) M. Rémi AVRAIN (CRPV) M. Christophe PRAT (DSDS)	6
PARTIE 2 : INTERVENTIONS	9
<i>Démarche communautaire : un incontournable du développement « de la santé »</i> Mme Mariella GALLI, Institut Renaudot	9
<i>Idées, acquis, concepts, et réflexions partagés pendant la formation sur la santé communautaire que nous souhaitons vous transmettre</i> Mme Denyse CASSIN et M. Marc RUELLO	18
Restitution des débats	21
<i>Ateliers Santé Ville et démarches communautaire. Quelle est la prise en compte de la dimension communautaire par les ASV en Guyane?</i> Mme Joanne MASSEMIN (ASV/CCAS St Laurent)	22
Anthropologie de la santé et de la maladie. Une approche en santé publique + Bibliographie indicative M. Nadir BOUDERHI	28 38
<i>Etude "Migrations et soins en Guyane" 2009</i> Mme Anne JOLIVET, Institut national de la santé et de la recherche médicale	39
<i>La démarche communautaire à AIDES Guyane</i> Mme Claire GIROU, Aides	44
<i>Mission France Guyane : Action Mobile de Proximité et Promotion de la Santé</i> M. Jean-Noël ROBILLARD, Médecins du Monde	49
Restitution des débats	53
<i>Équipe Mobile d'Information et Prévention Santé</i> M. Pasckal SELE, Réseau Matoutou	57
<i>Programme de santé communautaire</i> M. Pascal BONNET, Croix Rouge Française	61
Restitution des débats	66
PARTIE 3 : ANNEXES	69
Evaluation du séminaire	69
Liste des intervenants au séminaire	71
Liste des participants au séminaire	72
Liste des participants à la formation	74
Programme de la formation	75
Liste des outils relatifs à la formation sur la santé communautaire	79

PARTIE 1 : PRESENTATION

INTRODUCTION

La santé communautaire s'appuie sur **la participation de la population à la promotion de sa santé**. Elle associe les citoyens, les élus et l'ensemble des acteurs au maintien et à l'amélioration de leur santé, dans un contexte où la santé ne se résume pas au simple soin mais englobe, comme l'entend l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le bien-être physique, social et psychologique de tous. En collaboration avec le Groupement Régional de Santé Publique et l'Institut Renaudot, **le Centre de Ressources Politique de la Ville (CRPV) et Guyane Promo Santé (GPS) ont organisé en Guyane, début 2009, deux temps forts sur le thème de la « santé communautaire »** afin de sensibiliser les différents acteurs guyanais et valoriser l'intérêt de cette démarche.

Le premier temps a été l'organisation d'une formation intitulée « Mettre en œuvre une politique locale de santé dans une démarche communautaire » du 23 au 27 mars 2009 à Cayenne. Animée par Madame Mariela Galli de l'Institut Théophraste RENAUDOT, elle s'est adressée à des professionnels en position d'initier et de coordonner des projets de santé communautaire. Cette formation a permis aux 16 participants de mieux appréhender cette démarche et sa mise en œuvre à partir de leurs projets. Il est important de souligner la qualité de l'animation de cette formation. En effet, par son expérience, son savoir faire et son engagement, Mme Mariela Galli a su fédérer les participants autour de perspectives communes. L'ensemble des réflexions a d'ailleurs donné lieu à une présentation commune lors du séminaire.

Le deuxième temps a été l'organisation d'un séminaire sur le thème « La santé communautaire-politique locale de santé », ayant pour objectif de favoriser l'émergence de dynamiques territoriales de santé en Guyane. Ce séminaire s'est tenu le 30 mars 2009 à la salle Jupiter du Centre National d'Etudes Spatiales (CNES) à Kourou. Il a réuni des décideurs politiques locaux, des responsables institutionnels départementaux, des professionnels de la santé, de l'éducation, et du développement local et des associations impliquées dans la promotion de la santé. Il a permis aux participants de se familiariser avec la démarche de santé communautaire développée par l'Institut Renaudot, et d'échanger sur les projets de prévention mis en place en Guyane.

La matinée a été consacrée à des **aspects conceptuels et contextuels**. Après une ouverture du séminaire par M. Christophe Prat, directeur adjoint de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS), Mme Mariella Galli de l'Institut Renaudot a présenté le contexte et les enjeux de la démarche communautaire. Cette intervention a suscité beaucoup d'intérêt de la part du public qui

désirait prendre connaissance d'expériences concrètes. M. Marc Ruello de la DSDS et Mme Denyse Cassin de SIS/GPS ont restitué les propositions formulées dans le cadre d'un focus group par les participants à la formation sur la santé communautaire. Mme Joanne Massemin, coordinatrice de l'ASV de Saint-Laurent du Maroni, a fait le lien entre démarche communautaire et Atelier Santé Ville. Enfin, M. Nadir Boudjerhi est intervenu sur l'anthropologie de la santé et de la maladie.

L'après-midi a été consacrée aux **expériences guyanaises de démarches communautaires en santé**. Mme Anne Jolivet de l'INSERM a présenté la méthodologie de l'étude menée sur le thème « Migrations et soins ». Mme Claire Girou, présidente de AIDES, a ensuite exposé l'importance de la démarche communautaire pour l'association et présenté une action phare : les week-end d'action thérapeutique. Les actions mobiles de prévention de Médecins du Monde sur l'île de Cayenne ont été présentées par M. Jean-Noël Robillard, coordinateur de la mission France-Guyane, puis, M. Pascal Sélé du Réseau Matoutou est intervenu sur les actions de santé communautaire menées sur le fleuve Maroni. Enfin, M. Pascal Bonnet a exposé le programme de santé communautaire mené par la Croix Rouge française sur les fleuves du Maroni et de l'Oyapocke.

Un temps de débat a permis aux différents acteurs d'échanger sur les enjeux de la santé communautaire et l'intérêt de cette démarche ainsi que sur les dynamiques territoriales existantes en Guyane. Les participants ont pu prendre la mesure de l'importance de l'implication du public ciblé à toutes les étapes d'une action de promotion de la santé, de sa définition à son évaluation. Les expériences innovantes présentées par les associations ont donné des pistes d'actions mais aussi des idées de partenariats à développer afin de rendre plus efficace le travail de terrain.

Au regard de l'intérêt des professionnels pour la formation, du nombre de personnes ayant répondu présentes au séminaire (plus de 85 personnes), et de leur niveau de satisfaction, **la motivation, l'enthousiasme, et l'intérêt des différents acteurs autour de cette thématique** est indéniable. Nous espérons vivement que la santé communautaire pourra ainsi constituer un axe fort du développement de la promotion de la santé et plus généralement des politiques de santé publique. Les nombreuses suggestions formulées dans le questionnaire d'évaluation de ce séminaire retourné par la plupart des participants permettent de **réfléchir collectivement aux suites à donner à cette formation et ce séminaire**. Le CRPV et GPS souhaitent poursuivre la réflexion sur le développement d'actions de santé communautaire et l'évolution des pratiques s'inscrivant dans un processus de « démarche participative ».

Nous tenons à remercier l'ensemble des intervenants pour leur implication dans ce séminaire, le CNES/CSG qui a gracieusement mis à disposition une salle et du personnel, et, enfin, les participants qui ont apporté leur contribution à ces échanges de pratiques.



PROGRAMME DU SEMINAIRE

« La santé communautaire - politique locale de santé »

Kourou, 30 Mars 2009

La démarche de santé communautaire veut placer le citoyen au cœur des dispositifs de promotion de la santé. Elle vise à associer chaque personne au maintien et à l'amélioration de sa santé. La santé communautaire prend aujourd'hui de plus en plus de place dans les débats sur la santé et le système de distribution de soins. Malgré cette mise en avant, elle reste mal connue.

Le Centre de Ressources Politique de la Ville (CRPV) et Guyane Promo Santé (GPS), en partenariat avec l'Institut Renaudot, vous proposent de participer à un séminaire régional sur la santé communautaire le lundi 30 mars 2009 à Kourou.

Ce séminaire a pour objectifs de :

- réunir des décideurs politiques locaux, des responsables institutionnels départementaux, des professionnels du développement local et des associations impliquées dans la promotion de la santé ;
- sensibiliser les sphères décisionnelles locales et départementales sur les enjeux de la santé communautaire et valoriser l'intérêt de cette démarche ;
- identifier les freins et les leviers des projets en santé communautaire ;
- promouvoir les dispositifs territoriaux (dont les Ateliers Santé Ville) en lien avec la santé communautaire ;
- mieux connaître les dynamiques locales de santé existantes en Guyane et favoriser l'émergence de dynamiques territoriales de santé.

La journée se décomposera en 2 temps :

- la matinée sera consacrée à la présentation de concepts et du contexte ;
- l'après-midi sera consacrée à la présentation d'expériences guyanaises.

Matinée

9h : Accueil des participants

9h30 : Ouverture du séminaire - M. Christophe Prat, Directeur adjoint de la DSDS

9h45 : « Le contexte et les enjeux de la santé communautaire » - Mme Mariela Galli, Consultante/formatrice à l'Institut Renaudot

10h15 : Bilan/restitution de la formation « Mettre en œuvre une politique locale de santé dans une démarche communautaire » organisée à Cayenne du 23 au 27 mars - Mme Denyse Cassin et M. Marc Ruello

10h30 à 11h : Questions/débats

11h à 11h15 : pause

11h15 : « Ateliers Santé Ville » et démarche communautaire - Mme Joanne Massemin, Coordinatrice de l'ASV de St Laurent du Maroni et Mme Gladys Leote, Coordinatrice de l'ASV de Rémire-Montjoly

11h45 : Anthropologie de la santé et de la maladie - M. Nadir Boudjerhi, Anthropologue

12h à 12h30 : Questions/débats

12h30 à 14h00 : pause déjeuner (collation offerte au restaurant Mille Pâtes)

Après-midi

14h : Introduction

14h15 : Présentation de la méthodologie de l'étude menée par l'INSERM en Guyane – « Migrations et soins » - Mme Anne Jolivet, Coordinatrice

14h30 : Présentation des actions de Aides - Mme Claire Girou, Présidente

14h45 : Présentation des actions de Médecins Du Monde - M. Jean-Noël Robillard, Coordonateur

15h : Questions/débats

15h45 : Présentation des actions du Réseau Matoutou - M. Pascal Sélé, Coordinateur

16h : Présentation des actions de la Croix rouge - M. Pascal Bonnet, Adjoint au chef de programme de santé communautaire

16h15 à 17h : Questions/débats

Facilitatrice :

Mme Mariela Galli, consultante/formatrice à l'Institut Renaudot

Lieu : Salle Jupiter, CNES/ CSG, Kourou

Date et horaires : 30 mars 2009, de 9h à 17h

OUVERTURE

Intervention de Mme Monia Zamor, *Chargée de communication au CNES*

Mesdames, Messieurs bonjour, juste un petit mot pour vous souhaiter la bienvenue au centre spatial guyanais. Je représente ici le directeur Joël Bard. Nous avons été sollicités par l'association Guyane Promo Santé pour vous permettre d'organiser ce séminaire sur la santé communautaire, sachant qu'il n'est pas toujours évident de trouver des salles, sur Kourou particulièrement.

Le CNES se situe dans une dynamique de proximité, d'ouverture et d'aide aux associations quand cela lui est possible. Cette salle, qui est la salle Jupiter, est mise à disposition pour les visites grand public et nous permet également de recevoir les invités les jours de lancement et quand cela nous est possible et que les opérations de la base nous le permettent. C'est avec grand plaisir que nous mettons cette salle à disposition des associations. Je vous souhaite de très bons travaux, vous avez à disposition un technicien.

Vous avez sans doute vu que les mesures de sécurité sont un peu particulières comparativement à ce que vous pouvez trouver dans d'autres installations, ce que j'espère vous comprendrez. On vous a remis un badge que je vous inviterai à garder sur vous, vous avez un agent de sécurité qui est en bas toute la journée, qui fera également un contrôle à 14h. Il est interdit de fumer dans l'ensemble du bâtiment donc n'hésitez pas à descendre sous le hall pour le faire et de veiller à garder votre badge. Je sais qu'il y a des personnes qui ont pris des photos. Bien entendu, il n'y a aucune restriction. Vous aurez à 10h30 une pause café au premier étage. Pour finir, je vous demanderai d'éteindre votre téléphone portable ou de le mettre en vibreur : effectivement, il y a des risques d'interférence dans la salle. Je vous souhaite une très bonne journée de travaux et merci de votre visite chez nous.

Intervention Rémi Avrain, *Chargé de mission au CRPV*

Merci, bonjour à tous. Je me présente, je suis Rémi Avrain, Chargé de mission au Centre de Ressources Politique de la Ville. Je vous souhaite la bienvenue, aussi au nom de mon Président Jean-Raymond Passard qui n'a pas pu être présent aujourd'hui, comme c'était prévu. Je vous souhaite la bienvenue au nom de Guyane Promo Santé évidemment et de la DSDS. Je tenais à remercier le CSG de nous avoir exceptionnellement prêté la salle Jupiter. Je reviens quelques instants sur ce trio inédit CRPV-GPS-DSDS pour vous expliquer pourquoi nous sommes organisateurs de cette journée, simplement parce que nous sommes tous trois co-organisateurs des Ateliers Santé Ville (ASV) en Guyane. Je vous expliquerai un peu plus tard dans la journée pour ceux qui ne connaissent pas ce qu'est un Atelier santé ville.

On anime une coordination technique toute l'année de ces Ateliers santé ville et à l'intérieur de ces ASV, on s'est dit qu'une formation, en tous cas, un focus sur la santé communautaire serait intéressant, donc on a fait venir l'institut Renaudot, représenté ici par Mariella Galli, qui est spécialiste de la santé communautaire et qui a délivré une formation aux techniciens et coordonnatrices des ASV. On en a profité pour élargir aujourd'hui à tous les techniciens et personnes intéressées par la santé communautaire pour cette journée. Merci encore d'être venus et bonne journée à tous. Je passe la parole à Monsieur Prat, le directeur adjoint de la DSDS.

Intervention Christophe Prat, Directeur adjoint de la DSDS-Guyane

Honorables invités, Mesdames, Messieurs,

Bienvenue à Kourou au Centre Spatial Guyanais. Je remercie les organisateurs de nous avoir invités à l'ouverture de ce séminaire au nom de la Direction de la Santé et du Développement Social de la Guyane.

Le thème de ce séminaire qui nous réunit ce jour constitue un sujet qui passionne beaucoup de monde du moins de par son libellé "**communautaire**". En effet, quand on parle de communauté, il vient à l'esprit un groupe de personnes qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale, ce qui sous-tend une certaine entente, d'avoir des intérêts communs et de vouloir gérer leur santé, c'est le thème qui nous concerne, pour ce séminaire de santé communautaire, collectivement.

Mais, cette sorte de symbiose communautaire implique la participation active de ses membres et nécessite une certaine rigueur recherchée à tous les niveaux de l'action. Par exemple : analyser la situation sanitaire de la communauté, identifier le problème, choisir les priorités, définir les objectifs et activités, mobiliser les ressources pour améliorer la situation, organiser et conduire l'action, puis l'évaluer.

Il en découle que la santé communautaire ne prend pas comme point d'entrée une pathologie ou un problème, mais une communauté ou une population qu'il faut amener à faire un diagnostic et à élaborer elle-même sa ou ses réponses adaptées à son contexte.

Trop souvent, un problème ou risque de santé a été identifié et a été résolu par une démarche étrangère ou extérieure, ce qui fait que l'efficacité dans l'action peut être anéantie, car la construction de la réponse s'est faite avec une méconnaissance du milieu où elle est censée opérer.

Je peux illustrer par un exemple un problème récurrent en Guyane : le paludisme chez des communautés localisées de clandestins dans lesquelles on a identifié le paludisme comme endémique, alors qu'il aurait fallu le considérer comme une maladie communautaire, auto-entretenu en son sein du fait du manque de mesures de protection et de sensibilisation individuelle contre les piqûres de moustiques. Ce n'est pas en donnant exclusivement un traitement médicamenteux anti-palustre que l'on combattra cette maladie, mais en ayant le réflexe de la défense participative en communauté par leur mobilisation, la conviction, la prévention et la sensibilisation.

Prévention, sensibilisation, incitation au changement de comportement, autres modes d'intervention qui ont trop souvent été négligés et qui doivent s'intégrer dans la démarche communautaire.

Dans le contexte actuel d'épidémie de dengue qui sévit en Guyane, la lutte contre les gîtes larvaires des moustiques *aedes aegypti* qui sont trop souvent d'origine humaine, la participation concertée de tout un chacun et collective demeure alors indispensable pour être efficace dans la lutte.

Il faut reconnaître que bon nombre de pays à ressources limitées se sont mis à faire de la santé communautaire contraints par la force des choses, on peut citer le traitement des parasitoses par l'ivermectine sous directives communautaires qui a permis une régression spectaculaire de la "*cécité des rivières*" en Afrique de l'Ouest et Centrale. Il s'agissait d'une intervention qui a permis de

conduire les communautés entières à prendre en main la résolution de leur problème : l'onchocercose dû à une piqûre d'un moucheron ; alors, dans ce contexte, des terres assainies ont été rendues à l'agriculture de production et cela a contribué à la lutte contre la pauvreté.

Dans le débat du projet de loi “ Hôpital, Patients, Santé et Territoires ” soumis à présent au Sénat, il y a le terme de territoire, le texte parle même de “ *territoires de santé infrarégionaux...ainsi que de contrats locaux conclus avec les futures Agences Régionales de Santé...* ” L’objectif étant de mettre en cohérence les projets territoriaux de santé avec le projet régional de santé en cohérence avec les programmes nationaux de santé publique.

Par conséquent, la prise en compte de la territorialisation et de ses acteurs de proximité a donc été reprise dans les débats. Néanmoins, pour la suite, il convient que le territoire local prenne sa place comme un intervenant, un acteur et un partenaire à part entière de la définition et de la mise en œuvre des politiques locales de santé ou de projet territorial de santé pour reprendre les termes du projet de loi. Les contrats locaux de santé constituent donc des dispositifs précieux d’élaboration et de mise en œuvre de politiques de santé de proximité.

D’ores et déjà, des territoires / acteurs locaux ont déjà été mobilisés pour essayer de décroisonner le système de santé et de replacer le patient / la personne au cœur du système, ce sont par exemple des réseaux de santé, des associations, des animateurs de projet Ville-Santé ou d’Atelier Santé Ville (ASV) au sein des Contrats Urbains de Cohésion Sociales (CUCS) qui seront repris et développés, des réseaux gérontologiques, etc.

Il faut dire qu'en Guyane, nous ne manquons pas de contexte local particulier, du fait du positionnement géographique de ce département, entouré de forêts inextricables et d'eaux, qui a permis à certaines communautés d'être isolées du développement classique que l'on connaît partout dans le monde et encouragé par le consumérisme, on peut citer les villages amérindiens où plus encore il faut être particulièrement attentif du fait de leur mode de vie, cultures qui nous échappent et qui ont subi trop souvent le point de vue extérieur du monde occidental. Ici, plus qu'ailleurs, une nouvelle discipline est également à mobiliser, celle de l'anthropologie mais pas exclusivement médicale, mais surtout sociétale et comportementale. La maladie est alors gérée et traitée suivant des modalités différentes selon les sociétés : nous pouvons citer les répercussions de la dégradation de la qualité de leur environnement qui ont un impact sur leur santé. Par exemple, le cas du mercure dû à un orpaillage débridé, non contrôlé et l'effet du consumérisme et de la déculturation: alcoolisme, tabagisme, malnutrition, maladies hydriques notamment.

La présence de personnes d’expérience en la matière, notamment guyanaises ici présentes, va nous permettre de mieux appréhender cette conception de la santé communautaire et de nous faire partager des applications concrètes sur le terrain de la démarche communautaire entreprises en Guyane.

Voici ces quelques mots introductifs que je souhaitais partager avec vous, je déclare donc le séminaire ouvert et souhaite que les débats soient fructueux. Je vous remercie de votre attention.

PARTIE 2 : INTERVENTIONS

Démarche communautaire : un incontournable du développement « de la santé »

Mme Mariella GALLI, Institut Renaudot

**Démarche
communautaire :**
*un incontournable
du développement
« de la santé »*

L'Institut Théophraste Renaudot

- ☑ Fondé en 1982
- ☑ Objectif : Contribuer à la promotion de la santé, notamment à travers les pratiques communautaires
- ☑ Axes d'intervention :
 - ☑ Soins de santé primaires
 - ☑ Développement social local
 - ☑ Santé au niveau local :
 - aide au développement des actions locales
 - par l'accroissement des compétences des acteurs locaux.

© Institut Renaudot

L'Institut a été créé par des médecins pour sortir de leur cabinet et sortir de la relation duelle médecin-patient. D'abord, ils étaient organisés en militants associatifs puis ils ont fondé un institut.

L'Institut fonctionne comme un centre de ressources pour promouvoir les pratiques communautaires en santé auprès de tout acteur intéressé (particulier, institutionnel, professionnel, associatif...).

Le CA est constitué de bénévoles et de militants.

Une charte qui définit la démarche communautaire en santé a été réalisée en 1998.

*Quelques concepts
pour approcher à l'approche
de santé communautaire
ou
les démarches communautaires en santé.*

Manuela Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

Santé

« **Etat de complet bien-être** physique, psychique et social »

« Les conditions et les ressources fondamentales de la santé sont :

- la paix,
- un toit,
- l'éducation,
- la nourriture et un revenu,
- un écosystème stable,
- des ressources durables,
- la justice sociale et l'équité ».

Manuela Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

OMS, 1946

La santé n'est pas seulement l'absence de maladie. Cette notion purement hygiéniste a été abandonnée en 1946 par l'OMS.

La santé est devenue une notion plus complexe depuis 1946. La santé pour tous est devenue un objectif pour l'horizon 2000. Cet objectif n'a pas été atteint mais il est intéressant de donner un objectif avec un horizon.

La charte d'Ottawa

Santé : « ... mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. [...] »

Manuela Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

La Charte d'Ottawa est une charte rédigée par l'OMS en 1986. Chaque Etat s'engageait à tout mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de la Charte.

Trois notions importantes fondent le changement paradigmatique à cette occasion : processus ; groupe, santé collective ; et ambition vers une qualité de vie.

Promotion de la santé

- ☑ Processus qui permet à l'individu et à la collectivité **d'agir sur les facteurs déterminants** de la santé
- ☑ Vise à **améliorer le bien être de la population** en mobilisant de façon concertée l'ensemble des acteurs et des politiques publiques

Manuela Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

La promotion de la santé est un nouveau concept défini par la charte d'Ottawa.

La santé perçue comme une **ressource de la vie** quotidienne, et non comme le but de la vie

Les **facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques** peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé.

Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé.

Charte d'Ottawa en 1986

Manuela Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

La participation active de chaque acteur, et notamment de la population est nécessaire pour que la démarche communautaire soit efficace.

Promotion de la santé : ses stratégies

- **Élaborer une** politique publique saine
- Créer des milieux **de vie favorables** à la santé
- Renforcer l'action communautaire
- **Développer** des aptitudes individuelles
- **Réorienter les services de santé** vers la prévention et la prise en compte globale de l'individu

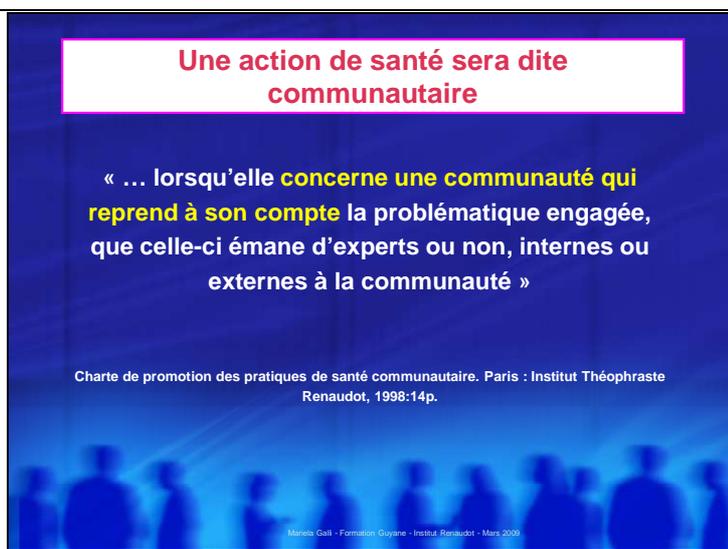
Manuela Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

La loi ne suffit pas, il faut la mettre en œuvre par des actions déclinées et créer un cadre favorable, par exemple une loi contre le tabagisme est déclinée par des actions comme l'interdiction de fumer dans les lieux publics.



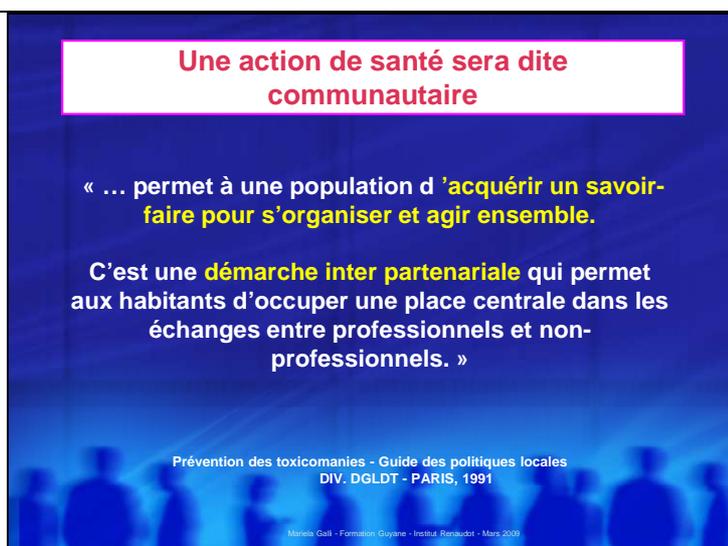
Souvent, il y a méprise sur le terme de santé communautaire.

La démarche communautaire n'est pas une approche communautariste ethnique. Si l'approche ethnique peut être un facteur, elle n'est pas l'unique facteur pour fonder une communauté.



Les puristes disent « Tous les projets doivent démarrer de la communauté ».

Quand l'Etat est présent, ça peut émaner d'experts, d'institutions, néanmoins la population doit reprendre à son compte les problématiques.



On ne peut pas décréter que les gens seront capables d'agir ensemble, donc le travail est aussi un travail d'EMPOWERMENT.

Il faut rendre capable les populations d'agir, leur donner les moyens.

Donner une place au savoir profane qu'ont les habitants. C'est ce qu'on appelle l'expertise d'usage. Il est important de la prendre en considération.

La population a aussi une expertise du plan D, que les experts ne connaissent pas toujours.

Une action de santé sera dite communautaire

« ... quand 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 »

Manciaux M., Deschamps J.-P. La santé de la mère et de l'enfant. Paris: Médecine Sciences, Paris, p. 31 (1978)

C'est une démarche nouvelle à mettre en place qui ne fonctionnera pas du jour au lendemain.

La conscience commune est primordiale.

Une communauté

TOUS !

Ceux qui vivent,
Ceux qui travaillent,
ceux qui militent,

...habitants/usagers...élus...
professionnels...associations...institutions

Mirella Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

La notion de communauté est liée à un territoire et font partie de cette communauté tous les acteurs de ce territoire.

Une communauté

« ... groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales.

Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des aspirations et des intérêts identiques, y compris en matière de santé »

OMS. Alma-Ata 1978.

Mirella Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

Si on intervient dans un quartier, chercher ce qui fait sens pour les usagers du quartier, trouver les caractéristiques communes pour définir la communauté.

Développement axé sur la communauté	Démarche communautaire en santé
On met l'accent sur la résolution de problème en s'attaquant aux lacunes et aux faiblesses	On mise sur les forces et les compétences de la communauté.
Les problèmes sont définis par le gouvernement ou des organismes externes. Information - Consultation.	Ce sont les communautés qui cernent leurs propres problèmes. Concertation – Action – Gestion.
Le changement passe par l'information, l'éducation et l'amélioration des services.	Le changement passe par l'accroissement des capacités et la prise de contrôle par la communauté
Les professionnels sont le pivot central du processus et les principaux décideurs	Les professionnels sont une ressource pour la résolution des problèmes
Les principaux décideurs sont les institutions, les représentants gouvernementaux et tous les responsables nommés	Les décisions clés sont prises par les représentants de la communauté, qu'ils soient des leaders informels ou élus.

Développement axé sur la communauté : des personnes extérieures agissent POUR la communauté

/
Développement communautaire en santé : les personnes extérieures agissent AVEC la communauté

Éléments d'une démarche de développement communautaire

- ☑ **Objet de l'intervention :**
 - ☑ proposé par l'intervenant extérieur et jugé prioritaire par la communauté partenaire, (le processus leur permettant véritablement d'en décider) ; ou
 - ☑ jugé prioritaire par la communauté
- ☑ **Pas d'activités planifiées à l'avance par les intervenants extérieurs,**
 - ☑ éventuellement des intentions.
 - ☑ pas de suggestion systématique à la communauté partenaire (le contexte n'est nécessairement pas le même que ceux des autres expériences)

Il faut toujours veiller à créer des instances pour prendre les décisions avec la communauté, lui donner les moyens réels de s'exprimer.

Éléments d'une démarche de développement communautaire

- ☑ **Contexte local de l'intervention : bien investigué**
 - ☑ caractéristiques sociales,
 - ☑ culturelles,
 - ☑ économiques,
 - ☑ environnementales,
 - ☑ etc. ;
- ☑ **Communauté au centre de l'action**
 - ☑ identification, hiérarchisation des problèmes à résoudre,
 - ☑ identification des solutions, activités, mise en œuvre et évaluation

Si on rate le diagnostic, on peut rater toute l'intervention : le DIAGNOSTIC est primordial.

Pour la petite histoire...

- ☑ **Etat Unis, années 60** : les programmes gouvernementaux de "guerre à la pauvreté" . Les "neighbourhood health centers", prototypes d'intervention communautaire.
- ☑ **Belgique, fin des années 60** : les maisons médicales.
- ☑ **Québec, réforme des années 70** : les CLSC, centres locaux de service de santé communautaire, associant dans un même lieu des prestations de soins, de prévention et de services sociaux.
- ☑ **Royaume Uni, 1974** : les conseils communautaires de la santé mis en place dans le National Health Service
- ☑ **Amérique Latine, 70-80** : psychologie communautaire, éducation populaire,...
- ☑ **Espagne années 80-90** : des réformes de santé proposent une stratégie de médecins familiale et communautaire (formations, centres de santé communautaire)

Mirella Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

L'action communautaire n'est pas spécifique de la promotion de la santé ; elle s'est d'abord développée dans le champ de l'éducation permanente et de l'action sociale avant d'être proposée dans le champ de la santé.

- ☑ **En France les derniers 30 ans :**
 - ☑ L'émergence du sida et le développement des toxicomanies : **implication des associations des malades.**
 - ☑ **La crise économique** : des effets sur l'accessibilité aux soins
 - ☑ **Des politiques** publiques nationales, régionales et locales qui **facilitent de plus en plus l'intersectorialité** et la prise en compte des attentes de la population
 - ☑ **Prix de la santé communautaire** organisé en 1995 par la Société Française de Santé Publique et la Fondation de France.
 - ☑ **De lieux de formation en santé communautaire** ont été créés (Facultés de médecine, écoles infirmières, écoles de travailleurs sociaux, associations, CNFPT, Institut Renaudot...)

Mirella Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

Il y a un éveil de conscience des malades depuis les 30 dernières années en France.

**Démarche communautaire en santé :
faisceau de repères interdépendants et complémentaires**

Relatifs à une approche en promotion de la santé

- ✓ Avoir une **approche globale et positive** de la santé
- ✓ **Agir sur les déterminants** de la santé
- ✓ **Travailler en intersectorialité** pour la promotion de la santé

Manuela Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

A l'Institut Renaudot avec la Belgique et l'Espagne, création du SEPSAC (Secrétariat européen de pratique en santé communautaire), financé par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé).

Le SEPSAC mène une enquête-action pour observer des projets et voir quels sont les critères de mesure et d'évaluation des démarches de santé communautaire. Ce faisceau de repères permet d'identifier si une démarche peut être dite de santé communautaire ou non.

**Démarche communautaire en santé :
faisceau de repères interdépendants et complémentaires**

Spécifiques à la stratégie communautaire

- ✓ Concerne une **communauté**
- ✓ Favorise l'implication de tous les acteurs concernés dans une **démarche de co-construction**
- ✓ Favorise un **contexte de partage**, de pouvoir et de savoir
- ✓ **Valorise et mutualise les ressources** de la communauté

Manuela Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

Une démarche de co-construction comprend :

- Un diagnostic partagé ;
- Une priorisation avec les membres de la communauté (élus, population, associatifs, professionnels...) ;
- Une mise en place co-portée ;
- Une évaluation partagée.

Il s'agit d'une méthode exigeante et difficile, qui demande du temps, des moyens, du savoir-faire, du savoir-être, une méthodologie.

**Démarche communautaire en santé :
faisceau de repères interdépendants et complémentaires**

Relatif à l'aspect méthodologique

- ✓ Avoir une **démarche de planification** par une évaluation partagée, évolutive et permanente

(...plan d'actions construit, à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche de la meilleure utilisation des ressources et des stratégies les plus adaptées, basée sur un mode de concertation et de participation active des intéressés)

Manuela Galli - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2009

En quoi le partenariat ?

- ☑ Trouver des solutions créatrices à de problèmes complexes
- ☑ Envisager des approches holistiques
- ☑ Elargir la diversité dans les réponses
- ☑ Améliorer le rendement des activités par la mutualisation des ressources (efficacité et efficience)
- ☑ Eviter le chevauchement ou la fragmentation
- ☑ Décloisonner les pratiques professionnelles et institutionnelles.

Manuela Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

Les problèmes de santé sont souvent liés à d'autres problèmes et des situations complexes qu'on ne peut pas résoudre avec la seule médecine.

En quoi l'implication des habitants ?

- ☑ Pertinence des actions et approche globale
- ☑ Développement des ressources personnelles (estime de soi, confiance, capacité à s'affirmer, auto-efficacité)
- ☑ Développement des ressources sociales (amélioration du lien social, identité et appartenance, auto-efficacité)
- ☑ Modifications de comportements par rapport à la santé
- ☑ Changement de pratiques des professionnels (déplacement d'une attitude d'expert à une attitude de partenaire/ressource et modification des rapports de pouvoir)
 - ☐ Développement des partenariats et des interventions en réseau
 - ☐ Elus et institutions s'impliquent d'avantage et modifient leurs attentes.

Manuela Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

« Ne présumez jamais que vous connaissez les besoins et les priorités des populations ; admettez votre totale ignorance de leur contexte, la manière dont leurs esprits fonctionnent, les raisons de leurs attitudes, et leur demander plutôt comment elles voudraient que vous les aidiez. »

M. D. Chavez, 1991 ; p.4

« Va à la recherche des peuples...commence par ce qu'ils savent...bâti sur ce qu'ils ont. »

Ancien proverbe chinois

Manuela Gall - Formation Guyane - Institut Renaudot - Mars 2006

Idées, acquis, concepts, et réflexions partagés pendant la formation sur la santé communautaire que nous souhaitons vous transmettre

Mme Denyse CASSIN et M. Marc RUELLO

Idées, acquis, concepts, et réflexions partagés pendant la formation sur la santé communautaire que nous souhaitons vous transmettre (associations, institutions, élus, et professionnels)

Intervention de :

- Denyse Cassin, Déléguée régionale de Sida Info Service et Chargée de mission à Guyane Promo Santé
- Marc Ruello, Ingénieur d'études sanitaires/géomaticien, DSDS

Restitution de la formation de l'Institut Renaudot sur la santé communautaire à destination des associatifs et institutionnels.

- La présentation va se faire par 2 membres auto-désignés et légitimés par le groupe composé de 16 personnes.
- La technique utilisée pour mettre en avant les idées acquises lors de la formation est le FOCUS GROUPE.

Déroulement du FOCUS GROUPE

- Réflexion individuelle : chaque participant écrit sur un papier 3 idées
- Rassemblement de toutes les idées sur paper board et partage en plénière
- Questionnement sur les idées émises et reformulation (en posant des questions à l'auteur afin de mieux comprendre ses propos)
- Demande à chaque participant de choisir 5 idées qui lui semblent importantes, parmi toutes les idées collectées.
- Les 5 idées remportant le plus d'adhésion sont validées par le groupe (Validation du choix du groupe)

Focus groupe : méthode pour faire ressortir des idées

<p style="text-align: center;">La communauté : une foule de ressources, de savoirs et de compétences</p>	<p>Les personnes sont au centre de l'action. La communauté est l'ensemble des acteurs impliqués dans un projet, c'est-à-dire professionnels, associations, habitants, élus. Dans tout projet communautaire, il faut davantage prendre en compte la parole de l'habitant.</p> <p>Il est important de mettre l'utilisateur au centre des projets et de respecter sa culture. L'implication des institutions, des habitants, et professionnels, permet de donner vie à un projet de santé communautaire.</p>
<p style="text-align: center;">Un diagnostic partagé, un programme partagé, une mise en œuvre partagée, une évaluation partagée : un pari gagné!</p>	<p>Participation des personnes concernées dès le diagnostic.</p> <p>Actions utiles et efficaces grâce à la participation et au partage d'idées.</p> <p>Décloisonnement de la santé (il faut allier le curatif et la prévention et travailler en interdisciplinarité).</p> <p>Pour développer des politiques locales de santé cohérentes et partagées, il faut l'appui des élus. Pour aboutir : une communication et une organisation validées dès le début.</p> <p>Questionnons et évaluons nos pratiques.</p>
<p style="text-align: center;">Rien ne sert d'innover si le système de santé de droit commun se désengage</p>	<p>Il faut préserver le droit commun, et garantir son application.</p> <p>Il faut consolider le système actuel de santé.</p> <p>Maintenir un système de santé qui soit équitable pour tous.</p> <p>Aucune méthode n'est une panacée, à nous tous de nous en inspirer face aux défis de santé.</p>

<p style="text-align: center;">Idées partagées, proposées ou imposées ?</p>	<p>Démarche santé communautaire : un concept citoyen.</p> <p>Actions de santé communautaire c'est investir sur le potentiel mobilisateur d'une bonne démarche participative.</p> <p>Implication de tous mais nécessité d'une coordination technico-politique légitime et reconnue pour une cohérence sur le « temps long » (long terme).</p> <p>Nécessité de travailler en partenariat avec tous les acteurs.</p> <p>Valorisons nos compétences et savoir faire (mettre en avant et s'appuyer sur les compétences et savoir-faire de chacun).</p> <p>S'assurer que l'on parle des mêmes choses.</p>
<p style="text-align: center;">Quel sens à notre action si elle n'est pas au service de la communauté ?</p>	<p>Une communauté se reconnaît par ses acteurs (habitants, politiques, professionnels, associatifs) impliqués de manière équitable pour répondre à des préoccupations communes.</p> <p>La santé doit être comprise de manière globale d'où l'importance du partenariat.</p> <p>Décidons, œuvrons ensemble et pour longtemps.</p> <p>Une implication des institutions, professionnels, habitants, permet de donner vie à un projet de santé communautaire.</p>

RESTITUTION DES ECHANGES DE LA MATINEE

Claire Godard, Interne au CIC-EC :

« Ma question s'adresse en particulier à Mariella Galli. Peut-on avoir un exemple d'action communautaire pour comprendre l'implication de tout ce que vous avez dit ? »

Mariella Galli, Formatrice à l'Institut Renaudot :

« A Aubervilliers, en banlieue parisienne communiste, ils ont lancé l'ASV pour faire de la santé de manière partenariale et territoriale, un diagnostic autour de « dialoguer, échanger et faire » (technique de Paulo Freire). Ils ont fait des focus groupes avec des mamans, des associations, les gens des écoles, etc. Ils ont passé 3 mois sur le diagnostic rapide (comment aller mieux dans le quartier). Un comité de santé géré par les habitants avec des permanences pour orienter les membres de la communauté, organiser des informations (diabète, violence aux femmes), et tous les ans, ce comité de quartier organise une exposition avec tout ce qui a été fait pendant l'année avec la presse, les élus et ça permet de légitimer ce qu'ils font. C'est une action très concrète, très précise...

Une autre action communautaire, les greniers de compétence à La Roche sur Yon en Pays de Loire, c'est un centre social qui a mis en place un grenier de compétences. Les usagers du centre viennent et organisent leurs réunions, mettent en place des formations, des voyages autour de la santé. Récemment, ils ont fait un DVD où ils racontent leur démarche de santé en autogestion. Cette expérience est sur le site de l'Institut Renaudot (<http://www.institut-renaudot.fr/5.html>).

Au niveau de la ville de Soyaux près d'Angoulême, un ASV a été mis en place il y a deux ans. Le diagnostic avait été fait par des experts et personne ne venait dans les réunions donc les élus ont fait appel à l'Institut Renaudot pour intervenir pendant 6 mois. On a mis en place un groupe moteur avec élus, habitants, associations, et professionnels, avec un comité de pilotage. Ce groupe construit un projet en se réunissant régulièrement, en placardant des affiches ; une garderie a été mise en place pour faire participer les mamans, les élus ont été informés... Beaucoup de choses ont été mises en place. Aujourd'hui, 80 personnes sont mobilisées dans un quartier autour de la santé globale : environnement cadre de vie pour les problèmes de sonorisation des appartements, ils ont négocié avec le bailleur pour avoir un appartement pilote avant la destruction d'un immeuble. Les gens de la DASS forment le groupe et les gens informent ensuite les habitants pour apprendre comment faire moins de bruits. Un groupe loisir-culture-solidarité s'est formé pour la diffusion de la culture dans les quartiers. Les élus se sont beaucoup mobilisés dans les Ateliers de l'Avenir pour construire avec la population et les professionnels un projet. Tout le monde est mis au même niveau, décideurs habituels et population. Ils se sont battus pour avoir une bibliothèque dans le quartier. Une bibliothèque militant, qui fonctionne entièrement avec des bénévoles, a été créée mais en négociation car, au départ, les habitants ne voulaient pas des professionnels et des élus donc ça ne pouvait pas fonctionner. Une fois la population bien impliquée, les référents de chaque groupe appartenant à la population ont été intégrés au comité de pilotage. »

Ateliers Santé Ville et démarches communautaire. Quelle est la prise en compte de la dimension communautaire par les ASV en Guyane?

Mme Joanne MASSEMIN (ASV/CCAS St Laurent)

**ATELIERS SANTE VILLE
ET DEMARCHE
COMMUNAUTAIRE**

**Quelle est la prise en compte de la dimension communautaire
par les ASV en Guyane?**

Séminaire Santé communautaire – Politique locale de santé
Kourou 30 mars 2009

Joanne Massemin, coordinatrice de l'ASV de Saint-Laurent du Maroni.

Chloé Lybouafu, coordinatrice de l'ASV de Cayenne.

Réflexion des coordinatrices des ASV de Guyane suite à la formation en santé communautaire de l'Institut Renaudot.

Sommaire

1- Présentation du dispositif ASV

2- Prise en compte de la dimension communautaire

- ✓Le moyen : le diagnostic
- ✓Les difficultés rencontrées
- ✓Le constat par rapport à l'approche communautaire

**3- D'un développement axé sur la communauté vers
une démarche communautaire**

**1- Présentation du
dispositif ASV**

CADRE REGLEMENTAIRE

▪ Les ASV s'inscrivent dans les dispositifs de lutte contre les exclusions :

- Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) 2006-2009
- Le volet santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS)
- Les stratégies communales en matière de santé et de lutte contre les exclusions.

▪ Le cadre de référence des ASV est précisé dans la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000.

« C'est une articulation dynamique entre la Politique de la Ville et la Politique de la Santé ».

Santé communautaire et ASV

FINALITE DES ASV

Les ASV ont pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé. Leur méthode d'élaboration les place en interface entre les Élus des villes et la politique de santé de l'État. Elle permet en particulier d'associer des groupes d'habitants au diagnostic local et d'adapter ainsi les projets de santé publique au plus près des besoins locaux.

Santé communautaire et ASV

HISTORIQUE

Création des Ateliers Santé Ville :

- en France métropolitaine :
 - 1999 : expérimentation en Seine Saint Denis
- En Guyane :
 - Octobre 2004 : premier ASV intercommunal sur l'Île de Cayenne (Cayenne, Rémire-Montjoly et Matoury)
 - Janvier 2006 :
 - création de l'ASV de Kourou et Saint Laurent du Maroni
 - Fin de l'ASV intercommunal.
 - Démarrage de l'ASV de Cayenne et de Matoury.
 - Janvier 2009 :
 - Relance de l'ASV de Matoury et création de l'ASV de Rémire-Montjoly.

Santé communautaire et ASV

DEMARCHE

- Phase de diagnostic
- Identification des axes prioritaires
- Plan d'actions
- Mise en œuvre
- Evaluation

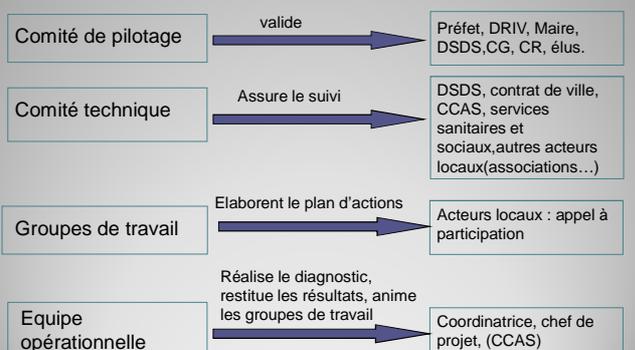
Santé communautaire et ASV

Il s'agit d'une démarche de projet traditionnelle.

La phase de diagnostic a pour but de faire un état des lieux de la santé sur un territoire donné et à une date fixée.

Les coordinatrices des Ateliers santé ville suivent l'ensemble de la démarche.

ORGANISATION



Santé communautaire et ASV

La même démarche est appliquée à l'ensemble des Ateliers santé ville de Guyane afin de pouvoir comparer les résultats et les territoires.

2- Prise en compte de la dimension communautaire par les Ateliers Santé Ville

LE MOYEN : LE DIAGNOSTIC

Objectifs du diagnostic:

- Développer la participation active de la population
- Développer la concertation avec les professionnels des différentes institutions sanitaires et sociales
- Programmer un plan d'action cohérent pour et avec la population.

Santé communautaire et ASV

Mise en œuvre à Cayenne, Kourou, Saint-Laurent du Maroni :

- Entretiens individuels de tous les acteurs (population, professionnels, associations, élus) à l'aide d'un questionnaire commun aux 3 ASV
- Croisement des besoins exprimés par les acteurs interrogés
- Restitution des résultats.
- Actualisation.

Santé communautaire et ASV

Il y a eu 300 questionnaires par commune environ.

La restitution a été faite auprès des différents acteurs, institutionnels mais aussi des habitants.

Le but de ce diagnostic est de partager une vision commune de l'état de santé sur le territoire.

2- Prise en compte de la dimension communautaire par les Ateliers Santé Ville

LES DIFFICULTES RENCONTREES

◦ LES DIFFICULTES:

- L'écoute et la prise en compte de la parole des habitants
- Le recueil des données (langue)
- L'expression des habitants sur un sujet intime
- La limite des entretiens individuels
- La restitution du diagnostic à la population : délai et moyens
- L'identification des personnes ressources
- L'appropriation insuffisante du diagnostic par tous les acteurs
- L'implication des habitants à toutes les phases de la démarche

Santé communautaire et ASV

2- Prise en compte de la dimension communautaire par les Ateliers Santé Ville

LE CONSTAT PAR RAPPORT A L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

⇒ Un développement axé sur la communauté car :

- Des lacunes et des faiblesses sont constatées mais non résolues avec la population
- Des axes prioritaires sont définis par les professionnels, même si les besoins exprimés par la population ont été pris en compte
- Des actions mises en œuvre: information, éducation et amélioration des services
- Les professionnels sont le pivot central : peu de restitution aux habitants et une moindre participation de leur part
- Les principaux décideurs sont les institutions, l'Etat ou autres responsables nommés

Santé communautaire et ASV

Ceci est valable pour le diagnostic mais aussi pour la stratégie d'intervention et la mise en œuvre, ainsi que l'évaluation.

C'est la rupture du lien avec les habitants dès le diagnostic qui empêche par la suite de les intégrer à la démarche.

3- D'un développement axé sur la communauté vers une démarche communautaire

PERSPECTIVE

⇒ Un développement communautaire basé sur les objectifs suivants:

- Miser sur les forces et les compétences par un diagnostic participatif
- Faire définir les problèmes par l'ensemble de la communauté
- Renforcer les capacités et la prise de contrôle par la communauté
- Maintenir les professionnels dans leur rôle de ressources pour la résolution des problèmes
- Amener la communauté à décider collectivement

Santé communautaire et ASV

Les ASV devront par la suite s'imprégner de cette démarche.

Anthropologie de la santé et de la maladie. Une approche en santé publique
M. Nadir BOUDERHI

SEMINAIRE "SANTÉ COMMUNAUTAIRE - POLITIQUE LOCALE DE SANTÉ"



**ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ
 ET DE LA MALADIE**

**UNE APPROCHE EN SANTÉ
 PUBLIQUE**

NADIR BOUDERHI
 ANTHROPOLOGIE COMMUNAUTAIRE

ANTHROPOLOGIE COMMUNAUTAIRE
 Nadir Boudjerhi

LES GRANDES LIGNES



ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

PETITE MISE AU POINT
 LA MALADIE: UN CHAMP D'INVESTIGATION
 LES REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE
 LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE

L'APPROCHE EN SANTÉ PUBLIQUE
 UN TERRAIN COMPLEXE
 DES APPROCHES BIOMÉDICALES
 DES OUTILS À RÉINVENTER
 LES LIEUX DE L'INTERACTION

NADIR BOUDERHI
 ANTHROPOLOGIE COMMUNAUTAIRE

PETITE MISE AU POINT



NE PAS CONFONDRE....

ANTHROPOLOGIE BIOLOGIQUE



HOMO SAPIENS SAPIENS **HOMO NEANDERTHALENSIS**



NADIR BOUDERHI
 ANTHROPOLOGIE COMMUNAUTAIRE

MUSÉE DE LA PRÉHISTOIRE-ÉVZIES

PETITE MISE AU POINT

Avec...

*Ethnologue
Ethnologue
Anthropologue*

ANTHROPOLOGIE CULTURELLE ET SOCIALE

L'anthropologue doit se mettre en perspective, prendre du recul par rapport au travail réalisé.

Pour la démarche de santé communautaire, il est important de savoir prendre du recul, se voir en situation.

PETITE MISE AU POINT

GARE AUX ANTHROPOLOGUES !!

Histoire tragique des Yanomami

Un livre sans concessions. Un journaliste qui a beaucoup de choses à dire, à clarifier, à révéler et qui le fait avec force en prenant soin de préciser ses sources à chaque instant.
Un livre, cartes sur table.

A partir du moment où l'on entre en contact avec une population, même en démarche de santé communautaire, il faut avoir conscience du fait que notre simple présence, notre intervention va modifier l'attitude de la communauté.

Il faut simplement en avoir conscience afin de minimiser l'impact qu'on a sur la population.

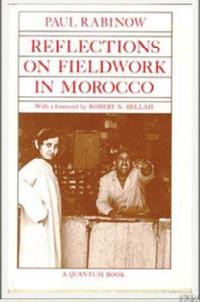
PETITE MISE AU POINT

DES LECTURES PLUS DOUCES...

PETITE MISE AU POINT



DES LECTURES PLUS DOUCES...

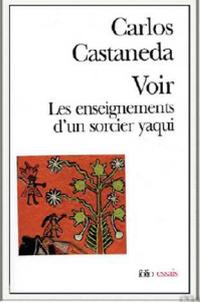


ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

PETITE MISE AU POINT



DES LECTURES PLUS DOUCES...



ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

PETITE MISE AU POINT



DES LECTURES PLUS DOUCES...



ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

La maladie concerne toute une société. Quand quelqu'un est malade, il a un ressenti des symptômes, qui concernent aussi sa famille, son environnement, sa communauté qui est impliqué dans sa maladie, pour des raisons basiques telles que : si un membre de la famille tombe malade, qui va permettre à la famille de s'en sortir financièrement ? Les rapports de pouvoir sont également affectés par la maladie. La personne malade est fragilisée et ses adversaires peuvent vouloir en profiter pour prendre le pouvoir. La maladie est un objet social.

LA MALADIE: UN CHAMP D'INVESTIGATION



LA MALADIE COMME OBJET

"C'est bien le paradoxe de la maladie qu'elle est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses."

(Marc Auge, 1984)

ANTHROPOLOGIE CONSULTANT

LA MALADIE: UN CHAMP D'INVESTIGATION



"L'anthropologie médicale commence (...) avec l'éclatement et la décomposition de la "maladie" en sa triple réalité subjective, biophysique et socioculturelle : trois ordres de réalité discernables dont l'interaction -constante, efficace, et attestable- est l'objet proprement dit de cette discipline aussi irréductible à la biomédecine qu'à la psychologie ou à l'ethnologie."

Illness (aspect subjectif)

Disease (aspect biophysique)

Sickness (aspect socioculturel)

(Andras Zempleni, 1985)

ANTHROPOLOGIE CONSULTANT

LA MALADIE: UN CHAMP D'INVESTIGATION



UNE APPROCHE SPÉCIFIQUE POUR DONNER DU SENS À LA MALADIE

"Quelle maladie ? Comment ? Qui ou quoi ? Pourquoi ?"

(Andras Zempleni, 1985)

	Précisions	Approche biomédicale	Approche traditionnelle
Désignation de la maladie	"la reconnaissance du symptôme ou de l'état de maladie et son éventuelle nomination"	SIDA	Crise d'angoisse aiguë chez les Wolof (due à une attaque de sorcellerie)
Cause	"la perception ou la représentation de (la) cause instrumentale"	Perte des lymphocytes T4	Dévoration du principe vital
Agent	"l'identification éventuelle de l'agent qui en est responsable"	VIH, virus de l'immunodéficience humaine	Sorcier (sorcellerie witchcraft)
Origine	"la reconstitution de son origine"	Contamination par voie sanguine ou sexuelle	Événement qui a provoqué la jalousie du sorcier

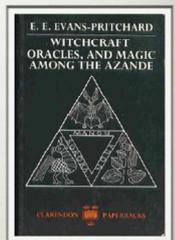
ANTHROPOLOGIE CONSULTANT

LA MALADIE: UN CHAMP D'INVESTIGATION

L'INTERACTION MALADIE BIOPHYSIQUE/REPRÉSENTATIONS MAGICO-RELIGIEUSES OU COMMENT DONNER DU SENS À LA MALADIE ET AU MALHEUR

E.E. Evans-Pritchard et les représentations Azandé

"Sorcellerie, Oracles et Magie" est un système complexe et cohérent qui intègre toutes les dimensions de la maladie et du malheur tout en maintenant un équilibre social.
L'un des premiers ouvrages qui a tenté de décrypter la cohérence des représentations magico-religieuses.
Établit le lien entre maladie et sorcellerie.



ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

10

LA MALADIE: UN CHAMP D'INVESTIGATION

L'INTERACTION MALADIE BIOPHYSIQUE/REPRÉSENTATIONS MAGICO-RELIGIEUSES APPREHENDER LA "PENSÉE MAGIQUE"

"L'alternative entre "magie" et rationalité" est l'un des grands thèmes qui a donné naissance à la civilisation moderne."

(De Martino, 1963)

Pensée archaïque	Pensée moderne (scientifique)
Pensée sauvage/magique	Pensée scientifique
Pensée traditionnelle africaine	Pensée rationnelle occidentale

Pensées théoriques permettant une organisation du monde

ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

11

Il n'y a pas d'opposition entre deux pensées qui se veulent rationnelles, les logiques sont différentes mais chacune a sa rationalité. En santé, c'est la même chose, il s'agit de comprendre la logique de la personne et de la décrypter mais pas de penser qu'elle n'a pas une pensée rationnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGE** (Marc) & **HERZLICH** (Claudine), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*
- DE ROSNY** Etienne, *Les yeux de ma chèvre*
- EVANS-PRITCHARD** E.-E., Sorcellerie, Oracles et Magie chez les Azandé
- FAVRET-SAADA** Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts*
- HORTON** Robin, "La pensée traditionnelle africaine et la science occidentale" (1967), in *La pensée métissée*
- HORTON** Robin, "La tradition et la modernité revisitées" (1982), in *La pensée métissée*
- LATOUR** Bruno, "Sommes-nous postmodernes ? Non, Amodernes !", "Étapes vers une anthropologie de la science", in *La pensée métissée*
- LEVI-STRAUSS** Claude, *Anthropologie structurale* - Chap. IX "Le sorcier et sa magie" (1949) & Chap. X "L'efficacité symbolique"
- LEVI-STRAUSS** Claude, *La pensée sauvage*
- MAUSS** Marcel, *Sociologie et Anthropologie*
- ZEMPLENI** Andras, "La "Maladie" et ses "causes""", in L'Éthnographie numéro spécial "Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture"



ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

12

LA PHARMACOPÉE TRADITIONNELLE

LA CLÉ DE VOUTE DE LA DIALECTIQUE MÉDECINE TRADITIONNELLE / MÉDECINE OCCIDENTALE

Ethnopharmacologie

13

L'APPROCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'APPROCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

**UN TERRAIN COMPLEXE
DES APPROCHES BIOMÉDICALES
DES OUTILS À RÉINVENTER
LES LIEUX DE L'INTERACTION**

14

UN TERRAIN COMPLEXE

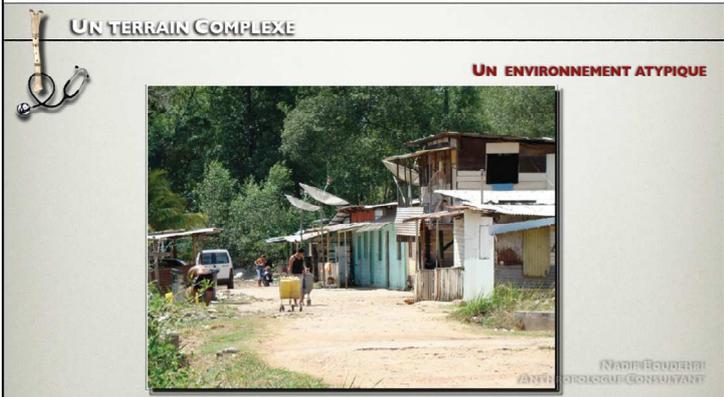
UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE

15

La notion de santé et de maladie dépend de l'environnement. En effet, dans certains environnements, on va être plus vulnérable. Dans certains environnements, il n'y a pas d'accès aux soins. Le risque est différent d'un environnement à l'autre.



La perception de la santé et l'accès aux soins sont à relativiser en fonction de l'environnement. D'un territoire à un autre, ils peuvent être très différents, en particulier en Guyane où il existe des environnements très différents (fleuve, ville, forêt...). Le terrain est donc important à percevoir.



UN TERRAIN COMPLEXE

UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE



UN TERRAIN COMPLEXE
UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE

15

UN TERRAIN COMPLEXE

UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE



UN TERRAIN COMPLEXE
UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE

15

UN TERRAIN COMPLEXE

UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE



UN TERRAIN COMPLEXE
UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE

15

UN TERRAIN COMPLEXE



UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE



ANTHROPOSUE CONSULTANT

15

UN TERRAIN COMPLEXE



UN ENVIRONNEMENT ATYPIQUE



ANTHROPOSUE CONSULTANT

16

UN TERRAIN COMPLEXE



UNE POPULATION HÉTÉROGÈNE

UNE POPULATION MIGRANTE IMPORTANTE ET PRÉSENTANT DES "PROFILS" DIFFÉRENTS

Quelle que soit la provenance de ces populations, il faut tenir compte :

- de l'existence de systèmes de soins parfois très différents dans les pays d'origine,
- de représentations de la santé et de la maladie pouvant être complexes,
- des milieux climatiques et des écosystèmes des pays d'origines. (pratiques différentes : hygiène ou alimentation).

UNE POPULATION PLURICULTURELLE ET PLURIETHNIQUE

Créoles de Guyane ou des Antilles, Métropolitains, Créoles Haïtiens, Noirs Marrons, Amérindiens, Hmongs, etc...

On distingue aussi des ethnies au sein de certaines communautés culturelles. Kal'na, Palikur, N'djuka, Saramaka, etc...

La question de la pluralité de médecines traditionnelles se pose très clairement dans notre contexte.

ANTHROPOSUE CONSULTANT

17

DES APPROCHES BIOMÉDICALES

LA SANTÉ : INSCRITE DANS UN CADRE D'INTERVENTION SPÉCIFIQUE

POUR SOIGNER, ACCOMPAGNER ET MONTER DES ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LE CADRE "GUYANE PLURIELLE"

Les actions sont généralement liées à une **perception biomédicale** de la santé et de la maladie.
On part de la maladie et on envisage de trouver des solutions pour y remédier.
> Pourquoi ne pas partir d'une communauté ou d'un environnement spécifique pour développer une politique sanitaire globale et adaptée ? (ASV une expérimentation positive)

Les politiques de santé s'inscrivent dans **le cadre d'une organisation sanitaire classique** (système français) ancré dans cette représentation biomédicale de la santé :
DSDS, CG (PMI), Hôpital, Sécurité Sociale... etc. Les médecines traditionnelles en sont exclues, les "organisations politiques" locales également (ex.: autorités coutumières, structures familiales...).
Seul le réseau associatif peut intervenir dans un cadre bien précis.
> La complexité du contexte guyanais ne mérite-t-elle pas plus de souplesse ?

ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

17

DES OUTILS À REINVENTER

COMPRENDRE, RÉAPPRENDRE ET S'ADAPTER

LES OUTILS DE PRÉVENTION MENÉS EN GUYANE SE FONT NÉCESSAIREMENT DANS LE CADRE D'UNE "ORGANISATION FRANÇAISE DE LA SANTÉ" PRIVILÉGIANT UNE APPROCHE BIOMÉDICALE

Ainsi :
On retrouve souvent les mêmes supports de communication : Affiches, flyer, clips, groupes de paroles, séminaires etc...
> Dans notre contexte, ces outils sont-ils toujours aussi pertinents ? Sont-ils suffisants ? Doit-on les réinventer en fonction des populations "cibles" ?

En termes **de représentations de la santé et de la maladie**, les messages diffusés ne sont pas toujours adaptés au contexte guyanais même si ceux-ci font l'objet de traductions et parfois de travail de réécriture (SIDA).
> Les efforts d'adaptation consentis dans la lutte contre le Sida ne doivent-ils pas être mobilisés dans la lutte contre d'autres fléaux ou dans la compréhension de problématiques spécifiques à certaines populations (suicide, alcoolisme, prostitution, etc...) ?

ANTHROPOLOGUE CONSULTANT

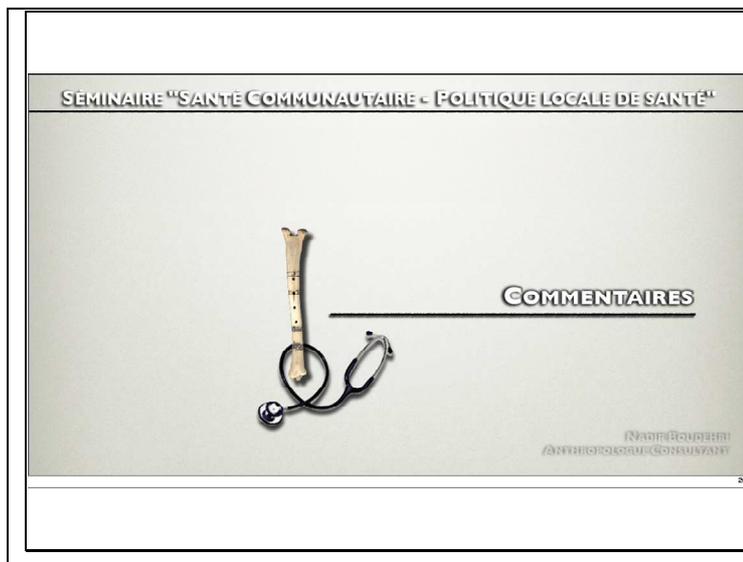
18

LES LIEUX DE L'INTERACTION

ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ/SANTÉ PUBLIQUE



19



L'anthropologue peut intervenir en santé communautaire pour assister à l'élaboration des politiques publiques, assister dans la mise en place d'actions auprès du public, adapter les messages de prévention et intervenir dans le diagnostic en allant sur le terrain, en analysant les données recueillies...

Bibliographie proposée par M. Nadir Boudheri

AUGE (Marc) & **Herzlich** (Claudine), *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, 1984, 288 p.

DE ROSNY Etienne, *Les yeux de ma chèvre*, Plon, Paris, 1981, 458p.

EVANS-PRITCHARD E.-E., *Sorcellerie, Oracles et Magie chez les Azandé* (1937), Gallimard, Paris, 1972, 642p.

FAVRET-SAADA Jeanne, *Les mots, la mort, les sorts*, Folio essai, Gallimard, Paris, 1977, 448p.

HORTON Robin, "*La pensée traditionnelle africaine et la science occidentale*" (1967), In *La pensée métissée*, Croyances africaines et rationalité occidentale en question, PUF, Paris, Cahiers de L'IUED, Genève 1990, pp. 45-67.

HORTON Robin, "*La tradition et la modernité revisitées*" (1982), In *La pensée métissée* (préc. cit.) pp. 69-123.

LATOUR Bruno, "*Sommes-nous postmodernes ? Non, Amodernes !*", "Etapas vers une anthropologie de la science", In *La pensée métissée* (préc. cit.), pp. 127-157.

LEVI-STRAUSS Claude, *Anthropologie structurale*, (1958), Plon, Paris, 1985, 480p. Dont - Chap. IX "*Le sorcier et sa magie*" (1949) pp. 191-212 & Chap. X "*L'efficacité symbolique*"(1949) pp. 213-234

LEVI-STRAUSS Claude, *La pensée sauvage*, Plon, Paris, 1962, 352p.

MAUSS Marcel, *Sociologie et Anthropologie* (1950), PUF, Paris, 1995, 492p.

ZEMPLENI Andras, "*La "Maladie" et ses "causes"*", In *L'Ethnographie* numéro spécial "Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture", n° 96-97 (1985-2 et 3), pp. 13-43.

Etude "Migrations et soins en Guyane" 2009

Mme Anne JOLIVET, INSERM

Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

UPMC
PARIS UNIVERSITAS

Étude « Migration et Soins » en Guyane

Jan-Avril 2009

Anne Jolivet, UMRS 707

Séminaire Santé Communautaire, 30 mars 2009, Kourou



L'objectif général des travaux de recherche de l'équipe est d'identifier et de comprendre les mécanismes générant les inégalités sociales de santé en étudiant les interrelations entre, d'une part, les situations sociales des individus au sens le plus large : aussi bien individuelles (conditions de vie, insertion et ruptures sociales, caractéristiques psychosociales) que contextuelles, c'est-à-dire englobant l'environnement physique et social dans lequel les individus évoluent et, d'autre part, leurs états, perceptions et comportements de santé, ainsi que leurs modes d'utilisation du système de soin.

Equipe DS3 UMRS707

- Unité mixte de recherche en santé « Epidémiologie, Systèmes d'information, Modélisation »

➤ Equipe DS3 : Déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins

- **Dr Pierre Chauvin**, médecin épidémiologiste, chercheur en santé publique, CR1 Inserm et HDR Paris 6, responsable de l'équipe DS3
- **Dr Jacques Lebas**, médecin des hôpitaux, expert en politiques de santé publique nationales et internationales, responsable principal du projet
- **Anne Jolivet**, médecin de santé publique, coordinatrice en Guyane
- **Emmanuelle Cadot**, Géo-épidémiologiste
- **Dr Sophie Florence**, médecin de santé publique
- **Dr Estelle Carde**, médecin de santé publique et sociologue



Parmi les travaux menés par l'équipe, il y a notamment le suivi de 2 cohortes en région parisienne.

Axe de recherche « Migration – Santé » : Contexte

- L'origine migratoire régulièrement repérée comme une dimension déterminante dans nombre des travaux passés de l'équipe
- Les morbidités et le recours aux soins des migrants restent très peu étudiés en France
- La description des disparités sanitaires en fonction de la nationalité ou de l'appartenance ou non à un groupe d'immigration reste fragmentaire



<p>Axe de recherche « Migration – Santé »</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Étudier si - et dans quelle mesure - certains déterminants sociaux sont particulièrement en jeu dans la santé et le recours aux soins des immigrés ● Étudier les rôles de la santé, de la maladie et des besoins de soins dans la décision initiale d'émigrer - puis de rester - en France. ● En collaboration avec l'AFD <ul style="list-style-type: none"> ● Un premier volet en 2007 à Mayotte 	<p>S'il semble que, globalement, ce sont plus volontiers les individus les mieux portants qui émigrent (biais de migration), à l'inverse, des malades qui ne trouvent pas de soins adaptés dans leur pays peuvent vouloir émigrer (temporairement ou définitivement) dans un pays où ils sont disponibles et de telles migrations dépendent évidemment des ressources (pas seulement financières) des personnes.</p>
<p>Problématique « migration et soins » en Guyane</p> <ul style="list-style-type: none"> ● S'articule autour de deux thèmes selon que l'on considère les migrations durables ou les mouvements ponctuels : <ul style="list-style-type: none"> ● La migration de longue durée pour des raisons sanitaires, en raison de systèmes de soins défaillants dans les pays proches (Brésil, Haïti, Suriname) ● Les migrations pour soins à Saint-Laurent du Maroni, et plus largement le long du Maroni, plus « pendulaires ». 	<p>Ce programme de recherche est réalisé en partenariat avec l'AFD et comporte trois volets, dont le premier et le troisième concernent la problématique particulière des états étrangers proches des COM (Comores-Mayotte ; Suriname–Guyane). Le premier volet a été réalisé en 2007 sur la situation des migrations pour soins à Mayotte. Cette étude a notamment montré que les migrations sanitaires étaient très minoritaires, puisqu'au total, 11% de la population migrante née à l'étranger a migré et/ou s'est installée pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de la population étrangère a migré pour des raisons économiques (50%) et familiales (26%).</p>
<p>Etude « migration et soins » en Guyane</p> <p>1) Une étude sur la demande de soins au CHOG : Services d'urgence et de la maternité</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Objectif : Comprendre les raisons du recours à la maternité et au service d'urgence de SLM en regard des déterminants sanitaires et sociaux ● Approche sociologique (entretiens semi directifs) et par questionnaire ● Janv-Mars 2009 <p>2) Une étude en population générale (Cayenne et SLM)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mars-Avril 2009 	<p>Toutes ces questions se posent par ailleurs dans un contexte international marqué par plusieurs tendances fortes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intensification générale des migrations humaines internationales ; - la persistance de profondes inégalités dans l'offre de soins entre le Nord et le Sud ; - les révisions restrictives des politiques migratoires européennes (et particulièrement françaises) ; - les interrogations des institutions d'aide au développement quant à l'impact d'investissements dans le secteur de la santé.

<p>Les acteurs mobilisés ou rencontrés pour le projet</p>  <ul style="list-style-type: none"> ● Institutionnels : AFD, ARH, DSDS, CGSS ● Organismes de recherche/études : INSEE, ORS, CIRE, CICEC ● Bureau d'étude Qualistat ● ASV, Centre de Ressource de la Politique de la ville, ARUAG ● Associatifs : MDM, AIDES, Réseau Matoutou ● Professionnels du champ sanitaire et social ● Surinam : Médecins de l'hôpital d'Albina 	<p>Et bien sûr Guyane Promo Santé...</p>
<p>Objectifs de l'étude en population générale</p>  <ul style="list-style-type: none"> ● Connaître l'état de santé (santé perçue) et les difficultés de recours aux soins de la population de Cayenne et Saint Laurent du Maroni ● Estimer le poids des déterminants sanitaires dans l'ensemble des déterminants de la migration, par rapport aux autres motifs (notamment économiques ou familiaux) 	
<p>Méthodologie de l'enquête en population générale (1)</p>  <ul style="list-style-type: none"> ● Enquête transversale, représentative, anonyme, en population générale dans les communes de Cayenne et de St Laurent du Maroni ● Échantillon aléatoire de 1000 personnes de plus de 18 ans (600 à Cayenne et 400 à SLM) <ul style="list-style-type: none"> ● Méthode d'échantillonnage : aléatoire à plusieurs degrés ● Questionnaire en face à face (20 minutes) 	

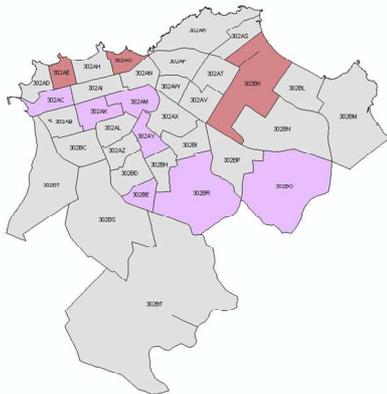
Méthodologie (2) : Base de sondage et Echantillonnage



- Base de sondage : îlots (INSEE)
- Regroupement d'îlots : Zones de Tirage (ZT)
- Objectif = 60 individus / ZT

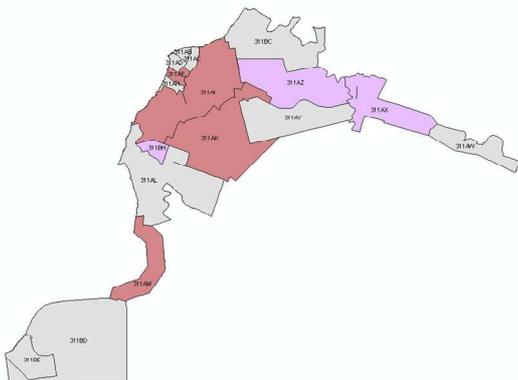
	Cayenne	SLM
Nombre de ZT	34	17
Nombre de ZT tirées au sort	10	7

Méthodologie (3) : Les ZT tirées au sort à Cayenne



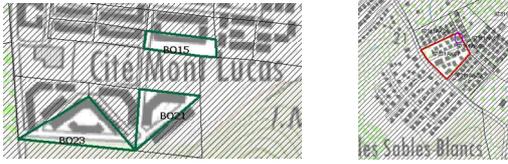
Les quartiers rouges sont des zones hors CUCS et, en violets, elles sont dans le CUCS.

Méthodologie (4) : Les ZT tirées au sort à Saint Laurent du Maroni



Méthodologie (5) : Echantillonnage

- Au sein des ZT : Tirage au sort d'îlots proportionnel à l'effectif de logements/îlot
→36 îlots à Cayenne et 22 à SLM



- Au sein des îlots : Tirage au sort de logements proportionnel à l'effectif de logements/îlot
- Au sein des logements : ITW du chef de famille et Tirage au sort d'un individu de plus de 18 ans (par l'enquêteur)



Méthodologie (6) : Contenu du questionnaire

- **Caractéristiques du ménage** : logement, composition du ménage, revenus
- **Caractéristiques individu > 18 ans** :
 - **Démographiques** : âge, sexe, situation familiale, nationalité, lieu de naissance, histoire migratoire (ancienneté et motif de l'immigration, statut de résidence)
 - **Sociales** : langues parlées, niveau d'étude, profession et catégories socioprofessionnelles, revenus, soutien social
 - **Santé et recours aux soins** : santé perçue, maladies déclarées, couverture maladie, difficultés d'accès aux soins, renoncement aux soins



L'étude se terminera fin avril. La remise du rapport est prévue avant l'été et la diffusion se fera en septembre.

La démarche communautaire à AIDES Guyane Mme Claire GIROU, AIDES



La démarche communautaire à AIDES Guyane

1



Les missions de AIDES :

- **Le soutien** aux personnes touchées par le VIH/sida, les hépatites B et C ainsi que leur entourage.
- **La prévention et l'information** sur le sida et les hépatites (auprès des populations vulnérables face aux contaminations et du grand public).
- **La défense du droit des personnes** et le combat contre l'exclusion.
- **Le plaidoyer** auprès des pouvoirs publics pour faire évoluer la législation et le système de santé.
- **La mobilisation** pour que le sida et les hépatites restent une priorité de santé publique.
- Servir de laboratoire d'idées, développer des projets pilotes, mener des actions innovantes en matière de réduction des risques de contamination est également au cœur des missions de l'association.

En savoir plus : www.aides.org

2

AIDES est une association nationale, créée en 1984, par des personnes touchées par le virus du sida.

Des éléments de contexte en Guyane :

- 209 000 habitants en Guyane.
- 50% de la population a moins de 25 ans.
- Département français le plus touché par le VIH. L'épidémie affecte hommes et femmes de tous âges.
- Les trois-quarts des personnes séropositives sont d'origine étrangère.
- Précarité importante et pauvreté des personnes séropositives qui viennent à AIDES.
- A St-Laurent, 33 000 personnes.
- La file active des personnes touchées par le VIH du CHOG est estimée à 350 patients, 20 % perdus de vue.

Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

3

La Guyane est en zone d'épidémie généralisée : ce qui signifie que la prise en charge des personnes ne peut être calquée sur la métropole (où les taux de prévalence sont 10 à 15 fois moindre) mais qu'elle doit plutôt s'inspirer de ce que l'on fait dans les pays en voie de développement. Elle affecte hommes et femmes de tous âges. Les femmes sont plus touchées que les hommes. Elles sont contaminées plus jeunes (23 – 24 ans), les hommes, après 40 ans. En Guyane, les gens sont dépistés tardivement en grande partie, c'est à dire déjà malades. A ce stade, elles sont privées de ressources physiques et morales pour se soigner, et doivent attendre plusieurs mois pour aller mieux, ces mois-là sont cruciaux dans le parcours de vie, ils décideront de leur survie.

	<p>Dans certaines populations, la prévalence peut être quatre fois plus élevée que la moyenne en Guyane. C'est ce qui nous permet de comprendre la notion de « populations vulnérables ».</p> <p>La prise en charge sanitaire est correcte, la prise en charge sociale existe mais c'est difficile car manque de professionnels. Enfin, il n'y avait pas d'associations de personnes touchées avant 2006.</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <h2 style="text-align: center;">La communauté à AIDES</h2> <ul style="list-style-type: none"> • Un regroupement de personnes partageant une communauté de destin ; c'est-à-dire une préoccupation par rapport au VIH-Sida parce que ce sont des personnes infectées ou affectées. • Les personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont proches de quelqu'un de touché. • Les personnes ayant une importante vulnérabilité face aux virus. • Les personnes ayant « une proximité » avec le VIH ou les hépatites. • Une association de militants. <p style="text-align: right;">4</p> </div>	<p>Les personnes vulnérables sont : la communauté gay, les personnes qui se prostituent, les personnes consommatrices de produits psycho actifs. Ce sont également les personnes qui vivent en lieu de forte endémie : autrement dit, en Guyane, où l'épidémie est généralisée, où elle concerne autant les hommes que les femmes, de tous âges, nous sommes tous de potentiels acteurs, nous pourrions tous nous mobiliser.</p> <p>Les personnes ayant « une proximité » avec le VIH : cette proximité est au sens large ; personnes qui ont vécu des situations de prises de risque, qui sont préoccupées par la discrimination liées aux communautés les plus touchées, à qui il importe que le système de santé soit équitable et pour qui l'accès aux droits et aux soins pour tous est indissociable d'une société démocratique, qui sont préoccupés par les politiques de santé publique.</p> <p>Là également, se sentir responsable d'un système de santé qui permette de lutter contre l'exclusion des soins. Permettre aux plus démunis d'accéder à plus de capacité de se défendre est un acte citoyen qui nous concerne tous.</p> <p>S'engager dans la lutte contre le sida est un critère d'appartenance à cette communauté. Les militants associatifs sont des facilitateurs communautaires qui permettent aux groupes de trouver des solutions par eux-mêmes et pour eux-mêmes et de plaider pour la sauvegarde de leurs intérêts.</p> <p>Concrètement, la rencontre en Guyane de personnes touchées par le VIH et de personnes du monde médico-social a permis la naissance de la Délégation à St-Laurent en 2005 : aujourd'hui, une équipe d'une dizaine de personnes avec deux salariés.</p>

Des règles et une méthode

- **Une éthique**
 - Le respect de la confidentialité
 - Le non-jugement
 - Le respect des personnes dans leur mode de vie, leur orientation sexuelle, de leur religion ...
- **La démarche communautaire :**
 - la primauté du contexte
 - la subsidiarité
 - nous ne prenons pas de commandes, nous émettons des propositions
 - ce sont les exigences de l'action qui font la demande de financement
 - la méthodologie de projet doit être rigoureuse
 - la démarche participative est fondamentale

5

Il n'est pas possible de se soustraire à l'éthique de AIDES, sans courir le risque de mettre en grande difficulté les personnes accueillies, mais aussi l'équipe et le projet que nous menons. Tous les volontaires ont en tête ces principes, nous les rappelons à chaque occasion aux personnes accueillies.

La place des personnes dans AIDES

- **Elles participent aux actions de SOUTIEN et elles sont sollicitées pour la préparation des actions.**
- **Elles participent :**
 - aux événements de la VIE ASSOCIATIVE;
 - aux actions de sensibilisation : conférences, stands, témoignages.
- **MOBILISATION : elles sont encouragées à devenir volontaires :**
Elles sont invitées à postuler pour les emplois salariés de AIDES.

Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

6

Les personnes séro-concernées, celles qui sont liées par la communauté de destin dont je parlais tout à l'heure, doivent être à la tête du projet et des actions qui les concernent. On ne fait pas pour, on fait avec. Et on ne fait jamais sans les personnes concernées. Car la démonstration a largement été faite dans le monde entier que c'est bien en plaçant les personnes concernées au centre de l'action que l'on change la donne. Nous avons un système de soin qui coupe en tranche les personnes et qui perd en efficacité ce qu'il gagne en technicité.

What is a WAT ?

Week-ends d'action thérapeutique

Objectif général :

Améliorer la qualité de la vie des personnes touchées par les virus VIH et les hépatites en Guyane.

Objectifs spécifiques :

- permettre aux personnes de se reposer à l'abri de leurs contraintes quotidiennes habituelles
- permettre des échanges dans un temps et un lieu privilégié
- aider les personnes à prendre conscience de leur rôle d'acteur de leur santé
- aborder des aspects techniques tels que les traitements, les effets secondaires, les pratiques de RDR

Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

7

Comment être observant (prendre régulièrement son traitement) quand les médicaments doivent être avalés à heure fixe au milieu d'un repas, quand on vit dans la rue ?
Comment améliorer sa charge virale quand on est dans l'impossibilité de manger régulièrement ?
Comment être suivi correctement quand on habite à 8 heures de pirogue, que l'on est sans ressource, sans force pour travailler, quand, arrivé à St-Laurent, on est dans la rue car les possibilités d'hébergement sont très limitées, avant le rendez-vous chez le médecin, la consultation spécialisée à Cayenne, les démarches administratives à réaliser à la CAF, la sous-préfecture, la banque, les ASSEDIC etc.
Faut être très bien organisé pour faire cela en 24 heures.
C'est tout cela « tenir compte de la globalité de la personne ». Elle ne peut être réduite à une auscultation et à un examen biologique.



Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

8

Le week-end d'action thérapeutique, qu'est-ce que c'est ?

C'est la rencontre des personnes touchées par les virus VIH et les hépatites pendant trois jours sur un même lieu.

Avec l'objectif général de contribuer à l'amélioration de leur qualité de leur vie.

Quel en est le déroulement ?

Nous choisissons des endroits tranquilles qui favorisent le ressourcement et la création de liens. Celui qui nous convient le plus est le site d'Angoulême à 50 km de St-Laurent sur la Mana. Les thèmes abordés :

Ils sont choisis en amont, par les personnes invitées, qui sont conviées à la délégation à des réunions de préparation.

Ils sont innombrables, je vais en citer quelques uns pour que vous ayez une idée de nos réflexions :

mieux vivre avec le VIH et les virus des hépatites ;

- la dicibilité : en parler à qui, à ses enfants, comment se préparer, les préparer, à quel moment ... ;

- le désir d'enfant pour un homme, pour une femme ;

- la sexualité : quelles pratiques avec quels risques, comment se protéger soi et les autres ;

- le traitement : vaste sujet avec les effets secondaires, son efficacité, le sens des marqueurs biologiques, l'hygiène de vie, l'alimentation, la gestion des facteurs de risque, l'alcool, le tabac ... ;

- l'isolement;

- les modes de transmission ;

- les relations avec le personnel de santé, les travailleurs sociaux, les administrations ...

Des ateliers sont organisés sur ces thèmes.

Nous aimons inviter une personne référente dans le domaine choisi ; pour donner quelques exemples, des médecins ont participé, une sage-femme, des animateurs de prévention d'une association du Suriname et du Guyana, une diététicienne.

Les moments conviviaux sont très importants, tous les temps entre les ateliers : les repas, les soirées, les pauses, les promenades en forêt, les bains, la pêche ... Ces moments permettent de faire mieux connaissance et de souder le groupe.

Analyse

- Nous voyons **se créer une communauté à AIDES Guyane**, toute culture confondue. **Un nombre croissant de personnes nous rejoignent**. Nous avons montré que **réunir des personnes séropositives** sur un même lieu était possible.
- A l'issue du week-end, les personnes ont souhaité se rencontrer plus souvent sous la forme de réunions thématiques et conviviales. Ces rencontres permettent de rompre **leur isolement** et de **parler de leur maladie**. Certaines d'entre elles veulent se «mobiliser» et se «visibiliser».
- Nous pouvons **pratiquer 6 langues**. **Les différences socio-culturelles** ne sont pas des obstacles à la compréhension de la maladie et aux rencontres.
- **Un savoir sur le VIH** et ce qui l'entoure est partagé et assimilé. Informées, les personnes sont plus à même d'établir un dialogue avec les acteurs de santé, de comprendre l'importance de l'observance, d'améliorer leur qualité de vie.

Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

9

Conclusion

- La Guyane est et a toujours été une terre de migration, nous nous enrichissons de ce mélange culturel. Nous souhaitons construire des solutions ensemble pour répondre au défi que représente l'épidémie.
- Notre association a besoin de personnes concernées, et motivées qui partagent notre éthique. Nous vous attendons à notre local, pour partager, débattre et agir.
- La lutte contre le sida et les hépatites doit apporter dans nos régions : la considération des personnes touchées, des solutions contre le silence, l'isolement, l'exclusion et un accès équitable aux traitements.

Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

10

Il n'est pas humain de laisser des personnes dans un tel état de pauvreté et d'isolement : sans toit et sans ressource, parce qu'elles sont malades. C'est contraire à la législation qui protège les personnes atteintes et contraire à toute logique de santé publique.

Nous pouvons et nous devons nous mobiliser dans la société guyanaise pour combattre l'épidémie.

Délégation de Guyane

- **1 rue Simon prolongée**
- **97320 Saint Laurent du Maroni**
- **Tél : 05 94 27 94 25** stlaurentdumaroni@aides.org



Séminaire Santé communautaire
mars 2009 Kourou

11

**Mission France Guyane : Action Mobile de Proximité et Promotion de la Santé,
M. Jean-Noël ROBILLARD, MDM**



**Mission France Guyane
Action Mobile de Proximité
et Promotion de la Santé**

*Jean-Noël Robillard – Coordinateur MFG - Mars 2009
Séminaire « La Santé Communautaire – Politique locale de santé »*

CONTEXTE (1)

- « La situation sanitaire en Guyane est préoccupante...
Docup - 9 mai 2006 – Préfecture.
- **PIB/habitant** presque **2 fois inférieur** à la métropole
- Importance du **chômage** et des **minima sociaux**
- 8000 **habitations insalubres** sur 45 000 résidences
- **Surmortalité:** + 40% / à la métropole
- 1 hab/3 a **recours aux Urgences** contre 1 hab/5
- **Actes** d'omnipraticiens par habitant : divisés/3
- **Prescription** annuelle moyenne par habitant : divisée/3



En 2004, quelques chiffres :

- RMI : 12,5 % de bénéficiaires en Guyane (3,1 en métropole);
- Allocation parent isolé : 5,4% d'allocataires en Guyane (1,2% en métropole);
- CMU de base et complémentaire : 38% en Guyane (8% en métropole).

Donc défis économiques et en matière sanitaire du département.

Les urgences de Cayenne sont les urgences qui connaissent le plus d'urgences mineures en France.

CONTEXTE (2)

Les obstacles à l'accès et à la continuité des soins sont nombreux et sont renforcés par la diversité culturelle et linguistique des populations de la Guyane



移



Obstacle principal : méconnaissance des droits et des structures d'accès aux soins.

MISSION FRANCE GUYANE



- **OBJECTIF:** Contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations vulnérables de l'île de Cayenne en **réduisant les inégalités d'accès au système de santé de droit commun**
- **PUBLICS CIBLES:** Toute **personne exclue** ou en difficulté d'accès au système de santé de droit commun
- **ACTIONS:**
 - **CASO** = Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
 - **Action mobile de proximité** = Information et Education à la Santé
 - **Actions ponctuelles** = 1^{er} décembre, Carnaval, Sidaction, enquêtes, etc.
 - **Partenariat et travail en réseau** = PAODAR, ARMSP, GPS, COREVIH, etc.

L'ensemble de ses actions inscrit la **Mission France Guyane** dans une **démarche de Promotion de la Santé**

L'action est portée par les bénévoles.
L'action est globale.
Une action isolée ne peut pas être efficace si elle ne s'inscrit pas dans une stratégie plus globale.

ACTION MOBILE DE PROXIMITE et PROMOTION DE LA SANTE (1)



- **OBJECTIF :**
Renforcer les capacités des populations vulnérables ciblées afin qu'elles aient les moyens de contribuer à l'amélioration et la préservation de leur santé, celle de leur famille et de leur communauté.
- **ACTIONS :**
Information et Education à la Santé (IES) et prévention sur cinq thématiques de santé abordées de manière collective :
 - la « SÉCU » / droits, structures et démarches
 - la fièvre / promotion de l'utilisation du thermomètre et du suivi de la fièvre
 - la vaccination / les maladies infectieuses à prévention vaccinale
 - les IST-VIH / en entretien individuel
 - l'hypertension et le diabète



Actions de terrain dans les quartiers sensibles.

ACTION MOBILE DE PROXIMITE et PROMOTION DE LA SANTE (2)



- **METHODE et OUTILS :**
 - **Méthode participative**
 - **Fiches informatives traduites** sur les différents thèmes abordés
 - **Matériel d'éducation et de prévention de l'INPES**
 - **Formation** des bénévoles et de partenaires
- **PARTENARIATS :**
 - **ARMSP** – Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique
 - **AFDG** – Association Franco-Dominicaine de Guyane
 - **DAAC** – Développement, Animation, Accompagnement, Coopération
 - **Associations identifiées par les ASV** de l'île de Cayenne
 - **Radios locales** – RTI, Mosaïques, Gabriel, RFO Guyane, etc.

Diagnostic sur le mode du focus groupe avec la population.

Identification des besoins.

2009 : production de spots d'information pour les radios dans différentes langues.

ACTION MOBILE DE PROXIMITE et PROMOTION DE LA SANTE (3)



2006 : Phase de diagnostic

- 108 personnes mobilisées en 8 entretiens de diagnostic participatif (Focus Group)
- 1 Relais associatif – Médiateur en santé publique (DAAC)
- 3 « quartiers » / 3 communautés

2007 : Phase pilote

- 4 Relais communautaires ou de proximité
- 177 personnes dont 70% de femmes
- 4 quartiers / 3 communautés

2008 : Phase de développement

- 1 partenariat conventionné (ARMSP) et 4 Relais communautaires ou de proximité
- 18 interventions sur 5 thèmes
- 236 personnes dont 70% de femmes
- 3 quartiers / 2 communautés

Le partenariat et les relais communautaires (particuliers, associations, églises etc.) sont primordiaux pour le succès de l'action.

ACTION MOBILE DE PROXIMITE et PROMOTION DE LA SANTE (4)



• Lien direct avec le CASO :

- En 2006 : 8% de personnes d'origine brésilienne dans la file active
- En 2007 avec l'action mobile vers cette communauté : 21%

• Action mobile + CASO + Témoignage = PROMOTION DE LA SANTE

- accroître l'**autonomie** des bénéficiaires
- proposer des **consultations** répondant aux problématiques de santé des usagers (sociale, prévention, médical)
- **témoigner** des dysfonctionnements du système de santé de droit commun de l'île de Cayenne

Une approche systémique (santé globale) pour l'amélioration des pratiques, des moyens, des dispositifs, leur adaptation aux réalités locales, etc.

L'action mobile de proximité donne toute sa dimension de promotion de la santé à la mission du CASO et de Médecins du Monde en général.

Il y a un déplacement vers les communautés et un renforcement des capacités individuelles.

L'action mobile de proximité alimente le témoignage pour avoir un travail de lobbying également.

ACTION MOBILE DE PROXIMITE et PROMOTION DE LA SANTE (5)



Deux médiatrices dans un quartier auprès d'un groupe d'une quinzaine de personnes sur le thème du thermomètre.

Evolution vers une approche de santé communautaire



- Un outil incontournable de la Promotion de la santé en Guyane :
 - **La santé communautaire** pour favoriser l'accès des communautés au système de santé de droit commun et donc participer à leur intégration sociale
- Approche communautaire dans nos actions :
 - **convention** de partenariat avec l'ARMSP en 2008
 - **Importance des relais et formation** des personnels d'associations de quartier et/ou communautaires
 - **coopération** avec les radios locales -> spots de prévention et IES en cours de création

La santé communautaire est aujourd'hui un des outils de la promotion de la santé pour faire face à la diversité culturelle et linguistique du département.

Pour le moment, à Médecins du Monde, il y a une approche communautaire mais pas réellement encore d'actions de santé communautaire.

La santé communautaire passe donc principalement par les partenariats développés.

Evolution vers la santé communautaire (1)



- **Limites:**
 - Turnover des intervenants bénévoles / relation de confiance
 - Contraintes linguistiques et dimensions interculturelles
 - Instabilité du public cible : incertitude / insécurité du lendemain = pourquoi s'investir sur le long terme?
 - Sommes-nous vraiment en face de communautés ?
 - Préoccupations de santé secondaires pour les plus vulnérables
 - Question de « coût/bénéfice » / + dans l'immédiateté
 - Quels temps et quels moyens peuvent être accordés à ce type de projet ?

Les bénéfices ne s'enclenchent pas rapidement, il faut miser sur le moyen-long terme avec un suivi régulier avec les usagers et les bailleurs.

Evolution vers la santé communautaire (3)



- **Perspectives :**
 - **prise de conscience** de l'intérêt d'une telle approche
-> formation et séminaire institut Renaudot
 - **piste de réflexion :**
-> mise en place d'actions avec des « pairs » communautaires
 - **Nécessité d'une politique locale de santé** associant différentes approches:
 - Santé globale / prise en compte et action sur les déterminants de santé (socioculturels, économique, infrastructures, etc.)
 - Partenariat large (Etat, Collectivités, Associations, Usagers...)
 - Outils diversifiés et innovants (santé communautaire, marketing social, COMBI, etc.) nécessitant formation et accompagnement
 - Allocation des moyens financiers, humains, etc. adéquates

RESTITUTION DES ECHANGES DE L'APRES-MIDI (1)

Yvonne Govitin, Médecin responsable de CDAG au CMCK à Kourou :

« C'est une question à Médecins du Monde. Comment s'est passée votre venue en Guyane ? Comment ça se passe par rapport au siège à Paris ? »

Jean-Noël Robillard, Coordonateur de MDM en Guyane :

« Vous voulez dire les mécanismes d'identification des besoins à l'origine de l'implantation en Guyane ? A Médecins du Monde, il y a deux grandes branches, les missions internationales et les missions France. Pour ces missions, il y a des missions exploratoires. Moi-même, je n'étais pas là pour ces missions exploratoires mais, à ma connaissance, il y en a eu au moins deux, qui ont été conduites à l'époque par l'ancienne présidente de Médecins du Monde, Madame Janson.

Ces deux missions exploratoires ont conduit, après l'identification d'un coordinateur bénévole local, puisqu'à l'origine c'était une association entièrement bénévole, à l'implantation d'une mission de toute petite envergure et qui s'est construite au fur et à mesure et qui a reçu des moyens supplémentaires suite à une évaluation menée par le siège en avril 2005, où la décision a été prise d'investir plus de moyens dans la mission avec la location d'un local et le recrutement d'un coordinateur salarié. »

Marie Florence, Assistante sociale au CMPP de St Laurent :

« Avez-vous l'intention également d'implanter vos actions et votre présence dans l'Ouest guyanais et vos consultations sont-elles des consultations de spécialistes ou seulement de généralistes ? Merci de votre réponse. »

Jean-Noël Robillard, Coordonateur de MDM en Guyane :

« Pour le moment, il n'est pas prévu d'élargir notre mission ni vers l'Ouest ni vers l'Est mais notre intention est plutôt d'étendre vers l'Est guyanais parce que cela nous paraît être un secteur plus délaissé dans la mesure où il n'y a pas de centre hospitalier et où le tissu associatif est beaucoup plus restreint. On doit procéder par défaut même s'il y a des besoins partout. Mais actuellement, le contexte n'est pas à l'extension des missions étant donné le contexte global. Médecins du Monde dépend à 60% des dons et des legs.

Pour le moment, on propose des consultations de médecine générale uniquement. Il y a peu de chances qu'on étende aux spécialistes. On est quand même en discussion avec un dentiste pour voir dans quelle mesure on pourrait étendre nos missions à ce type de soins puisque les résultats de notre enquête montrent qu'il n'y a que deux dentistes sur l'île de Cayenne qui acceptent de recevoir les personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat sans condition. »

Marie Florence, Assistante sociale au CMPP de St Laurent :

« Notre structure suit en prise en charge thérapeutique et sociale des enfants de 6 à 21 ans et une post-cure de 3 ans pour tout ce qui est déficience intellectuelle, handicap, poly-handicap, etc. Vous avez trois quart des médecins spécialistes en Guyane française qui n'acceptent pas l'AME et la CMU donc actuellement nous sommes obligés dans notre structure de faire appel à des associations caritatives, telles le Secours Catholique ou le Rotary Club pour payer à la place des personnes les consultations de spécialistes, notamment pour le dépistage et les bilans pour les enfants. Cette question s'adresse à AIDES, qui est une association militante. Quelles sont ses actions pour faire remonter ces dysfonctionnements ? »

Claire Girou, Médecin - Présidente d'Aides :

« A Aides-Saint-Laurent, on a observé les mêmes dysfonctionnements bien-sûr même si ça ne concerne pas tous les généralistes et spécialistes. On a deux formes d'actions :

- Le soutien individuel quand par exemple une personne qui est bénéficiaire d'une couverture sociale a besoin d'une consultation ophtalmo et qu'elle ne peut pas avancer les 50 euros et, on fait l'avance.

- L'action de plaidoyer de AIDES, on joue un rôle d'observatoire, on recueille les données collectivement avec le collectif de travailleurs sociaux de Saint-Laurent. Vous pouvez nous faire remonter des informations, on met tout ça en commun. Ensuite, on se fait conseiller par des services juridiques, on fait des recours. Pour le moment, on en est à la mise en place de l'observatoire en partenariat. L'observatoire est encore informel et pas vraiment fonctionnel. Ca demande un gros travail d'explication pour sensibiliser les travailleurs sociaux et les structures. »

Alain Danglades, Membre de l'UCMG et Président de la MGEN :

« Ma question s'adresse à Aides : qui pourrait mettre tout ça en musique pour mettre nos moyens en commun et essayer d'être plus efficace sur le terrain ? »

Ma deuxième question concerne la nouvelle Loi « Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) ». Comment l'action en santé communautaire s'inscrit dans cette nouvelle loi ? Comment ça va se passer avec le nouveau découpage et notamment pour la DSDS en Guyane ? Quelle articulation de la santé communautaire avec cette nouvelle organisation ? »

Claire Girou, Médecin - Présidente d'Aides :

« Il y a un grand intérêt à ce qu'on mette en place une coordination. A Saint-Laurent, cette coordination existait mais elle n'a pas été entretenue suite au départ d'une personne, il faudrait se mobiliser pour que le poste existe vraiment. Subsidiairement, on s'organise informellement avec les associations et avec Mme Massemin du DSU mais on est en carence de ressources humaines. »

Christophe Prat, Directeur adjoint de la DSDS – Guyane :

« La loi HPST est en discussion au Sénat. Pour la Guyane, il va y avoir création d'une ARS (Agence régionale de santé) au 1^{er} janvier 2010 dont l'objectif est de réunir dans une seule structure les aspects hospitalier, ambulatoire et médico-social par souci de fluidité. L'ARS sera un établissement public. Concernant la territorialisation et la santé communautaire, le texte de loi est assez général, le décret précisera certainement certains aspects, néanmoins, il est prévu l'institution de projets territoriaux de santé en lien avec la politique locale et nationale de santé publique par l'établissement de contrats locaux signés par les collectivités territoriales avec un schéma territorial d'organisation. »

Mariella Galli, Formatrice à l'Institut Renaudot :

Les contrats locaux de santé publique se veulent un élargissement de la démarche ASV. Les ASV officialisent la démarche communautaire et la participation des publics. Il ne va pas y avoir disparition des ASV mais élargissement des ASV hors « Politique de la ville ». Récemment, une lettre de Mme Fadela Amara et Mme Roseline Bachelot aux Préfets les a invités à interpeler les collectivités territoriales actuellement en ASV à candidater pour signer des Contrats locaux de santé, qui sont amenés à mettre en place la « santé de proximité ». Ce n'est pas gagné selon l'institut Renaudot car c'est juste une réforme des hôpitaux et quand on voit la place de la prévention qui est de 10 lignes alors que les autres chapitres font 4 pages... J'invite les communes en ASV à se manifester auprès du Préfet et j'invite tout le monde à aller voir sur le site de la Société Française de Santé Publique car il y a un travail en région pour que la promotion de la santé soit inscrite dans la loi. Il y a beaucoup de régions qui ont des amendements. Il y a une association qui fait un travail de plaidoyer fort pour la démarche participative. Voir le site http://www.sfsp.fr/presentation/societes_regionales.php.

Mylène Beaunès, Infirmière scolaire :

« Qu'est ce qui est prévu pour détecter les enfants en difficulté en matière de santé dans les écoles primaires ? Il n'y a pas d'assistante sociale pour les enfants du primaire, les infirmières n'interviennent en primaire que pour des bilans et pas pour toutes les tranches d'âge. Donc les enfants présentant un problème de santé majeur ne sont pas forcément signalés et restent en souffrance pendant des années. Les enseignants ne savent donc pas toujours quoi faire pour que ces enfants bénéficient de soins. »

David Doms, Assistant Social au Conseil Général à Saint-Laurent-du-Maroni :

Dans le primaire, normalement, il y a des assistants sociaux qui interviennent sur la base d'un signalement scolaire. Il faut que l'enfant soit signalé par une personne, enseignant ou non auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), au Procureur, au Judiciaire. Ça fonctionne plus ou moins bien. Il manque de personnel. Il faudrait, pour que cela fonctionne bien, un assistant pour 3500 habitants. Sur Saint-Laurent, j'ai été seul pendant un an et demi en polyvalence de secteur, nous sommes désormais 4 mais il n'y a plus personne à l'ASE. Mais le dysfonctionnement premier émane des

enseignants et des citoyens qui ne savent pas quoi faire quand un enfant va mal (violence sociale, familiale, absentéisme...). Il y a un gros travail de sensibilisation à faire.

Sylvie Audigeos-Berteaud, Infirmière scolaire et Secrétaire académique du Syndicat national des infirmières conseillères en santé :

« La loi de 2007 voulue par M. Sarkozy demande de faire plusieurs bilans en santé pour les enfants, il y a une visite médicale en grande section de maternelle, et une visite médicale obligatoire à l'âge de 9 ans, de 12 ans et de 15 ans, et en Guyane nous avons seulement 3 médecins scolaires, c'est là soulever un problème crucial. Il faudrait que les parents et enseignants en prennent conscience et demandent qu'en Guyane de même qu'en métropole, les enfants aient droit à ces visites. »

Une intervenante, Médecin :

« Devant un enfant qui va mal, on doit faire tout pour qu'il aille mieux, s'il n'y a pas d'assistant social dédié, il faut le signaler à l'assistant social de secteur ou sinon aux urgences mais dans tous les cas, il faut faire quelque chose et ne pas le laisser évoluer dans sa pathologie et aller de plus en plus mal. »

M. Benetto de la Prairie, Coordinateur du Projet de Réussite Educative (PRE) de Cayenne :

« Le PRE est là pour faire le lien avec l'école, la famille et les enfants en difficulté sociale, d'accompagnement ou médicale. 300 familles sont concernées sur l'île de Cayenne. Nous avons la possibilité d'orienter les enfants vers certains médecins et dentistes. Il y a cinq PRE en Guyane, un dans chaque CUCS. »

Équipe Mobile d'Information et Prévention Santé

M. Pasckal SELE, Réseau Matoutou

EMIPS

Équipe Mobile d'Information et Prévention Santé



Pascal SELE – Chef de projet EMIPS

Intervention : séminaire « la santé dans une démarche communautaire »

Réseau Matoutou : Association Réseau Ville-Hôpital pour les personnes touchées par les hépatites, le VIH...

Elle est scindée en 2 entités : sociale et préventive.

La partie prévention est portée par l'EMIPS.



Historique

- ✘ Créée en 1998
- ✘ Évaluation et restructuration du programme en 2005
- ✘ Élaboration d'un programme transfrontalier porté par le Réseau Matoutou et Medische Zending avec le soutien de nombreux acteurs :
 - Mouvement Français pour le Planning Familiale
 - DSOS
 - Fonds de Coopération Régionale
 - National AIDS Program du Surinam
 - Sidaction
 - INPES
 - Stichting Maxi Linder



Programme EMIPS

- ✘ Trois phases d'implémentation
 - I. Formation des Formateurs sur les risques sexuels
 - II. Formation des relais communautaires bénévoles
 - III. Mise en œuvre des actions de prévention de proximité



Phase I

Formation des Formateurs

- 10 personnes formées dont 6 français et 4 surinamais originaires de la vallée du Maroni
- 104 H de formation sur 6 mois de janvier à juillet 2006
- Déroulée à Paramaribo et St-Laurent du Maroni
- Nomination des coordinateurs du programme en janvier 2007
- Accompagnement sur le terrain lors de la première expérience de formation
- Regroupement de formateurs 3 jours/semestre

Les personnes formées pour être formateurs sont originaires du Maroni pour faciliter le rapport avec le public.



Phase II

Formation des relais communautaires

- Recrutement de participants 2-3 semaines avant la formation par l'équipe de formation
- 1^{ère} session de 4 demi-journées de formation
- 2^{ème} session de 4 demi-journées 1 mois plus tard
- Suivi bimensuel des stagiaires sur le terrain par les coordinateurs
- Regroupement de 3 demi-journées 6 mois après
- Rapport à MZ et à la coordinatrice des Actions de prévention suite à chaque formation.



Phase II

Contenu de la formation des relais communautaires

- *Savoir*
 - VIH/SIDA, IST
 - Appareils génitaux masculin et féminin
 - Cycle reproductif, contraception
 - Sexualité, Relations hommes - femmes, violences
- *Savoir - être*
 - Écoute active, empathie, congruence, regard positif inconditionnel
 - Empowerment
 - Reconnaître ses limites
- *Savoir - faire*
 - Animation de groupe
 - Maîtrise d'utilisation des préservatifs

- Renforcer les capacités d'acteurs de terrain à aborder les questions de santé sexuelle dans le cadre de la prévention VIH/IST dans l'Ouest Guyanais.
- Approfondir les connaissances et la compréhension des populations du fleuve de la maladie du VIH et des IST, des modes de transmissions et des moyens de prévention.
- Améliorer l'accès aux moyens de prévention de VIH/SIDA et des IST.
- Promouvoir des comportements à moindre risque pour l'infection à VIH et aux IST.
- Former des leaders communautaires à l'éducation à la sexualité pour accroître la capacité de la population à faire des choix favorables à sa santé.



Phase III

⌘ Actions de Proximité

- Discussion avec l'entourage
- Création des points de distribution de préservatifs
- Prévention lors des manifestations
- Groupe de discussion

Il n'était pas possible d'organiser des groupes de parole formels parce que cela ne correspondait pas à la culture locale et le protocole à appliquer n'était pas applicable sur le Maroni. Donc il a été décidé de faire des groupes de discussion plus informels autour de la réalisation du couac par exemple.

La distribution de préservatifs se fait gratuitement.

La prévention a aussi lieu lors des cérémonies traditionnelles telles que les levées de deuil, « brokodé »...



Perspectives

- ⌘ Renforcer et officialiser des partenariats avec les structures référentes du Suriname (Conventions)
- ⌘ Créer des matériels adaptés aux participants (analphabètes, non francophone,...)
 - Aides mémoires imagés
 - Outils de suivi
 - Outils de gestion
- ⌘ Élargir le programme à d'autres problèmes de santé de la région
- ⌘ Créer des postes de relais de santé sur les différents secteurs

Le programme de sensibilisation a atteint ses limites.

Il est financé sur 3 ans alors que c'est un programme sur le long terme. Il faut pérenniser le programme sinon il n'aura servi à rien. Il faut maintenir la dynamique de prévention engagée.

Aujourd'hui, 70 personnes sont formées sur le Maroni à ces problématiques et à la prévention; il existe 20 points de distribution de préservatifs. Seule la région de Papaïchton reste à former.

C'est un travail qui doit continuer maintenant que la population est sensible aux problématiques et demandeuse.

Programme de santé communautaire
M. Pascal BONNET, Croix Rouge Française

 **croix-rouge française**



PROGRAMME SANTE COMMUNAUTAIRE

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

 **croix-rouge française**

HISTORIQUE

Juin 2005 Journées Mercure en Guyane

- Absence de politique du risque mercure
- Inefficacité de la lutte contre l'orpaillage

Novembre 2005

- La DSDS recherche un opérateur pour le montage d'un programme de Santé Communautaire
- La Croix-Rouge répond favorablement sous l'égide Directeur du CMCK

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

 **croix-rouge française**

HISTORIQUE

Décembre 2005

Signature de la convention

Février 2006

Arrivée du Chef de Projet
Lancement création du Centre Prévention Santé

Mai 2006

Lancement programme Santé Communautaire

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



OBJECTIF

Mise en place d'une action de santé communautaire pour prévenir l'imprégnation mercurielle et promouvoir l'éducation et la promotion à la santé en territoires Amérindiens de Guyane

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



Haut-Maroni
Cayodé, Eglise
Iwenké, Talluen
Antecume-Pata
Pidima

Moyon-Oyapock
Camopi Bourg
Les écarts

Haut-Oyapock
Yawapa, Pina
Zidoc, Roger

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



THEMATIQUES

- Prévention de l'imprégnation mercurielle
- Éducation à la santé et nutritionnelle
- VIH/SIDA/IST
- Lutte contre les maladies infectieuses
- Prévention des conduites addictives
- Lutte contre le cancer
- Action spécifique relative à la connaissance du suicide

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



COMPOSITION DE L'EQUIPE

- 1 Coordonnateur
- 1 Chef de Projet
- 1 adjoint au Chef de Projet
- 1 Logisticien
- 2 Infirmières

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

Un médecin vacataire est également dans l'équipe.



METHODOLOGIE

- Réunion du comité technique
- Phase exploratoire sur le littoral et sur les fleuves
- Rencontre avec les autorités coutumières
- Présentation du projet dans chaque village
- Recherche de personnes ressources issues des villages
- Recherche de solutions logistiques
- Définition des actions / création des outils de prévention

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

Comité technique : DSDS, PMI, CHAR, EN, représentants des autorités coutumières

La méthodologie a été validée par le Comité technique.

La phase exploratoire a permis de recueillir des données de terrain avec plusieurs passages dans chaque village.



RESULTATS

- Approche communautaire réussie
 - Accord et validation des autorités coutumières
 - 40 bénévoles actifs – une 15aine très impliqués
- Collaboration avec certains acteurs mitigée
 - Collaboration réelle avec acteurs de terrains
 - Collaboration institutionnelle difficile voire impossible
- Mise en place logistique quasiment aboutie
 - Transport / Carbet prévention
 - Communication

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



RESULTATS

Lutte contre les maladies à risque vectoriel

Réussite de la sensibilisation à l'usage des moustiquaires imprégnées
Echec sur la mise en place de relais locaux de démoustication

Prévention imprégnation mercurielle

Outils entièrement co-construits avec les communautés
Participation active des personnes ressources dans l'action
103 femmes suivies au cours de leur grossesse

Prévention des maladies à prévention vaccinale

Implication dans le Programme Elargi de Vaccination

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



RESULTATS

46 missions réalisées

237 jours sur le terrain

Soutien logistique aux évaluations post-inondation

Soutien logistique aux missions parlementaires, ministérielles

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou



DIFFICULTES RENCONTREES

Programme développé sur des conventions annuelles

Changement complet de l'équipe bailleur au cours de la 1^{ère} année

Communication entre institutions et communautés difficile

Réglementation française pas toujours en adéquation
avec la réalité du territoire d'intervention

Sectorisation et cloisonnement de l'organisation sanitaire

Intervention sur l'ensemble des thématiques retenues

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

Les volontaires vivent mal le fait de ne pas savoir si le programme sera renouvelé à cause de la non-visibilité à long terme des financements.



PERSPECTIVES

Continuité des actions en cours

Etendre l'action prévention de l'imprégnation mercurielle
à l'ensemble des femmes en âge de procréer

Actions de prévention des conduites addictives

Participation à l'accompagnement des personnes relais
chargées du suivi des installations de traitement d'eau

Actions de formation des personnes ressources

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

La formation aux premiers secours permettrait
de pouvoir agir dans l'urgence en l'absence de
structures médicales sur place.



MERCI POUR VOTRE ATTENTION

CRF/CPS/EP-PB/2009-03
Séminaire Santé Communautaire-Kourou

RESTITUTION DES ECHANGES DE L'APRES-MIDI (2)

Patricia Chonville, Coordinatrice de projets de prévention sur l'addiction (volet alcool chez les jeunes) :

« Sur le volet addictions, quelle est la place de la Croix Rouge sur le volet addiction et sur quelles actions avez-vous travaillé, notamment sur la prise en charge des jeunes ? »

Pascal Bonnet, Adjoint au Chef de projet santé communautaire de la Croix Rouge Française :

« Il s'agit de perspectives pour le moment, on n'a pas d'actions clairement définies jusqu'à aujourd'hui. Ca devrait se concrétiser dans les prochains jours. »

Patricia Chonville, Coordinatrice de projets de prévention sur l'addiction :

« Est-ce que la Croix rouge est inscrite dans la démarche des Centres de soin et d'accompagnement et de prévention à l'addictologie (CSAPA) ? »

Pascal Bonnet, Adjoint au Chef de projet santé communautaire de la Croix Rouge Française :

« Je ne sais pas. On a rencontré certains acteurs puisque certains acteurs existent et le programme cherche aussi à adapter les outils existants pour les publics des fleuves. On n'a pas l'intention de travailler sur l'addiction en inventant ce qui existe déjà et en ignorant les partenaires. »

Olivier Godichet, Médecin - Akatij :

« Sur Kourou, c'est l'AKATIJ, une association de jeunes qui s'occupe de toutes ces problématiques d'addiction. Les CSAPA de Cayenne et Saint-Laurent du Maroni sont gérés par les centres hospitaliers. »

Une intervenante :

« Sur le littoral, un appel au secours pour le village de Bellevue près d'Iracoubo, un village qui se meurt sur le thème de l'addictologie. »

Dr Rémy Pignoux, Médecin de santé publique, Conseil Général, exerçant à Maripasoula :

« Question pour Pascal Selé. Le réseau Matoutou forme des jeunes du fleuve. Quelle est leur perception de leur légitimité auprès des populations du fleuve quand ils organisent des réunions, comment sont-ils perçus ? »

Pascal Selé, Coordinateur du projet EMIPS – Réseau Matoutou :

« C'est pour cette raison qu'au début, on avait prévu des groupes de parole et on s'est vite réorienté sur des groupes de discussion. Ils ont une légitimité puisqu'il y a un travail en amont auprès des chefs de village, des capitaines dont la parole a de la valeur, ils sont écoutés, ce qui légitime le travail de ces relais communautaires. »

Dr Rémy Pignoux, Médecin de santé publique, Conseil Général, exerçant à Maripasoula :

« Les jeunes vous font-ils part d'un calendrier d'intervention et font-ils eux-mêmes une évaluation de leur intervention ? Est-ce qu'ils vous en rendent compte ? »

Pascal Selé, Coordinateur du projet EMIPS – Réseau Matoutou :

« Nous avons un suivi bi-mensuel. Ces relais formés sont suivis régulièrement. Nous sommes en contact avec eux, ne serait-ce que pour alimenter les stocks en préservatifs. L'évaluation se fait sur le terrain quand on les rencontre lors d'un groupe de discussion, peut-être que notre présence fausse un peu la discussion mais ça se fait. »

Dr Rémy Pignoux, Médecin de santé publique, Conseil Général, exerçant à Maripasoula :

« Est-ce qu'ils font intervenir des professionnels locaux ? »

Pascal Selé, Coordinateur du projet EMIPS – Réseau Matoutou :

« Les professionnels n'interviennent pas systématiquement, ils sont mis en relation avec le personnel des centres de santé mais c'est surtout lorsqu'ils ont besoin d'informations. »

Dr Pignoux, Médecin de santé publique, Conseil Général, exerçant à Maripasoula :

« Question pour la Croix Rouge : sur les sept items que vous deviez traiter depuis la convention de novembre 2005, il n'y en a qu'un que vous avez effectivement réalisé sur les fleuves : le suivi des grossesses et l'imprégnation mercurielle, c'est ça ? Votre file active des femmes enceintes, vous l'obtenez comment ? Puisque c'est nous qui les suivons et qu'on n'a jamais eu de courrier de demande de votre part. »

Pascal Bonnet, Adjoint au Chef de projet santé communautaire de la Croix Rouge Française :

« Aujourd'hui, là n'est pas la question, nous sommes là pour présenter une démarche même non aboutie... Je réponds quand même à la question : les femmes sont soit orientées par le personnel des centres de santé de l'hôpital de Cayenne, ou par les volontaires eux-mêmes dans les villages qui en discutent, nous signalent eux-mêmes des femmes enceintes... »

Dr Rémy Pignoux, Médecin de santé publique, Conseil Général, exerçant à Maripasoula :

« Concernant le Comité de pilotage mis en place par la DSDS, il ne s'est pas réuni depuis 2 ans. Y a-t-il des raisons à cela ? »

Pascal Bonnet, Adjoint au Chef de projet santé communautaire de la Croix Rouge Française :

« Il s'agit d'un comité technique et non de pilotage. Il s'est réuni jusqu'en septembre 2007. Ensuite, un certain nombre d'éléments échappant à certains acteurs, par manque de communication, a abouti à ce qu'il n'y ait plus de réunion du comité technique, notamment en 2008 parce que la convention d'intervention a été reçue en novembre 2008. Je crois qu'il est important que les acteurs intervenant sur un même territoire n'hésitent pas à se solliciter mutuellement. »

Mme Crémieux Yonnette, Secrétaire administrative de l'ARMSP :

« Ce séminaire est fait pour restituer et relancer la construction d'un plan de la santé communautaire en Guyane pour l'avenir, il serait donc judicieux de voir là où le bas blesse, du côté du Conseil Général, de la partie associative qui est une véritable mosaïque. Ne serait-il pas possible de recenser toutes les associations qui œuvrent mais qui ont des lacunes, des manques de moyens humains, financiers, en formation, et faire une globalisation de tout ce qui se passe en Guyane pour vraiment aller dans le sens d'un plan territorial de santé communautaire et envisager quelque chose de plus global à l'avenir ? Comme le disait le réseau Matoutou, il y a eu des acteurs formés à un niveau, c'est magnifique, et ils ne savent pas si le financement va se poursuivre, c'est dommage de laisser tomber des acteurs qui ont un savoir-faire, un savoir-être pour être des relais des institutions, qui n'ont pas les moyens pour être dans la proximité et créer le lien pour ramener les personnes en rupture de liens sociaux, médicaux ou autres. Je voudrais voir une conclusion plus globale sur ce qui a été fait, ce qui ne va pas et ce qui va pouvoir être fait à l'avenir. Il existe des manques, des institutions qui se sont endormies ou qui n'ont pas fait leur travail, comme à l'Ouest, il y a une grande absence de réseau, de partenariat, donc voir quelles communes sont en manque de structuration, de soin, de corps médical, d'acteurs préventifs, etc. L'ARMSP est silencieuse mais essaie de structurer des médiateurs mais on n'a pas les moyens encore aujourd'hui de faire ça sur le terrain. »

Hélène Lamaison, Responsable de Guyane Promo Santé :

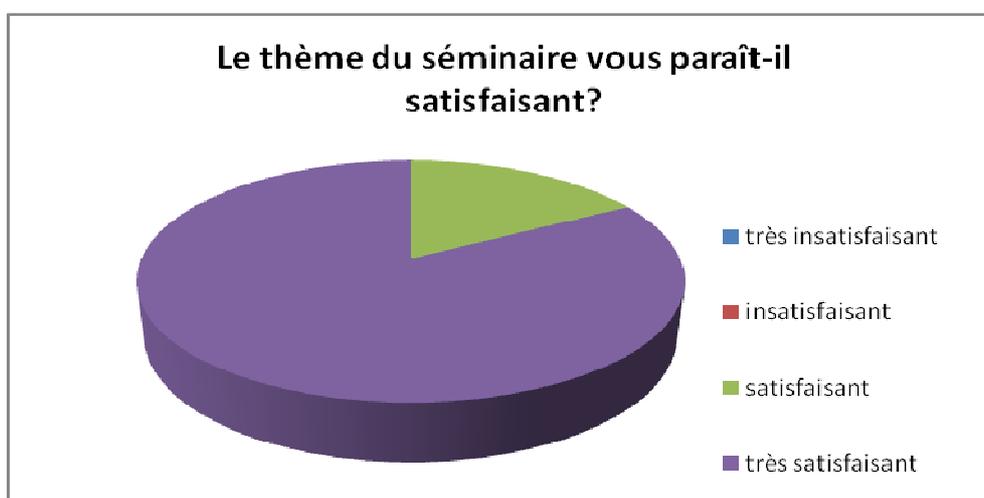
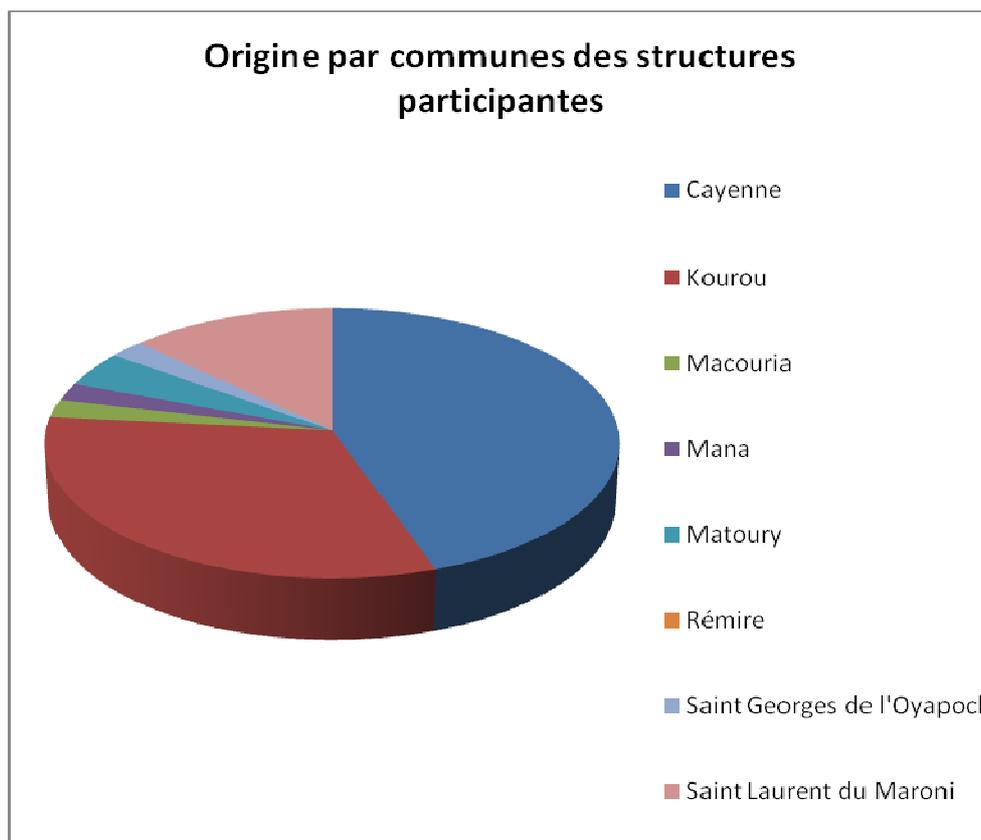
« GPS remet à jour l'annuaire de la DSDS 2004 pour, mieux se connaître, et recenser les actions. »

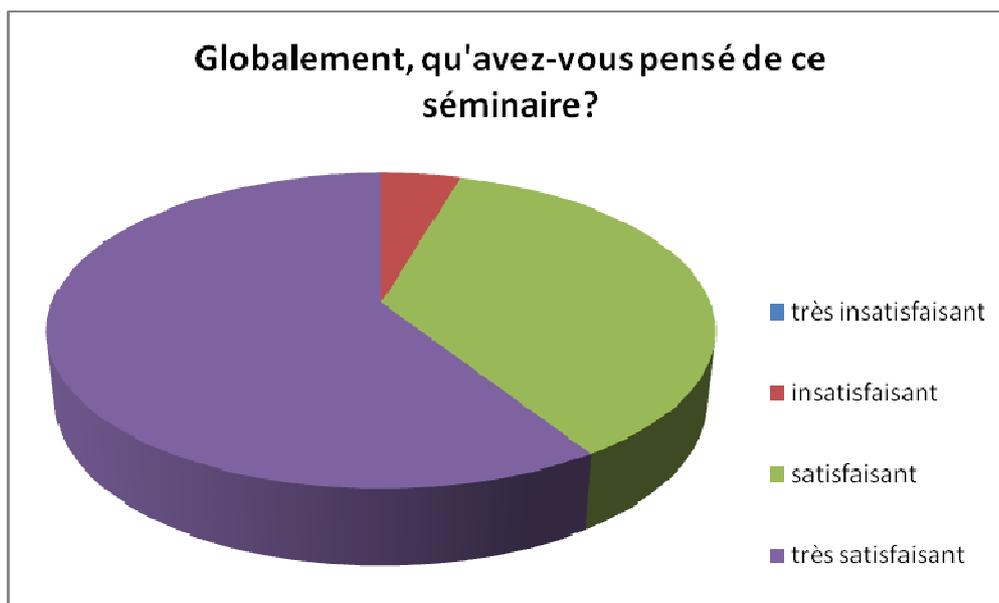
PARTIE 3 : ANNEXES

EVALUATION DU SEMINAIRE

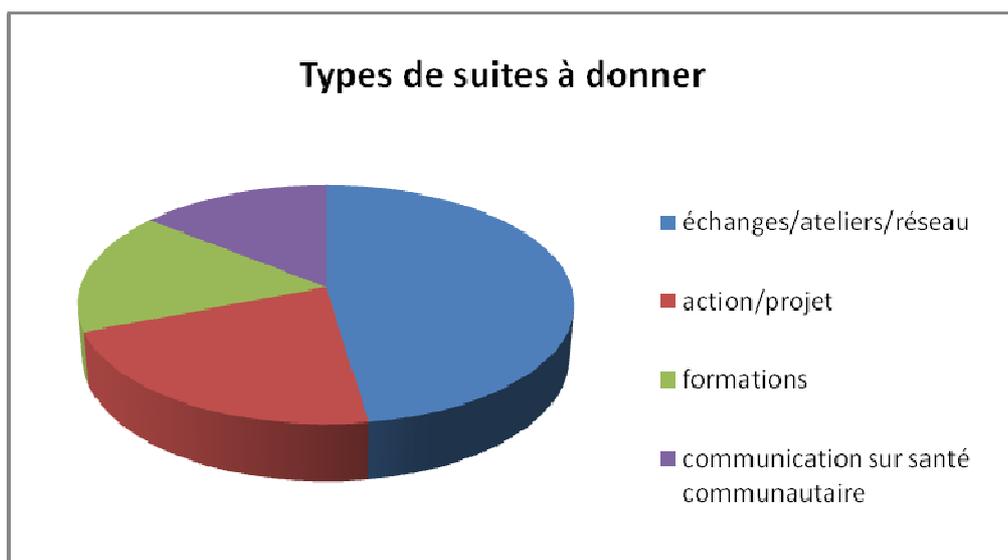
Nombre de participants : 86 personnes (dont 11 intervenants et 3 organisateurs)

Nombre de répondants au questionnaire : 47 personnes (soit 65% des 72 participants)





91% des répondants considèrent que des suites doivent être données à ce séminaire.



Informations complémentaires :

- 94% des répondants ont souhaité recevoir les Actes.

LISTE DES INTERVENANTS AU SEMINAIRE

Structure	Nom	Prénom	Fonction	Contenu présentation	Mail
Centre Nationale d'Etudes Spatiales	ZAMOR	Monia	Chargée de communication	Ouverture du séminaire	monia.zamor@cnes.fr
Centre de Ressources Politiques de la Ville	AVRAIN	Rémi	Chargé de mission	Ouverture du séminaire	rem_avr@yahoo.fr
Direction de la Santé et du Développement Social	PRAT	Christophe	Directeur adjoint	Ouverture du séminaire	christophe.prat@sante.gouv.fr
Insitut Renaudot	GALLI	Mariela	Formatrice	Démarche communautaire : un incontournable du développement « de la santé »	m.galli-renaudot@wanadoo.fr
Participants à la formation	RUELLO CASSIN	Marc Denyse		Idées, acquis, concepts, et réflexions partagés pendant la formation sur la santé communautaire que nous souhaitons vous transmettre	marc.ruello@sante.gouv.fr guyane@sida-info-service.org
Atelier Santé Ville de St Laurent	MASSEMIN	Joanne	Coordinatrices ASV	Ateliers Santé Ville et démarches communautaire. Quelle est la prise en compte de la dimension communautaire par les ASV en Guyane?	ccas973asv@wanadoo.fr
	BOUDEHRI	Nadir	Anthropologue	Anthropologie de la santé et de la maladie. Une approche en santé publique	n.boudehri@me.com anthropologue.clt@mac.com
INSERM	JOLIVET	Anne	Médecin- Coordinatrice étude	Etude "Migrations et soins en Guyane" 2009	jolivet@u707.jussieu.fr
Aides	GIROU	Claire	Médecin -Présidente	La démarche communautaire à AIDES Guyane	girou.claire@wanadoo.fr
Médecins du Monde	ROBILLARD	Jean-Noël	Coordinateur Mission France Guyane	Mission France Guyane : Action Mobile de Proximité et Promotion de la Santé	mdmmfcayenne@yahoo.fr
Réseau Matoutou	SELE	Pascal	Coordinateur EMIPS	Équipe Mobile d'Information et Prévention Santé	p.sele@yahoo.fr
Croix rouge française	BONNET	Pascal	Adjoint au Chef de projet santé communautaire	Programme de santé communautaire	crf.cps@wanadoo.fr

LISTE DES PARTICIPANTS AU SEMINAIRE

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL
Aides	Michelson	Hélène	colibrisol@voila.fr
Aides	Nicot	Delphine	coordo973-aides@orange.fr
Akatij	Godichet	Olivier	oligodix@gmail.com
ARMSP	Cremieux	Ionete	cremieux.ionete@wanadoo.fr
ARMSP	Sacramento	Maria	sacramento.maria@live.fr
Association d'Aide aux victimes	Abida	Joséphine	j.obinon@orange.fr
ASV Cayenne	Lybouafu	Chloé	chloe.lybouafu@hotmail.fr
ASV Rémire Montjoly	Leote	Gladys	asv-dsu.remiremontjoly@hotmail.fr
ARH	Fisher	Jean-Marc	jmfischer@msn.com
CGPA	Chonville	Patricia	chbellonpatricia@hotmail.com
CGSS	Sabas	Rénee-Line	renee-line.sabas@cgss-guyane.fr
CIC EC	Parriault	Marie Claire	marie-claire.parriault@ch-cayenne.fr
CIC EC	Fraisse	Florence	florence.fraisse@ch-cayenne.fr
CIC EC	Godard	Claire	clairegodard@hotmail.com
CIC EC	Van Melle	Astrid	astrid.van-melle@ch-cayenne.fr
CIMADE	Bachelet	Mathilde	cimade.guyane@yahoo.fr
CMPP St Laurent	Marie	Florence	milan.guyane@yahoo.fr
CMPI Kourou/CHAR	Vallart	Monique	monique.vallart@wanadoo.fr
CMCK	Lemée	Céline	lemeec@cmck.org
CMCK	Dinh Van	Kim Anh	dinhvanka@cmck.org
CMCK/CDAG Kourou	Golitin	Yvane	yvane.golitin.973@orange.fr
Conseil régional	Koussinaka	Marcel	marcel.koussikana@cr-guyane.fr
Conseil général	Clet	Patrice	p.clet@cg973.fr
Conseil général	Pignoux	Rémy	remy.pignoux@wanadoo.fr
Conseil général	Vernet	Guylaine	guylaine.vernet@cg973.fr
Conseil général	Boudinot	Nathalie	dsp.cespmi@cg973.fr
Conseil général	Sylvère	Lisiane	dsp.cespmi@cg973.fr
Conseil général	Bostmambrun	Sophie	sophie.bostmambrun@cg973.fr
Conseil général	Pignard	Amandine	a.pignard@cg973.fr
Conseil général	Menz	Stéphanie	smenz@cg973.fr
Conseil général	Doms	David	ddoms@cg973.fr
Conseil général	Clet	Mireille	mireille.clet@wanadoo.fr
Conseil général	Bonfigliot	Béatrice	bavion@orange.fr
Conseil général	Silin	Gisèle	
COREVIH	Nouvellet	Marie Louise	marie-louise.nouvellet@ch-cayenne.fr
CRF	Painsec	Eric	eric.painsec@orange.fr
CRF	Falconnier	Isabelle	Crf.cps@wanadoo.fr
CRF	Villeneuve	Claire	clairevilleneuve@wanadoo.fr
CUCS Matoury	Libre	Audrey	audreylibre@hotmail.com

STRUCTURE	NOM	PRENOM	MAIL
CUCS Kourou	Benou	Ghislaine	dcucs@kourou.info
CUCS Kourou	Thibaut	Marina	cucs@kourou.info
CUCS Kourou	Varlin	Jeanne	dcucs@kourou.info
DIV/DDE	Sainte Rose Fanchine	Alex	alex.sainte-rose-fanchine@developpement-durable.gouv.fr
DDPJJ	Bonnaud Perdreau	Sandrine	severine.perdreau@justice.fr
DSDS	Bailleux	Méline	melina.bailleux@sante.gouv.fr
DSDS	Maison	Dominique	dominic_maison@yahoo.fr
DSDS	Carlisi	Rocco	rocco.carlisi@sante.gouv.fr
Education Nationale	Modestin	Joëlle	joelle.modestin@wanadoo.fr
Education Nationale	Audigeos-Berteaud	Sylvie	sylvie.audigeos@wanadoo.fr
Education Nationale	Beaunès	Mylène	mylene.beaunes@ac-guyane.fr
GACID	James	Vanneta	vonnettaj@hotmail.com
GPS	Lamaison	Hélène	h.lamaison@gps.gf
GPS	Mathieu	Alexandra	a.mathieu@gps.gf
IESG-FC	Rezki	François	francois.rezki@wanadoo.fr
INPACT	Creton	Jérémie	asso.inpact@wanadoo.fr
Mairie de Kourou	Niveau	Isabelle	niveau.isabelle@orange.fr
Mairie de Macouria	Flambeau	Rita	mairie-de-macouria@wanadoo.fr
Mairie de Macouria	Deshayes	Elza	mairie-de-macouria@wanadoo.fr
Mairie de St Georges	Lopes	Francine	lopes.vic@wanadoo.fr
MGEN /UCMG	Danglades	Alain	adanglades@mgen.fr
CUCS Kourou PRE	Koese	Tatiana	tatouloune@hotmail.fr
CUCS Kourou PRE	Cooper	Rufinus	
PRE Cayenne	Beneteau Delaprairie	Dave	coordination.pre-cayenne@orange.fr
PRE Kourou	Lafrontiere	Gladys	gladlaf@wanadoo.fr
PRE Matoury	Coliou	Erwan	coliou.erwan@voila.fr
Réseau Kikiwi	Weckerle	Valérie	coccinelle973@wanadoo.fr
Préfob	Maury	Géraldine	animationcayenne-geraldine@orange.fr
Samusocial	Floersheim	Audrey	audreyetnatcha@hotmail.com
Secours catholique	Theodiste	Paulina	secours.catho.973@wanadoo.fr
UCHG	Destin	Lizaire	guyane.communaute-haitiens@orange.fr
UCHG	Theodore	Jocelyn	guyane.communaute-haitiens@orange.fr
UCMG	Bissol	Bernard	bernard.bissol@laposte.net

LISTE DES PARTICIPANTS A LA FORMATION

Structure	Nom	Prénom	Fonction	Mail
Atelier Santé Ville St Laurent	MASSEMIN	Joanne	Référente santé Saint Laurent	ccas973asv@wanadoo.fr
Atelier Santé Ville Matoury	DELYON	Pascale	Référente santé Matoury	asvmatoury@yahoo.fr
Atelier Santé Ville Cayenne	LYBOUAFU	Chloé	Référente santé Cayenne	chloe.lybouafu@hotmail.fr
Atelier Santé Ville Kourou	THIBAUT	Marina	Stagiaire au CUCS de Kourou	cucs@kourou.info
Atelier Santé Ville Rémire-Montjoly	LEOTE	Gladys	Référente santé Rémire-Montjoly	asv-dsu.remiremontjoly@hotmail.fr
Guyane Promo Santé (GPS)	LAMAISON	Hélène	Responsable	h.lamaison@gps.gf
Guyane Promo Santé (GPS)	MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission santé et éducation pour la santé	a.mathieu@gps.gf
Guyane Promo Santé (GPS)/Sida Info Service (SIS)	CASSIN	Denyse	Chargée de mission VIH (GPS) / Déléguée régionale (SIS)	guyane@sida-info-service.org guyane@sida-info-service.org
Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)	RUELLO	Marc	Ingénieur d'Etudes Sanitaires - Géomaticien	marc.ruello@sante.gouv.fr
Coordination régionale de lutte contre le VIH (COREVIH)	NOUVELLET	Marie Louise	Coordinatrice	marie-louise.nouvellet@ch-cayenne.fr
Croix rouge française (CRF)	BONNET	Pascal	Adjoint au chef de projet du programme de santé communautaire	crf.cps@wanadoo.fr
Médecins du Monde (MDM)	ROBILLARD	Jean-Noël	Coordinateur Mission Guyane	mdmmfcayenne@yahoo.fr
Réseau Matoutou	SELE	Pascal	Coordinateur Equipe Mobile (EMIPS)	p.sele@yahoo.fr
Aides - Délégation Départementale de Guyane	GIROU	Claire	Présidente Aides -médecin CDAG	girou.claire@wanadoo.fr
Associations régionale des médiateurs en santé publique (ARMSP)	SACRAMENTO	Maria	Médiatrice de santé publique	sacramento.maria@live.fr
Conseil général - PMI	BAILLARGEAUX	Sylvie	Médecin - PMI Barrat (Cayenne)	sylvie.baillargeaux@cg973.fr

PROGRAMME DE LA FORMATION

« Mettre en œuvre une politique locale de santé dans une démarche communautaire »

Du 23 au 27 Mars 2009 - Cayenne

1ère Journée - Objectifs :		
<ul style="list-style-type: none"> - Introduction du concept des démarches communautaires en santé. - Analyse et réflexion autour des enjeux de la participation des habitants dans un projet. - Quelles conditions et quels freins à l'implication des habitants autour d'une dynamique locale de santé dans une démarche communautaire de santé. - Plus value de l'implication des habitants dans toutes les étapes de la démarche. 		
Quand ?	Quoi ?	Comment ?
8h30-8h45	Accueil	
8h45-11h00	Tour de table <ul style="list-style-type: none"> - Présentation des objectifs de la formation - Présentation de l'Institut Renaudot - Présentation de chacun des participants et analyse des attentes Tour de table, « croisé » Présentation interindividuelle : Réflexion 2 par 2 à partir de la consigne suivante : chacun se présente (prénom, ville, structure/institution, 3 hobbies communs et « une bonne raison d'être là et une attente très forte »)	
11h – 12h30	Présentation des projets des participants. Ces projets pourront être : <ul style="list-style-type: none"> - Des projets qu'ils ont menés, - Des projets qu'ils mènent actuellement, - Des projets auxquels ils ont participé d'une manière ou d'une autre. Consigne : Reporter par écrit sur paper-board la présentation de leur projet et la coller dans la salle Les champs à remplir : Nom du projet, Nom de la personne, Lieu, Illustrations (photos), Quel est l'élément qui a déclenché la demande, 3 phrases clefs qui décrivent le projet et qui montrent en quoi le projet est une démarche communautaire, Les acteurs, Slogan qui caractérise l'action	
12h30-14h00	Pause déjeuner	
14h - 16h00	Analyse des enjeux des démarches communautaires en santé et place des habitants Mise en situation : DADOO VILLAGE, Simulation créée dans le cadre du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) Cette animation vise à permettre aux participants d'expérimenter une	

	démarche de co-construction avec des acteurs de cultures très différentes et de les sensibiliser notamment aux enjeux du travail avec les habitants dans une démarche communautaire.	
16h00-17h00	Restitution et échanges	En plénière et en petits groupes avec des questions phares.

2ème Journée - Objectifs :

- Identifier les éléments ou repères qui constituent une démarche communautaire en santé.
- Identifier les freins et les leviers à la mise en place d'une démarche communautaire de santé sur un territoire
- Aider les acteurs à avancer dans leurs projets

Quand ?	Quoi ?	Comment ?
8h30-8h45	Accueil	
8h45-10h00	Présentation des concepts de santé communautaire et ses 8 repères : <ul style="list-style-type: none"> - Avoir une approche globale et positive de la santé - Agir sur les déterminants de la santé - Travailler en intersectorialité - Concerner une communauté - Favoriser l'implication de tous les acteurs - Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir - Valoriser et mutualiser les ressources - Avoir une démarche de planification et d'évaluation permanente. 	En plénière <u>Support :</u> PowerPoint
10h00-11h00	Appropriation de chacun des repères en s'appuyant sur l'expérience de chacun des participants. Il sera demandé aux participants de : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Illustrer</u> avec des exemples le repère choisi - <u>Identifier</u> les limites dans sa mise en œuvre - <u>Identifier</u> l'intérêt ou la plus value de ce repère dans la mise en place des projets 	En 4/5 petits groupes de 3 personnes maximum
11h00-12h30	Restitution des travaux des petits groupes et échanges	En plénière
12h30-14h00	Pause déjeuner	
14h00-15h30	Analyse de leurs projets à partir de la découverte des repères. Il sera demandé à chacun des participants de choisir un repère qu'il voudrait renforcer dans son projet et de réfléchir à : <ul style="list-style-type: none"> - Où j'en suis dans mon projet par rapport à ce repère ? - Qu'est-ce que je pourrais mettre en place pour renforcer ce repère ? 	En 4/5 petits groupes de 3 personnes maximum
15h30-17h00	Restitution des travaux des petits groupes et échanges Les échanges seront orientés vers l'identification des freins et des leviers à la mise en place d'une démarche communautaire de santé dans une politique locale de santé.	En plénière

3^{ème} journée - Objectifs :

- Identifier les spécificités d'un diagnostic local de santé dans une démarche communautaire.
- Connaître différentes méthodes pour mener un diagnostic dans une démarche communautaire.
- Identifier les freins, les leviers et les incontournables à la mise en place d'un diagnostic.

Quand ?	Quoi ?	Comment ?
8h30 – 8h45	Accueil	
8h45-9h45	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation d'une démarche de diagnostic. - Présentation des différentes méthodes utilisées pour mener un diagnostic communautaire. - Echanges sur des expériences de participants ayant expérimenté d'autres outils. 	En plénière <u>Support</u> : PowerPoint
9h45-11h15	<p>Réappropriation des acquis et application dans les projets des participants.</p> <p>Il sera demandé aux participants d'identifier des éléments issus de la présentation afin de réfléchir à la manière dont ils pourront les mettre en place dans leurs projets.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce que j'ai retenu de la présentation qui me semble important d'introduire dans mon projet ? - Comment vais-je essayer de développer ou d'introduire ce point dans ma pratique ? - Quels freins et quels leviers j'identifie ? 	En 3/4 petits groupes de 4 ou 5 personnes
11h15-12h30	Restitution et échanges	En plénière
12h30-14h00	Pause déjeuner	
14h00-17h00	A partir des échanges de la matinée et des projets des participants, nous répondrons à la question suivante : Quels sont les freins et les leviers de l'implication des professionnels, des élus, et des institutionnels dans une dynamique de projet ou une dynamique locale de santé ?	En plénière et/ou petits groupes : (démarche pédagogique définitive à définir avec le groupe)

4^{ème} Journée - Objectifs :

- Dynamiques des groupes et animations des réunions.
- Connaître les bases de la dynamique de groupe dans le cadre d'une démarche communautaire en santé.
- Comprendre comment identifier, valoriser et mobiliser les savoirs et compétences des différents participants d'un groupe de travail.

Quand ?	Quoi ?	Comment ?
8h30-8h45	Accueil	

8h45-12h30	A partir de mises en situation , les participants devront jouer le rôle d'un animateur, expérimenter l'écoute active, etc.	
12h30-14h00	Pause déjeuner	
14h - 17h00	Des apports théoriques sur les questions suivantes seront abordés : <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est ce qu'un groupe, la dynamique de groupe, la différence d'approche dans le travail auprès d'une personne ou d'un groupe - L'écoute, la communication, le rôle de l'animateur... - Trouver sa place dans un groupe, savoir prendre sa place et prendre la parole 	En plénière et/ou petits groupes : (démarche pédagogique définitive à définir avec le groupe)

5ème Journée - Objectifs :

- L'évaluation : outil au service d'une Politique Locale de Santé
- Evaluer la formation

Quand ?	Quoi ?	Comment ?
8h30-8h45	Accueil	
8h45-10h	Apports théoriques sur l'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que l'évaluation ? - Quelle est la place de l'évaluation dans les dynamiques locales de santé et les dynamiques de projets ? Quelles sont les questions à se poser pour réaliser une évaluation ? - Comment poser des critères et des indicateurs d'évaluation - Présentation de l'outil « catégorisation des résultats) 	En plénière <u>Support</u> : PowerPoint
10h00-11h30	Analyse des pratiques des participants et s'appuyant sur l'évaluation des projets qu'ils mettent en place et sur les concepts acquis dans le cadre de la formation.	En 3/4 petits groupes de 4 ou 5 personnes
11h30-12h30	Restitution et échanges	En plénière
12h30-14h00	Pause déjeuner	
14h - 16h00	Construction d'un outil d'auto-évaluation en partant des attentes des participants. Il sera utilisé ensuite lors de la session d'évaluation 6 mois après la formation. La construction de cet outil permettra aux participants de mettre en application les concepts et d'élaborer des indicateurs et des critères d'évaluation.	A voir selon le groupe (petits groupes et/ou plénière)
16h00-17h00	Evaluation de la formation (orale et écrite) Validation ensemble de la restitution qui aura lieu lors de séminaire	Individuel et en plénière

LISTE DES OUTILS RELATIFS A LA FORMATION

Mariela Galli, Institut Renaudot
Cayenne, Mars 2009

Jour 1 : Introduction

- [L'entrée en projet](#), Pierre Calame et André Talmant, Extrait de « L'Etat au cœur, le Méccano de la gouvernance », Ed. Desclée de Brouwer
- [Consignes du jeu Dadoo village](#)

Jour 2 : La démarche communautaire et ses repères

- [Quelques concepts pour approcher au concept de santé communautaire ou les démarches communautaires en santé](#), Mariela Galli
- [8 repères caractérisant la démarche en santé communautaire](#), Observatoire du secrétariat européen des pratiques de santé communautaire
- [Document de travail sur les repères de nos projets](#) (mises en situation)

Jour 3 : Le diagnostic local de santé dans une démarche communautaire

- [C'est quoi un diagnostic ?](#), Mariela Galli
- [L'enquête participative](#), Institut Renaudot
- [La technique du groupe nominal et le diagnostic en marchant](#), Université d'été francophone en santé publique, Besançon, 2007

Jour 4 : Dynamique de groupe et animation de réunions

- [La dynamique de groupe et rôle de l'animateur](#), Mariela Galli, Institut Renaudot
- [Les 16 choses à ne pas faire pour diriger harmonieusement une réunion du groupe](#), Saul Fuks
- [C'est quoi la facilitation ?](#)
- [Les Ateliers de l'Avenir : un outil pour re-découvrir la démocratie](#), Mariela Galli – Consultante et formatrice à l'Institut Renaudot, Université d'été Francophone en Santé Publique – Module PRATEDUS, Besançon, Juillet 2008
- [L'écoute active](#)
- [Jeu : description des rôles](#)

Jour 5 : L'évaluation au service d'une politique locale de santé

- [L'évaluation](#), Mariela Galli, Institut Renaudot, mars 2009
- [Définition des objectifs et des stratégies en promotion de la santé](#)
- [Un outil : La catégorisation des résultats \(Promosanté Suisse\)](#), Linda Cambon, 2 juillet 2008
Document interne - Ne pas diffuser sans autorisation de l'auteur
- [Guide pour la catégorisation des résultats : Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention](#), Berne, juillet 2005, 2^{ème} version revue et corrigée, adaptée pour la France par l'INPES (janvier 2007), Auteurs : Institut für Sozial- und Präventivmedizin Bern: Cloetta, Bernhard; Spörri-Fahrni, Adrian ; Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne: Spencer, Brenda ; Promotion Santé Suisse: Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte
- [Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats](#)
- [L'auto évaluation accompagnée](#), Bernard Pissaro, Institut Renaudot
- [Consignes du focus groupe organisé pour élaborer ensemble notre discours du séminaire du 30 mars 2009](#)

Divers :

- [Empowerment : Exploration de Concepts](#), Mariela Galli, Source : William Ninacs, Québec 1995 – 2002
- [Comment élaborer une carte simple à partir de Word et du géoportail](#), Marc Ruello, DSDS Guyane

Tous ces documents sont provisoirement disponibles sur le lien suivant :

www.gps.gf/mariela/documents

Ils seront sont prochainement téléchargeables sur le site de GPS :

www.gps.gf