



GUYANE PROMO SANTE

ASSOCIATION LOI 1901 (JO du 24 novembre 2007)
N° SIRET 501 219 034 00029



**Promotion de la santé
et Agences régionales de santé**

Débats et propositions

CONTRIBUTIONS DE LA REGION GUYANE AU DEBAT SUR LA PLACE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES FUTURES AGENCES REGIONALES DE SANTE (ARS)



ACTES DES GROUPES DE TRAVAIL ET DU DEBAT REGIONAL

2009

SOMMAIRE

Avant Propos	3
Mot de bienvenue de Mme Marie-Claude VERDAN, Conseillère régionale	5
Discours d'ouverture de M. Philippe DAMIE, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS.	7
Intervention sur le périmètre de la promotion de la santé de M. Emmanuel RICARD, Délégué général de la SFSP.....	10
Restitution des propositions (par enjeux) formulées dans le cadre des groupes de travail	21
Restitution des échanges du débat du 10 septembre 2009.....	32
Discours de clôture de M. Robert HULIC, Président de GPS.....	53
Remerciements.....	53
Conclusion.....	54
Annexes.....	55
○ <i>Liste des participants aux 3 groupes de travail</i>	<i>56</i>
- Cayenne	56
- Kourou	60
- Saint Laurent du Maroni	62
○ <i>Liste des participants au débat régional.....</i>	<i>64</i>
○ <i>Statistiques sur les participants au débat régional.....</i>	<i>72</i>
○ <i>Liste des sigles.....</i>	<i>73</i>
○ <i>Photos.....</i>	<i>75</i>
○ <i>Compte-rendu détaillé des 3 groupes de travail</i>	<i>77</i>
- Cayenne	79
- Kourou	93
- St Laurent du Maroni	108
○ <i>Synthèse finale des propositions.....</i>	<i>124</i>

AVANT PROPOS

La mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), prévue par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) promulguée le 21 juillet 2009, va profondément modifier l'organisation du système de santé.

La Promotion de la santé fait partie du périmètre des Agences Régionales de Santé. Aussi, est-il apparu important à la Société Française de Santé Publique (SFSP) de proposer que des débats soient organisés dans chacune des 26 régions, "pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS". En effet, les acteurs concernés par la promotion de la santé sont multiples, et nombreux sont ceux qui partagent ce souci d'une prise en compte structurée de ce champ au sein des Agences Régionales de Santé.

La Société Française de Santé Publique (SFSP) s'est mise à disposition de l'ensemble de ces acteurs pour fédérer les contributions. Celles-ci ont nourri un positionnement des acteurs du champ de la prévention / promotion santé, ancré dans les pratiques régionales tout au long de l'élaboration des textes officiels sur les ARS (loi, décrets, circulaires...). Elles seront valorisées par des contributions écrites et orales lors d'événements nationaux, notamment lors du Congrès SFSP qui se déroulera à Nantes, du 1^{er} au 3 octobre 2009. Ce projet a reçu le soutien de la Direction générale de la santé (DGS) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Guyane Promo Santé (GPS) a été partenaire de la SFSP pour animer cette réflexion en Guyane.

Des groupes de travail et temps d'échanges ont été organisés à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent fin juin 2009. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS) de Guyane ont été sollicités pour présenter la loi HPST et les modalités de mise en place des futures ARS. Ces groupes de travail se sont réunis :

- **le 23 juin 2009, à Cayenne, de 9h à 13h** (salle polyvalente du CHAR)
 - Intervenants : M. Philippe Damie (ARH) et Mme Mélina Bailleux (DSDS)
 - animateurs : Mme Catherine Namer et Marie-Louise Nouvellet

- **le 24 juin, à Kourou, de 9h à 13h** (salle multi-projections de la médiathèque)
 - Intervenants : M. Christophe Prat (DSDS) et Mme Mélina Bailleux (DSDS)
 - animateur : M. Jean-Noël Robillard

- **le 25 juin, à Saint Laurent du Maroni, de 9h à 13h** (salle Andrée Surlemont de la mairie)
 - Intervenants : M. Christophe Prat (DSDS) et Mme Mélina Bailleux (DSDS)
 - animateurs : Mme Joanne Massemin et M. François Rezki

Près de 90 personnes ont participé à l'un des trois groupes de travail organisés à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent fin juin 2009.

Ces temps d'échanges ont permis de **préparer le débat qui s'est déroulé le 10 septembre 2009 au Conseil Régional de Guyane, à Cayenne**. Animé par M. Emmanuel Ricard, Délégué général de la Société Française de Santé Publique (SFSP), et M. Philippe Damie, préfigurateur de l'ARS, ce débat a réuni plus de 100 personnes issues de diverses structures. Nous avons eu le plaisir d'accueillir des acteurs de l'ensemble du territoire (Maripasoula, St Georges de l'Oyapock, St Laurent du Maroni etc.). Les élus ont également répondu présents. Enfin, la présence de représentants de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a permis de sensibiliser les acteurs nationaux aux problématiques guyanaises.

Les publics concernés par ces groupes de travail et ce débat ont été les suivants :

- Les associations de patients,
- Les associations de santé,
- Les autres associations thématiques,
- L'assurance maladie et mutuelles,
- Les ateliers santé ville,
- Les collectivités territoriales,
- L'Education nationale,
- Les élus politiques,
- Les établissements de santé,
- Les réseaux de soins,
- Le secteur libéral,
- Les services déconcentrés de l'Etat,
- L'université, et autres instituts de formation (IFSI, IRDTS, etc.),
- Tout autre acteur souhaitant participer à la réflexion.

Les enjeux suivants ont été abordés dans le cadre des 3 groupes de travail et ont fait l'objet d'une restitution dans le cadre du débat du 10 septembre 2009 :

- Enjeu 1 : Apports et périmètre de la promotion de la santé
- Enjeu 2 : Acteurs de la promotion de la santé et développement de leurs compétences
- Enjeu 3 : Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS : démocratie et temporalité
- Enjeu 4 : Un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide...) de la promotion de la santé
- Enjeu 5 : Accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé
- Enjeu 6 : Structures et interventions qui contribuent à promouvoir la santé
- Enjeu 7 : Intersectorialité
- Enjeu 8 : Complémentarité des interventions en santé auprès des populations

La journée du 10 septembre 2009, consacrée au débat régional, s'est déroulée de la manière suivante :

Horaires	Contenu	Intervenant(s)
9h30	Mot de bienvenue	Mme Marie-Claude Verdan (ORSG)
9h35	Introduction	Mme Hélène Lamaison (GPS)
9h40	Ouverture	M. Philippe Damie (Agence Régionale de l'Hospitalisation)
9h50	Périmètre de la promotion de la santé	M. Emmanuel Ricard (SFSP)
10h45	Restitution des groupes de travail - Enjeux 1 à 4	M. François Rezki (IESG-UAG) Mme Alexandra Mathieu (GPS)
11h15	Débats	
12h30	Collation offerte	
14h00	Restitution des groupes de travail - Enjeux 5 à 8	M. François Rezki (IESG-UAG) Mme Alexandra Mathieu (GPS)
14h30	Débats	
15h45	Clôture	M. Robert Hulic (GPS)

MOT DE BIENVENUE

Mme Marie-Claude VERDAN

**Conseillère Régionale, Déléguée à la Santé, Présidente de la Commission Santé
du Conseil Régional et Présidente du Conseil d'Administration de
l'Observatoire Régional de la Santé en Guyane**

Bonjour,

Monsieur le Directeur de l'ARH,

Monsieur le Délégué Général de la Société Française de Santé Publique,

A vous Mesdames et Messieurs, professionnels de santé ou pas, et bien entendu, aux collaboratrices de l'Observatoire qui prendront le relais à mon départ.

Bienvenue dans notre salle de la collectivité régionale

Mesdames, Messieurs,

Le Président de la Région Guyane, Monsieur Antoine KARAM, empêché par des obligations prévues de longue date, regrette de ne pouvoir être présent parmi nous. Il vous transmet ses cordiales salutations et m'a demandé de le représenter à cet important débat en ma qualité de déléguée à la santé.

Aussi, en son nom et en mon nom propre, je vous souhaite la bienvenue dans cette magnifique salle des délibérations du Conseil Régional.

Cette salle est magnifique, et très fonctionnelle, ce qui explique certainement le fait que beaucoup de partenaires sollicitent la Région pour y organiser des colloques, débats, forums...

Malheureusement, il n'est pas possible de répondre favorablement à toutes les demandes.

Le fait qu'une date ait pu être disponible pour permettre à l'association Guyane Promo Santé d'organiser ce débat, témoigne de l'importance que la Région Guyane accorde à cette association.

En effet, il est utile de rappeler que la collectivité régionale a activement œuvré pour la création en Guyane, d'un centre de ressources régional pour l'éducation à la Santé.

La Région a non seulement participé aux travaux devant aboutir à la création du centre de ressources, mais a également contribué financièrement à son installation à travers l'attribution d'une subvention d'investissement.

Comme vous le savez, c'est l'association Guyane Promo Santé qui gère le centre de ressources régional pour l'éducation à la Santé. Ce dossier a été suivi en son temps par Monsieur KOUSSIKANA de la Région Guyane.

Depuis, Guyane Promo Santé a fait du chemin, et a tissé des liens avec d'autres partenaires dont la Société Française de Santé Publique (SFSP).

Dans le cadre de la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) prévue par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), la Société Française de Santé Publique organise des débats dans chaque régions afin de préciser le rôle que chaque acteur concerné par la promotion de la santé pourra jouer.

La loi de Santé publique du 09 août 2004 a permis aux collectivités régionales qui le souhaitent, de mettre en place des actions particulières dans le domaine de la Santé. En application de cette loi, la Région Guyane a adhéré à certaines structures sanitaires et a ainsi pu faire entendre son point de vue.

Qu'en sera-t-il de cette nouvelle loi HPST ?

Ce débat sur les ARS permettra-t-il à la collectivité régionale :

- de savoir si elle sera associée à l'élaboration du nouveau schéma régional des soins ;
- de faire partie de la conférence régionale de Santé ;
- de connaître quel rôle l'ARS entend-il voir et quel partenariat avec l'ORSG jouer dorénavant car, si j'ai bien compris, c'est l'ARS qui désormais organisera l'observation de la santé au niveau régional, contrairement à ce que le PRSP prévoyait ;

Bref ! Autant de questions qui, je l'espère, trouveront un début de réponses tout au long des débats de ce jour.

Le planning de la journée est dense, aussi je ne veux pas être trop longue dans mon intervention. Je souhaite donc que les débats soient fructueux et de qualité.

Comme dit le proverbe créole : TCHIMBE RAID PA MOLI, A MOLI A KI RAID.

Je vous remercie.



DISCOURS D'OUVERTURE

M. Philippe DAMIE

Directeur de l'ARH, et préfigurateur de l'ARS

Je suis particulièrement heureux, en compagnie de Madame VERDAN, qui représente le Président du Conseil Régional, d'assurer l'introduction des travaux sur la place de la promotion de la santé dans la future ARS qui fait suite aux débats qui ont été organisés par Guyane Promo Santé en lien avec la DSDS sur la présentation des ARS et les enjeux liés à une telle réforme. J'étais moi-même intervenu sur les grands principes de cette réforme sur le secteur de Cayenne.

Ce débat arrive à point nommé et je le situerai dans une perspective proche, autour de 3 défis.

1^{er} défi : la création des ARS entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet 2010 mais avec une période de préfiguration qui va s'ouvrir prochainement avec la nomination des préfigurateurs chargés de constituer l'architecture de l'ARS qui rassemblera les services de la DSDS (à l'exception du pôle social), l'ARH, la MRS, le GRSP et une partie des services de la CGSS qui touche aux questions d'hospitalisation.

Les préfigurateurs, chargés de l'architecture et de la constitution de ces ARS, devraient être nommés avant la fin du mois de septembre en Conseil des Ministres. Je vais être le préfigurateur, dans un premier temps, de l'ARS pour ce qui concerne la Guyane. Une ARS, Je le rappelle ou je le précise, c'est l'unification sous un même pilotage de la prévention et des soins avec plusieurs enjeux et j'en citerai trois :

- 1^{er} enjeu : un enjeu de prise en charge de la santé au sens large. La santé, ce n'est pas que le soin. C'est la promotion de la santé, la prévention ainsi que la prise en charge des soins à l'hôpital et en ville dans le souci du parcours du patient. La santé, ce sera aussi le secteur médico-social, personnes âgées et personnes handicapées pour ce qui relève de la compétence de l'Etat, avec la nécessité de bâtir un projet médico-social qui s'intégrera dans le projet régional stratégique de santé.
- 2^{ème} enjeu : un enjeu de travail en réseau avec les collectivités locales, les autres services de l'Etat, les associations intervenant sur les champs de la prévention, du soin et du médico-social. L'ARS sera une organisation qui travaillera avec l'ensemble des partenaires, l'ensemble des parties prenantes aux questions de santé publique. L'ARS s'appuiera également sur une nouvelle Conférence Régionale de Santé, qui s'appellera Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie pour intégrer la dimension médico-sociale qui verra son rôle renforcé.
- 3^{ème} enjeu : un enjeu d'efficience. Le pari est fait qu'à travers une meilleure organisation du système de santé en général, on puisse des contraintes spécifiques à chaque région. Je pense ici à la question de la démographie des professionnels de santé (nous avons en Guyane 3 fois moins de médecins qu'en territoire métropolitain régional), arriver à une meilleure utilisation des moyens dans une perspective de plus grande coordination des acteurs et une grande mutualisation des compétences.

L'ARS aura, dans ce cadre, plusieurs missions :

- ✓ Organiser la veille sanitaire, l'observation dans la région en s'appuyant sur ce qui existe,
- ✓ Définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé en coordination et partenariat avec les collectivités locales,
- ✓ Réguler, orienter et organiser l'offre de santé,
- ✓ Autoriser la création des établissements et services médico-sociaux pour ce qui relève de la compétence de l'ARS, en contrôler le fonctionnement et en fixer leurs ressources,
- ✓ Viser à une politique de qualité sur les champs sanitaire et médico-social et à une politique de sécurité sanitaire,
- ✓ Définir un programme de gestion du risque assurantiel en santé par contractualisation avec la CGSS.

Beau et lourd programme qui attend l'ARS et qui se fera en partenariat fort et constitutif avec l'ensemble des parties concernées.

Le 2^{ème} défi qui attend la Guyane, c'est la mise en place de la tarification à l'activité au 01/01/2010 dans les établissements de santé.

Comme son nom l'indique, les établissements de santé seront financés en fonction de leur activité. Toutefois, pour une part de leur mission, ce qu'on appelle les missions d'intérêt général (COREVIH, CDAG, précarité, permanences de soins, soins aux détenus, infections nosocomiales), les établissements seront financés de dotation globale. Ce financement fera l'objet d'un contrat entre l'ARH-ARS et l'établissement.

Pour ma part, je souhaite faire de ces contrats un outil de mise en œuvre d'une politique globale de santé publique.

Nous avons ici en Guyane une originalité de santé publique qui s'appelle les CDPS. J'ai réussi à obtenir que ces CDPS soient financés dans le cadre des missions d'intérêt général et je souhaite construire avec le Centre Hospitalier de Cayenne un véritable contrat de santé publique avec des objectifs tant sur le champ de la présentation de la promotion de la santé que sur les soins.

Les CDPS sont le lieu idéal pour démontrer le lien fort qui existe entre la prévention et le soin. A titre d'exemple, je citerai la situation de la périnatalité. En Guyane, 40 % des femmes n'ont pas un suivi régulier des grossesses alors que nous avons parallèlement un taux de mortalité périnatale élevé (3 fois celui de la métropole). En développant une politique de suivi des grossesses, par le recrutement de sages-femmes, on devrait pouvoir améliorer nos indicateurs de santé publique.

Lieu de premier recours, en ce qui concerne la médecine de proximité, les CDPS sont aussi un outil d'éducation sanitaire.

L'enjeu sera également, à travers cette dynamique contractuelle, de permettre une meilleure coordination de ce qui existe sur le terrain entre les différents intervenants : Croix-Rouge Française, associations, opérateurs, CDPS, PMI.

J'ai cité les CDPS pour marquer l'exemple de ce que j'ai l'intention de conduire en termes de politique contractuelle.

Je citerai également le COREVIH où il s'agira de contractualiser les objectifs et le financement afin de renforcer la connaissance sur l'épidémie du SIDA pour mieux agir tant en terme préventif qu'en terme curatif.

LE 3^{ème} défi qui attend la Guyane et concernera la politique de santé, c'est l'intégration de la promotion de la santé dans l'ARS.

J'ai participé aux débats comme j'ai eu l'occasion de le dire en introduction et j'ai pu relever dans les travaux des idées-forces : la formation et la professionnalisation des acteurs, la coordination des intervenants afin de lutter contre le cloisonnement, la coordination des institutions également, l'importance de la démocratie sanitaire et de la place des usagers, la nécessité d'un regard global de santé publique, la promotion de la santé comme un moyen d'efficience limitant le recours aux soins, un financement des acteurs dans un cadre pluriannuel, le caractère indispensable de l'évaluation, gage de la crédibilité de ce que vous pouvez faire sur le terrain, la nécessité d'un lieu ressource permettant l'aide au montage des projets et de leur devenir.

Tous ces éléments pourraient donner lieu à un code de conduite entre l'ARS et l'essentiel des opérateurs du champ de la promotion de la santé, code de conduite qui pourrait prendre la forme d'une charte.

C'est une occasion de partenariat fort entre la future ARS et les acteurs que vous représentez. C'est un défi, un travail en commun qu'il faudra engager dans un territoire à échelle humaine où on peut inventer, innover et construire.

Je suis ici depuis peu mais je souhaite avancer avec vous. Je pense qu'on peut le faire et même qu'on doit le faire car nous avons un cumul de problématiques de santé publique : SIDA, diabète, maladies entériques, maladies vectorielles, mortalité périnatale qui nous obligent à avancer et agir ensemble.



INTERVENTION SUR LE PERIMETRE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

M. Emmanuel RICARD

Délégué Général de la SFSP



Avant de vous parler du périmètre de la PS, je vous propose un bref rappel sur ce pourquoi nous sommes ici. Il y a quasiment un an, un an et demi, des premiers rapports sont sortis, notamment les rapports RIPPERT, FLAGEOLET et d'autres qui commençaient à positionner et à parler des ARS. Les Agences régionales de santé n'étaient pas un concept nouveau, on en parlait déjà il y a une dizaine d'années. Il a semblé, à la lecture de ces premiers rapports, qu'il y avait un oubli fondamental : la question de la promotion de la santé. Dans le contexte actuel de crise économique, de restructuration régulière avec la question du financement de la protection sociale, et d'augmentation régulière du coût des soins, les acteurs de santé publique avaient un peu peur que ces questions, qui sont des questions fondamentales, des questions qu'ils ont régulièrement, qui occultent complètement la question de la promotion de la santé. En même temps, ils disaient qu'il fallait plus de prévention, revoir un petit peu et restructurer autrement notre approche de la santé. Il a donc été dit qu'il va falloir peser dans les débats; c'est pour cela que l'on est allé voir l'INPES, qu'on remercie du soutien qu'il nous a apporté, pour essayer de lancer des débats régionaux pour faire trois choses :

Premièrement. Pouvoir réinjecter dans le débat national, en particulier le débat de l'Assemblée nationale et du Sénat, au moment de la création de cette loi « Hôpital, patients, santé, territoires », les questions de la promotion de la santé, dans les débats et dans la structuration de la loi.

Deuxièmement. A partir du moment où on savait que les ARS allaient se faire, il fallait que les gens, les préfigureurs et les directeurs d'ARS puissent rentrer en contact avec les acteurs de la promotion de la santé, qui risquaient d'être oubliés dans la file d'attente de la vision successive des différents problèmes et de passer bien après les poids lourds qu'étaient les acteurs de la promotion sociale, et surtout les acteurs du soin. Ils pèsent plus en nombre, plus financièrement et sont aussi, dans la tradition française, les acteurs privilégiés de la conception de la santé. Donc, on voulait essayer, en tout cas, d'éviter soit la place vide soit l'oubli, et remettre la PS dans les débats. On voulait aussi, puisque la promotion de la santé, c'est aussi faire de la participation, être exemplaire et inscrire cette question de la participation, en essayant d'intégrer des débats régionaux dans les débats nationaux. C'est à cette initiative qu'on a construit ce projet et on a pu mener les débats dans les vingt six régions comme on le fait aujourd'hui, avec des participations diverses et variées. Des contributions ont été sollicitées pour alimenter la réflexion. A la fois des députés et des gens de l'administration qui, au-delà de la loi qui est aujourd'hui votée, vont devoir mettre cela en place avec les décrets

d'application, avec, ensuite, une organisation et ce sera tout le travail de la préfiguration des Agences Régionales de Santé.

Aujourd'hui, on peut dire que les contributions ont réussi puisque les administratifs, les députés ont réinjecté au fur et à mesure de leurs débats des choses qui étaient discutées dans les régions; des élus sont venus pour échanger dans les débats e, ce lien, cet échange et cette osmose s'est passé. Beaucoup de personnes qui sont venues à ces débats se demandaient si cela servirait à quelque chose. Ne serait-ce pas une goutte d'eau? Cette goutte d'eau a eu une action enzymatique, et transformatrice. La SFSP souhaitait, en venant et en y participant, vous remercier de ces contributions.

L'autre perspective qui a eu par le montage de ces débats, on a quand même réussi à mobiliser plus de trois mille quatre cent personnes sur ces débats. Quand on connaît le champ de la promotion de la santé, qui n'est pas un champ immense, on voit qu'on peut remercier les acteurs de la promotion de la santé parce qu'ils ont fait corps, dans un champ qui, d'habitude, est un peu partialisé, avec beaucoup d'associations et d'acteurs d'origine différente. Ce rassemblement est important. Il fallait le souligner. C'était pour préciser dans quel cadre la SFSP a engagé cette réflexion et décider de faire ces débats. Vous êtes un peu le point d'orgue. Il va falloir qu'on rende nos rapports. La Guyane est l'une des dernières régions dans les débats, avec l'intérêt, et je souhaite en remercier M. Damie, c'est la seule région où le préfigurateur est avec nous. Dans d'autres régions, cela s'est passé différemment pour des raisons de calendrier.

Problématique de l'intervention

- « Définir le périmètre de la promotion de la santé » ???
- → en quoi la « promotion de la santé » est-elle différente de l'« éducation à la santé », de l'« éducation pour la santé », de l'« éducation sanitaire », de la « santé des populations », de la « santé publique », ...???
- → s'agit-il d'une discipline à part entière ? (statut reconnu de « professionnel-le de la promotion de la santé » ?)

Pourquoi a-t-on souhaité faire cette présentation? Il a été constaté que, dans les débats qui ont eu lieu dans les autres régions, même avec des acteurs qui partagent ce champ, la question de la définition du périmètre et des concepts qu'on met derrière la question de la promotion de la santé reste à affiner, notamment par rapport à l'inter-culturalité. Il faut échanger.

J'ai cité Jean Simos, car j'ai repris une grande partie d'une présentation faite aux Journées de l'Inpes en avril 2009, qui avait essayé de recenser différents écrits et comme c'est un travail de qualité, je m'en suis largement inspiré.

Le périmètre de la promotion de la santé est quelque chose qui pose question. Dans les débats, on vu qu'avec la multiplicité des intervenants, la définition n'était pas unique et unifiée. Il y a un corpus de gens qui fait référence à l'éducation pour la santé mais, concernant la promotion de la santé, il y a moins d'acteurs, paradoxalement, qui s'y réfèrent alors qu'il y a vraisemblablement beaucoup plus d'acteurs qui ont font, les élus étant un bon exemple, mais souvent, ils ne se reconnaissent pas dans ces termes.

Il faut croiser cela avec les questions de santé des populations puisque souvent, on voit un peu la promotion de la santé comme générale, avec une approche globale dans un pays où l'essentiel des représentations est d'abord sur la médecine libérale et l'approche par le soin individuel. Comment on

repositionne cela dans la santé publique puisque celle-ci est vue aussi sous les questions d'approche collective, et organisationnelle mais, le plus souvent, dans une vision administrative. Pas forcément dans une vision de promotion mais plutôt dans une vision de réglementation.

La question qui peut animer un certain nombre de personnes parmi vous aujourd'hui. La promotion de la santé est-elle une discipline. A-t-on besoin d'une professionnalisation? A-t-on besoin d'acteurs ayant des compétences particulières? Ou est-ce l'affaire de tous, des gens du champ associatif? Comment partager ce champ?

Définitions

- La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci
Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986
- Processus apportant aux individus et aux **communautés** la capacité d'accroître leur contrôle sur les **déterminants** de la santé et donc d'améliorer leur santé.
Ce concept inclut la promotion des modes de vie aussi bien que l'amélioration des conditions de vies, des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé
400 concepts de santé publique et de promotion de la santé, Département de santé publique, Université Paris VII, 2003
- La promotion de la santé offre un concept positif et complet de santé comme **déterminant de la qualité de vie**, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel
Charte de Bangkok, OMS, 2005

Première définition:

La promotion de la santé est quelque chose de dynamique qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Dans un premier temps, c'est quelque chose qui nécessite une collaboration, et une participation de la population. Ce n'est pas uniquement quelque chose qui va s'organiser de l'extérieur. C'est dans la charte d'Ottawa, le document qu'on cite le plus facilement.

On a quelque chose sur laquelle il faut interpeler. Qui dit un plus grand contrôle dit la question du positionnement du pouvoir et du partage du pouvoir. C'est quelque chose qu'il va falloir voir [M. Damie a parlé de la CRS, de la place des usagers, c'est quelque chose qui anime ces dernières années la révolution de la santé publique puisque si on regarde la loi de 2004, qui est une loi de santé publique, c'est une loi qui a réinstauré la question de la participation des usagers comme une sorte de contre-pouvoir à la question des experts traditionnels qui sont des professionnels de santé, pour essayer de rééquilibrer les questions de « comment aborder la santé » et celles de l'expertise : « de quoi on a besoin pour améliorer la santé », est-ce des professionnels mieux dotés, avec plus d'instruments, de financements etc. ou est-ce une autre façon de revoir le pouvoir, les priorités et la place de chacun dans la participation.

Deuxième définition :

Les termes mis en bleu sont importants. On n'est plus sur l'individuel. Quand on parle de communauté, cela prend un sens beaucoup plus important. On fait référence à des modes d'organisation, à des questions de cultures, de partage, et de territoires également. Cela va être nouveau pour les Agences Régionales de Santé. Comment essaie-t-on de ré-agencer cela? Plus seulement sur une approche où l'individu va à aller vers les services, où le professionnel doit capter des individus. Il faut revoir cela sur ces questions d'organisation territoriale, sur celles de dépistage. Comment on touche les groupes qu'on a du mal à avoir dans nos plans de santé publique et comment on amène à élaborer un travail dans lequel eux se reconnaissent puisque, jusqu'à maintenant, on est plutôt à essayer de faire du captage, et du re-captage et essayer de les avoir avec les difficultés que cela peut poser.

C'est un concept qui inclut les modes de vie. On s'est rendu compte que les questions d'accès aux soins, et de ressources en soins sont importantes mais elles ne sont pas les seules. Il y a des choses en

amont. Comment les personnes se sentent? Comment vivent-elles socialement? Comment voient-elles leur place dans la société, ce que l'on appelle l'environnement social. Il y a les questions d'environnement physique qui jouent aussi. Les questions de pollution, on les a vues. Et tout cela, durant longtemps, c'était un peu de la veille sanitaire mais ce n'étaient pas des secteurs qu'on privilégiait alors que, depuis les plans cancer, on voit que si on veut réellement avoir des résultats efficaces et éviter des coûts importants au niveau de la prise en charge de la santé, c'est sur ce point qu'il faudra impacter. On a besoin de veilleurs sur ce sujet. Des gens de la population qui interpellent les pouvoirs publics (ex: antennes relais, pollution de l'air et actions sur les transports publics, système d'alertes sur la pollution). C'est un système d'allers-retours, car si les individus qui prennent leur voiture ne veulent pas appliquer les consignes, c'est le serpent qui se mord la queue.

Troisième définition :

Cela change un peu de ce qu'on voit d'habitude où on centre plutôt sur l'organique. Ce n'est pas seulement la santé mentale au sens psychiatrie, c'est aussi les questions du stress. Comment aller jouer sur des milieux comme l'école, le travail etc. On sait qu'aujourd'hui que le travail est source de pathologies mais, en même temps, source de bien-être.

On reproche à la promotion de la santé d'être un peu molle; paradoxalement, elle s'approche sur une construction historique, et sur des textes qui sont documentés. Vous n'êtes pas tout seul. Il y a des gens qui ont alimenté la réflexion avec des contributions scientifiques auxquelles on peut se référer et qui permettent de voir que c'est aussi avec des preuves d'efficacité qui sont structurées comme on peut avoir dans le champ du soin. Des choses font la preuve de leur efficacité.

La promotion de la santé est inscrite dans une démarche de qualité.

Définition(s) claire(s) ? Concept clair ?

- La simple organisation des ressources disponibles en promotion de la santé ou de sa pratique met en lumière une confusion conceptuelle à propos de la nature, de la valeur et des raisons d'être du champ de la promotion de la santé → s'organiser selon
 - facteurs de risques, maladies, problématiques (p. ex. modes de vie ou conditions de vie) ?
 - fonctions et stratégies (éducation, communication, politiques) ?
 - milieux (p. ex. écoles, milieux de travail, communautés) ?
 En sus : principes, processus, causes, approches interdisciplinaires
- « Le principal critère servant à déterminer si une initiative devrait être considérée comme une action de promotion de la santé devrait être l'ampleur avec laquelle elle s'engage dans un processus d'*empowerment* ou de développement des capacités d'une communauté »
(Rootman et al., 2001)
- « La promotion de la santé continue à être handicapée par l'absence d'une définition solide, claire et utilisable »
(CLICK4HP, 2004)

« La simple organisation des ressources disponibles en la promotion de la santé met en lumière une confusion conceptuelle à propos de la nature, de la valeur, et des raisons d'être du champ de la promotion de la santé. Elle doit s'organiser selon des facteurs de risques, des maladies et des problématiques... »

C'est quelque chose de connu, en général dans le champ de la santé; cela signifie que l'on va pousser jusqu'aux modes de vie. C'est-à-dire que l'on va voir comment tel ou tel autre mode de vie va être source de maladies mais, à l'inverse, source de protection. Il ne faut pas penser que sur les aspects négatifs. C'est pour cela que l'on parle beaucoup de normes et de réglementations. Mais c'est aussi soutenir dans les pratiques culturelles, pas seulement ethniques mais, également familiales etc. (transmission par les parents). Ce qui structure le fait que l'on va être mieux protégé ou plus en difficulté par rapport à certaines maladies. Ce sont des choses qu'il va falloir réintégrer, d'où le travail avec l'Education nationale, avec les communautés dont je parlais en amont? Cela doit s'intégrer dans des stratégies de l'éducation, et de communication mais aussi des questions politiques. Quand on va favoriser certains acteurs, et déstructurer des modes traditionnels, on va ré-impacter en terme de

santé et jouer sur l'environnement physique et social. Ce sont des choses importantes.

La loi « Hôpital Patients, Santé et Territoires » en France, n'a pas été jusqu'où ont été les canadiens. Le directeur de la région qui occupe le même rôle que le directeur de l'ARS au Canada: quand il y a quelque chose comme la création d'une autoroute, la mise en place d'une rocade etc., il a le droit de demander en quoi cette installation va jouer sur la santé des riverains. Ils ont poussé le concept très loin. On n'en est pas encore là mais des choses de ce genre vont changer la réflexion qu'on peut avoir dans la santé aujourd'hui.

On a des principes et un processus qui vont nécessiter une analyse, une projection, des modélisations, une étude des causes, et une entrée dans une approche interdisciplinaire. Concernant les questions de pollution, ce ne sont pas les médecins qui sont les mieux dotés pour réfléchir sur ces causes là. Il va falloir réfléchir avec des urbanistes dans le cadre des travaux publics. Ce sera la même chose dans d'autres domaines: la qualité de l'eau, le logement, les rythmes scolaires etc. Il va falloir demain se préoccuper de cela.

Deuxième définition:

S'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, c'est faire du développement à deux niveaux.

- Au niveau personnel : donner des ressources aux personnes, c'est-à-dire les aider à être plus intelligentes, à être critiques, à comprendre un peu mieux ce qui va impacter sur leur santé, à réfléchir sur ce qu'elles mangent, sur ce qu'on essaie de leur faire faire. Une place privilégiée de l'individu. Mais celui-ci est dans un réseau social, une communauté, pas au sens communautaire mais en terme de réseau social.

- Au niveau du groupe: on va faire évoluer les choses en termes de changement de comportements si on s'adresse aux personnes en tant que groupe formel ou informel. C'est un mode de travail qu'il va falloir développer en France car on est en porte à faux avec certains grands principes et on a des difficultés à le mettre en œuvre. C'est, en général, ce qu'on relègue au travail des associations. Cela va nécessiter de réfléchir aussi dans l'appui mis en place dans certains groupes sociaux et pas seulement par le biais des associations.

Si on veut faire du développement, la question des professionnels de la santé est une des questions. Faire du développement local mais voir aussi comment des gens de certains territoires, parce qu'ils ont un ancrage, resteront à cause de cet ancrage. Les gens venant de l'extérieur vont faire les mercenaires et vont passer; cela se pose pour certaines professions. On se demande aussi, quand on n'a pas directement de niveau de diplôme et de normes professionnelles pour le personnel, comment mettre en place des dispositifs correspondant à la région, permettant de suppléer cette question. Je pense qu'on y reviendra.

Promotion de la santé et santé publique

- La santé publique est la science et art de favoriser la santé, de prévenir la maladie et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société
Glossaire de la promotion de la santé, D. Nutbeam, OMS, Genève, 1998
- Les fonctions de la santé publique
 - la protection
 - la surveillance
 - l'organisation du système de soins
 - la prévention et la **promotion**
- Promotion de la santé, la 3ème révolution de la santé publique ? (Breslow, 1999)
 - 1ère révolution *contre* les maladies infectieuses
 - 2nde révolution *contre* les maladies chroniques
 - 3ème révolution *pour* la santé

Comment s'articule la question de la santé publique?

La loi de santé publique de 2004 a beaucoup été critiquée mais c'est une loi qui va rester, puisque sa

réforme est remise à dans quelques années. La loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoires » va mobiliser l'ensemble des acteurs sur les années qui viennent. Il a été statué que l'évaluation et la remise au Parlement de la nouvelle loi de santé publique serait différée de quelques années.

Cette loi de santé publique a quand même institué la notion de participation et du contre-point de la Conférence régionale de santé. Elle pose clairement, aujourd'hui, la notion de participation communautaire puisque les usagers sont représentés comme la communauté. On a, en France, à articuler une double question: la représentation des usagers par le biais des associations d'usagers avec celle des élus, sur le mode du suffrage universel. On a ces deux représentations qui vont être articulées dans la mise en place des ARS. Cela va être un enjeu fort sur les questions de la représentation et de la participation. Il y aura deux enjeux.

- Comment fait-on la participation des usagers? Comment les associations d'usagers restent représentatives et ne deviennent pas de nouveaux experts?

- Comment se fera la répartition des rôles avec les élus sur certains champs de compétences parce qu'on risque d'avoir l'impression que chacun va chasser sur les terres de l'autre, sachant que les collectivités locales, en promotion de la santé, ont des compétences fondamentales mais, souvent, ne se reconnaissent pas. Ce n'est seulement les services de médecine municipaux, c'est la question de la garde des enfants, de l'aménagement de l'environnement... Tout cela est la promotion de la santé et ce n'est souvent pas valorisé dans ce champ là.

L'un des objectifs, paradoxalement, est d'amener ces acteurs qui en font à se bouger, en comprenant qu'ils ont un rôle direct et de voir cette lecture santé dans ce qu'ils font, alors qu'ils le classent habituellement dans d'autres registres, avec d'autres motivations. Si on veut travailler la prévention, il va falloir le faire dans ces milieux, avec les gens qui en ont la responsabilité de l'organisation, de la structuration et de la mise en œuvre.

Vous voyez que ces questions de promotion/protection sont des questions de santé publiques (fonctions de protection, surveillance, d'organisation du système de soins mais la prévention et la promotion pour la santé en font parties, même si souvent on voit plus cela sous le côté administratif, et le côté, « on va vous pondre une loi ». C'est l'histoire du tabac et de l'alcool. On est plutôt perçus comme des emmerdeurs. Mais la PS est aussi essayer d'aider les gens à faire des choses bien et à les améliorer.

La promotion de la santé : cela a été 3 révolutions: l'éradication des maladies infectieuses; ce à quoi on est confronté aujourd'hui, la question des maladies chroniques, qui pèse le plus lourd (la majeure partie des coûts de santé sont ceux relatifs aux maladies qui sont remboursées à 100%). Si on veut changer quelque chose, cela va être du lourd.

La 3^{ème} révolution, c'est celle qu'il faudra qu'on fasse sur laquelle je vous demande de réfléchir. Comment peut-on préserver la santé. On n'est plus dans une vision négative. On s'inscrit dans une vision plus positiviste et sur le maintien de conduites de santé, et pas seulement, « comment éviter des conduites à risques? »

Promotion de la santé vs. éducation pour / à la santé

- Émergence de la promotion de la santé comme une évolution du champ de l'éducation à la santé
- Constat : essayer d'influencer les comportements individuels sans altérer les environnements dans lesquels ils ont lieu ne produit que des résultats très limités → l'ensemble du champ est nommé promotion de la santé (qui inclut ainsi l'éducation à la santé, comme une de ses stratégies)
- Transition pas facile pour tout le monde : même si le contenu a changé, le nom est resté plus longtemps (p. ex. UIES en UIPES qu'en 1993)
- L'éducation sanitaire définit l'action d'induction de comportements dont il est prouvé qu'ils sont favorables à la santé
- L'éducation à la santé couvre un champ plus large (santé au sens de l'OMS), mais laisse entendre que le projet de santé est prédéterminé par les éducateurs
- L'éducation pour la santé met en œuvre une démarche pédagogique qui implique les sujets

L'éducation de la santé, c'est souvent la chose qui vient à l'idée. La promotion de la santé dépasse largement le cadre de la simple éducation sur le plan information car on l'a réduit souvent à cela, au départ. Sur le plan de l'éducation qu'on peut donner dans différents secteurs: éducation nationale, familiale ou autre; éducation par le biais de professionnels de santé ou par le biais d'autres acteurs associatifs, alphabétisation ou autre.

La PS a un champ beaucoup plus large même si l'éducation pour la santé s'inscrit complètement dans la promotion de la santé. Si on faisait la théorie des ensembles, l'éducation pour la santé est une partie de la promotion de la santé mais elle n'est pas la seule. L'ensemble, c'est la promotion de la santé.

L'éducation pour la santé fait appel à la fois à des gens qui ont des compétences dans la santé mais aussi à des gens qui ont des compétences dans le champ de la pédagogie, des sciences de l'éducation etc. Il faut rassembler, là aussi, des gens; créer une culture commune et voir comment faire cela sachant qu'un nouveau champ a été rajouté.

En effet, aujourd'hui, le champ de l'éducation thérapeutique a été rajouté. La différence entre l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique: l'éducation thérapeutique s'adresse à des gens qui sont déjà malades alors que l'éducation pour la santé s'adresse aussi bien aux gens malades qu'aux gens en bonne santé.

Promotion de la santé vs. éducation pour / à la santé (II)

- Définition de l'éducation pour la santé : elle comprend la création délibérée de possibilités d'apprendre grâce à une forme de communication visant à améliorer les compétences en matière de santé, ce qui comprend l'amélioration des connaissances et la transmission d'aptitudes utiles dans la vie, qui favorisent la santé des individus et des communautés
Glossaire de la promotion de la santé, D. Nutbeam, OMS, Genève, 1998

- Définition « revitalisée » de l'éducation pour la santé →
Promotion de la santé = éducation à la santé X politiques publiques favorables à la santé

« L'éducation sans les politiques finit par déchanter et les politiques sans l'éducation sont pratiquement inatteignables »
Keith Tones in Promotion de la santé au Canada et au Québec, PUL, 2006

En EPS, nécessité de réfléchir aux compétences et savoir-faire à la fois au niveau individuel et au niveau collectif.

Cette amélioration des connaissances va nécessiter ensuite le passage par des attitudes. On change d'avis par rapport à ce qu'il faudrait faire mais c'est aussi la structuration de compétences nouvelles. Les développer en matière de savoir-faire.

Il faut faire de l'éducation pour la santé. La partie manquante entre éducation pour la santé et promotion de la santé est la partie politique. Il y a les politiques publiques qui favorisent la santé et l'organisation de l'environnement mais le politique, ce n'est pas seulement les lois, c'est aussi : comment les appliquer, c'est qu'on appellerait la citoyenneté, autrefois la bonne éducation. C'est aussi l'application de ce qu'on mettait autrefois dans le droit coutumier ou dans le bon respect des principes d'éducation traditionnelle. Cet aspect politique, il va falloir le faire sur le plan structurel et le maintenir dans la vie sociale d'un groupe social.

Dans vos réflexions sur le champ de la promotion de la santé, on ne peut pas seulement réfléchir en tant qu'opérateur mettant en place des programmes mais réfléchir aussi en quoi on contribue à la création de programmes en tant qu'acteur-citoyen.

On doit pouvoir aider les professionnels et les experts dans les combats qu'ils vont avoir à mener sur l'intersectoriel, puisque les gens de la santé ont des enjeux à défendre sur la santé avec d'autres ministères (ex: le Ministère de l'Industrie et de l'Environnement ne va pas voir les questions des

routes de la même façon que le Ministère de la santé). La vision n'est pas la même selon le point de vue où l'on se place. Les acteurs de la promotion de la santé doivent soutenir les ARS face à d'autres directions. Des enjeux fondamentaux existent. Dans la promotion de la santé, les associations et les acteurs de la promotion de la santé ont une vraie action de lobbying à faire dans le soutien des politiques favorables à la santé. C'est un champ qui constitue un enjeu fondamental.

Enseignements tirés de la comparaison des contextes français et québécois

(d'après Real Morin, 2007)

- France : surtout mesures ciblant les individus. Les organisations vouées à la prévention et à l'éducation pour la santé misent essentiellement sur des mesures individuelles (faire de l'activité physique, bien se nourrir, cesser de fumer, adopter des pratiques sexuelles sécuritaires, etc.)
- Québec : surtout mesures ciblant les environnements. Travail en réseau de partenaires, action sur les déterminants sociaux, collaboration intersectorielle, soutien au développement des communautés, analyse des politiques publiques, liens entre les milieux de pratique et ceux de recherche
- Ces différences se reflètent aussi dans les mandats confiés aux organismes publics (INPES, INSPQ)
- Importance des inégalités sociales de santé (à ne pas négliger !)

En France, en général, on raisonne au niveau des individus alors que les Québécois réfléchissent beaucoup plus sur les environnements.

En France, on a plutôt une vision sur l'éducation sur la santé, les campagnes de communication.

Les réflexions des Québécois sont orientées vers la collaboration intersectorielle, et le soutien au développement des communautés. L'un n'est pas antagoniste de l'autre. Les deux sont complémentaires.

Vous trouverez un partenaire dans l'Inpes. C'est une démarche dans laquelle l'Inpes est engagé.

Travailler à promouvoir la santé vs. travailler en promotion de la santé

(d'après Michel O'Neill, 2006)

- Discours sur le travail « visant à promouvoir la santé » (ce qu'est ou devrait être la santé, sur sa place dans les sociétés, sur les rôles des divers acteurs, ...) → discours de « nouvelle santé publique »
- Définition « opérationnelle » de la promotion de la santé : Toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités
(Green et Kreuter, 1999)
- La promotion de la santé est d'abord et surtout un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions telles que l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel
(O'Neill et Cardinal, 1994)

Promouvoir la santé est quelque chose qui s'inscrit complètement dans ce que l'on a appelé « la nouvelle santé publique ». On n'est plus dans une opposition du soin par rapport à la prévention. M. Damie l'a souligné. Ce sont des choses qui se fondent et qui sont dans une continuité. Il faut que les acteurs de la promotion de la santé soient respectés, qu'ils n'aient pas l'impression de passer derrière les gens du soin ou que leur culture ne soit pas reconnue; mais, à l'inverse, il ne faut pas que les gens de la promotion de la santé disent qu'ils n'ont rien à voir avec les gens du soin. « Ces derniers ne font pas d'EPS ». Cela va être un enjeu de l'ARS. Il faut arriver à travailler dans une certaine complémentarité.

Promotion de la santé : c'est d'abord et surtout un ensemble de pratiques spécifiques. Cela signifie

qu'on reconnaisse qu'il y a des compétences particulières, que cela s'inscrit dans une planification, une organisation, et une structuration qui font appel à différents champs professionnels, qu'il faut agencer.

Cela s'articule avec de l'éducatif, du politique, du législatif etc. L'un des impacts des débats qui ont eu lieu dans les différentes régions a été de dire « il faut qu'il y ait un pôle prévention qui s'organise dans les ARS »; cela est remonté au ministère et a été intégré. Les débats ont impacté pour éviter l'oubli qu'il y aurait eu sur la promotion de la santé et la prévention dans la mise en place des ARS.

Promotion de la santé vs. prévention

Prévention	Promotion de la santé
Modèle épidémiologique et biomédical	Modèle bio-psycho-social
Approche verticale par programmes	Approche horizontale par milieux de vie
À destination d'une population prise comme objet	En collaboration avec une population prise comme sujet
Facteurs et conditions de risque	Multifactorielle sur avantages et forces
Responsabilité individuelle	Déterminants de la santé
Matériau éducatif et informatif	Projet participatif
Information sur maladie	Action sur milieu de vie

Adapté de Bury J. et Simos J. Vers une politique cantonale de prévention et de promotion de la santé, 2003

Il faut retenir que la promotion de la santé va dans une vision positive; elle va aller sur le renforcement de l'état de santé et s'oppose au modèle biomédical qui, lui, était plutôt centré sur la définition de la maladie. L'une des lignes de tension qu'il y a dans la promotion de la santé, c'est à la fois faire reconnaître des valeurs et des compétences professionnelles mais, en même temps, que l'on ne réduise pas cela à un corps professionnel, qu'on fasse participer et que cela s'inscrive dans un mouvement social. Cela signifie que les approches participatives sont un enjeu fondamental de la promotion de la santé. Cela recoupe l'approche d'autres secteurs. La politique de la ville est dans la même dynamique. Il y a des choses à croiser entre « politique de la ville et ARS ». On voit bien qu'on va se retrouver sur des mêmes problématiques (participation des populations dans les quartiers, actions citoyennes, urbanisme, aménagement dépistage etc.). Cela va poser la nécessité d'avoir des acteurs qui partagent une même culture. Comment mutualiser de façon à ne pas avoir des silos imperméables mais à travailler sur des mêmes problématiques ?

Conclusions

- C'est son caractère positif qui distingue fondamentalement la promotion de la santé du reste du secteur sanitaire :
 - *healthiness* (état de santé) vs. *health*
 - concept de santé large, positif et social vs. concept de santé biomédical, orienté vers la maladie
- Mouvement professionnel vs. mouvement social
- Malgré de nombreux travaux théoriques et conceptuels solides, la plupart des programmes ne s'en servent pas (→ moins d'efficacité, moins d'efficience)
- Les termes pourront peut-être changer à l'avenir, mais l'importance des déterminants de la santé est là pour rester

Malgré de nombreux travaux théoriques, souvent, on laisse cela de côté, on a l'impression qu'il y a une forme de « réinventer toujours la poudre ».

Avec GPS, l'un des enjeux va être : « comment les acteurs vont pouvoir trouver des lieux ressources, qui ne sont pas que GPS Je ne voudrais pas voir une inquiétude dans le regard de sa directrice qui me dit, « on va crouler ». Dans le partage, dans la mise en réseau, il y a des expériences, du partage d'expériences, des fondamentaux dont il faut se servir pour être plus performant, dans une démarche qualité et ne pas s'épuiser à avoir l'impression de remettre toujours le travail à l'ouvrage, ou d'être comme Sisyphe et pousser son caillou. Ca tombe et on recommence à la base.

L'une des questions de la promotion de la santé, c'est aussi cet épuisement des professionnels. C'est ce qu'on voit souvent. Ce sera la question du soutien que l'on pourra apporter à la fois dans leurs actions mais aussi pour maintenir cette reconnaissance et cette motivation des acteurs. Le monde associatif a été bien matraqué ces dernières années sur les restrictions budgétaires. La question de la motivation va être importante.

Donc, c'est une question d'avenir, une question importante sur le travail des déterminants de santé. Je vais m'arrêter là. Je vous remercie de votre attention.

Historique

- 1946 : définition positive de la santé (Constitution de l'OMS)
- 1951 : fondation de l'Union internationale d'éducation pour la santé et première conférence mondiale
- 1974 : rapport Lalonde et déterminants de la santé
- 1977-79 : conférence d'Alma-Ata et adoption par l'OMS de la stratégie de la « Santé pour tous »
- 1984 : concept de Villes-Santé (Hancock & Duhl)
- 1986 : conférence et Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
- Autres conférences mondiales (OMS) de promotion de la santé : 1988 (Adélaïde), 1991 (Sundsvall), 1997 (Jakarta), 2000 (Mexico), 2005 (Bangkok)

Années 50' et 60' : engagement de plus en plus marqué de professionnels issus des sciences sociales (psy sociaux et sociologues notamment) et de spécialistes en communication dans l'élaboration de modèles visant à mieux comprendre et à prédire les comportements reliés à la santé, et dans la conception de campagnes d'éducation à la santé.

Surtout aux USA (Health Belief Model, John Hopkins School of Hygiene and Public Health).

Grands espoirs que la santé allait s'améliorer grâce à la science et à des moyens plus systématiques de faire de l'éducation à la santé.

Limites perceptibles dès le début des années 70'. Coûts de moins en moins supportables avec la fin des Trente Glorieuses ; pas obtenu les résultats escomptés.

Rapport Lalonde : investir des ressources au-delà des services de santé (idée totalement novatrice).

Alma-Ata : retourner aux principes de base, aux soins de santé primaire.

Importance des facteurs environnementaux qui émergent ; autocritique des milieux d'éducation à la santé sur le trop d'importance donnée aux comportements individuels (risque de « culpabilisation de la victime »).

Modèles écologiques, à multi-niveaux, qui émergent de la collaboration OMS-Europe et Canada → promotion de la santé.

Après, Charte Ottawa → stratégie mondiale de promotion de la santé (Kickbush à l'OMS-Genève ; Adélaïde et Sundsvall: établir des politiques publiques et créer des environnements favorables à la santé).

Années 90': le nouvel ordre économique mondial a des répercussions importantes aussi sur la PS.

Les déterminants de la santé



Dahlgren, G. (1995) *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future*. Vol. 11 – *Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Le mot de la fin

(d'après Bury J. et Simos J., 2003)

- Le concept de promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa implique:
 - un rééquilibrage des responsabilités entre les professionnels de la santé et les citoyens (= faciliter la participation de la population par l'information et l'éducation) afin que ces derniers puissent exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé
 - l'éducation pour la santé cesse alors d'être une injonction venant d'un professionnel, quel que soit sa légitimité, pour devenir une aide à la décision, une proposition d'alternatives valable
 - la prestation de santé devient alors "coproduite", dans la mesure où ce processus donne réellement la parole au patient / à l'utilisateur / au citoyen, lui permet p.ex. l'accès à son dossier médical, au pouvoir de décision dans le système de soins, au débat sur l'organisation de services de quartier, etc.

« La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. (...) Elle soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci. »

Le mot de la fin (2)

(d'après Bury J. et Simos J., 2003)

- la politique de promotion de la santé est alors de nature participative et incitative vis-à-vis de la population selon les trois fonctions suivantes:
 - » conférer les moyens (*empower*)
 - » servir de médiateur (*mediate*)
 - » promouvoir l'idée, plaider en faveur (*advocate*)
- son efficacité se conçoit sur le long terme, en mettant l'accent sur la qualité de vie (au-delà de la maladie) et non sur la seule espérance de vie
- elle agit de façon convergente sur l'individu (en favorisant l'apprentissage de modes de vie sains) et sur la collectivité (en permettant aux communautés d'aménager leur environnement et de promouvoir l'inscription de la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives → importance des « politiques favorables à la santé » et de l'évaluation de l'impact sur la santé)

RESTITUTION DES PROPOSITIONS (PAR ENJEUX) FORMULEES DANS LE CADRE DES 3 GROUPES DE TRAVAIL

Mme Alexandra MATHIEU, Chargée de mission à GPS

M. François REZKI, Sociologue et universitaire à l'IESG/UAG

Les propositions formulées par les participants dans le cadre de ces groupes de travail ont fait l'objet d'une restitution et ont donné lieu à de nouveaux échanges dans le cadre du débat régional.

BILAN DES 3 GROUPES DE TRAVAIL

BILAN GLOBAL

- **Un partenariat constructif** entre des organisations basées en Guyane (l'ARH, la DSDS, et GPS) et en métropole (l'INPES et la SFSP).
- **L'animation en juin 2009 de groupes de travail dans 3 communes:** Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni.
- Près de **12 heures de réflexion, d'échanges et de propositions sur la place de la promotion de la santé dans la future Agence Régionale de Santé (ARS)** en Guyane.
- **Des pistes pour le rôle de la promotion de la santé et l'organisation de la prévention et de l'éducation pour la santé au niveau régional** (notamment pour l'évaluation du SREPS et la réécriture du prochain Schéma d'Education pour la santé dans le cadre de la nouvelle ARS).
- **10 intervenants** impliqués dans l'organisation et l'animation de ces groupes de travail : M. Philippe Damie (Directeur de l'ARH), Mme Mélina Bailleux (Chargée de mission à la DSDS) M. Christophe Prat (Directeur adjoint de la DSDS), M. Robert Hulic (Président de GPS), Mme Alexandra Mathieu (Chargée de mission à GPS), Mme Catherine Namer (Coordinatrice du Réseau Diabète), Mme Marie Louise Nouvellet (Coordinatrice du COREVIH), M. Jean-Noël Robillard (Coordonateur de MDM), Mme Joanne Massemin (Coordinatrice de l'ASV de St Laurent) et M. François Rezki (Sociologue et universitaire à l'IESG/UAG) .
- **76 participants** issus de diverses structures : associations (34%), établissements hospitaliers ou cliniques privées (28%) et institutions (38%)
- **43% des participants appartenant à une structure membre de GPS.**

BILAN PAR GROUPES DE TRAVAIL/COMMUNE

CAYENNE

- Ce groupe de travail a réuni 44 personnes dont 16 représentants d'associations (36% des participants), 19 représentants d'institutions (43% des participants) dont 1 élu, et 9 représentants d'établissements hospitaliers (soit 20% des participants).
- 48% des participants appartenant à une structure membre de GPS.

- 4 enjeux (enjeux 2, 3, 4 et 5) ont pu être abordés dans le cadre de ce groupe de travail. L'enjeu N°1 n'a pas suscité de réflexions particulières. Faute de temps, les enjeux 6 à 8 n'ont pas pu être discutés de façon formelle.
- Principaux thèmes abordés :
 - o relations entre collectivités locales et ARS, Education nationale et ARS,
 - o intégration du secteur médico-social dans l'ARS.

KOUROU

- Ce groupe de travail a réuni 12 personnes dont 5 représentants d'associations (42% des participants), 6 représentants d'institutions (50% des participants), et 1 hospitalier.
- 8 participants appartenant à des structures membres de GPS (soit 67% des participants).
- 6 enjeux (enjeux 1 à 6) ont pu être abordés dans le cadre de ce groupe de travail. Faute de temps, les autres enjeux n'ont pas pu être discutés de façon formelle.
- Principaux thèmes abordés :
 - o rôle et reconnaissance des médiateurs en santé publique,
 - o élaboration d'une charte,
 - o relations entre structure hospitalière et associations.

SAINT LAURENT DU MARONI

- Ce groupe de travail a réuni 20 participants dont 5 représentants d'associations (25% des participants), 4 représentants d'institutions (20% des participants) dont 2 élues (soit 10% des participants), et 11 représentants d'établissements hospitaliers (soit 55% des participants).
- 4 participants appartenant à des structures membres de GPS (soit 20% des participants).
- 4 enjeux ont été abordés (enjeux 2, 3, 4 et 8). L'attention a été particulièrement apportée à l'enjeu 8 car il n'avait pas pu être exploité lors des autres ateliers par manque de temps.
- Principaux thèmes abordés : au regard des indicateurs de santé la Guyane est particulièrement exposée à des inégalités sanitaires avec notamment des différences significatives d'accès à la prévention et aux soins entre les communes isolées et le littoral. Par ailleurs, cet atelier a aussi porté son attention sur les points suivants :
 - o coopération transfrontalière,
 - o santé communautaire et rôle des médiateurs en santé publique,
 - o insuffisance de la démographie médicale.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS PAR ENJEUX

ENJEU 1 : APPORTS ET PERIMETRE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Problématiques

- Les définitions des concepts (santé, santé publique, promotion etc.) sont maîtrisées mais leur interprétation diffère selon les acteurs.
- Une méconnaissance du SREPS par les acteurs surtout du champ médico-social
- Une prédominance du curatif sur le préventif
- Un contexte multilingue et multiculturel qui nécessite des moyens de prévention spécifiques

Implication des acteurs économiques et politiques

- Recensement exhaustif des acteurs susceptibles d'intervenir dans le champ de la promotion de la santé.
- Une mobilisation plus forte des collectivités territoriales, des élus et une plus grande transversalité.
- Meilleure connaissance par les acteurs sus-cités des programmes de prévention
- Une intégration plus importante des politiques de prévention et de promotion de la santé dans le Plan Santé Outre-Mer dont les priorités sont les suivantes :
- Application effective de la loi (ex : interdiction de la vente d'alcool < 18 ans).

Coopération interrégionale, transfrontalière et avec l'espace caribéen

- Prise en compte de la dimension transfrontalière de la promotion de la santé : coopération, accords politiques, mutualisation des moyens inscrits dans un cadre juridique.

ENJEU 2 : ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DEVELOPPEMENT DE LEURS COMPETENCES

Problématique

- Qui sont ces acteurs et quelle stratégie de reconnaissance, d'affirmation et de soutien mettre en œuvre pour ces acteurs ?
- Ce sont des :
 - o Acteurs du secteur médico-social
 - o Aidants
 - o Ateliers santé ville
 - o Acteurs économiques
 - o Associations : de patients, d'usagers, de la santé, de l'éducation etc.

- Bénévoles
 - Elus et administrateurs des collectivités territoriales
 - Etablissements hospitaliers ; centres de santé, cliniques privées
 - Media
 - Médiateurs culturels, en santé publique
 - Professionnels : de l'éducation pour la santé, de la santé, de l'éducation (dont l'Education nationale – enseignants, infirmier, médecin)
 - Population ciblée par les actions de prévention et d'éducation, patients, etc.
 - Réseaux de soins ville-hôpital
 - Réseaux de santé communautaire
 - Services déconcentrés de l'Etat
 - Secteur libéral
 - Universités
- Cette question ne peut pas être abordée de façon isolée, il faut également en Guyane améliorer la démographie médicale (manque criant de professionnels de la santé, surtout de spécialistes) et de la répartition géographique des professionnels sur le territoire (cf. communes isolées du littoral et de l'intérieur).

Développement des compétences et capacités de ces acteurs

- Rôle crucial de la formation initiale et continue des acteurs (professionnels, bénévoles etc.)
 - Définir des plans de formation et créer des programmes de formation adaptés aux acteurs. Cela passe par un état des lieux des besoins en formation.
 - Priorisation des formations (plus médicalisées, en méthodologie et/ou sur des thèmes ciblés) à destination des professionnels de la santé, de l'éducation, de l'éducation pour la santé (associations, professionnels des structures hospitalières et centres de santé, PMI, infirmières scolaires, etc.).
 - Croisement des travaux réalisés dans le domaine de la formation (ex : études sur les formations sanitaires et sociales).
- Qui ?
 - Formation et accompagnement des aidants/bénévoles etc.
 - Formation continue et sessions de remise à niveau ciblant les infirmières scolaires, en lien avec d'autres acteurs.
 - Développement de l'offre de formations en promotion de la santé en général
 - Quoi ?
 - Temps d'acclimatation et de formation à prévoir avant que les professionnels recrutés soient opérationnels (adaptation au contexte).
 - Formation aux compétences interculturelles et linguistiques.
 - Adaptation des programmes d'apprentissage et d'éducation thérapeutique.

- Ou ?

- Des formations délocalisées sur l'ensemble du territoire mais maintien des formations en métropole ou dans d'autres DOM/DFA pour échanger des connaissances, compétences et expériences avec des professionnels intervenant dans d'autres régions.

Stratégie de renforcement de la « reconnaissance » des acteurs

- Etat de lieux des acteurs existants pour une meilleure visibilité de ces derniers et de leurs actions : connaissance de leurs domaines de compétences, missions, fonctions/rôles.
- Décloisonnement des acteurs et valorisation de la complémentarité et de l'intersectorialité des acteurs (certains acteurs sont émergents : ex media, élus etc.) : transversalité
- La reconnaissance des acteurs en prévention implique une démarche qualité à l'aide de référentiels sur les missions et compétences que doit avoir un acteur de prévention.
 - o L'idée d'une charte émerge de nouveau
 - o Il faudra veiller à laisser une place à la créativité et à la souplesse des acteurs de terrain.
- Reconnaissance et valorisation:
 - o des connaissances et compétences des acteurs impliqués dans la promotion de la santé
 - o du rôle joué par les professionnels de la santé, de l'éducation, du social etc.
 - o du diplôme et du statut de médiateur de santé publique (plus de 38 médiateurs formés par l'IMEA).
 - o du savoir-faire du médico-social
 - o de la valeur ajoutée du bénévolat

Stratégie d'affirmation et de soutien

- Importance de la double reconnaissance des professionnels : par les autres professionnels mais également et avant tout par les groupes ciblés.
- Aménagement du temps des professionnels intervenant en milieu hospitalier pour faire de la prévention.
- Sensibilisation des responsables (associatifs, institutionnels etc.) aux priorités et stratégies des acteurs de terrain ; transparence et adhésion sur les actions menées par ces acteurs.
- Création d'un maillage de médiateurs en santé publique et de relais dans les quartiers prioritaires, les communes isolées et les établissements scolaires.
- Mutualisation des compétences et connaissances existantes et transmission de cette expertise à des personnes relais.
- Elargissement des responsabilités confiées aux IDE scolaires (ex : renouvellement de certains contraceptifs dans les établissements scolaires, délivrance de la contraception d'urgence à l'université).

ENJEU 3 : GOUVERNANCE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES ARS : DEMOCRATIE ET TEMPORALITE

Problématique

- Quelle légitimité ont les acteurs de terrain dans cette gouvernance ?
- Comment cette gouvernance prendra en compte l'expertise et l'expérience des acteurs de terrain ? Comment seront-ils associés ?
- Quelle sera la représentativité des acteurs ?
- Quelle est la place des usagers ?

Place et rôle des acteurs de terrain dans la gouvernance

- Valoriser l'expérience des acteurs de terrain par une meilleure prise en compte de leurs observations.

Instances de concertation et de décision

- S'appuyer de manière plus forte sur les structures de coordination pour favoriser les décisions de l'ARS.
- Élargir la composition des membres de l'ARS par la présence des acteurs tels que l'éducation Nat, les municipalités etc.)

Place des usagers

- Curieusement les usagers n'ont été mentionnés que dans l'enjeu 8. Les usagers semblent trop souvent écartés, surtout ceux qui ne sont pas francophones, dans l'organisation de la prévention et des soins ce qui interroge la notion DE démocratie sanitaire.
- Nécessité de remettre l'utilisateur au centre des politiques de prévention et promotion de la santé et de les associer aux procédures d'évaluation et de restitution=> ACTEURS

Représentativité des acteurs

- Élargir la représentativité des acteurs à l'ensemble de la Guyane dans les commissions de l'ARS
- Décentraliser les réunions afin de sortir du « cayenno-centrisme »
- Permettre une meilleure indemnisation des déplacements des acteurs venant de loin

Participation effective à la gouvernance

- Participation effective des associations d'usagers au sein des commissions des hôpitaux
- Représentation des élus par des techniciens en cas d'indisponibilité.

ENJEU 4 : UN FINANCEMENT ADAPTE (VERTUEUX, FIABLE, DURABLE, SOLIDE...) DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Contextualisation des financements

- Prise en compte des réalités et besoins spécifiques à la Guyane dans les critères d'attribution des financements, les indicateurs d'évaluation des activités et des résultats retenus etc.

Moindre coût de la promotion de la santé

- Le coût d'un acte préventif est toujours moins cher que celui d'un acte curatif.
- La santé communautaire est ce qui coûte le moins cher.
- Maintien voire augmentation des moyens financiers alloués aux associations.

Maintien voire renforcement des moyens alloués aux structures émergentes et/ou « petites » associations

- Pérennisation des actions des « petites » associations, qui sont complémentaires de celles
- menées par d'autres structures intervenant dans le champ de la promotion de la santé.
Possibilité pour les nouvelles structures (et/ou les nouveaux projets émergents) de bénéficier d'un financement (même si celles-ci sont moins connues et reconnues).

Pluri-annualisation du financement des associations

- Pluri-annualisation des financements pour inscrire les actions dans le long terme et assurer la durabilité et la pérennité des actions.
- Un financement adapté serait un financement du pays réel : un financement des actions qui sont déjà mises en place sur le terrain pour les améliorer.

Capacité et transparence financière

- Rééquilibrage des budgets des établissements hospitaliers en faveur de la prévention.
- Transparence sur les fonds consacrés à la prévention dans les structures hospitalières.

Financement des évaluations

- Aspect indispensable de l'évaluation des actions mais sans indicateurs et photos de départ pour mesurer les bénéfices, sans état des lieux de départ, cela est difficile.... D'où la nécessaire prise en charge des coûts relatifs aux évaluations (ex ante et ex-post).

Circulation de l'information

- Amélioration de l'accès à l'information sur les financements disponibles (problème de mobilisation des acteurs, par manque d'accès à l'information).

Financements privés

- Création de partenariats financiers entre des acteurs privés locaux et des services gérés par des collectivités territoriales (ex : PMI) : possibilité de financement direct d'actions ciblées.

ENJEU 5 : ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE.

Problématique

- Faut-il avoir une approche thématique et/ou territoriale de la promotion de la santé ?
- Comment l'ARS peut jouer un rôle d'appui ou de coordination des acteurs ?
- Quels sont les critères définis par l'ARS pour permettre une évaluation des projets et actions?

Approche thématique

- Priorité des actions en fonction des besoins et des thèmes

Approche territoriale

- Territorialisation de la promotion de la santé : prise en compte du contexte régional voire infrarégional, par une identification des espaces prioritaires, création d'un maillage territorial (ex meilleure répartition des relais qui font défaut dans certaines communes), par la création d'un réseau de médiateurs culturels ou l'appui sur les réseaux de santé communautaire, travail concerté dans le cadre de dispositifs territorialisés comme les ASV.

Appui aux acteurs

- Soutien et accompagnement financier, politique et technique et non par la mise en concurrence des acteurs.
- Présence effective des équipes de l'ARS sur le terrain (suivi, évaluation etc.)

Coordination, information et évaluation des acteurs et actions

- Compte tenu de la diversité des actions et des acteurs, la coordination s'impose.
- Renforcement du rôle des réseaux dans la coordination (ex : Maison des réseaux qui fédère déjà des acteurs).
- Développement et amélioration de la qualité de l'information auprès des divers acteurs.
- Systématisation de l'évaluation de la coordination et de la qualité des actions par la définition de critères qualitatifs (ex participation et satisfaction des usagers, résultats attendus et obtenus etc.) et quantitatifs.
- Mise en place d'un cahier des charges partagé/d'un tableau de bord avec des indicateurs sur lesquels les acteurs pourraient s'appuyer pour évaluer leurs actions.

- Prise en compte de la dimension temporelle : en santé publique, les résultats ne sont pas immédiats et peuvent être longs à atteindre.

ENJEU 6 : STRUCTURES ET INTERVENTIONS QUI CONTRIBUENT A PROMOUVOIR LA SANTE.

A quelles conditions et par quels processus l'ARS peut elle reconnaître les structures et interventions qui vont contribuer à promouvoir la santé ?

Charte commune

- Définition d'une charte de promotion de la santé pour garantir des principes éthiques et déontologiques. Les acteurs de la promotion de la santé seraient associés à sa rédaction, et s'engageraient à respecter et promouvoir les principes de cette charte.
- Pourraient être définis dans cette charte les grands axes stratégiques, les indicateurs pertinents pour évaluer les interventions en promotion de la santé, les préconisations dans le domaine de la formation des acteurs, etc.

Appui sur les Ateliers Santé Ville

- Développement des dispositifs des Ateliers Santé Ville dans d'autres communes de Guyane.
- Coordination d'actions au niveau local.

Appui sur les réseaux de santé communautaire

- Etablissement d'un véritable réseau de santé communautaire au sein de l'ARS, qui joue un rôle au quotidien dans la promotion de la santé, notamment dans l'observance des traitements.

Consultations de prévention

- Mise en place de consultations de prévention car la promotion de la santé, en tant que telle, n'est pas suffisamment intégrée dans les consultations thérapeutiques.

ENJEU 7 : INTER-SECTORIALITE

Transversalité de la promotion de la santé

- Meilleure articulation entre le curatif et le préventif.
- Meilleure articulation entre prévention primaire, secondaire etc.

Décloisonnement entre les secteurs et les acteurs

- Construction d'un véritable travail en réseau/partenariat.
- Renforcement du décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Développement et renforcement des relations entre les acteurs de la santé et de l'environnement.
- Politique d'aménagement du territoire, à mettre davantage en lien avec la promotion de la santé.

Pluridisciplinarité des équipes

- Interventions croissantes des professionnels du milieu hospitalier « en milieu ouvert » pour participer à des actions de promotion de la santé en partenariat avec d'autres acteurs.
- Renforcement de la communication entre les professionnels des établissements hospitaliers et les acteurs de terrain (associations, médiateurs culturels, IDE scolaires etc.).
- Développement d'équipes mobiles de prévention pluridisciplinaires dans les communes isolées.

Renforcement des échanges, et circuits d'informations et de la communication entre professionnels

- Amélioration de la circulation de l'information (remontée et redescende de l'information) et développement d'une politique de communication à destination des acteurs de la promotion de la santé (ex : envoi systématique aux acteurs concernés des comptes-rendu de réunions, des relevés de décisions etc.). Grâce à ce partage d'informations, les acteurs pourront s'intégrer dans ces différentes démarches et apporter leurs contributions.
- Aménagement de temps de rencontres et de réunions intersectorielles pour évaluer les actions menées, faire remonter les données, et gagner en cohérence.
- Développement d'une plateforme où les acteurs pourraient se retrouver et échanger sur leurs pratiques professionnelles.
- Utilisation de moyens de communication « modernes » et des nouvelles technologies compte tenu des distances et de l'enclavement de certaines communes (ex : visioconférences).

ENJEU 8 : COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS EN SANTE AUPRES DES POPULATIONS

Problématique

- Comment l'ARS peut-elle lutter contre les inégalités de santé ?
- Comment favoriser l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus enclavées ou défavorisées ?
- Comment favoriser et amplifier l'implication des acteurs de la santé scolaire dans la promotion de la santé ?

Lutte contre les inégalités de santé

- Accès aux droits : instaurer ou réinstaurer l'accès effectif aux droits des personnes en matière de santé.
- Accès à la prévention et aux soins dans les communes isolées : Création d'équipes mobiles pluridisciplinaires (ex : diététicienne, IDE, médecin, As etc.) permettant la prévention, soins et le suivi.
- Décentralisation de l'accès aux soins par la création de structures de prévention et de soins de proximité adaptées à la réalité locale.
- Présence de télémédecine à condition de l'encadrer par dispositions juridiques précises.
- Actions sur les déterminants sociaux : prise en compte du contexte socio-éco des populations
- Accès à l'eau potable et développement des processus d'assainissement.

Implication des services de santé scolaire

- Réaffirmation et renforcement du rôle prépondérant de l'école en matière de promotion de la santé et plus particulièrement dans le projet académique.
- Définition et adaptation de stratégies d'actions en fonction des spécificités locales (ex les besoins sont différents d'un établissement scolaire à l'autre).
- Augmentation des moyens humains, financiers et matériels en faveur de la promotion de la santé en milieu scolaire (le manque des personnels médical et paramédical est criant).
- Meilleure structuration et coordination des relations entre le service de promotion de la santé scolaire et les acteurs extérieurs (ADOSEN etc).
- Systématisation des actions de visites médicales et de dépistage dans les établissements

RESTITUTION DES ECHANGES DU DEBAT DU 10 SEPTEMBRE 2009

Mme Martine PACAUD-FELICES, Directrice du service Insertion/Vieillesse/Handicap au CG

Cette intervention, qui portait notamment sur la clarification des missions et prérogatives de chaque acteur ainsi que sur la prise en compte de la médecine traditionnelle, n'a pas été enregistrée. Nous nous en excusons.

M. Philippe DAMIE, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

Je suis assez d'accord avec vous sur le fait qu'on ne peut être complémentaire que si on connaît bien chacun ses missions et son champ d'intervention. Dans l'ARS qui sera un établissement public, vous aurez un conseil de surveillance, et deux comités de coordination ; le premier sera plus spécifiquement consacré aux questions de prévention et l'autre, à son champ médico-social.

Il est évident que le pilotage du secteur médico-social sur les champs des personnes âgées, et des personnes handicapées relève bien du Conseil Général mais il appartiendra à l'ARS, qui représentera l'Etat au niveau régional, d'indiquer ses priorités en matière de médicalisation sur les champs « personnes âgées et personnes handicapées ». Vous avez cité la PMI, la lutte contre les maladies vectorielles. Concernant la PMI, on a, effectivement, sur le territoire et en particulier dans les communes isolées, des centres délocalisés de prévention et de soins et des centres de PMI. Il faut que ces deux structures puissent davantage travailler ensemble, et voir comment assurer un meilleur travail en commun. Mais il ne suffit pas que le terrain soit coordonné. Il faut aussi que la tête soit bien coordonnée. Il faut qu'entre institutions, on comprenne bien aussi ce qui se passe sur le terrain et que l'on soit dans le même état d'esprit (entre l'ARS et les collectivités territoriales). Il en est de même concernant la lutte contre les maladies vectorielles ; tout ce qui est épidémiologie et surveillance doit se marier avec le pilotage, et les interventions sur le terrain au titre de la lutte contre la dengue ou le paludisme.

Il faut qu'on soit dans un état d'esprit constructif. Au-delà des comités qui sont créés, c'est surtout un état d'esprit et une relation de confiance qui doivent se mettre en place entre nous.

Mme Montserrat FITO, Anthropologue du corps et de la santé

On pourra dire que je prêche pour ma paroisse. C'est un peu vrai car je voudrai intervenir sur la question de rapport entre la médecine coutumière et la médecine dite savante. Il faut dire que malgré de nombreux appels du pied, ni le Centre Hospitalier de Cayenne, ni l'ORSG, ni la DSDS ne se sont intéressés à des études ou à des mises en rapport entre praticiens. Il a été mentionné qu'à Saint-Laurent du Maroni, il y a davantage de sensibilité pour cette mise en rapport. C'est parce que l'hôpital Franck JOLY est le seul hôpital où intervient une anthropologue, Madame Diane VERNON, afin d'être une interprète non pas seulement de la langue entre médecins et patients, mais de la culture, c'est-à-dire de la vision culturelle qu'on peut avoir de la santé et de son rapport au corps.

Au Centre Hospitalier de Cayenne comme à Kourou, il y a bien quelques médiateurs culturels mais en nombre très très insuffisant et qui ne sont pas des « médiateurs culturels » et pour lesquels il s'agit de faire une traduction purement linguistique au patient de la façon dont le médecin voit sa maladie à lui, patient. Donc, nous sommes très loin des véritables rapports d'égalité et du respect des droits des patients comme le mentionne la charte qui figure dans tous les hôpitaux.

M. Matthieu NACHER, Médecin, Directeur du CIC-EC et Président du COREVIH

Le médiateur culturel dans le cadre du VIH n'est pas un traducteur. C'est un médiateur culturel. Vous vous trompez Madame.

M. François REZKI, Sociologue et universitaire à l'IESG/UAG - Question à M. Emmanuel RICARD

La question est intéressante. Cette place des médiateurs culturels de la santé publique, leur statut, leur mission, quels sont-ils ? D'autant que l'on a vu le rôle important de ces médiateurs.

M. Emmanuel RICARD, Délégué général de la SFSP

Je vais marcher sur des œufs. Comme vous le savez, quand on essaie de faire un dispositif, et de lancer une initiative, il y a ce que l'on veut en faire, ce que l'on réalise et ce qu'il devient. Je voudrais que l'on regarde à l'aune de ces trois éléments.

Quand on a lancé le concept de médiateur de santé publique, l'idée était de prendre en compte la dimension interculturelle qu'il peut y avoir dans le soin. Je souscris, donc, à ce que vous dites en tant qu'anthropologue ; c'est-à-dire qu'il faut essayer de voir quelles sont les valeurs, dans quel système cela s'intègre en terme de vision du monde, de vision cosmologique etc. On peut marier tout cela. Mais aussi, en termes de vision de la santé et quelque soit l'origine culturelle des gens. Vous avez raison de soutenir cela par rapport à la charte de l'accueil de l'utilisateur et du patient. Normalement, il doit y avoir un dialogue entre la façon dont la personne voit sa maladie, sa santé, et la façon dont le professionnel et le biomédical voient la maladie et voient la santé. Qu'on pour puisse avoir ce dialogue.

Donc, la création de ces médiateurs était pour d'instituer ce dialogue non pas dans une vision de traduction unidirectionnelle ou bidirectionnelle mais dans l'intégration d'explications des enjeux, des conceptions etc., et pas simplement sur la traduction d'une ordonnance ou la traduction de symptômes.

Mme Montserrat FITO, Anthropologue du corps et de la santé

Dans les faits, nous en sommes très loin.

M. Emmanuel RICARD, Délégué général de la SFSP

C'est pour cela que j'ai distingué ce que l'on voulait faire, ce que l'on a réalisé et ce que cela devient. La difficulté sur ce type de projet tient à ces trois étapes. Ce projet est né dans les années 2000 ; il s'est arrêté sur les financements qu'a eus l'IMEA dans les années 2005. Il y a eu un autre porteur de projet, et une évaluation entre les deux. Elle était positive. Mais elle a retardé le projet puisque cette évaluation a pris un an et demi, de 2005 à 2006 voire 2007 ; cela pour un premier élément.

Le deuxième élément que je voudrais rajouter par rapport à « culture et santé publique », c'est qu'il nous semblait que l'on ne pouvait réduire la question de la santé à des aspects individuels. C'est-à-dire que le médiateur de la santé publique ne doit pas voir les choses qu'à l'échelle de la relation entre un individu et un professionnel de santé. Quand on a une somme de cas, cela commence à faire un problème collectif. On peut le rapprocher d'un problème communautaire. Il peut être intéressant de dialoguer avec les professionnels sur des cas multiples. Comment on essaie de le résoudre en termes d'organisation du soin ? Si ce n'est pas au niveau du professionnel que cela peut se faire, essayer de retraduire cela dans les programmes. Une partie des discussions, et je vais

essayer de ré-élargir les débats, c'est de voir à partir du découpage que l'on a en Guyane, comment on peut avoir des interlocuteurs qui représentent, qui ont une vision de ce qui se passe dans certains endroits. Malheureusement, soit on n'a pas d'interlocuteur professionnel, soit on n'a pas d'interlocuteur représentatif (élu ou autre). Le problème est qu'on a besoin d'un feedback, et d'un aller-retour d'informations pour que les sourds et les muets, ceux dont on n'entend pas parler, et ceux qui ne sont jamais représentés, aient une voix. Et pour que le système de santé, dans toute sa diversité (que ce soit administratif, opérateur, associatif ou professionnel de santé) puisse aussi avoir une voix en terme de « à qui peut-on parler », et comment on peut faire avancer le « schmilblick » ?

On avait un peu cette utopie. Après, c'est difficile, puisque vous le voyez bien, l'une des grandes difficultés est aussi le multiculturalisme qu'il peut y avoir en Guyane. Cela voudrait dire que l'on met un interlocuteur sur chacune des cultures, dans toutes les structures. Vous voyez que cela va poser de sacrés problèmes de moyens au système ici. Mais, dans l'absolu, on voulait déjà poser la question d'un modèle, et montrer qu'il y a des personnes avec qui cela marche. Il y a des endroits où cela marche. Et, après, réfléchir cela dans une dimension où, aujourd'hui, on a aussi ce problème de : « comment par rapport à certaines communautés où l'on n'a pas forcément le capital social, le capital en termes de diplôme etc. avoir des interlocuteurs avec qui on va pouvoir rapidement rentrer dans l'opérationnel. Et ne pas attendre X années que les gens soient diplômés et puissent rentrer sur des formations qualifiantes reconnues par les autorités, qui permettent de les mettre en place. Et puis, l'ascenseur social, aujourd'hui, est, quand même, un petit peu en panne.

On peut le qualifier de rustine et voir ce processus de création de médiateur comme une dégradation de la qualité du système de soins. Notre option, c'était de dire : oui, mais aujourd'hui, il y a des inégalités de santé, comment fait-on pour les résoudre ? Et ces populations qui sont laissées en vacance, comment fait-on pour essayer de remettre du lien et les réinvestir dans un processus et que les autorités publiques puissent faire des choses ? Parce que c'est là où il y a un capital en terme d'inégalité de santé qui est à résoudre et c'est là qu'il y a du potentiel et du développement à faire. C'est ce qu'on a essayé de faire.

Cela pose des problèmes en terme de pratiques, cela nécessite de bien identifier les personnes. On peut avoir des « loupés ». Mais il y a aussi des réussites, des vraies réussites. Cela pose la question des moyens que l'on met et de la continuité des politiques publiques. Pour rappel, ces médiateurs étaient pas mal sur des postes d'adultes relais qui ont été remis en cause politiquement, un moment. Cela veut dire faire des montages. Puisque 60% du salaire était financé par l'aide aux postes d'adultes relais, il fallait trouver le complément ; donc cela veut dire qu'il fallait trouver des projets et faire les montages, s'assurer de la crédibilité, pousser les organisations à dire que c'est un pari qu'il faut prendre, monter une formation qui tienne le coup avec la multiplicité des aspects que vous allez couvrir à la fois en terme sociologique, en terme d'approche interculturelle, et en terme de compétences sanitaires. Donc, ce n'est pas un petit travail ; et ils nous demandaient de faire en quarante deux jours, des choses sur lesquelles des gens ont des formations de plusieurs années.

Donc on peut critiquer ce qui est fait, et on peut critiquer les médiateurs. Moi, je vous demande de regarder cela à l'aune de ce que l'on discute en ce moment, du temps, et des moyens qui ont été mis mais aussi comme une possibilité d'essayer de résoudre un problème d'inégalités de santé qui va être important, un problème de couverture territoriale.

Pour répondre à Madame du Conseil Général, il faut prendre en compte cette dimension qu'elle a soulignée sur l'articulation des soins traditionnels et des soins plus classiques, biomédicaux, sachant bien que l'OMS a bien analysé cela dans d'autres pays. Il y a aussi les enjeux de reconnaissance, les enjeux politiques dans l'affaire. C'est sûr que les tradipraticiens demandent à être reconnus, et, à la limite, ils demanderaient à être remboursés par la Sécurité sociale. Sauf que de l'autre côté, s'il y a des tradipraticiens qui ont des consultants, c'est à la fois parce que cela s'inscrit dans une dimension

culturelle mais aussi, souvent, parce qu'ils sont plus accessibles que le système biomédical, qui n'est pas toujours dans une capacité à répondre et à couvrir la totalité du territoire. Donc, il y a ces deux choses à mailler et il ne faut pas seulement le voir dans une compétition culturelle, il faut le voir aussi dans une compétition pratique de couverture du territoire.

Mme Geneviève SIMART, Administratrice d'Entraides

Juste pour rappeler quequese. Les médiateurs ont été installés en Guyane bien avant l'installation de la médiation de santé publique parce qu'avant celle-ci, il a existé, depuis fort longtemps, quelque chose qui s'appelle la médiation culturelle. Là, on dévie un peu mais je suis tout à fait d'accord avec Madame qui répondait à quel choix de médiateur culturel on fait. J'avais toujours pensé qu'un médiateur culturel était essentiellement issu de la communauté des personnes à laquelle on voulait s'adresser ou en tout cas que c'était certainement plus facile. On revient finalement à la place des usagers de la santé. Un médiateur culturel est, quand même, un usager de la santé qui représente sa communauté pour qu'effectivement, le pouvoir médical (ou autre) et le pouvoir de l'utilisateur essaient de se rencontrer sur un terrain, qu'ils puissent avancer et ne pas être en opposition.

Mme Karine MICHOTTE, Responsable du service prévention à la CGSS

Nous, nous sommes amenés à financer des actions qui sont menées par des associations et, bien sûr, nous n'avons aucun doute sur l'efficacité sur le terrain des associations. Seulement, en tant que financeur, nous sommes obligés d'avoir une visibilité claire de ce qui est fait et des résultats obtenus ; c'est pour cela que depuis quelques mois, en particulier, nous essayons d'accompagner au mieux les associations que nous finançons du point de vue de la méthodologie. Définir exactement quelles sont les actions que l'on va financer, comment elles seront évaluées, etc.

Nous pilotons aussi à la Sécurité sociale, nous sommes promoteurs de certaines actions et la difficulté s'explique aussi du fait que les professionnels de santé sont insuffisants en Guyane, et souvent mal répartis. Ils sont souvent sur l'île de Cayenne. Par exemple, nous avons travaillé en collaboration avec le Rectorat, il y a quelques mois, sur une campagne de prévention bucco-dentaire ; nous avons voulu cibler toutes les écoles du littoral. Mais, malheureusement, faute de dentistes (en nombre insuffisant), notamment dans l'ouest guyanais, cela n'a pas été possible. Nous l'avons quand même fait il y a deux ans. C'était très difficile. Quelques fois, nous, la CGSS, et c'est vrai aussi pour d'autres institutions, aimerions bien faire autrement mais nous sommes obligées de faire avec les moyens du bord.

M. Thierry LE GUEN, Praticien hospitalier, Urgentiste au Centre Hospitalier- Samu 973

Je voulais simplement illustrer l'intérêt, effectivement, de la médiation dans les deux sens ; dans le sens du praticien, qui ne connaît pas la médecine naturelle, et puis dans le sens de ceux qui font la médecine naturelle, qui ne connaissent pas trop le côté médecine « savante ». J'aimerais partager avec vous une anecdote.

Un jeune enfant, à Camopi, présentait un abcès dentaire. Il est allé voir le chaman qui lui a mis un venin de serpent Grage sur l'abcès pour le faire diminuer ainsi que des scarifications. Cet enfant a présenté une hémorragie cataclysmique qui a nécessité une évacuation en hélicoptère et une semaine de réanimation à l'hôpital de Cayenne.

C'est vous dire que rien n'est simple, en fait. Je suis en Guyane depuis vingt cinq ans. J'ai discuté avec des chamans amérindiens. J'ai une approche très positive par rapport à ce qu'ils font sur beaucoup de maux de société. Nous, dans notre médecine « savante », nous utiliserions des médicaments placebo. Il y a un besoin de cette médecine coutumière, pour des problèmes qui peuvent être soignés par autre chose que des drogues, qui sont parfois plus nocives que ces traitements traditionnels. Mais à côté de cela, la médiation doit jouer dans le sens de « faire en sorte de ne pas faire non plus n'importe quoi » et c'est une explication qui doit être à la fois sur les gens qui font de la médecine traditionnelle et ceux qui font de la médecine « savante ». Voilà l'anecdote que je voulais raconter.

Mme Montserrat FITO, Anthropologue du corps et de la santé

Pour répondre au Dr Le Guen. Quand on soulève le débat entre les médecines coutumières et la médecine dite « savante », il ne s'agit pas de faire un plaidoyer aveugle pour les médecines coutumières. Il s'agit de questionner avec une vision critique, et l'un et l'autre.

[Il est demandé s'il y a un médiateur culturel présent dans l'assemblée pour avoir son point de vue].

M. José GOMEZ, Médiateur de santé publique à la DAAC

Je suis salarié à l'association DAAC Guyane comme médiateur de santé publique, j'ai commencé comme médiateur culturel, médiateur social, ou médiateur de quartier. Aujourd'hui, je vois les débats sur les médiateurs. Les médiateurs mis en place dans un quartier pour faire de la médiation étaient des gens qui n'étaient pas formés. Ils donnaient des informations en faisant de la traduction. Je pense qu'en Guyane, il faut former les médiateurs dans les communes. Il faut les former à tout moment et pas seulement au moment où il y a épidémie. Parce que les médiateurs ont plusieurs actions, en faisant de la médiation au niveau de la culture. On ne se fait pas respecter dans l'éducation, dans les démarches administratives, dans le social. Je pense que le médiateur culturel, social ou en santé publique doit se faire respecter et se faire écouter dans tous les secteurs.

M. Jean-Noël ROBILLARD, Coordonateur de MDM

Pour rebondir sur ce que vient de dire José. Il y a eu presque une quarantaine de médiateurs en santé publique qui ont été formés en Guyane par l'IMEA pendant cinq ans et le diplôme n'a pas été reconnu. Ils se retrouvent confrontés à la reconnaissance de leur rôle, et de leur fonction, non pas comme simple traducteur. Cela reste un vrai problème pour eux et pour les usagers qu'ils soutiennent. Il y a un investissement particulier à faire ici, en Guyane, au vu de la diversité culturelle du département.

Il y aurait mille questions par rapport à cette réforme. Je voudrais surtout aborder trois points : parler de la formation dont a parlé A. Mathieu, qui est essentiel, de la question des financements et des moyens et, enfin, la question de la démographie médicale.

Depuis trois ans en Guyane, j'ai vu qu'il y a eu beaucoup de changement. Il y a une dynamique renouvelée, et des progrès, grâce à de nombreux acteurs, notamment au niveau de la formation que je ne citerai pas tous. Mais il y a toujours un mais, notamment au niveau de la formation.

Il y aura bientôt une formation sur la prévention, et communication en santé en milieu tropical, dont le Dr Nacher est le porteur. Il y aurait un grand intérêt par rapport au contexte à penser à une

formation DU de santé, et précarité. C'est un des chevaux de bataille de Médecins du monde. Je prêche pour ma paroisse. Il y a eu, également, un rapport qui le soulignait et cela m'a interpellé de manière très importante sur la situation des systèmes de santé dans les DOM-TOM. Je n'ai plus la référence du groupe qui a travaillé. J'ai trouvé très intéressant, particulièrement en Guyane, la préparation au départ pour les infirmiers qui partent sur le fleuve dans les postes de santé. Bien au-delà, ils participeront à une réorganisation et à une amélioration de l'efficacité du système sur ce département qui a ses spécificités. La question de la formation reste entière mais ne s'arrête pas à des formations ponctuelles comme on a souvent affaire ici. Il y a également la question du suivi, de l'accompagnement et de la capitalisation qui font défaut, et pas seulement en Guyane.

Par rapport au financement, cela rentre en résonance. Le travail de coordination mérite des moyens spécifiques, des moyens dédiés. Pourquoi ? Parce que beaucoup d'acteurs, notamment associatifs, ici, sont confrontés à un afflux de sollicitations, de demandes. On est un département pauvre.

Il y a des moyens dédiés qui doivent être alloués à la coordination parce que même s'il y a tous ces objectifs qui sont fixés dans cette nouvelle loi, il faut quand même des moyens. Oui pour l'efficacité, mais on ne pourra pas faire plus avec moins, même s'il y a des économies qui peuvent être faites à de nombreux niveaux. Je n'irai pas plus loin.

Par rapport à l'ARS, il reste qu'au-delà des incertitudes que cela provoque, chez nous aussi les acteurs de terrain, (l'incertitude n'est pas toujours un facteur de stabilité, de progrès, etc.), il y a aussi toutes ces ambiguïtés, toutes ces contradictions qui sont propres au système de santé français et qui pourraient aller au-delà, puisque c'est une réforme inégalée qui va profondément transformer le paysage du système de santé français. C'est aussi la logique de compétition dans lequel on est par rapport aux demandes de financement. Comment peut-on associer logique de compétition et partenariat ? Ce n'est pas toujours facile à gérer et, par ailleurs, quand on est sous son propre programme qu'on a soumis à des financeurs, le temps que l'on peut allouer au partenariat et à la coordination est assez chronophage ; cela nécessite des ressources. Je ne vais pas aller beaucoup plus loin.

La promotion de la santé est quelque chose d'énorme. C'est colossal. C'est quelque chose qui entre dans la dimension du développement, du développement au sens large. Là aussi, la Guyane fait office de parent pauvre que ce soit par rapport aux écoles, aux infrastructures, à la formation professionnelle... C'est aussi de l'avenir de la Guyane dont on parle. Cette réforme, avec la prochaine mise en place des ARS, est une grande opportunité pour nous tous ici de réfléchir.

Mme Claire GRENIER, Médecin coordinateur des centres de santé au CHAR (dont on parle beaucoup)

J'ai entendu M. Damie, et avec grand bonheur, qu'en plus de la coordination sur le terrain entre les PMI et tous les acteurs, il allait y avoir une coordination dans les têtes. C'est formidable. C'est vraiment la bonne nouvelle du jour et j'espère qu'elle va être effective. Jean-Noël [Robillard] parlait de la nécessité de former les intervenants sur site (infirmiers, et également médecins). Oui, bien sûr, mais il faut que les infirmiers ne changent pas tous les trois mois parce que je ne vois pas comment on peut former quelqu'un tous les trois mois, de façon à être efficace, efficient, comprendre les cultures sachant qu'il faut de longs mois et de longues années pour appréhender un tout petit peu les endroits où on va habiter. L'idéal, cela serait qu'il y ait des formations, que les personnes issues des communautés puissent devenir infirmiers, médecins etc. Cela serait formidable. Mais on en est très loin parce qu'on en a aucun. Dans les centres de santé, on a des agents de santé, issus des communautés, qui ont bien du mal à obtenir les formations qu'ils demandent pour simplement avoir des compétences supérieures. Ce serait, peut-être, une piste à creuser et, probablement, il faudrait une volonté très forte de tout le monde, qui est là. Il faudrait arriver à repenser l'organisation de

l'offre de soins dans ces communes isolées de façon à ce qu'on puisse réellement aborder toute la question de la prévention à laquelle nous sommes très attachés. Mais, pour l'instant, ce sont des mots parce qu'il n'y a aucun moyen donné dans cette matière là. Puisqu'on est dans la dynamique de mise en place, j'espère que l'on va donner un peu de moyens, de personnel, et de stabilité et peut-être repenser l'organisation de ces centres et postes de santé de façon à ce que les personnes aient les moyens de travailler. Parce qu'il y a une volonté réelle.

M. Philippe DAMIE, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

J'interprète l'intervention de Madame GRENIER comme une contribution à une réflexion sur ce qu'il faudra construire ensemble à l'avenir. Je suis dans cette dimension là, de travailler sur l'évolution du système de santé, notamment sur les centres délocalisés de soins. Comment peut-on donner des objectifs de santé couvrant ces deux champs aux CDPS de façon à ce qu'on puisse avoir une politique globale de santé publique sur les territoires isolés, en lien avec les opérateurs qui existent autour des centres de santé et assurer, donc, une plus grande coordination.

M. Marcel KOUSSIKANA, Chef de service des affaires sanitaires et sociales au CR

On a beaucoup parlé de formation. Le Conseil Régional a la compétence concernant les formations sanitaires et sociales et nous sommes en plein dans ce débat. Je me dois d'intervenir. Il y a effectivement un manque au niveau de ces formations dans notre département. Vous n'êtes pas sans savoir que le Conseil Régional a bénéficié de ces transferts de compétences. Au moment où ces transferts se sont produits, il y avait trois formations initiales en ce qui concerne les formations sanitaires, et paramédicales : la formation d'infirmier d'Etat, la formation d'aide-soignant, et la formation d'auxiliaire de puériculture. C'est tout. D'un autre côté, il y avait les formations sociales.

Il y a un flou artistique : autant c'est clair pour les formations sociales, la loi a transféré les formations initiales ; en ce qui concerne les formations sanitaires, on ne sait pas réellement ce que la loi nous a transféré. Est-ce des formations initiales ? Est-ce des formations continues ? Nous faisons donc avec. Cela étant, la Région a considéré que l'on ne pouvait pas en rester là avec ces trois formations et a élaboré un schéma régional des formations sanitaires et sociales. Il y a eu dernièrement un forum qui s'est tenu dernièrement avec la participation d'associations, d'employeurs et d'institutionnels. Je ne peux pas en dire plus car les élus doivent encore valider ce qui a été fait. Mais je peux dire que le travail réalisé concourt vers une augmentation de certaines formations. On ne peut pas en rester à trois formations car la demande est forte. Il y a aussi les conditions de travail des étudiants et des formateurs. Je ne sais pas si tout le monde sait où est l'IPSI, dans quelles conditions travaillent les formateurs et les étudiants. La région a installé des bungalows, cela n'est pas l'idéal, mais nous sommes en train de nous battre pour récupérer les locaux qui vont être laissés par l'université. La région réhabilitera une partie de ces locaux et demandera une augmentation des quotas. La Région a participé activement à ce qu'il y ait un pôle universitaire guyanais et des études de médecine, en complément de cette démographie médicale que nous déplorons tous. Dans le cadre d'une convention signée avec la MRS, nous travaillons à l'installation durable d'étudiants, et de stagiaires en Guyane et ne repartent pas. La région fait ce qu'elle peut pour apporter sa contribution.

Mme Catherine GOUCHI, Troisième adjointe au maire de Maripasoula

L'éloignement de Maripasoula pose énormément de problèmes. Les travailleurs sociaux sont peu nombreux ; C'est la misère. Il n'y a pas de médecine libérale. On a tenté de faire une mise en réseau d'acteurs. Cela concerne plutôt l'éducation. Par exemple, quand on a besoin d'un ophtalmo, on est

obligé de faire venir l'équivalent du Lion's Club, de payer des billets d'avions à des gens qui vont venir nous faire peut-être des interventions bénévoles mais que l'on doit loger.

Maripasoula, ce n'est pas seulement le bourg ; c'est aussi sept villages, ce qui ne simplifie pas les choses. C'est extrêmement difficile d'être élu dans ces conditions.

L'intervention a été interrompue sur la bande audio, nous nous en excusons.

Mme Karine MICHOTTE, Membre de la Mission Régionale de Santé

J'interviens en tant que membre de la Mission régionale de santé, qui est une structure se situant entre la CGSS et l'ARH, et dont le directeur actuel est M. Damie. On a beaucoup parlé des problèmes de démographie médicale ; il y a le même problème pour les libéraux. En fait, depuis 2006, nous avons élaboré un rapport qui proposait des pistes d'amélioration en termes de démographie des professionnels de santé. Il y a eu deux arrêtés : un en 2005 avec un avenant en 2007, qui considère que la Guyane est une zone déficitaire en médecins libéraux et un arrêté en 2009, qui considère aussi que toutes les communes sont déficitaires en infirmiers (quinze communes sur vingt deux). Les conséquences : dans les communes déficitaires, il y a des aides incitatives qui sont financées par l'Assurance maladie entre autre. Actuellement, nous travaillons avec les collectivités territoriales (la Région et le Département, dont j'ai vu les représentants. L'objectif de la réflexion qui est actuellement menée est d'essayer de faire en sorte que les internes qui travaillent en Guyane puissent rester pendant une période d'au moins de cinq ans. Cela ne va pas répondre à tous les problèmes mais cela permettrait de répondre en partie aux problématiques que l'on rencontre sur le littoral, et surtout dans les communes isolées.

M. Jean-Noël ROBILLARD, Coordonateur de MDM

J'avais oublié par digression et voudrais revenir sur les paroles de Claire Grenier. Effectivement, il a un *turn over* important. Il y a des contraintes à la démographie médicale qui sont connues depuis un certain temps d'un certain nombre d'acteurs et qui nécessiteraient, dans l'intérêt des usagers, d'être levées. Le refus de soins m'a également interpellé. Il est particulièrement aigu en Guyane. Une enquête qu'on avait faite sur l'île de Cayenne auprès de 88% des généralistes, 79% des généralistes et des 95% dentistes. Elle montre des chiffres qui vont bien au-delà de ceux sortis au 1^{er} juillet 2009. Il y a un travail à faire avec les professionnels (que ce soit les libéraux ou la CGSS), parce qu'il y a des achoppements qui, logiquement, n'auraient pas lieu d'être.

M. Philippe BONNET, Pédiatre au CHAR

On a vécu pendant trente ans avec une séparation très forte entre le curatif et le préventif, notamment dans la médecine hospitalière ; dans notre activité, l'action de prévention nous était quasiment interdite parce qu'elle était considérée comme ne faisant pas partie de l'activité de médecine hospitalière et de médecine générale aussi. On sort enfin de cette séparation qui était néfaste et qui ne permettait pas du tout de se projeter en amont de tout ce que l'on a à prendre en charge au moment de la maladie déclarée. De fait, il faut réunir les acteurs, et les faire travailler ensemble. Le fait que le social va sortir du champ de l'ARS n'est-il pas quelque chose d'un peu gênant. En l'occurrence, dans ces actions de prévention et de santé, il y a nécessité d'une articulation entre le médical et le social.

M. Philippe Damie, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

Le gouvernement a décidé de faire des ARS, et pas des agences de la santé et du social. Ce qui peut être regrettable. Je suis un ancien Directeur régional des affaires sanitaires et sociales (DRASS), profondément attaché au lien entre la santé et le social. Les réalités institutionnelles en ont fait des Agences Régionales de Santé. Pour autant, pour qu'on ne soit pas dans un état d'esprit, en tant qu'ARS, à éliminer le secteur social des problématiques de santé publique. On sait que les déterminants sociaux sont importants dans l'apparition de certaines pathologies, d'où l'importance de prendre en compte les aspects liés à la mise en œuvre d'une politique sociale. On va créer, parallèlement aux ARS, des Directions de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports. La partie pôle social des DSDS va rejoindre une nouvelle direction qui s'appellera la Direction de la Cohésion Sociale et de la Jeunesse et des Sports. Il nous appartiendra en tant qu'ARS de créer des liens avec cette nouvelle direction et c'est par ces liens qu'on pourra prendre en compte les articulations nécessaires entre le social et la santé publique.

Concernant la question sur le médico-social, il sera dans l'ARS. Tout ce qui est « personnes âgées, personnes handicapées, etc. » et qui relève de la compétence de l'Etat, sera dans l'ARS. On travaillera en lien avec le Conseil Général sur la partie qui le concerne, c'est-à-dire toute la partie « hébergement et dépendance », pour ce qui est des personnes âgées par exemple.

M. Philippe BONNET, Pédiatre au CHAR

Pour les actions concernant « l'hôpital hors les murs », c'est-à-dire faire sortir les médecins hospitaliers de leur institution et aller travailler avec d'autres acteurs, beaucoup y sont favorables mais cela n'est pas si évident que cela. C'est un problème de savoir dans quelle case on met cela au niveau de l'activité hospitalière. L'hôpital fonctionne avec un système de tarification liée à l'activité. Il observe de très près tout ce qu'il dépense et, à partir de là, il faut quelque part aussi que ces actions menées à l'extérieur et les actions de prévention au sein de l'hôpital puissent avoir une cotation. Ce qui n'est pas toujours facile.

M. Philippe Damie, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

L'intervention comporte à la fois la question et un peu la réponse puisqu'il y a toute la partie de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qui est censée intégrer ces dimensions.

Mme Chantal FAURE, Coordinatrice du PRE de Saint-Georges de l'Oyapock

Dans le cadre du PRE, nous mettons en place une action sanitaire et sociale, un atelier de théâtre de marionnettes pour lutter contre les grossesses précoces ou non désirées, en relation avec la sage-femme parce qu'il faut un partenaire médical. Là, il s'agit de la sage-femme du dispensaire. Nous n'avons pas de sage-femme à la PMI, qui devrait être chargée de la prévention ; c'est donc elle qui s'en charge dans le cadre du partenariat avec le PRE. Mais cela ne fait pas partie de ses attributions. Elle intervient, donc, de façon bénévole, en dehors de ses heures de travail, dans le cadre des ateliers et dans le cadre scolaire.

M. Philippe Damie, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

Je souhaite vous informer de l'arbitrage favorable de mon administration centrale sur l'intégration des centres délocalisés de prévention et de soins dans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Cela explique, de ce fait, que l'intervention des professionnels dans ces centres de santé n'obéira pas à la logique de tarification de l'activité, mais à une logique de mission de service

public. Bien sûr, si le centre de santé en a les moyens, il pourra engager du temps pour faire ce type d'activité car je souhaite, avec ces missions d'intérêt général et ces missions d'aide à la contractualisation, contractualiser avec le CHC dans un cadre qui implique à la fois des objectifs de santé publique en terme de prévention mais aussi en terme de soins.

Mme Daphné BOREL, Directrice du SAMU Social de Cayenne

Je ne connais pas très bien le champ de la promotion de la santé. Je connais bien le champ du social. Ma question sur l'ARS est la suivante. Quelle est la plus value de l'ARS pour l'utilisateur et pour la santé ? Ce n'est pas pour faire de la provocation inutile mais j'ai écouté les remarques qui ont été faites aujourd'hui. Les constats qui ont été faits lors des débats d'aujourd'hui ont déjà été faits. Je pense aux inégalités de santé. On a parlé des problématiques liées à l'accès à la médecine de ville pour les personnes qui ont une CMU ou une AME. On a déjà fait remonter cela. Des propositions concrètes ont été déjà faites. On a fait des courriers qui n'ont pas abouti. En fait, si j'ai bien compris, l'ARS va regrouper les différents acteurs. Certes, on pourra mieux se coordonner et, en même temps, il y a peut-être un risque de créer une culture commune où les usagers, notamment les plus défavorisés, seront peut être perdus.

M. Philippe Damie, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

J'ai l'impression que cette question, on l'a eue au moment où on a créé les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP). On s'était dit : on crée un Groupement régional de santé publique, une sorte de guichet unique qui est destiné à favoriser la coordination des acteurs et la coordination des financements. Et je revis l'histoire. C'est le même type d'intervention qui est remonté au moment de la création de ces Groupements régionaux de santé publique.

Faut-il avoir peur de l'ARS ? Je n'en sais rien. En tous cas, je ne suis pas dans un état d'esprit où j'ai envie de faire peur aux gens ; j'ai envie de faire progresser les questions de santé publique en Guyane. Je pense que le territoire le mérite bien. Il y a nécessité de marier la prévention et les soins et de résoudre le « mille feuille administratif ». L'ARS va regrouper l'ARH et la DSDS (une grosse partie des services), la Mission régionale de santé, le Groupement régional de santé publique et une partie des services de la CGSS. C'est pour avoir une organisation, je pense, efficiente au service des usagers ou on alors crée des institutions pour créer des bunkers ; ce qui n'est absolument pas l'idée du Ministère de la santé. L'idée est de rendre efficiente la santé au niveau d'un territoire. On va juger aux actes. L'ARS va se créer, très prochainement, progressivement. La date butoir pour la création de l'ARS est fixée au 1^{er} juillet 2010. L'idée est que l'on construise ensemble. L'ARS ne va pas être isolée à faire un projet régional stratégique de santé sans liens avec le terrain. L'ARS ne va pas être le nouveau dictateur de la santé dans les régions. Il faudra s'appuyer sur le terrain, sur les compétences de chacun, sur de la coordination. Je n'ai pas de réponses à votre inquiétude, mais je sais que votre inquiétude, on l'a eue au moment du GRSP. Votre question ne me surprend pas. L'essentiel est d'avancer dans un état d'esprit où on puisse mettre en place la démocratie sanitaire, la participation des usagers, la coordination parce que cela ressort des travaux des différents groupes de travail, qui se sont tenus sous l'égide de GPS. C'est tout un matériau qu'il faudra utiliser dans la future ARS.

Mme Gladys LEOTE, Coordinatrice de l'ASV de Rémire-Montjoly

Je suis ravie que le dispositif ASV soit maintenu. J'aimerais avoir deux petites précisions : savoir s'il existe déjà des éléments de réponse quant à la mise en œuvre du partenariat entre ARS et ASV et avoir des précisions quant aux Contrats Locaux de Santé Publique.

Mme Annick FAYARD, Directrice du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique à l'INPES

Je ne peux pas répondre sur ce qui se passera entre l'ARS et les ASV. Un effet miroir sur ce qui se passe : la réflexion à l'INPES et les partenariats nationaux qui sont en train de se créer. Il y a eu un gros travail de réflexion sur la nécessité de travailler en intersectorialité pour avoir une prévention et une promotion de la santé efficaces, et de mailler l'ensemble des acteurs pour avoir un effet sur les milieux de vie. Il faut avoir des partenariats intersectoriels.

Pour l'INPES et les ASV, on a essayé de travailler sur des enjeux communs, notamment dans le cadre du colloque qui s'est déroulé à Bordeaux¹ en 2008, qui a rassemblé l'ensemble des ASV et des partenaires sur la question « ASV et inégalités sociales de santé ». Comment avoir une approche territorialisée de promotion de la santé des populations pour réduire ces inégalités sociales de santé ? A l'Institut, on a une réflexion dans le domaine. L'INPES participe à un programme européen qui s'appelle « DETERMINE »². On a rassemblé des données sur cette question. On s'est rapproché de partenaires comme l'ACSE. Vous parliez tout à l'heure de la Direction de la cohésion sociale, on a vu qu'il était indispensable d'avoir des maillages et des partenariats forts pour travailler toutes les dimensions. On travaille aussi avec le Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes (SGCIV).

Il y a nécessité d'avoir une réflexion globale sur les questions de formation, notamment avec les partenaires des collectivités territoriales, notamment le Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT). L'idée est de développer sur ces questions des travaux communs. Il y a notamment des projets et des réflexions sur la formation des coordinateurs des ASV, la formation des chefs de projets, des chargés de mission du volet santé des CUCS. La DGS a aussi travaillé sur ces questions là. Et l'appui au pilotage des actions des ASV sur le volet santé des CUCS.

On est dans une articulation tout à fait intéressante dans une perspective d'une action en promotion de santé. Ici, sur le territoire, il y a des ASV qui sont extrêmement actifs. Mme Fauré nous a dit qu'un PRE produisait des éléments d'activités avec les populations qu'on peut intégrer et associer.

Ont été évoqués ce matin dans les travaux conduits sur les différents sites la nécessité de faire des diagnostics locaux pour identifier les ressources existantes et travailler ensuite à la mise en lien de ces ressources, avec des échanges et des partages. Un des premiers éléments qu'on demande aux coordinateurs des ASV de faire est la conduite d'un diagnostic, avec l'idée d'élaborer des plans locaux de santé publique. Je relève aussi que la mission des coordinateurs est l'ingénierie de projet et l'accompagnement des dynamiques territoriales. Il y a beaucoup de similitudes avec les fonctions d'autres organismes, comme par exemple GPS, dans un niveau plus départemental ou régional. D'autres acteurs ont cette fonction. Il est important de faire cette mise en lien des acteurs ayant des fonctions d'ingénierie de projets.

¹ Séminaire de la DIV à Bordeaux en octobre 2008, auquel 3 coordinatrices d'ASV et 2 élues en Guyane ont participé. Ces journées d'échanges et de réflexions sur les Ateliers santé ville (ASV) : "Politiques de la ville et de santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales - Santé et contrats urbains de cohésion sociale". Ont été organisées par la DIV en partenariat avec la DGS, l'INPES et la SFSP. 115 villes étaient représentées pour échanger sur les travaux menés localement, avec des associations, des GIP politique de la ville, des CCAS ou encore avec les DRASS et les DDASS.

² Projet européen de trois ans (fin 2007–2009, dans le quel l'INPES est partie prenante et qui traite des déterminants socio-économiques de la santé. Son objectif : faire des inégalités sociales de santé une approche incontournable dans tous les secteurs politiques, grâce à la création d'un consortium composé de gouvernements et de différents organismes de santé publique de 26 pays européens. <http://www.health-inequalities.eu/>

M. Emmanuel Ricard, Délégué général de la SFSP

L'intérêt des ASV est qu'ils ont réussi à faire la preuve par leur travail ; ils ont sensibilisé un certain nombre d'élus au fait que les problèmes de santé sur un territoire ne peuvent pas se réduire au nombre d'hôpitaux, de dispensaires, de médecins généralistes ou d'infirmières qu'on a sur le territoire. Partir d'un diagnostic, voir les ressources, coordonner l'action. Les ASV ont permis de changer la méthode et le regard sur les problématiques de santé et de ne pas en faire simplement une question d'accès aux soins ou de médecine libérale. On voit des élus qui n'y croyaient pas et qui sont demandeurs.

Mme Annick FAYARD, Directrice du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique à l'INPES

Il est indispensable de mobiliser les élus sur ces questions là. Quand on voit les problématiques (restauration scolaire, etc.), le rôle des élus est essentiel pour construire des politiques. Il y a la politique de la ville de l'Etat mais aussi la politique des villes qui doivent se rencontrer et avoir des lieux de concertation et d'échanges.

On a passé deux accords avec :

- Le « Réseau français des villes-santé de l'OMS³ : actions dans une perspective globale, sur tous les volets, avec des travaux importants sur l'évaluation ;
- L'Association « Elus, santé publique et territoires »⁴ : ce n'est pas la ville qui s'engage mais ce sont les élus qui adhèrent au réseau. Leur rôle, au-delà des services spécifiques de santé qu'ils offrent, a un impact sur la santé. Sans eux, on est juste pour agir.

M. Marcel KOUSSIKANA, Chef de service des affaires sanitaires et sociales au CR

Je voudrais revenir à la réponse de M. Damie à la question de Mme Borel. A la lecture des rapports qui ont précédé la loi « Hôpital, Patients, Santé, et Territoires », il est ressorti la nécessité de se regrouper pour travailler ensemble et avoir une meilleure articulation et, peut-être, de meilleurs résultats. Seulement, quand on lit la loi et quand on voit ce qui se profile, en tout cas en qui concerne la collectivité régionale, on peut se poser des questions, à savoir si les élus régionaux auront toujours à jouer le rôle qu'ils ont joué, via la loi relative à la santé publique. Parce que les élus faisaient partie des structures mises en place pour le SROS, ce ne sera plus le cas, pour le moment du moins. Le président du Conseil Général va, lui, valider ce nouveau schéma. Par contre, on ne sait pas si les élus régionaux feront partie des travaux ; il y a des structures dans lesquelles ils étaient présents. On nous dit qu'ils seront peut-être là mais c'est un décret qui va déterminer leur éventuelle présence. Il y a de quoi se poser des questions. C'est bien de regrouper, si on continue à travailler ensemble. Tout le monde s'accorde pour dire que les élus auront un rôle à jouer. Mais si on sort des élus de certaines structures dans lesquelles elles se trouvaient, on se demande où est la plus-value.

M. Philippe Damie, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

Ce que la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a prévu, c'est une organisation de l'ARS en établissement public, avec un conseil de surveillance où seront représentés les élus des Conseils Général et Régional et, pour le médico-social, en plus, une commission de coordination où on

³ <http://www.villes-sante.com/>

⁴ <http://www.espt.asso.fr/>

retrouvera les élus du Conseil Général, qui conservent leurs compétences en matière de pilotage des schémas « handicap et personnes âgées ». L'ARS contribuera à ces schémas en apportant la vision « santé et soins » de chacun de ces schémas.

M. Emmanuel RICARD, Délégué général de la SFSP

Il y a eu pas mal de débats au Sénat et on sait l'attachement qu'a le Sénat à représenter les collectivités locales, qui les élisent les sénateurs. Cela a été largement débattu et on voit bien qu'il y a des enjeux fondamentaux. Je pointerai deux choses. Annick [Fayard] parlait des débats qui ont eu lieu à Bordeaux et des débats qu'il y avait eu sur les ASV et on voit bien que dans d'autres espaces, cela a été discuté.

Il y a un changement de posture qui va être demandé aux élus parce qu'il est quand même dit au niveau sanitaire que dans un certain nombre de représentations qu'ont les élus, ces derniers jouaient la politique de la chaise vide. Là, on voit bien que sur ces enjeux, il a pu y avoir la possibilité de jouer la chaise vide longtemps. L'exemple est le GRSP : il y a, à ma connaissance, une seule région où le Conseil Régional a mis des billes pour entrer dans le GRSP, c'est le Nord-Pas-de-Calais. Alors que la possibilité existait. Je ne sais pas si, ici, cela se passe. Je pense qu'il va se jouer des choses. La place des élus, il faut qu'ils s'en emparent dans le cas de la Région Guyane. Il y a un coup historique.

[C'est un appel à la mobilisation des élus]

Mme Catherine BOUCHY, Conseillère municipale, adjointe au maire de Maripasoula

On parle du Conseil régional et du Conseil général. Il y a des élus qui voudraient aller vers une seule collectivité, commune, donc la superposition et le rôle de chaque collectivité ne se posera pas dans les termes dans lesquels elle se pose aujourd'hui. Je pense que vous avez du aborder le problème. La représentation des élus, qui sont ni conseillers régionaux, ni conseillers généraux (je pense aux communes auxquelles on ne va pas toucher), sera peut être différente. Quand il va falloir qu'on désigne ceux qui vont nous représenter, si on aboutit à de nouvelles collectivités, forcément, les compétences vont changer.

M. François Rezki, Sociologue et universitaire à l'IESG/UAG

La réponse est difficile à apporter. J'imagine que vous faites référence au débat sur l'évolution statutaire de la Guyane : au passage de l'article 72.3 à l'article 74. On est au stade du projet. Le vote de la loi organique n'a pas encore été fait. On ne connaît pas le contenu des transferts de compétences ; vous posez une vraie question. Il faut attendre l'évolution naturelle de ce débat et le vote de la loi organique relative à l'article 74.

M. Marcel KOUSSIKANA, Chef de service des affaires sanitaires et sociales au CR

Les Régions n'ont pas adhéré à certaines structures ; la région Guyane souhaitait notamment adhérer à la COMEX⁵, la Commission exécutive de l'ARH, car il y avait la possibilité pour les élus d'y adhérer,

⁵ La commission exécutive (COMEX) de l'ARH de Guyane délibère sur les autorisations d'installations et activités de soins, les orientations budgétaires présidant à l'allocation des ressources des établissements de santé et les contrats d'objectifs et

soit à titre consultatif soit à titre décisionnaire. Seulement, on a demandé aux régions qui voulaient adhérer à titre décisionnaire de porter pratiquement la structure au niveau du financement. On ne peut pas demander aux élus de tout prendre à leur charge. Du coup, les élus régionaux, en ce qui concerne la Guyane, à leur corps défendant (si je peux me permettre) ont décidé d'y adhérer simplement à titre consultatif. Il y avait pourtant, au départ, la volonté d'y adhérer à titre décisionnaire.

François Rezki, Sociologue et universitaire à l'IESG/UAG

Je me permets d'aborder une question, celle de la coopération transfrontalière, qui a été débattue de façon aigüe à St Laurent et, à mon avis, la même problématique doit se poser à St Georges. Un des 6 axes du Plan santé Outre Mer de 2009 est de renforcer la coopération interrégionale et internationale.

Mme Catherine BOUCHY, Conseillère municipale, adjointe au maire de Maripasoula

Sur les sites d'orpillage clandestin, la population est estimée entre 2500 et 3000 personnes. Les dernières opérations de recensement qui ont été réalisées début mars 2009 nous amènent à 3700 personnes dont certainement plus de 2000 en situation complètement clandestine. Ce qui nous pose aussi des problèmes au niveau de la santé. Et une population qui est étrangère : brésilienne et surinamaïenne. Et on a aussi ce problème de coopération avec le Suriname.

M. Philippe Damie, Directeur de l'ARH et préfigurateur de l'ARS

Sur la coopération transfrontalière en matière de santé, on a deux sujets forts de coopération ; d'une part, la coopération Guyane-Suriname et, d'autre part, la coopération sur Saint-Georges entre la partie guyanaise et la partie brésilienne.

Au Suriname, avec le Ministère de la santé, on a engagé un travail sur la reconstruction du centre hospitalier d'Albina. Une fois que ce projet de reconstruction était acquis et financé par des fonds de l'AFD, l'idée était de travailler avec les autorités de santé surinamaises sur le projet médical de santé du centre hospitalier d'Albina. Il s'agit d'éviter de dupliquer ce qui se fait à Saint-Laurent du Maroni, voir quels sont les axes de complémentarité possibles entre St Laurent et Albina, et, au-delà, travailler sur des questions de prévention et de promotion de la santé, en s'appuyant sur l'existant, de part et d'autre des rives du Maroni, notamment les centres de santé le long du fleuve côté Guyane et les centres de santé gérés par des ONG du côté du Suriname. Il y a des choses qui existent déjà : il y a l'équipe mobile d'intervention en santé sur le fleuve, qui fait déjà des actions d'EPS, de part et d'autre du Maroni. L'idée est d'essayer de raisonner finalement sur ce territoire là en « territoire de santé », intégrant à la fois une dimension de soins mais également une dimension de prévention et de promotion de la santé.

de moyens conclus avec ces établissements; elle émet un avis, entre autres, sur la nature et l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population, sur le schéma régional d'organisation sanitaire ou encore l'approbation des délibérations des conseils d'administration des hôpitaux. Elle est composée d'un collègue "Etat" et d'un collègue "Assurance maladie", et de deux membres du conseil régional ayant voix consultative.

C'est la même démarche qui est conduite avec Brésil, en particulier avec St Georges. Au mois de juillet, je me suis rendu à Brasilia à l'initiative du Ministère de la Santé brésilien, qui souhaite vraiment s'investir sur l'épidémie de Sida à Oiapoque et travailler en lien avec la municipalité de St Georges et les acteurs locaux de St Georges, sur à la fois la gestion de l'épidémie en termes de prévention et de soins. On va franchir une étape importante en octobre puisqu'une réunion est prévue à Oiapoque avec le Ministère de la santé, le gouvernement central, avec les représentants de l'Etat de l'Amapa. C'est là aussi essayer de bâtir un projet territorial de santé intégrant le développement des moyens d'accès à la prévention mais aussi la possibilité d'améliorer les prises en charge au niveau de ce territoire.

Voilà les deux projets qu'on essaie de structurer aujourd'hui sur la coopération entre Guyane Suriname et Guyane-Brésil.

Mme Alexandra MATHIEU, Chargée de mission à GPS

J'en profite pour partager une information et je laisserai la parole aux acteurs transfrontaliers : il y a l'EMIPS du Réseau Matoutou et les acteurs de St Georges qui est représentée. GPS a soumis un projet à l'Union Européenne, via la Région qui gère une enveloppe de fonds européens pour essayer de développer cette coopération dans le domaine de la prévention et de l'EPS, qui pourrait être complémentaire avec les actions menées au niveau des institutions. L'idée est de reprendre les activités qu'on développe aujourd'hui. Je vous renvoie à notre plaquette dans laquelle les activités principales sont décrites : la formation des acteurs (organiser des formations communes qui pourraient bénéficier aux acteurs du Suriname, du Brésil et de la Guyane), organiser davantage d'ateliers d'échanges et de pratiques. Depuis mai 2008, à l'initiative du CCAS de St Laurent, un forum annuel des actions de prévention a été initié. Il a été reconduit en mai 2009. GPS a travaillé en partenariat avec l'ASV porté par le CCAS de St Laurent. Des représentants de l'ONG MZ au Suriname sont venus, permettant d'échanger sur des pratiques dans le domaine de la lutte anti-vectorielle. On espère pouvoir organiser des campagnes de prévention sur différents thématiques, dans des villes stratégiques frontalières : St Georges, Maripasoula, St Laurent etc. C'est un programme pour les 4 prochaines années. Il n'a pas encore été examiné. On espère recevoir une réponse positive pour travailler davantage sur ces villes transfrontières, qui sont extrêmement dynamiques et qui demandent beaucoup à se rapprocher de Cayenne mais avant tout des acteurs de l'autre côté du fleuve. Je laisse la parole à l'équipe de l'EMIPS.

M. Paskal SELE, Chef de projet au Réseau Matoutou

On mène un projet de coopération avec le Suriname sur la réduction des risques sexuels (les IST, le SIDA etc.). Notre partenaire gère l'intégralité des centres de santé qui se trouvent du côté du Suriname ; ils ont l'avantage d'en avoir beaucoup sur le fleuve. Le but est de former des relais communautaires, c'est-à-dire amener des gens à être responsables de leur santé sexuelle. On les forme et c'est à eux, ensuite, de mettre en place des actions de prévention au sein de leur communauté avec notre appui technique, logistique, etc.

A ce jour, on a formé 74 personnes des deux côtés du Maroni (Suriname et Guyane). Il est difficile de maintenir ces personnes actives car leur travail est basé sur le bénévolat. Il est difficile de les maintenir actifs. Nous, on est salarié et on leur demande de faire un travail sur le long terme, bénévolement. Pendant combien de temps on va arriver à maintenir ces personnes dans la dynamique, savoir faire du bénévolat sans moyens ? Sur le fleuve, il n'y a pas de ligne de bus, pas de métro, pas de train ; tout se fait par pirogue. Qui dit pirogue dit du carburant, un piroguier ? sur leur temps libre. Cela a un coût.

Concernant le programme, c'est une très bonne coopération. Les partenaires surinamais ne demandent qu'à continuer pour au moins encore cinq ans. On attend de voir vers quoi vont mener les réflexions. Je pense que José [Gomez] aussi fait un travail qui demande une bonne santé. Très dynamique. Il y a plusieurs choses à mettre en place avant d'arriver à la phase de formation de relais. Je t'invite à venir chez nous pour voir comment on procède

Mme Marie-Josée CAREME, Deuxième adjointe de la commune de Saint-Georges et aide-soignante au centre de santé (depuis quinze ans)

J'ai deux casquettes. L'aide soignante va parler. La coopération avec le Brésil : on ne demande qu'à voir parce que cela fait quinze ans que l'on attend. Concrètement, je veux bien des réunions à Brasilia et à des réunions sur Cayenne. Je voudrais que l'on consulte aussi le personnel qui vit au quotidien cette coopération sur le terrain. Ce n'est pas encore ce que l'on attend ; il y a eu beaucoup de tentatives et de réunions. On va coopérer. Nous, nous ne voyons rien venir sur le terrain.

J'espère que la coopération sera bien pensée. Par exemple, concrètement, nous avons un malade qui vient d'Oiapoque. Il est soigné. Mais quand il s'agit de pousser plus loin les investigations, on lui dit : « retournez à Macapa ou à Oiapoque, nous ne pouvons rien faire pour vous ». Nous, nous nous trouvons au milieu de tout cela, et démunis par rapport à cela. Nous ne pouvons soigner les gens qu'en matière d'urgence, par les évacuations sanitaires. Une fois qu'ils [les brésiliens] reviennent sur Saint-Georges, il faut un suivi au niveau du centre hospitalier. On se rend vite compte que passer le barrage pour aller à Cayenne [contrôle des douanes et/ou de la gendarmerie] relève de l'impossible. Ils [les brésiliens] ont une double fracture, doivent faire des radioscopies, et assurer le suivi de leurs soins. Il leur est dit qu'ils ont été soignés dans une situation d'urgence. Pour le suivi, ils doivent retourner au Brésil. Arrivés au Brésil, il leur est dit qu'ils ont été opérés à Cayenne, donc de retourner à Cayenne pour effectuer le suivi de leurs soins. J'ai vu un monsieur qui se déplaçait avec des attelles métalliques vissées durant huit mois, parce qu'il était sans cesse renvoyé de part et d'autre de la frontière.

La coopération, c'est bien, mais elle a également ses limites. Concrètement, sur le terrain, en tant que professionnel de santé, je ne vois rien venir. Nous, centre de santé, n'avons aucun échange avec l'hôpital d'Oiapoque ni en matière de prévention et ni en matière de soins. Après, c'est à notre bon vouloir d'y aller, de voir comment les collègues fonctionnent. La coopération. Oui, oui, oui. Mais cela fait quinze ans qu'on l'attend sur le terrain. J'espère vraiment qu'avec toutes les bonnes volontés du monde, cela va venir et, surtout, je voudrais vraiment qu'on soit consulté, au niveau du personnel. Qu'on ne vienne pas nous imposer des idées toutes faites. Nous aussi, on a notre pierre à apporter à l'édifice, nous aussi, on a des idées, donc pour que tout se passe bien, parce que ces populations, on les fréquente au quotidien. Même à Oiapoque, eux aussi veulent faire des campagnes de prévention à St Georges mais aussi vite qu'ils arrivent à la berge, ils sont arrêtés par la PAF. La coopération, oui, mais il faudrait aussi penser à tout ce côté-là de la coopération. Et cela, ce n'est pas facile. Je peux vous le dire, moi qui suis sur le terrain.

[Applaudissements de l'assemblée]

Mme Julie-Anne MELLARD, Directrice des ACT de Rémire-Montjoly

Quand on est dans la promotion de la santé et dans la réduction des inégalités sociales, j'en rencontre une qui est criante mais qui est due à nos lois régaliennes. Nous hébergeons des personnes en situation régulière d'origine étrangère, ayant des cartes de séjour pour soins. Je me

permettrais de dire que ces cartes de séjour sont des cartes « low cost » ; elles ne leur permettent pas de bénéficier des minima sociaux. Les AAH [Allocations aux adultes handicapés] sont de plus en plus refusées. Le RMI, il faut la sixième carte pour pouvoir y prétendre. Les mamans dont les enfants ne sont pas nés sur le territoire n'ont pas droit à la carte même si l'enfant est pluri-handicapé et pourrait bénéficier d'Allocation Education Spéciale (AES). Que faisons-nous ? Ils ont un accès aux droits, certes. Ils ont un accès aux soins, mais ils n'ont plus un accès à la santé, ne pouvant ni se loger, ni se nourrir, ni se vêtir. Que faisons-nous pour cette population en situation régulière ?

Mme Catherine BOUCHY, 3^{ème} Adjointe au maire de Maripasoula

Je reviens sur les personnes qui sont sur les sites d'orpillage clandestin, qui sont loin, qui n'ont pas accès aux soins et qui sont quasiment tous clandestins. Je pense qu'il en va peut-être de même à Saint-Georges. Faire un état des lieux, savoir dans quelle situation sanitaire précise se trouvent ces personnes. Le problème posé est celui des soins car on veut plutôt se débarrasser de ces sites d'orpillage clandestin. Identifier une catégorie de personnes en difficulté et répondre à ses besoins, c'est forcément avec les autorités du pays d'origine parce que, décemment, on ne peut pas se dire qu'on n'apporte pas de soins à tel endroit. Par souci d'humanité, on va en apporter en sachant que cela peut être source de pérennisation d'un problème dont on cherche à se débarrasser. C'est spécialement ambigu. Entre le « vouloir bien faire » et le risque que cela peut engendrer aussi une situation qui perdure déjà, on ne sait pas trop comment s'y prendre non plus.

M. Robert HULIC, Président de GPS

Je partage votre point de vue. Les gens ne peuvent pas faire de vaccination. C'est de la prévention, il n'y a pas que les soins et là, c'est un problème qu'il faudrait voir au niveau national. Que fait-on des gens qui sont en situation irrégulière et qui résident en Guyane parfois depuis un certain nombre d'années ? Est-ce qu'on ne s'occupe pas de ces gens-là au niveau sanitaire ? Parce qu'ils sont là, les gens. D'après ce que j'ai entendu, j'ai l'impression qu'on a durci. Avant, les gens venaient au centre de santé, ils étaient soignés. Et quand j'entends que les gens, vous les soignez, et vous leur demandez de repartir chez eux... je ne suis pas d'accord. Quand ils sont ici, il faut les soigner. Et quand ils ont besoin de soins dans un hôpital (à Cayenne), il faut les envoyer à Cayenne. Sauf s'il y a un accord avec le Brésil pour les faire repartir chez eux. On ne peut pas dire aux gens de repartir comme cela. Ils sont sur le territoire et doivent être soignés. Avant, ça ne me plaisait pas. On a même envoyé des gens jusqu'en métropole ou aux Antilles. Des gens étaient envoyés par les médecins de Stoelman à Grand Santi ; certains affrétaient des pirogues pour les envoyer à St Laurent. De St Laurent, on les envoyait à Cayenne et on les retrouvait après en métropole etc. En Martinique, une femme a été soignée, elle est revenue en Guyane et est repartie en Martinique, plusieurs mois après. Cela n'est pas conforme à la réglementation.

Mme Marie-Josée CAREME, Deuxième adjointe à la maire de St Georges et aide soignante au centre de santé

Cela n'est pas conforme, certes M. Hulic, mais ce sont les directives. Cela s'est durci depuis quelques temps, avec l'arrivée de la PAF. Au niveau du centre de santé, nous soignons tous les gens qui viennent. Quand la PAF arrive avec sa pirogue et les arrête au bord de la berge, nous, on n'a rien à voir avec cela. Depuis l'arrivée de la PAF et avec le barrage que nous avons sur St Georges, même les ambulances en partance pour Cayenne sont contrôlées. Pour les gens bénéficiant d'une AME et devant aller des examens sur Cayenne, c'est une démarche, et une procédure administrative très lourde qui est mise en place. On doit demander une autorisation à la DSDS en passant par la PAF. Il

faudrait le dénoncer. On n'attend que ça. Il y a un discours dans les bureaux, et, sur le terrain, c'en est un autre. Il faut venir voir.

Mme Karine MICHOTTE, Responsable du service prévention à la CGSS

Je reprends ma casquette de personnel de la CGSS. Du point de vue sanitaire, toutes ces situations ne sont pas satisfaisantes et humaines non plus ; cela est évident. Je ne vais pas trop m'avancer pour les chiffres car ce n'est pas mon secteur. Concernant les AME, sur les 158 000 assurés, nous avons 19 000 personnes en AME. Nous avons les plus forts taux d'AME en Guyane dans les fichiers (et ds CMU complémentaires aussi). Le souci est qu'il faudrait trouver des solutions et que les pistes s'orientent vers la coopération avec les pays frontaliers. Sinon, dans la situation actuelle, c'est assez compliqué. Même si ce n'est pas satisfaisant humainement, les prises en charge ne peuvent être étendues indéfiniment parce que cela a un coût et nous sommes obligés de respecter certaines consignes. Les budgets étant non extensibles. Il y a des remontées et des avancées qui sont faites au niveau de la Sécu. Mais cela prend du temps et beaucoup de choses y sont mêlées. Il faut s'occuper des personnes malades quelque soit leur origine. Tout le monde est d'accord. Il y a aussi le problème de la clandestinité. Tout cela est compliqué.

M. Robert HULIC, Président de GPS

Le problème évoqué est celui du transfert de l'AME à l'Assurance maladie. En 1995, quand j'étais en poste, les dépenses de l'AME en Guyane étaient supérieures à celles des Bouches du Rhône. A l'époque, on avait des dépenses d'AME qui étaient déjà importantes. Avec le préfet de l'époque, nous avons proposé des solutions. Il y a des gens qui viennent se faire soigner ici et qui n'y résident pas. Voir cela dans le cadre d'une coopération avec les pays voisins. Le Ministère de la Santé et celui des Affaires Etrangères avaient été saisis ; car on considérait que c'était un problème qui ne pouvait pas être résolu avec le seul ministère de la Santé. Nous n'avions jamais eu de réponse. Quand je me battais pour avoir des crédits, on me disait que cela coûtait cher. Ce n'était pas mon problème. Les gens sont là ; il faut les soigner. Les transplantations coûtent cher, donc il ne faut plus en faire ?

Mme Karine MICHOTTE, Responsable du service prévention à la CGSS

Cela coûte cher mais cela ne doit pas être un frein. Simplement, dans le système actuel, cela est compliqué car tout est mêlé. Du point de la santé publique, une fois que les personnes sont chez nous, il faut faire quelque chose. La piste, c'est la coopération dans l'état actuel des choses, c'est compliqué pour la Sécu de tout prendre en charge. Je prêche pour ma paroisse. Il faut tenir compte de tout, y compris du coût.

M. Robert HULIC, Président de GPS

Les actions de coopération envisagées avec le Brésil et le Suriname sont une bonne chose. Si cela aboutit, cela vous permettrait de ne pas garder en Guyane et de ne pas envoyer en métropole des gens qui sont venus se faire soigner. Ces gens là, on peut les renvoyer se faire soigner chez eux, si chez eux, il y a le même équipement. On a pu le faire sur certains dossiers. Si le pays d'accueil est d'accord pour recevoir ces patients, il n'y a aucune raison pour que je fasse obstacle pour ne pas les renvoyer chez eux dans la mesure où les patients étaient d'accord aussi. Il y a des solutions par le biais des actions de coopération mais ce n'est pas évident.

Mme Joëlle SUZANON, Médecin de santé publique au CG

Le problème éternel est que ce n'est au professionnel de santé de décider si la personne qui est devant lui est à prendre en charge ou pas. Les problèmes de séjour, et de prise en charge administrative doivent être traités ailleurs. Que ce soit sur l'arrivée de la berge de Grand-Santi jusqu'au centre de santé, tous ceux qui ont quelque chose à faire sur l'axe de cette personne au centre de consultation peuvent intervenir. Pour Saint-Georges et Maripasoula, ce sera pareil. Il faut bien distinguer la responsabilité professionnelle du corps médical par rapport aux autres acteurs.

M. Marcel KOUSSIKANA, Chef de service des affaires sanitaires et sociales au CR

Je ne sais pas si je vais oser cette question, tellement elle est provocatrice. Un orpailleur qui détruit l'environnement (mercure etc.), on sait que cela provoque des problèmes de santé aux amérindiens, bushinengués et autres qui sont sur le fleuve et consomment du poisson. Cet orpailleur tombe malade, il faut le soigner puisque c'est un malade comme les autres. Tant qu'à faire, « je préfère soigner celui qui est malade suite aux dégâts causés par l'orpailleur que soigner ce dernier. » Je sais que cela est provocateur. J'ai pris des précautions avant de poser la question.

Mme Catherine BOUCHY, Adjointe au maire de Maripasoula

Vous avez bien fait de prendre des précautions. Ce n'est pas simple que cela. Il y a des liens, des contacts au moins hebdomadaire entre les sites qui sont relativement éloignés de Maripasoula et le bourg, entre les orpailleurs clandestins et les populations amérindiennes. On sait pertinemment que dans certains villages les amérindiens se sont arrangés pour faire quelques constructions avec les pépites payées par les orpailleurs. Même les orpailleurs sont parfois rackettés. On rigole mais en réalité c'est extrêmement compliqué.

M. Emmanuel RICARD, Délégué général de la SFSP

Les questions que vous posez sont liées à la problématique de la promotion de la santé ; elles sont d'ordre politique et social. Régler la question en terme de « vie de la cité ». Les questions environnementales : on voit bien que c'est arriver à cliver les intérêts. C'est compliqué, mais il n'y a pas d'autre solution pour travailler la promotion de la santé. Dans la « provocation », je vois la difficulté dans laquelle vont être les agents de santé, et pas seulement les médecins. On prend le cas de Nuremberg, etc. Vous ne le soignez pas parce que c'est un salaud. Si on commence par faire le juge, l'avocat etc. au moment où on reçoit une personne... Le médecin et le personnel de santé n'ont pas vocation à juger la personne qu'ils soignent. A partir du moment où un professionnel de santé rentre des questions morales, et personnelles dans la façon d'approcher des problèmes de santé, on va à la catastrophe. Essayons de faire la part des choses. C'est la question des groupes de pression, des conflits d'intérêt. Laissez les professionnels de santé faire leur job. Les témoignages montrent que c'est compliqué. N'invertissons pas les polarités.

[Nous sommes dans le pays de Pasteur et du serment d'Hippocrate.]

Mme Nathalie BARTHELEMI, Enseignante

Les différents points abordés pointent du doigt les conflits d'intérêt entre des décisions de promotion de la santé où l'individu est au centre même des objectifs de santé publique, et des

actions multisectorielles, notamment dans le domaine des politiques de lutte contre l'immigration mais aussi dans celui des politiques industrielles, chimiques, agro-alimentaires...

Comment faire pression au moment des arbitrages quand on sait que des actions de promotion de la santé peuvent être néfastes pour des personnes qui sont à la recherche de certains gains ; c'est-à-dire qu'il y a parfois une opposition entre des actions de promotion de la santé et des politiques beaucoup plus globales, plus générales. Comment faire du lobbying et faire pression ? C'est bien le professionnel de santé qui se retrouve face à ces problématiques, qui sont contradictoires.

M. René Demeulemeester, Médecin et Coordinateur des programmes à l'INPES

Il ne faut pas éluder la question de l'environnement. On a vu que le plaidoyer en faveur de politiques, d'actions, de façons de faire ou de modes industriels, et de transports favorables à la santé est un des axes d'actions de la promotion de la santé.

De la même façon que le médecin a le devoir de soigner, quelque soit la personne qu'il a en face de lui, les professionnels de la promotion de la santé (et je me reconnais parmi ces professionnels) ont le devoir de plaider chaque fois qu'ils le peuvent, et là où ils se trouvent en faveur de modes de production, de façons d'agir, et de politiques qui soient favorables à la santé.

Qu'est ce que je peux faire tout seul ? Chacun, où on est (directeur de l'ARS, élu etc.), on peut dire des choses et, de temps en temps, ces choses comptent. C'est aussi s'exprimer publiquement et collectivement à travers un organisme (comme la SFSP) où on se reconnaît en tant que professionnel. Quand la SFSP soutient des positions en matière de publicité sur l'alcool etc., on ne gagne pas à tous les coups bien sûr, mais c'est une façon de faire. On est dans des rapports de force. Les élus écoutent aussi, de temps en temps, cette voix là. Et, de temps en temps, cela marche.

Concernant l'évolution des enjeux et la santé-environnement : au niveau des services de l'Etat, jusqu'à une période très récente, la santé environnementale s'était préoccupée de la surveillance des facteurs de risques dans les milieux et du contrôle de la bonne application de normes, notamment de normes biologiques et chimiques (en particulier l'eau ; c'est important d'avoir de l'eau potable). On se préoccupait moins de savoir si tout le monde avait accès à cette eau potable. Plus récemment, on en est venu à être plus dans la prévention des risques et pas seulement dans la surveillance ; c'est venu à travers l'application du premier Plan National Santé-Environnement (PNSE) et des plans régionaux santé environnement.

On ne peut pas seulement faire du contrôle. Il y a un vrai travail à faire ici, qui va concerner l'environnement en général, la coordination avec les communes sur le ramassage d'un certain nombre de choses, l'éducation pour la santé auprès des particuliers etc.

On voit venir, avec le deuxième Plan National Santé-Environnement (PNSE), la réduction des inégalités en matière de santé environnementale. Cela sera intéressant particulièrement pour la Guyane parce qu'il y a un effort particulier à faire ici et que la Guyane va probablement bénéficier d'un effort plus important. Un des axes du PNSE 2 est notamment la réduction de l'habitat insalubre. Je ne viens pas en Guyane très souvent mais on voit bien que c'est une préoccupation importante. On ne s'en sort pas seulement avec des ingénieurs sanitaires. Il y a des alliances à faire entre les associations, et les organismes qui se préoccupent de la promotion de la santé et ceux qui s'occupent de développement durable.

Pourquoi des alliances ? Un des axes de la promotion de la santé est la préservation de l'environnement, clairement affichée. Un des axes du développement durable est la protection de la santé humaine. Dans les deux cas, il y a une grosse préoccupation pour la démocratie et la participation. Les deux processus reposent sur un diagnostic partagé initial. Pourquoi ne pas en faire

qu'un seul au niveau territorial ? Dernier point : ce qui est partagé entre développement durable et santé, c'est cette idée de plaider.

Mme Ionette CREMIEUX, Médiatrice en santé publique et Secrétaire de l'ARMSP

J'ai écouté attentivement. Une question à M. RICARD qui se trouve ici pour notre grand plaisir et dont on a fait la connaissance pendant la formation de l'IMEA. Quelles sont les avancées pour les médiateurs en santé publique sur le plan national et sur le plan de la Guyane ?

M. Emmanuel RICARD, Délégué Général de la SFSP

Je me suis occupé directement de cette question jusqu'en 2005. Par la suite, le programme était en évaluation même s'il n'était plus financé. On a fait se rencontrer les trois institutions qui sont un peu à la tête et responsables de l'évolution de votre reconnaissance statutaire. Le programme était soutenu par la Direction Générale de la Santé (DGS) puisqu'on œuvrait dans les questions de santé qui ont été évoquées en termes de compétences de formation ; normalement, la DGS reste compétente sauf que le statut des médiateurs n'est pas complètement tranché comme une question santé et c'est aussi une question de médiation sociale. C'est la Direction des Affaires Sociales, responsable de la création des nouveaux métiers. La Délégation Interministérielle à la ville était partenaire... mais plus vous mettez des gens autour d'une table, vous prenez le risque que personne n'agisse.

On avait une carte à jouer : la crise qui a eu lieu dans les banlieues en 2005, avec l'explosion à Clichy. La DGS s'était prise du dossier. Grosso modo, la Direction des Affaires Sociales a peur des syndicats des professionnels de santé et ne veut pas créer un nouveau métier. C'est la question des conventions collectives. J'assume la responsabilité qu'on a eue en lançant ce projet. Je me retournerais vers 2 personnes sans vouloir les impliquer et leur « refiler une patate chaude » : M. Damie pour la question des ARS et l'interlocuteur de la Région pour la question des formations. Parce que vous êtes la région et le département pour lesquels les choses sont les plus perceptibles dans les implications que cela a sur le développement local et la prise en compte des populations. Si ces acteurs ne se rencontrent pas pour pousser le dossier au niveau national, il y a de bonnes chances que le dossier continue à être bloqué. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de choses à faire au niveau régional. Il faut aborder la question du statut des médiateurs tel qu'il existait dans les centres de santé, celle du partage des tâches, et, ainsi, voir comment certaines compétences, dans un contexte de pénurie d'agents de santé, peuvent être développées. Vous n'êtes pas les seuls à avoir ce questionnement là. Il faut que la Région, ici dise que c'est important.

M. Marcel KOUSSIKANA, Chef de service des affaires sanitaires et sociales au CR

La Région ne va pas se défausser. Il faudrait savoir que pour les transferts de compétences concernent le fonctionnement. Sur la partie pédagogique, la partie validation des diplômes, c'est la partie DSDS. Ce n'est pas, hélas, à la Région de dire que ce diplôme va être validé ou pas. Il faudrait que la DSDS valide le contenu etc. La région n'a aucune compétence pour la partie pédagogique.

M. Emmanuel RICARD, Délégué Général de la SFSP

C'est un point général et plutôt valorisant. Dans les débats, si on regarde la participation qu'on a eu aujourd'hui et qu'on la rapporte à la population vivant en Guyane, vous êtes la région qui a le plus participé parmi les vingt six régions. Je pense qu'il y a des choses qu'il faut souligner !

DISCOURS DE CLOTURE

M. Robert HULIC, Président de GPS

Je m'excuse pour mon absence de ce matin. Nous nous sommes réunis à la demande la SFSP, qui nous a demandé de réaliser des échanges décentralisés sur des thèmes précis. Cela s'est fait au mois de juin à Cayenne, Kourou et St Laurent. J'avais déjà observé une assez forte implication des associations et la présence d'élus. A St Laurent, nous avons eu la présence de Mme Chantal Berthelot. Ce qui montre que les élus guyanais s'impliquent.

Ce que je souhaite en tant que guyanais, c'est que tout ce qui a été ans les différents ateliers soit retranscrits et, surtout, pris en compte au niveau national. Que cela ne soit pas une énième réunion où on dit des choses et on fait part des spécificités... On a parlé de l'orpaillage clandestin qui n'existe dans aucun autre département. Des gens qui viennent se faire soigner. Il faut trouver une solution au niveau national.

Concernant le niveau départemental, je sais que M. Damie a été sensibilisé et je ne manquerai pas de le sensibiliser et de lui mettre la pression. Il fera ce qu'il pourra. On n' a pas toujours les moyens pour donner suite.

Je voudrais remercier le Conseil régional qui nous accueille aujourd'hui. J'ai parfois été dur envers les élus mais le Conseil régional nous a accompagnés depuis le départ, en nous accordant une subvention d'investissement qui nous permis de compléter le plan de financement. Je voudrais également remercier l'INPES et la SFSP, grâce à qui on a pu s'exprimer librement. Aujourd'hui, vous avez eu une tribune qui a permis de faire ressortir tous les problèmes que nous rencontrons ici en Guyane, et qui sont mal perçus au niveau national. Les gens font un tour à Cayenne, vont parfois à St Laurent et n'imaginent pas les difficultés que nous avons à traiter les problèmes des communes isolées. Pour aller à Maripasoula, il faut parfois prendre l'hélicoptère (ex : prélèvement d'eau). Quand je disais cela au Ministère, on ne me comprenait pas. Il faut tenir compte de tout cela. Je ne crois pas qu'on sera beaucoup entendus...

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement la SFSP qui a impulsé ces débats et nous a apporté son soutien financier et technique, et tout particulièrement M. Emmanuel Ricard ; l'INPES qui a nourri la réflexion, notamment Mme Annick Fayard et M. René Demeulemeester ; l'ARH de Guyane, représentée par son directeur, M. Philippe Damie, qui s'est engagé à relever le défi de l'intégration de la promotion de la santé dans l'ARS de Guyane ; la DSDS de Guyane, et tout particulièrement M. Christophe Prat qui a bien voulu intervenir pour présenter la loi HPST et Mme Mélina Bailleux, qui est intervenue sur le bilan provisoire du SREPS et ses perspectives, nous a accompagnés tout au long des échanges et a apporté son précieux soutien à l'organisation de ces derniers ; les animateurs des groupes de travail et du débat régional : Mme Joanne Massemin, Mme Catherine Namer, Mme Marie Louise Nouvellet, M. François Rezki, et M. Jean-Noël Robillard. Enfin, nous tenons à remercier les structures qui ont bien voulu nous accueillir : le CHAR de Cayenne, la médiathèque de Kourou, la mairie de St Laurent du Maroni et la Région Guyane.

CONCLUSION

En Guyane, les réflexions et propositions sur la place de la promotion de la santé dans la future Agence régionale de Santé (ARS) ont vu le jour grâce à la volonté de nombreux acteurs régionaux et nationaux impliqués dans la promotion de la santé, auxquels Guyane Promo Santé (GPS) renouvelle ses plus vifs remerciements.

Le bilan de ces Actes permet de positionner sur les 8 enjeux discutés, les leviers possibles pour que la politique de promotion de la santé soit une politique adaptée au territoire de la Guyane, et au service de sa population. Les éléments structurants des groupes de travail et du débat régional qui ont eu lieu en Guyane ont été repris dans la synthèse finale proposée à la fin des annexes. Ils pourront être confrontés aux autres propositions recueillies par la SFSP dans les autres régions. GPS et les acteurs qui se sont mobilisés à l'occasion des débats seront particulièrement attentifs aux suites données à ce travail. Nous avons particulièrement apprécié la présence au débat régional de représentants de l'INPES, M. René Demeulemeester et Mme Annick Fayard, du Délégué général de la SFSP, M. Emmanuel Ricard, et d'élus guyanais. Nous espérons vivement que leur participation active à cette réflexion favorisera la sensibilisation des acteurs nationaux aux problématiques et particularités guyanaises ainsi que la valorisation de ses atouts, souvent méconnus ou mal évalués par les instances nationales.

Cette restitution met en exergue la qualité des contributions des différents acteurs en matière de promotion de la santé. Services déconcentrés de l'Etat, collectivités territoriales, élus politiques, ateliers santé ville, assurance maladie et mutuelles, Education Nationale, associations de santé, établissements de santé, réseaux de soins, universitaires, etc., tous ont pris part aux débats et contribué à nourrir la réflexion sur la place de la promotion de la santé dans la future ARS de Guyane. Dans le cadre des échanges régionaux sur la promotion de la santé, nous avons eu le plaisir d'accueillir des acteurs intervenant dans diverses communes, notamment isolées (Cayenne, Kourou, Mana, Maripasoula, Roura, Sinnamary, St Georges de l'Oyapock, St Laurent du Maroni etc.). Les élus ont également répondu présents.

Les échanges ont constitué une réelle opportunité de renforcer le partenariat entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la promotion de la santé. Ainsi, les institutions qui vont être regroupées au sein de l'ARS ont pu entendre les témoignages des acteurs de terrain, et recueillir leurs propositions et pistes de réflexion en matière d'intégration de la promotion de la santé dans la future ARS. Il est à espérer qu'elles seront attentives aux attentes des acteurs.

Des enjeux spécifiques ont été relevés dans les travaux : la formation et la professionnalisation des acteurs, la coordination des acteurs (institutionnels, associatifs etc.) afin de lutter contre le cloisonnement, l'importance de la démocratie sanitaire et de la place des usagers, la nécessité d'une approche globale, la promotion de la santé comme un moyen d'efficience limitant le recours aux soins et de lutte contre les inégalités d'accès à la santé. Le financement des acteurs dans un cadre pluriannuel, le caractère indispensable de l'évaluation, la prise en compte du contexte multiculturel de la Guyane ou encore la nécessité d'un lieu ressource permettant l'aide au montage des projets et leur pérennisation ont également été mis en exergue. Tous ces éléments pourraient donner lieu à une charte des acteurs du champ de la promotion de la santé.

Les enjeux en matière de santé publique (SIDA, diabète, maladies entériques, maladies vectorielles, mortalité périnatale, addictions etc.) nous obligent à avancer et agir ensemble. Pour reprendre les mots de M. Philippe Damie, « c'est un défi, un travail en commun qu'il faudra engager dans un territoire à échelle humaine où on peut inventer, innover et construire ».

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS AUX 3 GROUPES DE TRAVAIL

CAYENNE – 23 juin 2009						
NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
AMAR	Michel	Directeur Adjoint PI	michel.amar@cgss-guyane.fr	CGSS	Institution	Cayenne
ARDILLON	Vanessa	Epidémiologiste	vanessa.ardillon@sante.gouv.fr	CIRE/ INVS	Institution	Cayenne
BAILLEUX	Mélina	Chargée de mission	melina.bailleux@sante.gouv.fr	DSDS - Pôle santé publique	Institution	Cayenne
BAUZA	Jean-Luc	Médiateur	jeanluc.bauza@wanadoo.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne
BHAGOOA	Yves	Président	yves.bhagooa@wanadoo.fr	UCMG	Association	Cayenne
BONNET	Philippe	Pédiatre	phb_cmck@yahoo.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne/Kourou
BOSQUILLON	Laurence	IDE, Coordinatrice	laurencebosquillon@gmail.com	Réseau Périnat	Association	Cayenne
BRUNET	Lucie	MISP	lucie.brunet@sante.gouv.fr	DSDS	Institution	Cayenne
BUDOC	Sylviane	IDE Scolaire	sbudoc@ac-guyane.fr	Education nationale	Institution	Cayenne
CARLISI	Rocco	IDE de santé publique	rocco.carlisi@sante.gouv.fr	DSDS - Pôle santé publique	Institution	Cayenne
CHERY- RENE-AUBIN	Claudia	Chargée du suivi administratif et financier des demandes de	claudia.chery@sante.gouv.fr	DSDS - Pôle santé publique	Institution	Cayenne
CHONVILLE	Patricia	Coordinatrice de projet Prévention	chbellonpatricia@hotmail.com	CGPA	Association	Cayenne

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
COLLIGNON	Jean-Michel	Directeur	epem@wanadoo.fr	EPEM	Association	Matoury
COUETA	Renata	Infirmière Scolaire	renata.coueta@ac-guyane.fr	EN	Institution	Cayenne
DAMIE	Philippe	Directeur	phillippe.damie@sante.gouv.fr	ARH	Institution	Cayenne
DANGLADES	Alain	Président	adangles@mgen.fr	MGEN	Association	Cayenne
DEGLAS	Annie	Directrice	adeglas.agmn@orange.fr	AGMN	Association	Cayenne
EDOUARD	Valérie	Directrice	valerie.edouard@apadag.org	APADAG	Association	Cayenne
EUZET	Hélène	Adjointe administrative	helene.euzet@sante.gouv.fr	DSDS	Institution	Cayenne
EUZET	Geneviève	IDE Conseillère Technique auprès du Recteur	geneviève.euzet@ac-guyane.fr	EN	Institution	Cayenne
FAVRE	Anne	Pédiatre/ Néonatalogie	anne.favre@ch-cayenne.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne
FLORIMOND	Elise	Présidente/ Médiatrice en santé publique	1234elise@orange.fr	EPEM/ARMSP	Association	Matoury
GANDON	Mauricette	IDE de santé publique	mauricette.gandon@sante.gouv.fr	DSDS - Pôle santé publique	Institution	Cayenne
GOMÈS	José	Méiateur environnement santé	jose.daac@gmail.com	DAAC	Association	Rémire- Montjoly
GOUJON	Elsa	Directrice	entraidesguyane@wanadoo.fr	Entraides	Association	Cayenne

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
GRENIER	Claire	Médecin, Coordinatrice des centres de santé	claire.grenier@ch-cayenne.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne
GUIOSE	Pascale	Assistante de Mission	pguiose@cg973.fr	Conseil Général	Institution	Cayenne
HULIC	Robert	Président	robert.hulic@wanadoo.fr	GPS	Association	Cayenne
JEANNEAU	Estelle	Directrice	es.jeanneau@wanadoo.fr	AKATI'J	Association	Kourou
JOSEPH-FRANÇOIS	Blaise	Directeur	adpep-guyane@lespep973.org	ADPEP	Association	Cayenne
JUDICK-PIED	Georgina	Présidente	pied.judick@wanadoo.fr	APAJH	Association	Cayenne
JULES	Angèle	Présidente	agmn@wanadoo.fr	AGMN	Association	Cayenne
KAPEL	Micheline	Diététicienne	micheline.kapel@ch-cayenne.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne
KOUSSIKANA	Marcel	Responsable Apprentissage Santé	marcel.koussikana@cr-guyane.fr	Conseil Régional	Institution	Cayenne
LE GUERN	Gildas	Assistant social	gildas.leguern@wanadoo.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne
MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission	a.mathieu@gps.gf	GPS	Association	Cayenne
MAZAEV	Corinne	Coordinatrice	asso.espacenfant@orange.fr	Association Espace Enfant	Association	Cayenne
NACHER	Mathieu	Médecin (Président et Directeur)	mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	COREVIH/ CIC-EC	Hôpital	Cayenne

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
NAMER	Catherine	Coordinatrice du Réseau Diabète	diet973@wanadoo.fr	Diet 973	Association	Cayenne
NORDIN	Chantal	IDE	nc.l@wanadoo.fr	EN	Institution	Cayenne
NOUVELLET	Marie Louise	Coordinatrice	marie-louise.nouvellet@ch-cayenne.fr	COREVIH	Autre	Cayenne
PAUCHARD	Pierre	Médecin, Directeur	pierre.pauchard@ch-cayenne.fr	CHAR	Hôpital	Cayenne
PRAT	Christophe	Directeur adjoint	christophe.prat@sante.gouv.fr	DSDS	Institution	Cayenne
REMOUE	Muguette	Responsable des Soins Infirmiers	muguette.remoue@kajasante.fr	CSG – Clinique Véronique	« Hôpital »	Cayenne
RICHÉ	David	Maire de Roura, Suppléant de la députée Mme Berthelot		Assemblée nationale	Institution (élu)	Roura
ROSNEL	Claude	Médecin	clauderosnel@hotmail.com	Conseil Général	Institution	Cayenne
SACRAMENTO	Maria	Médiatrice	sacramento.maria@live.fr	ARMSP	Association	Cayenne
SANKALE-SUZANON	Joëlle	Médecin, Mission Démographie des Professionnels de Santé	jsuzanon@cg973.fr	Conseil Général	Institution	Cayenne
SANQUER	Marie-Anne	Médecin Inspecteur de Santé Publique	marie-anne.sanquer@sante.gouv.fr	DSDS	Institution	Cayenne
TALBOT	Richard	Chef de projet	r.talbot@ville-cayenne.fr	DSRU Cayenne	Institution	Cayenne
WECKERLE	Valérie	IDE/ Coordinatrice	coccinelle973@wanadoo.fr	Réseau KIKIWI	Association	Cayenne

KOUROU – 24 juin 2009

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
AUDIGEOS-BERTEAUD	Sylvie	Infirmière Scolaire	sylvie.audigeos@wanadoo.fr	EN - Collège H. Agarande	Institution	Kourou
BAILLEUX	Mélina	Chargée de mission	melina.bailleux@sante.gouv.fr	DSDS (Pôle santé publique)	Institution	Cayenne
BONNET	Pascal	Adjoint au chef de programme santé communautaire	crf.cps@wanadoo.fr	CRF	Association	Kourou
BOSTMAMBRUN	Sophie	Médecin	sophie.bostmambrun@cg973.fr	Conseil Général	Institution	Kourou
DESTIN	Lysaire	Médiateur de santé publique	guyane.communaute-haitiens@orange.fr	UCHG	Association	Kourou
DORNIC	Claudine	Assistante Sociale	claudine.dornic@cg973.fr	Conseil Général	Institution	Kourou
GASPARD	Michele	Coordinatrice territorial VIH/Sida	gaspiche@hotmail.fr	ADER	Association	Kourou
GRY	Magdala	Secrétaire (membre du bureau)	guyane.communaute-haitiens@orange.fr	UCHG	Association	Kourou
HULIC	Robert	Président	robert.hulic@wanadoo.fr	GPS	Association	Cayenne
LABEAU	Murielle	Assistante Sociale	murielle.labeau@sante.gouv.fr	DSDS - Pôle social	Institution	Cayenne
MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission	a.mathieu@gps.gf	GPS	Association	Cayenne

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
MENZ	Stéphanie	Assistante Sociale	smenz@cg973.fr	Conseil Général	Institution	Kourou
PIGNARD	Amandine	Assistante Sociale	apignard@cg973.fr	Conseil Général	Institution	Kourou
PRAT	Christophe	Directeur adjoint	christophe.prat@sante.gouv.fr	DSDS	Institution	Cayenne
PY	Gérard	Chirurgien orthopédiste	pyg@cmck.org	CMCK	Hôpital	Kourou
ROBILLARD	Jean-Noël	Coordonateur	mdmmfcayenne@yahoo.fr	MDM	Association	Cayenne
THEODORE	Jocelyne	Bénévole	guyane.communaute-haitiens@orange.fr	UCHG	Association	Kourou

ST LAURENT DU MARONI – 25 juin 2009

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
BABILLIOT	Pierre	Psychiatre	pierrebabillot@yahoo.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
BAILLEUX	Mélina	Chargée de mission	melina.bailleux@sante.gouv.fr	DSDS (Pôle santé publique)	Institution	Cayenne
BAUKHARI	Rachida	Biologiste	r.baukhari@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
BERTHELOT	Chantal	Députée de la Guyane	cberthelot@assemblee-nationale.fr	Assemblée Nationale	Institution	Cayenne
BIGEON	Antoine	Médecin	cps.stlaurent@gmail.com	CPS/CRF	Association	St Laurent
BITSI	Jacques Alain	Psychologue clinicien	bitsi-jacquesalain@yahoo.fr	CMPI/CHOG	Hôpital	St Laurent
CARLES	Elisabeth	Diététicienne	e.carles@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
FOUGERES	Béatrice	Médecin	beatrice.fougeres@cg973.fr	PMI - Conseil général	Institution	St Laurent
FOURESTIER	Catherine	Assistante Sociale	servicesocial@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
GUILLEMOT	Gérard	Président	mamabobi@wanadoo.fr	Mama Bobi	Association	St Laurent
HULIC	Robert	Président	robert.hulic@wanadoo.fr	GPS	Association	Cayenne
KIM	Brigitte	Médecin, Cadre de Santé	birikim@hotmail.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de Structure	Commune
LAM TOU KAÏ STOMP	Daniela	Elue	daniela.stomp@orange.fr	Mairie de St Laurent	Institution	St Laurent
LESCOURANT	Marie-Claude	Cadre supérieure de Santé	dssi@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
MARIE LOUISE	Gisèle	Cadre de Santé	cdschirurgie@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
MASSEMIN	Joanne	Coordinatrice ASV	ccas97320@wanadoo.fr	CCAS	Association	St Laurent
MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission	a.mathieu@gps.gf	GPS	Association	Cayenne
MATHYS	Joëlle	IDE Scolaire	joelle.mathys@ac-guyane.fr	EN	Institution	Mana
MERGERIE	Guyène	Attachée d'administration	g.mergerie@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
PEROTTI	Frédérique	Pharmacienne/ Vice-Présidente	f.perotti@ch-ouestguyane.fr	CHOG / CME	Hôpital	St Laurent
POPULO	Marthe	Agent technique	m.populo@ch-ouestguyane.fr	CHOG	Hôpital	St Laurent
PRAT	Christophe	Directeur adjoint	christophe.prat@sante.gouv.fr	DSDS	Institution	Cayenne
REZKI	François	Sociologue/universitaire	francois.rezki@wanadoo.fr	IESG/UAG	Institution	Cayenne
REYNAUD	Emmanuelle	Responsable	cabannecity@yahoo.fr	Antenne du SESAM	Association	St Laurent
SELE	Pascal	Coordinateur EMIPS	p.sele@yahoo.fr	Réseau MATOUTOU	Association	St Laurent
TOGUE	Chadeline	Responsable administratif	reseumatoutou@wanadoo.fr	Réseau MATOUTOU	Association	St Laurent

LISTE DES PARTICIPANTS AU DEBAT REGIONAL (10 SEPTEMBRE 2009)

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
ANDRE	Marie-Claude	Enseignant (sciences techniques, sanitaires et sociales)	andremacl@yahoo.fr	EN (Lycée Melchior)	INSTITUTION	CAYENNE
ANTOINETTE	Johanna	Chargée de mission	johanna.antoinette@sante.gouv.fr	ARH	INSTITUTION	CAYENNE
ARNAUD	Fallone	Animatrice	reseumatoutou@wanadoo.fr	Réseau Matoutou	ASSOCIATION	SAINT LAURENT
ATTICA	Cathia	Conseillère municipale	sinnamary.sg@wanadoo.fr	Mairie	INSTITUTION	SINNAMARY
BAILLEUX	Mélina	Chargée de mission	melina.bailleux@sante.gouv.fr	DSDS -Pôle santé publique	INSTITUTION	CAYENNE
BARBE	Diana	Chargée prévention	diana.barbe@cgss-guyane.fr	CGSS	INSTITUTION	CAYENNE
BARTHELEMI	Nathalie	Enseignant	n.barthelemi@wanadoo.fr	EN (Lycée Melchior)	INSTITUTION	CAYENNE
BAUZA	Jean-Luc	Médiateur	jeanluc.bauza@wanadoo.fr	CHAR	HOPITAL	CAYENNE
BELLONY	Georges-José	Délégué Régional	bellony.gj@wanadoo.fr	Mutualité Fonction Publique Guyane	ASSOCIATION	CAYENNE
BESANCON	Laurence	Chargée de mission	olt.crpvguyane@gmail.com	CRPV	ASSOCIATION	CAYENNE
BHAGOOA	Yves	Président	yves.bhagooa@wanadoo.fr	UCMG/FNMF	ASSOCIATION	CAYENNE
BOMPARD	Priscillia	Chargée d'études	pbombard.orgs@orange.fr	ORSG - Conseil Régional	INSTITUTION	CAYENNE
BONNET	Philippe	Pédiatre	phb_cmck@yahoo.fr	CHAR/CMCK	HOPITAL	KOUROU

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
BOREL	Daphné	Directrice	direction.samusocialcayenne@orange.fr	Samu social de l'île de Cayenne	ASSOCIATION	CAYENNE
BOSQUILLON	Laurence	Coordinatrice	laurencebosquillon@gmail.com	Réseau Périnat	ASSOCIATION	CAYENNE
BOSTMAMBRUN	Sophie	Médecin	sophie.bostmambrun@cg973.fr	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	KOUROU
BOUCHY	Catherine	3ème adjointe Mairie Maripasoula	cathbouchy@laposte.net	Mairie de Maripasoula	INSTITUTION	MARIPASOULA
BOUDEHRI	Myriam	IDE	myriam.boudehri@gmail.com	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
BOUDEHRI	Nadir	Consultant	n.boudehri@me.com		INDEPENDANT	CAYENNE
BOUDINOT	Nathalie	IDE	dsp.cespmi@cg973.fr	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
CAILHOL	Marie-Hélène	Puéricultrice	mh.cailhol@laposte.net	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	KOUROU
CAREME	Marie-Josée	Aide-soignante/Elue	st-georges-oyapock@wanadoo.fr	Centre de santé/ Mairie	INSTITUTION	SAINT GEORGES
CASSIN	Denyse	Déléguée régionale/ Chargée de mission	guyane@sida-info-service.org	SIS/ GPS	ASSOCIATION	CAYENNE
CAUDAL	Johanna	Gérante	apguyane@orange.fr	Action Prévention Guyane	SOCIETE	MACOURIA
CHARLES-NICOLAS	Claude	Administrateur	pied.judick@wanadoo.fr	APAJH	ASSOCIATION	CAYENNE
CHERY RENE-AUBIN	Claudia	Chargée de mission	claudia.chery@sante.gouv.fr	DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
CHONVILLE	Patricia	Coordinatrice de projet Prévention	chbellonpatricia@hotmail.com	CGPA / CCAA	ASSOCIATION	CAYENNE
CLAUDE	Michèle	SEMS	claudie.michele@cg973.fr	DGSP - Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
COLLIGNON	Jean-Michel	Directeur	epem@wanadoo.fr	EPEM	ASSOCIATION	MATOURY
CREMIEUX	Ionette	Médiatrice en Santé Publique - Secrétaire	cremieux.ionete@wanadoo.fr	ARMSP	ASSOCIATION	CAYENNE
DAMIE	Philippe	Directeur	philippe.damie@sante.gouv.fr	ARH	INSTITUTION	CAYENNE
DANGLADES	Alain	Président	adanglades@mgen.fr	MGEN	ASSOCIATION	CAYENNE
DANIEL	Marie-Thérèse	Géographe tropicaliste - Responsable Cellule Documentation	marie-therese-daniel@wanadoo.fr	ORSG - Conseil Régional	INSTITUTION	CAYENNE
DEMEULEMEESTER	René	Coordinateur des programmes	rene.demeulemeester@inpes.sante.fr	INPES	INSTITUTION	ST DENIS (93)
DESIRE	Anne	Puéricultrice	annekcoigne@wanadoo.fr	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	MATOURY
DEVRIES	Caroline	IDE	Caroline.Devries@ac-guyane.fr	EN- Collège La Canopée	INSTITUTION	MATOURY
ELFORT	Nazir	Médiateur social PRE	pre.stg@voila.fr	PRE	AUTRE	SAINT GEORGES
EPAILLY	Annick	Puéricultrice	annick.epailly@cg973.fr	PMI Barrat - Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
EUZET	Geneviève	IDE Conseillère Technique auprès du Recteur	geneviève.euzet@ac-guyane.fr	EN (Lycée Melchior)	INSTITUTION	CAYENNE
EUZET	Hélène		helene.euzet@sante.gouv.fr	DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
FAVRE	Chantal	Coordinatrice	pre.stg@voila.fr	PRE	AUTRE	SAINT GEORGES
FAYARD	Annick	Directrice du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique	annick.fayard@inpes.sante.fr	INPES	INSTITUTION	ST DENIS (93)

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
FISHER	Jean-Marc	Médecin	jmfischer@msn.com	ARH	INSTITUTION	CAYENNE
FITO	Montserrat	Anthropologue consultante	mtfito@yahoo.com		INDEPENDANT	
GASPARIN	Christelle	Secrétaire	maisondesreseaux@orange.fr	Maison des Réseaux	ASSOCIATION	CAYENNE
GOBER	Céline	Chargée d'études	gobecel34@yahoo.fr	ORSG -Conseil Régional	INSTITUTION	CAYENNE
GOMES	José	Médiateur environnement santé	jose.daac@gmail.com	DAAC	ASSOCIATION	REMIRE MONTJOLY
GOUJON	Elsa	Directrice	entraidesguyane@wanadoo.fr	Entraides	ASSOCIATION	CAYENNE
GRENIER	Claire	Médecin/ Coordinatrice des centres de santé	claire.grenier@ch-cayenne.fr	CHAR	HOPITAL	CAYENNE
GUIOSE	Pascale	Mission Démographie des Professionnels de Santé	pguiose@cg973.fr	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
HERVOUET	Sylvain	Coordinateur	ddscguyane@wanadoo.fr	DDSC	SOCIETE	CAYENNE
HESTIN	Isabelle	Médecin Chef Adjoint	pascal.bruncher@cg973.fr	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
HMANA-HERITIER	Séverine	Psychologue/ Coordinatrice	hmana@hotmail.fr	Réseau Maison des Adolescents	ASSOCIATION	CAYENNE
HULIC	Robert	Président	robert.hulic@wanadoo.fr	GPS	ASSOCIATION	CAYENNE
JEANNEAU	Estelle	Directrice	es.jeanneau@wanadoo.fr	AKATI'J	ASSOCIATION	KOUROU
JUDICK-PIED	Georgina	Présidente	pied.judick@wanadoo.fr	APAJH	ASSOCIATION	CAYENNE
KOUDEDJI	Eric	Enseignant	erickoudedji@hotmail.com	EN (Lycée Melchior)	INSTITUTION	CAYENNE

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
KOUSSIKANA	Marcel	Chef de service des affaires sanitaires et sociales	marcel.koussikana@cr-guyane.fr	Conseil Régional	INSTITUTION	CAYENNE
LABONTE	Roger	Chef coutumier Palikour			AUTRE	SAINT GEORGES
LAMAISON	Hélène	Responsable	h.lamaison@gps.gf	GPS	ASSOCIATION	CAYENNE
LAMY	Sophie	Pharmacienne de santé Publique/Bénévole	sophie75lamy@yahoo.fr	MDM	ASSOCIATION	CAYENNE
LARCHER	Elise	Médiatrice en santé publique	1234elise@orange.fr	ARMSP	ASSOCIATION	CAYENNE
LATRE	Nathalie	Directrice	apajhsesam973@orange.fr	APAJH	ASSOCIATION	CAYENNE
LE GUEN	Thierry	Praticien hospitalier, urgentiste	thierry.le-guen@ch-cayenne.fr	CHAR - SAMU 973	HOPITAL	CAYENNE
LEOTE	Gladys	Référent ASV	Asv-dsu.remiremontjoly@hotmail.com	DSU Rémire-Montjoly	INSTITUTION	REMIRE MONTJOLY
LESCOURANT	Marie-Claude	Cadre supérieur de Santé	dssi@ch-ouestguyane.fr	CHOG	HOPITAL	SAINT LAURENT
LEVEQUE	Aude	Chargé de mission PDALPD	aude.leveque@sante.gouv.fr	Pôle social - DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
LINDAU	Sylviane	Chargée de mission développement social	dsru.social@ville-cayenne.fr	Mairie	INSTITUTION	CAYENNE
MATHIEU	Alexandra	Chargée de mission	a.mathieu@gps.gf	GPS	ASSOCIATION	CAYENNE
MELLARD	Julie-Anne	Directrice	julie.anne.mellard@groupe-sos.org	ACT Guyane	ASSOCIATION	REMIRE MONTJOLY
MENCE	Shirley	Chargée de mission	shirley.mence@sante.gouv.fr	Pôle Santé Publique - DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
MERI	Yolande	Puéricultrice	yolande.meri@gmail.com	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE

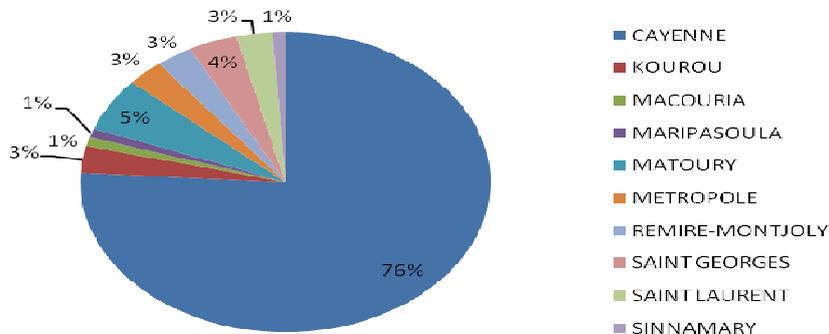
NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
MICHOTTE	Karine	Responsable du service prévention	karine.michotte@cgss-guyane.fr	CGSS	INSTITUTION	CAYENNE
MIJDT	Alain	Technicien coopération	alain.mijdt@cg973.fr	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
MILLOT	Françoise	Assistante sociale	francoise.millot@sante.gouv.fr	Pôle social - DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
MORAND	E.	IDE	lisa1405bleu@hotmail.fr	CHAR	HOPITAL	CAYENNE
NACHER	Mathieu	Médecin: Président (Réseau Kikiwi et Corevih)	mathieu.nacher@ch-cayenne.fr	CIC-EC; COREVIH; Réseau Kikiwi	ASSOCIATION	CAYENNE
NAMER	Catherine	Coordinatrice	diet973@wanadoo.fr	Réseau Diabète	ASSOCIATION	CAYENNE
NEBOR	Venise	Présidente	ad973.mfpp@yahoo.fr	AD973/MFPP	ASSOCIATION	MATOURY
NORDIN	Chantal	Présidente - IDE	nc.l@wanadoo.fr	AGIEN	ASSOCIATION	CAYENNE
PACAUD -FELICES	Martine	Directrice du service Insertion/Vieillesse/Handicap	martine.pacaud-felices@cg973.fr	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
PARRIAULT	Marie-Claire	Coordinatrice de projet	parriaultmarieclaire@yahoo.fr	CIC - EC	HOPITAL	CAYENNE
PASCAL	Christine	IDE	chpascal@live.fr	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
PERDREAU	Séverine	IDE	severine.perdreau@justice.fr	PJJ	INSTITUTION	CAYENNE
PHINEIRA-HORTH	Marie-Laure	Présidente	marie-laure.phinera@orange.fr	Association Guyane Alzheimer	ASSOCIATION	CAYENNE
PINCHON	Sophie		Sophie.pinchon@sante.gouv.fr	DSDS -Pôle santé environnement	INSTITUTION	CAYENNE
PRAT	Christophe	Directeur adjoint	christophe.prat@sante.gouv.fr	DSDS	INSTITUTION	CAYENNE

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
REYDELLET	Marianne	Chargée de mission parentalité	marianne.reydellet@sante.gouv.fr	Pôle social - DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
REZKI	François	Sociologue enseignant	francois.rezki@gmail.com	IESG-UAG	INSTITUTION	CAYENNE
RICARD	Emmanuel	Délégué général	er@sfsp.info	SFSP	ASSOCIATION	VANDEUVRE LES NANCY (54)
ROBILLARD	Jean-Noël	Coordonnateur de la Mission France Guyane	mdmmfcayenne@yahoo.fr	MDM	ASSOCIATION	CAYENNE
SACRAMENTO	Maria	Médiatrice en santé publique	sacramento.maria@live.fr	ARMSP	ASSOCIATION	CAYENNE
SALAZAR	Stéphanie	Psychologue (universitaire)	stefanie-sofia.salazar-delgadillo.1@ulaval.ca	Pôle santé publique - DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
SASSON	Francine	Chargée de prévention	francine.sasson@cgss.guyane.fr		INDEPENDANT	CAYENNE
SEBELOUE	Thierry	Directeur du service de coopération	sebeloue@orange.fr	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
SELE	Pascal	Chef de projet EMIPS	p.sele@yahoo.fr	Réseau Matoutou	ASSOCIATION	SAINT LAURENT
SIMART	Geneviève	Administratrice	entraidesguyane@wanadoo.fr	Entraides	ASSOCIATION	CAYENNE
SUZANON	Joëlle	Médecin - Mission Démographie des Professionnels de la Santé	jsuzanon@cg973.fr	Conseil Général	INSTITUTION	CAYENNE
TALBOT	Richard	Chef de projet CUCS	r.talbot@ville-cayenne.fr	DSRU	INSTITUTION	CAYENNE
TANGUY	Nejma	IDE	nejma.t@gmail.com	PMI - Conseil Général	INSTITUTION	KOUROU
VAN MELLE	Astrid	Coordinatrice de projet	Astric.van-melle@ch.cayenne.fr	CIC – EC (CHC)	HOPITAL	CAYENNE
VERDAN	Marie-Claude	Présidente	mc-verdan.orsg@wanadoo.fr	ORSG - Conseil Régional	INSTITUTION	CAYENNE

NOM	Prénom	Fonction	Courriel	Structure	Type de structures	Commune
VEZOLLES	Marie-Josée	Médecin inspecteur régional	marie-josee.vezolles@sante.gouv.fr	DSDS	INSTITUTION	CAYENNE
WATSON	Jocelyn	Présidente / Secrétaire adjointe	yama.watson@wanadoo.fr	AGOM/ GPS	ASSOCIATION	CAYENNE
WECKERLE	Valérie	Coordinatrice	coccinelle973@wanadoo.fr	Réseau Kikiwi	ASSOCIATION	CAYENNE

STATISTIQUES SUR LES PARTICIPANTS AU DEBAT REGIONAL

Répartition par communes des 105 participants au débat régional



76% des participants travaillent dans une structure basée à Cayenne.

9 communes de Guyane sont représentées.

Des représentants de structures basées en métropoles sont également présents.

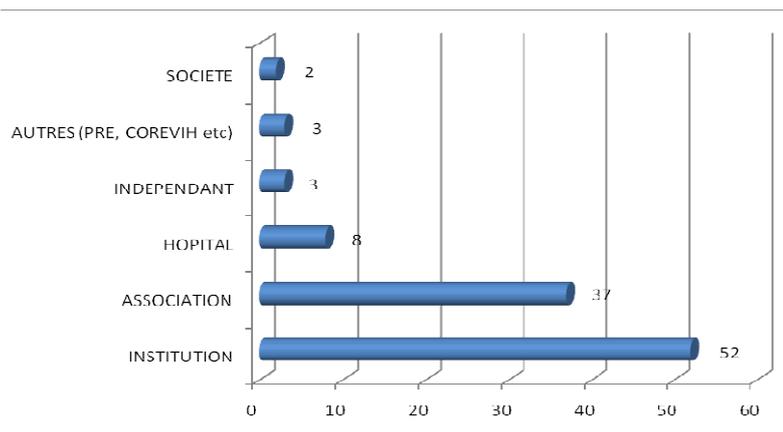
Répartition par types de structure des 105 participants au débat régional

On constate que près d'un participant sur deux travaille au sein d'une institution.

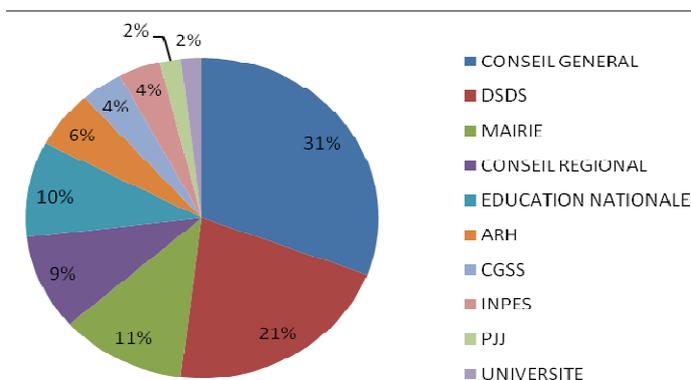
Les personnes œuvrant dans une association représentent plus d'un tiers des participants.

Les structures hospitalières sont également représentées (près de 8% des participants).

Enfin, d'autres types de structures et de dispositifs sont représentés (sociétés, indépendants etc.)



La répartition des participants œuvrant dans des institutions est la suivante :



On observe que des représentants de diverses institutions, services déconcentrés de l'Etat, collectivités locales, établissements publics etc., ont participé à ce débat régional.

Parmi les 6 institutions membres de droit du CA de GPS, 5 étaient représentées.

Les représentants des collectivités territoriales représentent plus de la moitié des participants travaillant au sein d'institutions.

LISTE DES SIGLES

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACSE	Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances
ACT	Appartements de Coordination Thérapeutique
ADER	Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche
ADOSEN	Association Action et DOcumentation Santé pour l'Éducation Nationale
ADPEP	Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public
ADSSUK	Association pour le Développement Social et la Solidarité Urbaine de Kourou
AES	Allocation Education Spéciale
AG-CIRE	Cellules interrégionales d'épidémiologie
AGMN	Association Guyanaise contre les Maladies Neuromusculaires
AKATI'J	Association Kourouciennne d'Aide aux Ti' Jeunes
AME	Aide Médicale de l'Etat
APADAG	Association des Parents et Amis des Déficients Auditifs de Guyane
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés de Guyane
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARMSP	Association Régionale des Médiateurs en Santé Publique
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistant Social
ASV	Atelier Santé Ville
CCAS	Centre Communal d'Actions Sociales
CDPS	Centre Délocalisés de Prévention et de Soins
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CIC EC	Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique
CIRE	Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie
CGPA	Comité Guyanais de Prévention de l'Alcoolisme
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHAR	Centre Hospitalier Andrée Rosemon
CHOG	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck JOLY »
CIC-EC	Centre d'investigation Clinique- Epidémiologie Clinique
CMCK	Centre Médico-Chirurgical de Kourou
COREVIH	COordination Régionale de lutte contre le VIH
CRF	Croix Rouge Française
DAAC	Développement, Accompagnement Animation, Coopération

DDJS	Direction Départementale de la jeunesse et des Sports
DFA	Départements Français d'Amérique
DOM	Département d'Outre Mer
DSDS	Direction de la Santé et du Développement Social
DSU	Développement Social Urbain
EN	Education Nationale
EPEM	Ecole des Parents et des Educateurs de Matoury
EPS	Education Pour la Santé
GPS	Guyane Promo Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IESG	Institut d'Enseignement Supérieur de Guyane
IMEA	Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée
INPES	Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé
INVS	Institut de Veille Sanitaire
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAF	Police des Airs et des Frontières
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNSE	Plan National Santé Environnement
PRE	Programme de Réussite Educative
PS	Promotion de la Santé
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SFSP	Société Française de Santé Publique
SGCIV	Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes
SREPS	Schéma Régional d'Education Pour la Santé
UAG	Université Antilles-Guyane
UCHG	Union de la Communauté Haïtienne de Guyane
UCMG	Union Coordination Mutuelles Guyane

PHOTOS DES GROUPES DE TRAVAIL



PHOTOS DU DEBAT REGIONAL



COMPTE-RENDU DETAILLE DES 3 GROUPES DE TRAVAIL

Présentation du déroulement de chaque groupe de travail

Chaque atelier s'est déroulé de la manière suivante :

- Ouverture par M. Robert HULIC, Président de GPS
- Présentation de la loi HPST par M. Philippe DAMIE (ARH) à Cayenne ou M. Christophe PRAT (DSDS) à Kourou et St Laurent du Maroni
- Questions/réponses
- Présentation du SREPS (2007-09) de Guyane. Quelle perspective ? par Mme Mélina BAILLEUX (DSDS)
- Réflexion et propositions des participants sur les 8 enjeux proposés
- Clôture par M. Robert HULIC

Par souci de simplification, les présentations et le discours d'ouverture ont été synthétisés et ne feront l'objet que d'une seule présentation (pour les trois communes). Les supports des interventions sont joints.

Ouverture par M. Robert Hulic, Président de Guyane Promo Santé

Mesdames, Messieurs,

Tout d'abord, je voudrais vous remercier d'avoir répondu à notre invitation. Je souhaite également remercier les personnes qui ont accepté d'intervenir aujourd'hui et plus particulièrement M. Philippe Damie, directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) [ou M. Christophe Prat, directeur adjoint de la DSDS] et Mme Mélina Bailleux, Chargée de mission à la DSDS. Je voudrais également remercier ceux qui ont accepté d'animer les échanges et d'exercer les fonctions de rapporteurs.

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) prévue par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients à la santé et aux territoires actuellement examinée par le parlement va profondément modifier l'organisation du système de santé. La Société Française de Santé Publique considère que les objectifs et les modalités d'organisation de la promotion de la santé, qui fait partie du périmètre des ARS sont très peu développés dans les textes préparatoires actuels.

Afin de nourrir son positionnement ancré dans les pratiques régionales, tout au long de l'élaboration des textes officiels sur les ARS (loi, décrets et circulaires), elle a décidé d'organiser dans chacune des 26 régions des animations et des débats autour de 8 enjeux :

Enjeu 1 : Apports et périmètre de la promotion de la santé

Enjeu 2 : Acteurs de la promotion de la santé et développement de leurs compétences

Enjeu 3 : Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS: démocratie et temporalité

Enjeu 4 : Un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide...) de la promotion de la santé

Enjeu 5 : accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé

Enjeu 6 : Structures et intervention qui contribuent à promouvoir la santé

Enjeu 7 : Intersectorialité

Enjeu 8 : Complémentarité des interventions en santé auprès des populations.

Les réflexions régionales seront valorisées par des contributions écrites et orales lors d'évènements nationaux en 2009. Ce projet, qui a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé, fait l'objet d'une convention entre la SFSP et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La Société Française de Santé Publique a demandé à l'association Guyane Promo Santé d'organiser la réflexion en Guyane.

Le groupe de travail qui a été mis en place pour la réalisation de cette opération a proposé d'organiser trois matinées d'échanges, le 23 juin à Cayenne, le 24 juin à Kourou et le 25 juin à Saint-Laurent du Maroni.

Le programme de cette matinée prévoit plusieurs séquences.

Conformément à la convention qui a été signée entre la SFSP et GPS, vos propositions, le compte rendu des activités réalisées et la liste des personnes ayant participé à cette journée et leurs adresses seront transmis à la SFSP.

Mesdames, Messieurs, je veux maintenant laisser la place à la suite des interventions et aux débats qui s'ensuivront. Je vous renouvelle à tous mes remerciements pour votre présence et vous souhaite une bonne journée de travail.

Présentation de la loi HPST par M. Philippe DAMIE à Cayenne

Support : Pourquoi crée t-on des ARS ? (cf. Powerpoint en PJ).

Remarques :

- Début années 80 : vague de décentralisation
- 1996 : création de l'ARH
- 2009 : ARS
- Histoire jalonnée de réformes ; capacité d'adaptabilité.

Présentation de la loi HPST par M. Christophe PRAT à Kourou et à St Laurent

Supports : Présentation officielle du Ministère, 5 juin 2009 (cf. Powerpoint en PJ).

Présentation approfondie du Titre III de la loi (cf. Powerpoint en PJ)

Remarques :

- Loi complexe, qui s'accompagnera de décrets, circulaires etc.
- Projet d'organisation sanitaire et non de financement.
- Quelques modifications ont été apportées le 16 juin par la Commission mixte paritaire.
- 24 juin : loi votée par l'Assemblée nationale, puis soumise au vote du Sénat.
- Les socialistes souhaitent que le projet passe en Conseil constitutionnel.
- Mise en place de l'ARS initialement prévue le 1^{er} janvier 2010 mais report probable au 1^{er} juillet 2010.

Présentation du Schéma Régional d'Education Pour la Santé par Mme Mélina Bailleux à Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni

Support : Présentation du SREPS 2007-09 (cf. Powerpoint en PJ)

CAYENNE

Questions/réponses relatives à la loi HPST et aux ARS

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Est-il prévu un document retraçant tout ce qui est dit ?

M. R. Hulic (GPS) :

- L'ensemble des groupes de travail sera restitué à la journée du 10/09. Ces contributions seront par ailleurs mises en ligne sur le site de GPS.

Dr P. Bonnet (CHAR) :

- Le futur schéma de régional de prévention aura quelle durée ?

M. P. Damie (ARH) :

- Référence au SREPS existant (3 ans).

Dr C. Rosnel (Conseil Général) :

- Avec l'ARS, pourra-t-on imaginer un renforcement du décloisonnement des secteurs sanitaires et médico-sociaux ? C'est là que le bât blesse. Est-ce que l'ARS insistera sur cet aspect ? Peut-on aboutir à un véritable travail en réseau/partenariat ? Et comment va se faire le partenariat ?

M. P. Damie (ARH) :

- L'intérêt de l'ARS est d'assurer la fluidité du parcours de santé (entre le sanitaire et le social). L'utilisateur n'a pas à pâtir de nos désorganisations administratives. C'est donc effectivement un des grands chantiers sur lequel l'ARS s'attaquera.
- Il y a un travail à faire avec le Conseil Général, il sera partenaire de l'ARS ; dans le conseil de surveillance et commission de coordination. Les élus auront leur place et seront consultés. (la loi n'a pas arrêté la constitution de ces deux instances -en attente des décrets).

Dr C. Rosnel (Conseil Général) :

- Quelle sera la composition des commissions ? Peut-on faire des propositions pour la constitution de ces deux instances ?
- C'est important pour le Conseil Général qu'il soit partie prenante de la réflexion.

M. P. Damie (ARH) :

- Oui, vos élus peuvent relayer vos propositions.

Dr C. Rosnel (Conseil Général) :

- A l'heure actuelle, il n'y a pas de coordination maintien à domicile / assurance des soins.

M. J-M. Collignon (EPEM) :

- Le GRSP ne nous a pas accordé de subvention sur l'argument que nous sommes trop généralistes et pas suffisamment spécialistes. Comment l'ARS va pouvoir agir à ce sujet ? Comment peut-on se positionner ?

M. P. Damie (ARH) :

- Le Plan Régional Santé Publique (PRSP) ne pourra se créer sans une analyse fine du terrain, des acteurs présents, de la qualité des opérateurs sur le terrain (se mesure à travers l'intervention des professionnels sur le terrain mais également des dossiers, de la rédaction des projets). Possibilité de repérer les forces et les faiblesses des acteurs. Il faudra un regard fort de terrain. On peut d'autant plus se le permettre qu'on est dans une région à échelle humaine.

Mme E. Jeanneau (AKATIJ) :

- Plus on est une grosse association, plus on a de la facilité à monter des dossiers. Les grosses associations auront les moyens de répondre aux appels à projet. .
- Quels soutiens seront apportés aux petites associations ?

M. P. Damie (ARH) :

- Il existe des structures pour cela (dont GPS).
- Fait également référence à la mutualisation. Il y a peut-être des fonctions (logistiques, comptables) qu'il faut mutualiser. Je ne parle pas des fonctions d'animateurs. On peut progresser là-dessus.

Mme E. Janneau (AKATIJ) :

- Je suis d'accord avec vous mais dans le cadre de la mutualisation, même si on crée des groupements, les petites associations vont tout de même être amenées à disparaître et se faire manger par les grosses associations qui auront plus de capacités à répondre à toutes les demandes du financeur. On a besoin de ces petites associations.

M. P. Damie (ARH) :

- Vous résonnez dans une logique institutionnelle, moi je résonne plutôt « réponse au besoin ». Une petite association peut très bien trouver une modalité de réponse à un besoin dans un cadre plus élaboré en termes de structure administrative. « Small is beautiful ». Il faut préserver la qualité des opérateurs de terrain. Tout est affaire de dialogue, d'équilibre, de travail en commun. Il ne faut pas aller absolument vers la voie de la mutualisation comme il ne faut pas aller vers l'émiettement associatif, qui est dramatique. On se rend compte qu'on aide une association qui n'est pas en mesure d'assumer l'action.

Mme G. Euzet (Rectorat) :

- Faire un point d'orgue. Peut-on déjà faire des propositions tout de suite concernant la loi, la place des IDE etc.?

M. R. Hulic (GPS) :

- Si vous avez des propositions, vous les faites.

Mme G. Euzet (Rectorat) :

- Place des infirmiers : je trouve qu'il n'y pas suffisamment de place laissée aux IDE, qui pourtant sont amenés à travailler sur la prévention.
- On devrait pouvoir s'appuyer davantage sur les IDE. Je pense notamment aux IDE scolaires (possibilité de renouveler certains contraceptifs, possibilité de délivrer contraception d'urgence à l'université).
- Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, les IDE ont un rôle à jouer et sont un partenaire important.
- Associer les conseillères techniques (rectorales ou départementales ; ici, c'est confondu) dans les commissions de coordination des politiques de santé.
- Possibilité d'exploiter les statistiques recueillies par les IDE. Ces données sont un indicateur de la santé des jeunes. Ces données ne sont pas suffisamment exploitées.
- Rappelle également que seul le Rectorat doit être responsable de la politique de santé au sein des établissements scolaires.
- Un acte préventif est toujours moins cher qu'un acte curatif.

Dr A. Fabre (CHAR) :

- Apporter un témoignage.
- Associer davantage les acteurs de terrain aux commissions de coordination, aux réflexions etc.
- Depuis 1996 en Guyane, mais invité seulement 2 fois (98 et 99) pour témoigner et faire une présentation de la périnatalité. La périnatalité est érigée en priorité. Or, je n'ai été associée à aucune réflexion, concernant pourtant une des priorités régionales.

- Suggère d'associer davantage d'acteurs de terrain aux réflexions, aux commissions, à la Conférence régionale de la santé etc.

Dr C. Grenier (CHAR) :

- Est-ce qu'il va y avoir des moyens financiers mis dans tous ces projets ?
- En référence à la lettre ouverte de M. Sylvain Hervouet Des Forges, responsable à la DDSC, qui a lancé un cri d'appel concernant la chute de la distribution de préservatifs fournis par la centrale d'achat (DDSC). -65% de distribution de préservatifs en Guyane. Les seuls préservatifs distribués sont ceux financés par la DSDS.
- Cela s'explique par la diminution des moyens des associations. Quels moyens financiers mis dans tous ces projets ? Comment parler de prévention ? Donnez-nous les moyens de mener une prévention.

M. A. Danglades (MGEN) :

- Le pourquoi des ARS ?
- On parle de réduction des inégalités d'accès aux soins. Il reprend le fait énoncé par le Dr C. Grenier, le manque de moyens pour acheter des préservatifs.
- 200 000 habitants en Guyane. Notre territoire, à échelle humaine, pourrait laisser penser que ce serait facile à mettre en oeuvre. Mais par exemple, 4 ophtalmologues seulement sur toute la Guyane dont 3 à Cayenne et 1 à Kourou. Cela pose un problème pour les populations du fleuve et de St Laurent.
- Problème des revenus de la population pour accéder aux soins.
- Les moyens seront-ils suffisants pour développer une politique de santé et d'accès aux soins pour la population? Nécessaire de consentir des efforts.

M. P. Damie (ARH) :

- La question des moyens est toujours sensible et intervient toujours dans un débat. Aujourd'hui, je n'ai pas de réponse mais c'est une préoccupation que je note de manière alertée. Un projet régional de santé arrêtera des priorités donc cela veut dire que si on se donne comme priorité le VIH/Sida et la périnat., on ne pourra pas émettre sur d'autres choix. Je dis cela au hasard. Je n'ai pas d'idée arrêtée sur les choix qui seront faits ; il faut qu'ensemble, on puisse se dire c'est prioritaire et que c'est là qu'on met tous les moyens. Ce n'est pas toujours évident de dégager des priorités dans une région où tout est prioritaire. Quand on voit les indicateurs sur le diabète, la périnat., la drépano, la question des maladies hydriques , on voit bien que la tâche ne sera pas facile et qu'on aura besoin de tout le monde.

Dr L. Brunet (DSDS) :

- Malgré toutes les avancées que va permettre la création des ARS et que je salue, je regrette que tout le volet social quitte le giron de la DSDS. Qu'est-ce qui est prévu pour conserver des liens forts entre la santé et le social, non seulement parce que ce sont des collègues avec qui on a beaucoup et bien travaillé mais aussi parce que je pense que c'est essentiel que la santé reste présente dans la problématique du social.

M. P. Damie (ARH) :

- En tant qu'ancien DDASS, je suis sensible à votre question.
- Il ne faut surtout pas que la future Direction régionale de la Cohésion sociale, de la Jeunesse et des Sports soit à l'écart de l'ARS. Dans le conseil de surveillance siégera le Directeur régional.
- Le PRAPS fera également le lien entre ces deux thématiques et les deux directions ; ce n'est pas seulement des questions d'accès au soin.
- Au delà de cette organisation prévue, il faut effectivement éviter à tout prix la coupure entre les personnes qui s'occupent de lutte contre les exclusions, qui ont, à travers les politiques d'hébergement d'urgence, repéré des problématiques de santé. Qu'on puisse continuer à travailler ensemble.

M. M. Koussikana (Conseil régional) :

- Observation de la santé. Le PRSP avait identifié l'ORSG comme l'organe ayant les compétences. L'ARS récupère cette compétence. Quitte de l'action future de l'ORSG. Des liens forts ont été tissés entre la DSDS et l'ORSG. Quel sera son rôle par la suite ?
- La Conférence régionale de Santé, future défunte, avait pour rôle d'évaluer le PRSP ; or, la nouvelle conférence se contentera de donner des avis mais n'évaluera plus. Or, on connaît le rôle que la société civile guyanaise et les élus ont joué dans la mise en place du PRSP. Je me pose la question de savoir si l'Ars entend récupérer tout et ne laisser que des miettes.
- Je suis chef de service santé, et formations sanitaires et sociales au CR. Vous avez dit que l'ARS reprendra le rôle de la DSDS sur la pédagogie. Rôle d'agrément pour les formations. La Région met actuellement en place un schéma régional des formations sanitaires et médico-sociales. Transferts de compétences mais les transferts financiers ne suivent pas. L'ARS va-t-elle plus se pencher sur la partie financière de ces formations ?

M. P. Damie (ARH) :

- Place de l'ORSG. On aura besoin d'un observatoire de santé en Guyane. Si un travail a été fait entre la DSDS et l'ORSG en termes de contractualisation, l'ARS reprendra. Il n'y a pas de raison de ne pas s'appuyer sur quelque chose qui existe et qui fonctionne déjà (toujours en se basant sur une évaluation de ce qui s'y fait au titre de l'ORSG). Cela sera une question à aborder avec l'ORSG dans le cadre futur de l'ARS.
- Conférence Régional De Santé et de l'Autonomie : à ma connaissance, son rôle n'est pas modifié considérablement par rapport à ce qui existe aujourd'hui. Cela est renvoyé à un décret. Ça m'étonnerait qu'on aille en deçà de la situation actuelle compte tenu de l'ambition de démocratie sanitaire qu'affiche l'ARS. Il est important que cette conférence puisse encore jouer pleinement ce rôle.
- Il n'est pas prévu que l'ARS récupère une compétence en la matière et ait une tutelle sur les écoles de formation. Elle restera au CR, charge à lui de défendre son rôle auprès du Ministère. Je pense que c'est un sujet qui est abordé dans le cadre des Etats généraux.

Dr C. Rosnel (Conseil Général) :

- Il est effectivement important d'avoir davantage une écoute auprès des acteurs de terrain. Quand cela passe par la hiérarchie, les choses sont souvent éludées. Ce sont vraiment les acteurs de terrain qui peuvent expliquer les besoins.
- Insiste également sur la rareté des visites à domicile.
- On parle de décroïsonner : bien évidemment, le social est très important.
- Il faut entendre les acteurs de terrains, notamment les associations.

Mme C. Chéry René Aubin (DSDS) :

- Représente les collègues de la DSDS. Regrette qu'une telle démarche n'ait pas été également faite auprès du personnel de la DSDS. Les seules informations reçues ont été diffusées par les syndicats.

M. P. Damie (ARH) :

- Je suis à votre disposition.

Une intervenante :

- A quel moment les assemblées (CR et CG) seront consultées ?
- Très bonne chose que l'Ars puisse exister mais la structure paraît très lourde. Je reste dubitative par rapport à toutes les missions et je crains les difficultés d'organisation.
- On a un pays vaste, des difficultés de transport monstrueuses.
- Dans ce secteur, le médico-social a un savoir-faire. La plupart des associations qui interviennent auprès des enfants handicapés vont sur le fleuve porter de la rééducation. Il y a un savoir faire. Comment cela pourra se poursuivre ?

M. P. Damie (ARH) :

- Je sais que c'est une grosse crainte du médico-social de ne pas trouver sa place dans l'ARS, par crainte que l'ARS soit une Agence régionale de l'organisation des soins. Non, c'est au sens de santé publique, en laissant une place au médico-social. Il y a beaucoup de choses à faire en Guyane sur le secteur médico-social. On a des taux d'équipements très inférieurs aux moyennes régionales. Et si on se compare aux Antilles, on n'est pas bon non plus. J'ai été DSDS de Martinique entre 2003 et 2006 et je sais quelle est la difficulté du secteur médico-social en Outre Mer et je sais qu'en Guyane, les chiffres sont encore plus bas. Ce n'est pas une crainte à avoir compte tenu de l'énormité des besoins.
- Que les associations du secteur puissent trouver une valeur ajoutée à l'ARS et une place au sein de l'ARS. Si elles ne la trouvent pas, vous serez là pour nous piquer et nous dire qu'on a oublié le secteur médico-social. L'ARS sera vigilante là-dessus.

M. D. Riché, M. le Maire de Roura (représentant la députée Mme C. Berthelot) :

- On entend souvent les mots « pérenne », « proximité ».
- Que les petites associations puissent subsister.
- Sur le plan politique, quand on parle de proximité, il y a le CG et le CR, mais les maires sont aussi les premiers touchés et très présents sur le terrain. Les municipalités doivent être présentes dans ce nouveau dispositif.

M. P. Damie (ARH) :

- Ce sera à l'ARS et au secteur médico-social d'inventer quelque chose qui permette que cette place soit trouvée ; parfois, il suffit d'une réunion de concertation, d'un peu de dialogue et les choses vont mieux.

Mme E. Janneau (AKATIJ) :

- Vous avez développé les atouts mais je m'interroge sur la façon dont les associations vont prendre part à toutes ces commissions. Comment les associations vont faire remonter les besoins ?
- Comment l'ARS va concrètement faciliter ce travail en réseau ? Une plus grande efficacité ? Quelle meilleure efficacité ? Vous avez développé les atouts mais nos interrogations sont toujours là.

M. P. Damie (ARH) :

- C'est logique, on met en place une nouvelle organisation. Il y a certains éléments de réponse que je n'ai pas aujourd'hui. Cependant, dès lors qu'on regroupe ces différents services, il y aura une vue globale concernant la question de santé. Ici, en Guyane, il est difficile de séparer prévention et soins.

Mme E. Janneau (AKATIJ) :

- N'est pas convaincue d'une vision plus claire. Plusieurs interlocuteurs perdurent si on travaille dans les domaines suivants : hébergement, santé, etc.

M. P. Damie (ARH) :

- J'aurais été favorable à l'idée d'intégrer le pôle social dans les ARS mais il y a un choix législatif qui a été fait. On va réunir un certain nombre de fonds qui sont aujourd'hui dispersés. A nous de faire des liens avec les secteurs qui ne sont pas intégrés dans l'ARS.

Un intervenant :

- Consultation des assemblées ?

M. P. Damie (ARH) :

- Au niveau de la loi, il y a des parlementaires élus locaux. Au niveau des décrets, les Conseils Généraux et Régionaux seront également consultés.
- Référence également au Plan de santé Outre Mer (avec une composante forte sur la question hospitalière) qui sera certainement annoncé dans la foulée des Etats Généraux.
- Souhaite y intégrer une politique de prévention.

Dr C. Rosnel (CHAR):

- Pratiquement, est-ce qu'on peut imaginer que l'ARS devienne le guichet unique de la santé ?
- Avec contractualisation et partenariats, risque d'orienter les actions.

M. P. Damie (ARH) :

- On n'aura jamais complètement un guichet unique et heureusement car ce serait un guichet totalitaire et trop totalisant. Cela ne serait pas bon. Par contre, il est tout à fait possible d'envisager des contractualisations, des mises en lien. Aujourd'hui, quand on construit une route en Guyane, on facilite l'accès aux soins (ex : nouvelle route Apatou- St Laurent) ; d'où la nécessité de retravailler sur les missions des centres de PMI et santé d'Apatou.

Dr C. Rosnel (Conseil Général) :

- Donc, vous avez conscience qu'il faut travailler avec toutes les administrations ?

M. P. Damie :

- Oui, j'ai conscience mais il faut que tout le monde en ait conscience.

Mme E. Janneau (AKATIJ) :

- Tout le champ du handicap rentre dans les compétences des ARS ?

M. P. Damie (ARH) :

- Confirme ce fait, pour le champ géré par la DSDS aujourd'hui. Parallèlement, le Conseil Général a des missions dans ce secteur.

Réflexion autour des 8 enjeux

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Quel est le lien entre le SREPS et les ARS qu'on est venu débattre ?

Mme M. Bailleux (GPS) :

- Le SREPS va rejoindre un plan plus général de prévention au niveau de la Guyane.
- On ne part pas de rien. On va faire le bilan de l'existant, des axes développés et rebondir sur les priorités pour les prochaines années.
- Pas d'indications sur la durée (à présent, 3 ans).
- Avec votre expérience, à votre échelle, en tant qu'acteur, quelles propositions souhaitez-vous faire en matière de prévention ?
- 8 enjeux repris dans chaque région (cf. SFSP).
- Alimenter le débat sur la place de promotion et de l'éducation pour la santé.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Au départ, volonté d'axer sur l'ARS et les enjeux.
- En Guyane, compte tenu de l'expiration prochaine du SREPS, il nous a paru intéressant de présenter le SREPS et de mettre en lien ce schéma avec les axes de la promotion de la santé dans l'ARS. Quelles priorités faire remonter ?

ENJEU 2 : ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DEVELOPPEMENT DE LEURS COMPETENCES

Mme G. Euzet (Rectorat) :

- Rôle incontournable voire primordial des IDE dans la prévention.
- Formation continue et en lien avec d'autres acteurs (interinstitutionnelle).

- Mise en place des CESC, qui permettent d'aborder différents thèmes d'éducation pour la santé (nationaux et/ou ceux retenus au niveau régional); volonté d'inscrire ces thèmes dans le projet académique et le SREPS.

Dr P. Bonnet (CHAR) :

- En tant que pédiatre hospitalier, on se sent très concerné par l'EPS, notamment par l'éducation thérapeutique (maladies chroniques).
- Nous avons déposé un projet pour mettre en place une action d'éducation thérapeutique (maladies chroniques, diabète, drépano, VIH etc.) + actions en collaboration avec réseau sur nutrition, prévention du surpoids et obésité. Champs de travail important de collaboration sur prévention, éducation thérapeutique et prévention.

Dr C. Grenier (CHAR) :

- Hôpital décentralisé : Centres de santé du CHAR qui concernent toutes les populations isolées jouent un rôle majeur dans la prévention (qui fait partie de nos missions), qui sont plus ou moins formalisées.
- Dans le cadre de la mutualisation, avec les acteurs de terrain, les centres mènent des actions majeures dans les communes isolées.

Dr M. Nacher (COREVIH et CIC-EC) :

- Pour ce qui est du VIH, on voit que si l'éducation thérapeutique a été individualisée, les indicateurs montrent qu'on n'est pas efficace dans la prévention des IST. Ils montrent que l'efficacité des actions menées est peu élevée pour la prévention de certaines maladies.
- Important d'individualiser la promotion de la santé en tant que telle, elle n'est pas incluse dans les consultations thérapeutiques. D'où la nécessité de proposer des consultations de prévention.
- Réunion sur l'évaluation des pratiques professionnelles : on a constaté qu'il n'y a pas de règle unique, mais qu'il est important d'adapter avec les ressources locales.
- Nécessité d'évaluer : mais sans indicateurs et photo de départ pour mesurer les bénéfices, sans état des lieux de départ, cela est difficile....
- L'évaluation a un coût. Les études dans le domaine du VIH sont actuellement financées par des agences nationales de recherche mais il existe un vide de financements à ce niveau là. Il faut faire des demandes spécifiques et pas d'évaluation programmée et financée en tant que telle.

M. A. Danglades (MGEN) :

- Parmi les acteurs, j'aurais souhaité parlé du malade (cf. éducation thérapeutique).
- Importance de l'environnement et des aidants comme les parents, accompagnants.
- Importance du caractère social, et du rôle de la proximité.
- Besoin de former et d'accompagner ces personnes.

M. B. Joseph-François (ADEPEP) :

- Si la question est de s'identifier comme acteur de l'EPS, je pense que toutes les structures du médico-social peuvent se sentir concernées, notamment celles qui travaillent dans le domaine de l'enfance (je prends l'exemple des Sessad qui interviennent dans le domaine du handicap auprès des enfants, parents, parfois au sein de l'Education nationale, etc.)
- Savoir faire et expérience des structures médico-sociales pas suffisant mis à profit.
- Manque de reconnaissance de leurs compétences.
- Les structures médico-sociales ne sont pas suffisamment connues et reconnues en tant que tel acteur de prévention. Elles ne sont pas suffisamment associées aux réflexions/décisions.
- Moyens proposés insuffisants : mettre à profit leur expérience pour contribuer à une meilleure efficacité.

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Avant, le médico-social n'était pas dans la santé. Le médico-social a été pris de cours de faire partie de la santé. Absence de réflexion adéquate. Difficile de participer à la discussion sur le schéma sachant qu'on n'a pas participé à son élaboration.
- Or, le médico-social est un point focal et a un rôle important dans la prévention. On est au carrefour et on joue un rôle d'interface; on peut être considéré comme un acteur d'EPS.
- En matière de formation : on a besoin de paramédicaux et de sociaux.
- Importance du schéma élaboré au niveau de la région où plusieurs propositions ont été faites.
- Ce n'est pas évident mais j'essaye de rentrer dans la démarche.

M. M. Amar (CGSS) :

- Je voudrais mettre l'accent sur la mobilisation (des acteurs).
- Ce matin, on a senti beaucoup d'inquiétudes et d'attentes, notamment au niveau des associations.
- Je prends un exemple, celui de l'Appel à projet, diffusé par la CGSS, dans le domaine l'éducation thérapeutique du patient. Pas de retours.
- Souvent, il existe des financements, des projets aussi, mais il y a un problème de mobilisation. Par manque d'informations correctes et disponibles. Effort à réaliser au niveau de la formation et de l'accès à l'information.
- Il existe beaucoup d'associations mais celles qui ne sont pas assez structurées ne peuvent pas mener des projets d'envergure régionale. Nécessité que les associations se structurent, et qu'elles puissent échanger.

Mme E. Jeanneau (AKATIJ) :

- Les associations ne sont pas toutes égales pour répondre aux appels à projet. Des associations du médico-social sont structurées et composées de professionnels qui peuvent répondre aux appels à projet. Peut être que l'information sur les formations est mal diffusée...

Une intervenante :

- Quand on veut mettre en place 1 CESC, difficultés à fonctionner ; pour fonctionner correctement, il manque un coordonnateur qui serait chargé de faire appel à des associations selon les problématiques.

Mme G. Fuzet (Rectorat) :

- Réfléchir à de nouvelles formes de diffusion des informations (ex : appels à projets) pour toucher plus d'associations. Par GPS, qui a un listing des associations.

Dr P. Bonnet (CHAR) :

- On parle de coordinateurs mais il existe des structures qui s'appellent des réseaux ; elles ont un rôle de coordination sur des questions spécifiques de santé publique. Ils réunissent déjà des acteurs ; s'ils continuent à 'exister, n'ont-ils pas une place centrale à jouer?
- Si on garde les réseaux, ils doivent jouer un rôle important dans la coordination des associations et des actions menées.

M. A. Danglades (MGEM) :

- Existence d'une association pour la documentation à la santé de l'Education Nationale, qui permet d'intervenir auprès des scolaires. A l'IUFM, modules de formation (conférences) sur la santé publique, en lien avec métiers d'enseignants. Une information est faite.
- Il serait intéressant que GPS (ou une autre structure) développe une plateforme où ces acteurs pourraient se retrouver (ex: plateforme de ressources) et puiser de l'information. Certains documents pourraient intéresser des associations et d'autres acteurs de santé publique.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Le site internet de GPS pourra faciliter la diffusion de l'information. Il existe des retards dans la mise en place du site, mais devrait être opérationnel à la fin de l'année. Tout ce qui est déjà fait et susceptible d'intéresser d'autres personnes peut être transmis à GPS pour diffusion/mise en ligne (études, outils etc.).

M. M. Koussikana (Conseil Régional) :

- Quel est l'impact de la mise en place de GPS? A la base, a été créé pour aider les associations à mener à bien leurs projets.
- GPS mis en place par GRSP. Que va devenir GPS avec la disparition du GRSP ? Quel est son devenir dans le cadre de l'ARS ? Intégrer l'ARS? Rester une association?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- GPS a d'autres sources de financements dont l'Inpes.

M. P. Damie (ARH) :

- Non... ce n'est pas parce que le GRSP disparaît que l'ensemble des financements attribués vont disparaître. GPS restera une association. Si on fait un SREPS, c'est pour valoriser la place de GPS dans l'aide au montage de projet, la professionnalisation des acteurs etc.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Question de la reconnaissance des acteurs et de leur accompagnement, notamment dans le cadre de formations. La formation est-elle nécessaire dans le domaine de l'EPS ?

Mme G. Euzet (Rectorat) :

- Intéressant de développer des formations en méthodologie de projet (avec GPS) mais d'autres associations peuvent apporter leurs compétences...

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Quelles modalités de mise en œuvre ? Animation de groupe, etc. ?

Mme G. Euzet (Rectorat) :

- Cela fait partie des demandes formulées auprès de GPS. Cela a bien commencé, j'espère que cela va continuer.

ENJEU 3 : GOUVERNANCE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES ARS : DEMOCRATIE ET TEMPORALITE

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Quels temps d'échanges ? Quels liens avec l'ARS ? Comment organiser le partage de connaissances, d'expériences, et de données ?
- Le SREPS devait bénéficier d'un comité de suivi 2 fois par an, qui réunit les acteurs de la santé.

Mme G. Euzet (Rectorat) :

- Volonté de participer aux différentes commissions de l'ARS.
- Au niveau du GRSP, nous participons aux rencontres. Souligne l'importance des temps des rencontres pour faire un point sur les actions réalisées (bilan), faire remonter les données, et gagner en cohérence.
- Rôle du recteur dans le domaine de l'EPS.

M. Y. Bhagooa (Mutualité) :

- Question de gouvernance.
- Conseil de surveillance : resserré
- Au niveau de la Conférence Régionale de santé (CRS) : on doit pouvoir organiser les choses pour que les différents acteurs trouvent leur place (sous forme de sous commissions, groupements etc.). Ces acteurs pourront donner toute la valeur à l'expérience de terrain.

Mme E. Jeanneau (AKATIJ) :

- Il manque des éléments de base : comment sont constituées les commissions, comment seront-elles mises en place. Pas d'informations sur la composition des commissions.
- Comprendre comment cela va s'articuler et comment les acteurs peuvent se positionner ? On n'a pas suffisamment d'éléments pour réfléchir sur la démocratie et la temporalité.
- Préconise une meilleure représentativité des associations, que le médico-social ait une part importante et qu'il ne soit pas oublié en faveur du sanitaire.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Précise que toutes les réponses ne sont pas connues à ce jour. Ces consultations ont été organisées il y a plusieurs mois dans certaines régions françaises ; les acteurs disposaient d'encore moins d'informations. On est conscient qu'il nous manque beaucoup de réponses.

M. R. Hulic (GPS) :

- L'objectif de ces échanges n'est pas de mettre en place des groupes de travail mais de recueillir vos souhaits. C'est à vous de dire ce que vous voulez. On est là pour recueillir ce que vous voulez.

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Je ne vois pas le lien entre l'objet du débat et le SREPS. Comment se positionner vis-à-vis du SREPS? Moi je ne suis pas dans le SREPS. Certains acteurs (en particulier ceux du médico-social) n'ont pas connaissance du SREPS...
- SREPS : version éducation pour la santé; or prévention et promotion englobent des domaines plus larges. Qu'entend-on par promotion de la santé?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- On part du SREPS qui est le référentiel existant en Guyane mais le SREPS ne couvre pas l'ensemble de la promotion de la santé. Il est vrai que le médico-social ne connaît pas le SREPS. L'idée est de voir ce qu'il faut faire pour que la promotion de la santé fonctionne en Guyane.

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Comment apporter une contribution sur quelque chose qu'on ne connaît pas et qu'on n'a pas assimilé ?
- Vous êtes amenée à faire de l'EPS, comment vous souhaiteriez vous positionner ?

Mme G. Fuzet (Rectorat) :

- Je comprends votre interrogation. Je trouve cette démarche intéressante. Nous sommes peut être trop cloisonnés et l'ARS nous oblige à nous ouvrir davantage pour découvrir des aspects qu'on n'avait pas envisagés.
- Quand l'APADAG fait des actions grand public (ex : sur la place des Palmistes), vous êtes un acteur de la promotion de la santé.

M. A. Danglades (MGEM) :

- Qui participera à cette gouvernance ? Quels seront les autres membres des instances/commissions?
- On a parlé des élus, associations. Il faudrait que l'ensemble des acteurs soient représentés (à travers réseaux, des fédérations, par exemple les Unions des mutuelles).
- Quelles seront les modalités d'élection des membres de ces instances de gouvernance ?
- Quelle sera la composition (personnes morales/physiques) de la Conférence Régionale de Santé ? Quelles seront les modalités de désignation des membres ?
- Importance de la durée de la représentation de ces acteurs (cf. temporalité).

Un intervenant :

- Particularité : les associations ne sont pas toutes égales et sur un même pied d'égalité. Elles ont des niveaux d'expertises différents. D'où le problème de savoir qui est légitime pour représenter les

acteurs du terrain ? Les associations locales versus les associations nationales. Les associations locales ont une expertise de l'existant en Guyane.

- La crainte est que les associations nationales soient présentes dans les diverses commissions alors qu'elles sont parfois peu présentes ici.
- Au cours de la rédaction des décrets, circulaires, etc. : importance d'associer les associations locales d'utilisateurs (et pas seulement les associations à caractère national). Réflexion à mener avec les acteurs pour se mettre d'accord. Si 20 personnes au sein des conseils des ARS, les places seront rares et chères...

M. R. Hulic (GPS) :

- Encore une fois, c'est à vous de dire ce que vous voulez. Qui dans les commissions ? Comment ? etc. C'est aux associations de préciser qu'il faut tenir compte des spécificités si on ne veut pas que le niveau national impose la présence des associations nationales parfois peu représentées ici.

Un intervenant :

- Le contexte local fait qu'il y a une pénurie en termes d'équipement, de professionnels.
- Difficultés à intervenir en raison des caractéristiques de la Guyane.
- Mise en concurrence des acteurs par rapport aux appels à projet alors qu'il est nécessaire d'accompagner davantage les acteurs qui sont peu nombreux compte tenu des domaines prioritaires.
- 2 décrets vont fixer la composition du conseil de surveillance et de la commission de coordination etc. Y aura-t-il des décrets spécifiques pour l'ARS de Guyane, qui tiendront compte de l'ensemble des concertations ? Risque que les éléments soient imposés par le national et ne correspondent pas aux attentes locales.
- Formation : j'ai déjà une réponse. L'ARS ne pourra pas accompagner la promotion de la formation des professionnels. Or, 600 emplois à créer dans le domaine médico-social dans les prochaines années. Or, aujourd'hui, il y a déjà une carence. La question de la formation est cruciale.

Mme E. Jeanneau (AKATIJ) :

- Il est important que les personnes faisant partie de ces commissions s'y investissent.
- Question de la participation des acteurs au sein des commissions créées ? (ex : le CROSMS).
- Si les personnes nommées ne viennent pas, que faire ? Prévoir que la personne devra quitter la commission si elle ne vient pas.

Mme V. Weckerle (Réseau Kikiwi) :

- Les personnes ne sont pas toujours présentes dans les commissions. Mais il y a peu de ressources humaines. Difficultés à se libérer pour toutes les commissions et à se démultiplier.
- Données de terrain : comment collecter et faire remonter les données ?

M. M. Koussikana (Conseil Régional) :

- Pour revenir sur l'absence aux commissions, les élus du CR doivent participer le même jour et à la même heure à des réunions. Il faudrait que les techniciens puissent représenter l' élu quand c'est impossible pour l' élu d'y aller, en précisant dans l' invitation que son représentant, désigné par lui-même, peut y participer.
- Représentativité des acteurs : il faudrait que le CR soit représenté au CROSMS car le président du CG va émettre un avis, mais le CR ne pourra pas.

M. P. Damie (ARH) :

- Aujourd'hui, 1 élu du CR est représenté dans la commission du SROSMS.

Dr M. Nacher (COREVIH) :

- Souhaite que l'ARS s'appuie sur les structures de coordination pour favoriser l'aide à la décision.

Mme G. Fuzet (Rectorat) :

- Souhaite que l'ensemble de la Guyane soit représentée et non uniquement des personnes de Cayenne.
- Privilégier la représentativité de la population guyanaise dans les ARS. Comment? Dans le cadre des associations d'usagers.
- Préconise la décentralisation des réunions (pas seulement à Cayenne) et l'indemnisation des membres qui viennent de loin.

Mme E. Jeanneau (AKATIJ) :

- Le modèle de participation du CROSMS est intéressant car il fait participer toutes les personnes utiles, et assure une bonne représentativité des organisations. Cela serait bien d'avoir la même chose dans l'ARS.

ENJEU 4 : UN FINANCEMENT ADAPTE (VERTUEUX, FIABLE, DURABLE, SOLIDE...) DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Il s'agit plutôt de parler des modalités de financement. Il faut que tout le monde ait la même information et que les dossiers soient traités de la même façon. Dans le cadre des ARS, comment organiser le financement ?

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Les décrets sont déjà fixés sur la tarification; est-ce que cela va disparaître?
- Si non, y a-t-il des financements supplémentaires prévus ?
- Doit-on prévoir de déposer des demandes de financements supplémentaires si on souhaite développer des actions de prévention ?

Mme E. Jeanneau (AKATIJ) :

- Que va changer la mise en place des ARS en matière de financement ?

M. P. Damie (ARH) :

- Les appels à projets remplaceront le CROSMS mais la tarification restera. Le Directeur de l'ARS donnera l'autorisation mais il n'y a pas de modifications particulières à prévoir.

Dr M. Nacher (COREVIH) :

- La Guyane est le département le plus touché par le VIH.
- En 30 ans, 2 enquêtes CAP ont été menées dont 1 faite par l'ORS Ile de France et financée par l'ANRS etc. Le Guyana fait ce type d'enquêtes tous les 2 ans (meilleure compréhension des comportements).
- Pour faire une évaluation, une demande de financement a été adressée à l'UE (fonds Interreg) car on n'arrive pas à faire financer ce genre d'enquête ici.
- Pas de photo de départ ; pas de photo d'arrivée. Tant qu'il n'y aura pas d'individualisation de la prévention, d'éducation thérapeutique, c'est difficile de tout faire !
- Pour les actions de prévention du VIH, nécessité de financer des postes ; après des formations; pas de débouchés et mise en place d'actions car absence de poste créé.

M. R. Hulic (GPS) :

- Personne ne pose de question sur la durée du financement, ce qui est surprenant et important.
- Question de la durabilité des projets et de la pérennisation des financements : nécessité d'avoir des crédits qui puissent durer dans le temps.

Mme A. Deglas (AGMN) :

- Gère un centre de formation essentiellement financé par la CGSS. Or, on y fait beaucoup de prévention. Intervention sur toute Guyane.

- Rencontre des problèmes de financement. Donc va joindre GPS pour voir comment pérenniser les services proposés par l'association. On se bat pour avoir une documentaliste etc. Nous sommes interpellés/sollicités par de nombreuses structures.

Mme V. Edouard (APADAG) :

- Domaine du handicap : absence de concurrence car tout est à faire. Nécessité d'avoir une politique de soutien en faveur de ces acteurs plutôt que de les mettre en concurrence.
- Pour les actions plus ponctuelles, est-il nécessaire d'inscrire le projet dans un cadre pluriannuel ?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Comment évaluer les actions ? Comment accompagner les associations pour faire des évaluations ?

Mme E. Goujon (Entraides) :

- Frein à l'évaluation : limitée faute de moyens (humains et financiers).

M. A. Danglades (MGEN) :

- Comment prendre en compte la valeur ajoutée du bénévolat, dont les moyens d'action sont importants? Comment inclure le bénévolat dans l'évaluation pour en tenir compte dans le financement. Propose de quantifier dans les critères d'évaluation l'apport des bénévoles et le de le valoriser.

Dr M. Nacher (COREVIH/ CIC EC) :

- Il faudrait un tableau de bord avec des indicateurs pour tous sur lesquels s'appuieraient les acteurs pour évaluer leurs actions. Attention : on confond évaluation et monitoring. Il faut monitorer les actions des associations afin d'avoir des moyens de choix d'indicateurs pour tous.

ENJEU 5 : ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- GPS aide depuis 2 ans les associations. Comment améliorer la diffusion d'informations, quelles données à diffuser, etc. Faut-il prévoir des temps de réunion ? Autres ? Il s'agit de l'organisation entre l'ARS et les acteurs de terrain.

M. R. Talbot (DSRU de Cayenne) :

- Propose de définir une charte commune de promotion de la santé dans laquelle chaque partenaire serait associé (et qu'il signerait). Seraient définis dans cette charte les grands axes, les indicateurs pertinents pour évaluer, les apports dans le domaine de la formation des acteurs, les éléments relatifs à la préparation des budgets des actions.
- Dans le cadre de la politique de la ville, s'il n'y a pas d'éléments d'évaluation, il est possible que les acteurs ne soient pas refinancés.
- Que chaque partenaire s'engage à respecter cette charte et sache ce qui sera demandé en fin d'action. Bref, avoir un cahier des charges commun, dans lequel tout ce qui doit être fait (et fourni pour l'évaluation) serait indiqué.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Quelle organisation pour la territorialisation ?
- Existence d'ASV dans 5 communes.

M. R. Talbot (DSRU) :

- Identifier des espaces prioritaires pour la santé pour mettre en place des actions prioritaires, à inclure dans le cahier des charges.
- Ré-définition en cours de la politique de la ville. Idée d'identifier des espaces sur lesquels existent des déficits dans 1 domaine spécifique (ex: santé).

- Volonté de décloisonner la réflexion et de sortir de l'approche par territoires prioritaires : sortir du cadre de la ville.
- On peut définir en Guyane des espaces dans lesquels il existe davantage de difficultés d'où la nécessité de mettre en œuvre des actions particulières sur ces territoires.

Un intervenant :

- Coordination importante et non identifiée actuellement. Il faudrait un coordinateur pour chaque thématique. Cette personne devrait assurer la mise en œuvre du SREPS pour chaque thématique.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Pour l'instant, on a une approche méthodologique et non thématique.

M. R. Talbot (DSRU) :

- D'où l'idée de la charte qui peut fonctionner par thématiques.
- Besoin d'identifier une personne référente qui serait chargée d'assurer la mise en place du schéma régional sur une thématique précise.
- Aujourd'hui, il n'existe pas de schéma qui aborde des thématiques de façon spécifique?
- Définir axes sur lesquels on souhaite intervenir (ex: beaucoup d'acteurs sur le VIH; d'autres secteurs « abandonnés » ; ex: cancer du sein, grossesses précoces etc.). Si on définit des axes thématiques, les acteurs pourraient se positionner.

Mme P. Chonville (CGPA) :

- La prévention est un domaine facultatif dans les centres. Cela est problématique....
- Je suis favorable à l'approche thématique, par exemple pour les CSST.

Mme V. Edouard (APADAG) :

- La charte doit être le reflet du terrain. Importance de garder une dimension politique et de faire le lien entre charte et élus... Est-ce une bonne solution de proposer une charte (hors ARS) ? Pour être adéquate, il faudrait la lier aux élus (communes).

Un intervenant :

- Parler plutôt d'une politique territoriale englobant les différentes thématiques ; approche globale à privilégier.

M. R. Talbot (DSRU) :

- La charte devrait constituer un engagement de l'ARS.

M. R. Carlisi (DSDS) :

- Précise que les agents de la DSDS font aussi du terrain dans d'autres institutions, d'autres associations. Il existe des gens de terrain qui se battent pour garder ce volet « terrain ».

Clôture de la séance par M. Robert HULIC

Je voudrais remercier vivement la direction du centre hospitalier qui a mis ses locaux à notre disposition, et tous ceux et toutes celles qui ont contribué à la réussite de cette journée de réflexion. Je vous remercie de votre attention.

KOUROU

Questions/réponses relatives à la loi HPST et aux ARS

M. J-N. Robillard :

- Tout n'est pas encore défini ; importance des décrets d'application.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Question de l'organisation interne de l'ARS et des acteurs sur le terrain. Après, on rentrera dans le vif du sujet, la promotion de la santé.

Dr G. Py (CMCK) :

- Je viens de façon autonome et indépendante, en tant que chirurgien orthopédiste ; je suis en congés actuellement.
- Je ne reviens pas sur la loi votée, qui est effectivement compliquée.
- Le CMCK fait partie des services d'intérêt collectif et pourra participer aux groupements de coopération sanitaire.
- Prévention et promotion santé publique : je suis confronté à une augmentation régulière du nombre de patients ayant certaines maladies, comme le diabète, l'hypertension artérielle, qui sont très mal pris en charge. Il existe très peu de diabétologues en Guyane (1 vrai référent à St Laurent). Surtout un manque de prise en charge globale.
- Entre autre, quelle place pour les médiateurs ? Barrière de la langue, donc comment faire passer le message ? Est-ce que ce problème sera pris en charge ?
- Quelle place pour les autres professionnels de la santé que sont les infirmiers scolaires, libéraux etc. ?
- Problème des programmes d'apprentissages (éducation thérapeutique). Quelle adaptation de ces programmes en Guyane ?
- Chirurgie orthopédique exercée de la même façon en métropole qu'en Guyane, par contre le passage du message aux patients doit se faire par des chemins adaptés.
- Enorme problème de prévention de la santé. Il est dommage qu'on n'ait pas la culture de la prévention en France (et donc dans ses DOM), contrairement aux pays d'Amérique du Sud (cf. campagne de vaccination, nutrition).

M. J-N. Robillard :

- Pose la question de l'articulation entre prévention primaire, secondaire etc.

Dr G. Py (CMCK) :

- Les médecins ont peu de temps pour s'en occuper.
- Difficultés à correspondre avec les associations. Ex : difficultés à faire suivre les propositions thérapeutiques, en lien avec les associations.

M. J-N. Robillard :

- Quelle va être l'implication, et quelles seront les méthodes de l'ARS pour arriver à améliorer cette inter-sectorialité et cette pluridisciplinarité, et mieux articuler la politique de la promotion de la santé ?

Dr G. Py (CMCK) :

- Oui, il faut trouver des temps et lieux d'articulation. Il faudrait mettre en place des moyens d'articulation. Pas forcément des choses compliquées, mais pas uniquement des temps ponctuels.
- Ex : meilleure prise en charge des enfants handicapés.

M. J-N. Robillard :

- Synthétise : structuration des différents acteurs pour mieux coordonner les actions de prévention (primaires, secondaires).
- Est-ce que cela vous fait rebondir ?
- Pas d'autres remarques, questionnements et interrogations sur ce qui a été présenté ?
- Je me tourne vers la Croix Rouge, les représentants du Conseil Général, les IDE scolaires, les représentantes d'associations.

M. R. Hulic (GPS) :

- Je voudrais réagir à l'intervention du Dr Py.
- Fait référence à la prise en charge des diabétiques. Nécessité de garantir l'application d'un protocole pour le suivi des soins. Les IDE ne procèdent pas de la même manière pour faire les soins (témoignage : quand l'infirmière change, les soins changent).

M. J-N. Robillard :

- Fait référence au pilotage et à une concertation pour une élaboration partagée.

M. R. Hulic (GPS) :

- Il faudrait que les personnes du réseau Diabète veillent à ce que les protocoles soient mis en place et qu'ils soient respectés.

Dr G. Py (CMCK) :

- Ce n'est pas très simple, car les recommandations ont beaucoup changé à ce sujet ces dernières années. Très peu de gens ont été formés pour le moment en Guyane.
- Il faut former et sensibiliser les professionnels de santé.

M. R. Hulic (GPS) :

- Problème de prise en charge de base. Fait référence à un ami, qui a été hospitalisé en métropole. S'il était resté en Guyane, on lui aurait coupé le pied.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Extrêmement difficile d'avoir des temps de formation continue, notamment dans les administrations (Education nationale, Conseil Général etc.) en Guyane. Petites formations (internet etc.) mais pas de formations médicales. Ex : Une puéricultrice qui a travaillé quinze ans en métropole a acquis une bonne formation mais depuis, elle n'a bénéficié d'aucune formation en Guyane.

M. R. Hulic (GPS) :

- On pourrait faire des formations sur place, il suffirait de s'organiser.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Toutes les formations qu'on demande ne sont pas assez médicalisées.
- Il faudrait surtout prioriser les formations.
- Ce serait intéressant que l'ARS intervienne et se penche sur cet aspect, celui de la formation plus spécifique, plus médicalisée (ex : remise à niveau des puéricultrices...)

M. J-N. Robillard :

- Une mise en cohérence et une mutualisation de ces formations (ex : une remise à niveau des puéricultrices qui bénéficie également au secteur libéral).

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Souhaite bénéficier de formations de qualité sur des thèmes ciblés (ex : diabète, drépanocytose, bref, tous les domaines de la santé etc.), pouvant profiter au personnel de l'hôpital. On a besoin d'être formées au même titre que les autres, et dans tous les domaines de la santé puisqu'on est susceptible de croiser toutes les maladies possibles et variées.

- 10 ans de constat en tant qu'infirmière scolaire, beaucoup de dépistages réalisés mais tous ne sont pas (absence de retour d'avis émis auprès des familles, ce qui rend le suivi difficile et long).

M. J-N. Robillard :

- Il manque l'articulation avec le curatif.

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- On manque de structures de soins, notamment chez les adolescents.
- On peut faire des actions de prévention, mais lorsqu'il n'y a pas de prises en charge par la suite... Cf. prévention des conduites addictives : mise à disposition d'alcool chez les chinois, on peut enseigner aux jeunes de faire des choix mais bon quand il n'y a pas de cohérence... Problème d'application de la loi. Besoin d'un rappel à la loi dans les petits commerces (chinois) et de sanctionner.

M. C. Prat (DSDS) :

- Dans la proposition de loi initiale : obligation pour les commerçants de suivre une formation et de ne pas vendre d'alcool réfrigéré.

M. P. Bonnet (CRF) :

- Avec l'ARS, volonté de décloisonnement au niveau des thématiques. Mais la loi va établir des schémas directeurs. Comment éviter de reproduire ces cloisonnements, quelle dynamique mettre en place ?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Inquiétude qui a effectivement été relevée hier, tant en interne qu'en externe (cf. départ du pôle social de la DSDS vers une autre direction)
- Un des éléments de réponse : le regroupement géographique du personnel et des missions. Il n'y a pas que cela mais pour l'instant, on est tous éparpillés.

M. R. Hulic (GPS) :

- Je réfléchissais à vos inquiétudes concernant la formation. Je crois que pour la Guyane, il faut davantage mutualiser les moyens pour les formations.
- Est-ce que vous avez posé le problème en interne ? (« Oui »), et vous n'avez jamais eu de réponse ?
- Il ne faut pas attendre des ARS qu'elles s'occupent de la formation du personnel.

Dr S. Bostmambrun (PMI Kourou) :

- Mais c'est aussi intéressant d'échanger avec des médecins territoriaux dans le cadre de formation en métropole et de voir ce qu'il se passe dans d'autres régions.

M. P. Bonnet (CRF) :

- Le schéma régional pour les organisations sanitaires est en cours d'élaboration.

M. J-N Robillard :

- C'est effectivement un des enjeux. L'ARS a vraiment un rôle à jouer dans le développement des compétences des acteurs.

M. R. Hulic (GPS) :

- L'ARS pourrait obliger les hôpitaux à mettre en place des formations, à aider les autres professionnels qui ne travaillent pas en milieu hospitalier à améliorer leurs connaissances.
- A mon époque, avant d'envoyer un médecin en commune éloignée, une convention était passée avec le centre hospitalier. Ainsi, ce médecin pouvait bénéficier d'un temps d'observation au sein des différents services de l'hôpital afin d'être préparé et de connaître le fonctionnement et les réalités de ces différents services.
- L'hôpital devrait pouvoir offrir des formations de ce type à des personnes qui ne travaillent pas en milieu hospitalier.

M. J-N Robillard :

- Cela renvoie à une contrainte. L'intérêt est pour les professionnels de sortir pour voir ce qui se passe dans d'autres régions.

A. Mathieu (GPS) :

- Si la loi était appliquée à compter du 1^{er} juillet 2010, y aura-t-il maintien de l'appel à projets du GRSP début 2010 ? A l'inverse, comment s'organiseraient les appels à projets ?

M. C. Prat (DSDS) :

- Il y aura une phase transitoire. La CMP a proposé de reporter du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet la création des ARS compte tenu des retards.
- Si c'est le cas, il y a donc une forte chance que le GRSP assure le financement.

M. L. Destin (UCHG) :

- Plusieurs médiateurs en santé publique ont été formés, des démarches ont été effectuées auprès de l'hôpital pour être reconnus comme véritables médiateurs de santé publique ; mais aucun suivi après la formation. Très peu de reconnaissance de notre statut.
- Après, on dit qu'il n'y a pas de médiateurs.

M. J-N Robillard :

- Médiation : enjeu majeur en Guyane. Par rapport à la loi, est-ce qu'il y a des choses qui vous paraissent insuffisantes, qui renvoient aux spécificités de la Guyane. Quels sont les enjeux de la médiation ?

M. L. Destin (UCHG) :

- Pas suffisamment de communication entre l'hôpital et les médiateurs.

M. Pascal Bonnet (CRF) :

- Question de la capacité des Ars à gérer des territoires spécifiques

M. J-N. Robillard :

- Renvoie à la question de la reconnaissance du diplôme à la suite d'une formation.

M. R. Hulic (GPS) :

- A-t-on associé les hôpitaux quand on a mis en place le programme de formation des médiateurs ?
- Nécessité de connaître les besoins des hôpitaux, et ce qu'ils attendent des médiateurs. Et après, on fait une formation qui corresponde à vos besoins. Car vous avez peut être des médiateurs qui ne peuvent pas intervenir en milieu hospitalier.
- Ils seront astreints au secret médical.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Il y a des problèmes de financements. Moi, je veux bien faire intervenir un médiateur mais qui va le payer ?

M. R. Hulic (GPS) :

- L'hôpital pourrait faire appel aux associations.

Mme Mélina Bailleux (DSDS) :

- Cela relève du choix des structures hospitalières. Importance de réfléchir au maillage des médiateurs de santé publique.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- On n'a pas forcément besoin des médiateurs tous les jours, on ne peut pas embaucher au sein de chaque structure.

- On avait proposé un pôle/service regroupant des médiateurs culturels, par bassins de territoires. La PMI, l'hôpital etc. pourraient faire appel à ces médiateurs.
- Cela pourrait être la municipalité.

M. J-N. Robillard :

- Conventionnement possible, ou système de personnes dédiées.

M. P. Bonnet (CRF) :

- A Cayenne, des médiateurs sont mis à disposition. Ils ne sont pas salariés de l'hôpital mais mis à disposition dans le cadre de la politique de la ville (Dsu) ; il y a eu parallèlement des recrutements de médiateurs.

M. R. Hulic (GPS) :

- Dans le cadre de la promotion de la santé, on pourrait dire qu'il faudrait que l'Assurance maladie participe au financement de la médiation en santé publique.

Dr. G. Py (CMCK) :

- On arrive souvent à trouver des médiateurs mais il y a le problème des consultations (interprétariat). Au CMCK, de plus en plus d'IDE effectuent cette traduction.
- Effectivement, parfois, on ne trouve pas. Peut-être que si on avait un n° centralisé pour trouver un médiateur sur Kourou...
- Besoin inévitable d'un médiateur qui connaît bien la culture pour expliquer certaines pathologies aux patients (ex : nutrition).
- Nécessité de renforcer les compétences des médiateurs sur des thèmes spécifiques.
- L'interprète serait tenu au secret médical.

M. J-N. Robillard :

- Comment organiser le réseau de médiateurs ?
- Renvoie à une question qui est soulevée depuis un certain nombre d'années : la question de la tarification d'une consultation de prévention pour les médecins libéraux.

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- En l'absence de médecin scolaire, comment l'ARS va mettre en œuvre les consultations médicales obligatoires à certains âges... (cf. Loi 2007 de la protection de l'enfance).
- Le médecin scolaire a une obligation dans le domaine de la santé publique. Or, il n'existe que 2 ou 3 médecins scolaires pour toute la Guyane.
- Les missions des IDE scolaires sont différentes de celles des médecins scolaires. Notre mission scolaire première n'est pas l'éducation à la santé, mais l'écoute et la relation d'aide.

M. R. Hulic (GPS) :

- Vous dépendez désormais du Ministère de l'Education, c'est à lui de mettre en place les moyens pour remplir ses missions et faire de la promotion de la santé.

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Notre crainte, en l'absence de médecin scolaire, est de quitter notre rôle d'IDE (relation d'aide individuelle, écoute) pour davantage de dépistages qui relèvent de la santé publique et non de la santé à l'école.
- Le rôle des IDE scolaires est de contribuer à la réussite scolaire des élèves dans les établissements.
- Par manque de moyens, notre mission risque d'être détournée de notre mission de participer à la réussite scolaire. Il n'est pas possible d'entretenir la confusion du rôle du médecin scolaire avec celui de l'infirmière scolaire (ce sont 2 corps différents, l'un n'étant pas subordonné à l'autre). Les infirmières scolaires sont rattachées aux établissements (sous la hiérarchie du chef d'établissement), ce qui n'est pas le cas des médecins scolaires.

Dr PY (CMCK) :

- On ne peut pas passer sous silence que la promotion de la santé commence aussi à l'école.
- Il faudra que l'Ars organise quelque chose avec l'Education Nationale.
- Les médecins sont très mal payés.

M. C. Prat (DSDS) :

- Pourquoi n'y a-t-il pas de médecins scolaires ?

M. R. Hulic (GPS) :

- Est-ce que les postes existent déjà ? Sont-ils moins bien payés que ceux qui travaillent au Ministère de la Santé ?

Ah oui...

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Ce sont tous des contractuels.

M. R. Hulic (GPS) :

- Il y a un petit problème là, cela n'a pas changé....

M. J-N Robillard :

- En travaillant en partenariat avec différents acteurs dont médecine scolaire, de quels moyens l'ARS disposera pour évaluer les actions mises en place ? Que pensez-vous de ce rattachement, de cette fusion ? A quelles interrogations cela vous conduit-il ? Quelles seront les opportunités ?

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Je ne sais pas comment cela va s'articuler.
- Nos missions : rôle d'écoute et de conseils au quotidien dans les établissements ; pas essentiellement de l'éducation à la santé mais contribuer à la réussite scolaire. 90% des élèves qui passent à l'infirmerie repartent en cours. Lors des passages d'élèves à l'infirmerie, ce sont des conseils, et des messages de prévention, et d'éducation à la santé adaptés à l'individu (à l'élève présent) qui sont délivrés. Ce sont des actions individuelles, et personnalisées. Ce qui est différent des actions collectives d'éducation à la santé que nous faisons également souvent en partenariat avec d'autres institutions.
- Recrutées sous loi Fillon 2005 : pour faire de l'écoute et de la relation d'aide. Crainte : manque de médecins scolaires.
- Risque : négliger adolescents pour faire plus d'EPS dans le primaire.
- Notre rôle est plus dans l'individuel que dans le collectif.
- On a besoin de plus de moyens.

Dr G. Py (CMCK) :

- C'est fondamental, on ne peut pas baser la prévention sur les médecins scolaires. Ce sont bien les IDE scolaires qui sont le pivot central.

M. J-N. Robillard :

- Dans la loi (Titre III), énorme focus sur l'éducation thérapeutique, mais en même temps, on ne voit pas véritablement apparaître la promotion de la santé, qui est beaucoup plus large et embrasse bien d'autres choses ?
- Pourquoi cela n'apparaît pas clairement dans cette loi ?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Enjeu de ces groupes de travail : en matière de prévention et EPS, on est très en retard.

Réflexion autour des 8 enjeux

ENJEU 1 : APPORTS ET PERIMETRE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

M. J-N. Robillard :

- Promotion de la santé a conduit à l'élaboration d'une charte, celle d'Ottawa. Il rappelle la définition de la promotion de la santé (cf. doc en annexe) - les 5 axes : dimension politique, créer un milieu favorable à la santé (cf. déterminants de santé) ; santé communautaire ; acquérir des aptitudes individuelles et l'adaptation de services de santé aux besoins des populations et d'un territoire. La promotion de la santé dépasse largement l'EPS et la prévention.

Dr S. Bostmambrun (PMI Kourou) :

- Si on reprend les 5 axes de la Promotion de la santé, on est quand même très loin.
- La logique de survie prévaut. Certains pré-requis ne sont pas remplis en Guyane.
 - o Sur le plan politique : que faire pour les étrangers en situation irrégulière (problème d'accès aux soins) ? cf. travailleurs de nuit sans papier.
 - o Sur le plan social et en lien avec les déterminants de santé au sens large : comment faire de l'éducation nutritionnelle à des mamans qui n'ont pas les moyens de se nourrir et de nourrir leurs enfants (nourrit les bébés à la farine, bananes pesées...) ; question centrale des revenus, pas d'épicerie sociale à Kourou, pas accès à eau,
 - o Volonté délibérée de ne pas annoncer son statut de séropositivité à son partenaire ; on cache le traitement au mari.
 - o Problèmes matériels.

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Contexte de maltraitance au sein des familles (enfants, femmes). Malgré les signalements, judiciaires, pas de mesures de suivi. Comment faire de la promotion de la santé quand une situation de maltraitance prévaut ?

M. J-N. Robillard :

- Exposition à la violence.
- Question de l'adaptation des services.
- Le cadre légal a un impact sur la santé.

Dr G. PY (CMCK) :

- Dans les établissements hospitaliers, la prise en charge des étrangers en situation irrégulière s'est améliorée avec l'AME, l'existence de services d'Assistance sociale.
- Des progrès ont été enregistrés par rapport à la situation qui prévalait il y quelques années mais, aujourd'hui, on constate des retours en arrière, et cela semble un peu plus difficile.

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Mission de promotion de la santé en faveur des élèves.
- Quelle politique pour promouvoir la santé ?
- Quels moyens alloués à l'Education nationale pour promouvoir la santé?

Mme M. Labeau (DSDS) :

- Moyens de l'éducation nationale inadaptés et insuffisants pour sa mission de promotion de la santé en faveur des élèves. Idem pour ASE, PMI etc.

M. J-N. Robillard :

- Renvoie aux axes 1 et 5 de la promotion de la santé. Quelle politique pour promouvoir la santé et quels moyens mettre à la disposition des services ?

ENJEU 2 : ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DEVELOPPEMENT DE LEURS COMPETENCES

M. J-N. Robillard :

- Nombreux acteurs, mal identifiés (méconnaissance).
- Certains acteurs n'ont pas pleinement conscience de faire de l'EPS.
- Comment faire progresser le travail en coopération ? Comment mieux reconnaître les professionnels ?
- 38 médiateurs formés par l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA), mais pas de statut clairement défini.

M. P. Bonnet (CRF) :

- Question de la reconnaissance des acteurs (ex: médiateurs publics).
- Comment promouvoir la formation des personnes en EPS (pas issues du milieu médical ou paramédical)?
- Fait référence au décloisonnement.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Constat : beaucoup de gens font des actions un peu partout mais personne ne se connaît. Cela fait 15 ans que je suis là et régulièrement, je vois des nouvelles têtes qui sont là depuis longtemps. De nombreuses petites actions en Guyane sont méconnues.
- On avait proposé avec le CUCS d'organiser tous les ans un forum santé à Kourou pour réunir les acteurs travaillant autour de la promotion de la santé. Thème différent chaque année, moteur pour se réunir.
- Nécessité d'organiser des rencontres pour échanger sur les pratiques.

M. R. Hulic (GPS) :

- "Projet d'annuaire.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Il est déjà plus à jour quand il est édité.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- L'annuaire de GPS sera en ligne. Il sera actualisé tous les ans par les acteurs.

M. J-N. Robillard :

- L'annuaire ne remplacera pas les rencontres intersectorielles ; importance du contact physique.

Mme M. Labeau (DSDS) :

- Soulève la question de la communication et de l'échange d'informations. Qu'est-ce qui peut être mis en place pour que l'information soit mieux diffusée dans les deux sens (remontée et redescende de données) et qu'on se l'approprie mutuellement ?

M. J-N. Robillard :

- Quel va être le rôle de l'ARS dans le soutien à la formation, l'organisation d'échanges et la diffusion d'informations ?

M. P. Bonnet (CRF) :

- Nécessité de sensibiliser les responsables associatifs et institutionnels aux priorités et stratégies des acteurs de terrain. Les priorités des acteurs de terrain doivent être suivies ensuite par les institutionnels. Partage de priorités.

- Les stratégies de communication doivent être formalisées à un niveau institutionnel. Il faut transparence et adhésion sur les actions menées par les acteurs de terrain.

Mme M. Labeau (DSDS) :

- Il y a une offre différente d'un établissement à l'autre : besoin que les responsables adhèrent et qu'il y ait un cahier des charges partagé pour favoriser l'harmonisation.
- Il faut aussi travailler sur l'adhésion, qui permettra une promotion de la santé, mais avec équité.

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Il faut partir du terrain, et pouvoir conserver des possibilités d'adaptation des politiques pour les différents territoires d'action (stratégie nationale, projet académique). Les besoins sont différents d'un établissement à l'autre.

Dr G. Py (CMCK) :

- Question budgétaire : déséquilibre entre le budget consacré au curatif dans les hôpitaux et celui consacré à la prévention. Le budget annuel du CMCK est de 37 millions par an (pour le curatif). Que fait-on à côté de cela pour la prévention ? Il y a quand même un déséquilibre. L'absence du CMCK aujourd'hui est parlante.
- Manque d'homogénéité. Des relais font défaut dans certaines communes. Ex: pas de nutritionniste au CMCK (même si recrutement prévu).

M. J-N. Robillard :

- Quelle place pour les professionnels de santé du CMCK et des autres hôpitaux (médecins), notamment pour la transmission de savoirs faire (ex : éducation thérapeutique) aux professionnels d'EPS ?

M. P. Bonnet (CRF) :

- Ce n'est pas la mission première d'un médecin.
- Si la gouvernance de l'établissement ne valide pas le fait que des médecins peuvent intervenir à l'extérieur (ex : visites dans le cadre de l'hospitalisation à domicile), cela ne pourra pas suivre.

ENJEU 3 : GOUVERNANCE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES ARS : DEMOCRATIE ET TEMPORALITE

M. J-N. Robillard :

- Temporalité : renvoie à la planification/programmation (ex : SREPS pour une période de 3 ans).
- Démocratie : des directives viennent d'en haut et ne sont pas toujours applicables et adaptées aux réalités du terrain. Nécessité de partir des problèmes du terrain et de la population.
- Comment articuler les différents acteurs (y compris privés) ? Quel est la place de l'ARS ?

M. P. Bonnet (CRF) :

- Ne pas rêver. Les directives viennent du haut.
- Faire en sorte que ce qui remonte du terrain, permette l'adaptation de ces directives nationales.
- Nécessité que les responsables hiérarchiques des structures (ex: direction des hôpitaux) valident les responsabilités confiées aux professionnels dans le domaine de l'EPS.
- Soulève la question de l'articulation entre les acteurs et échelles.
- Quelle organisation pour faire remonter les données ?

Mme M. Labeau (DSDS) :

- Prise en compte effective des observations et de l'avis des acteurs de terrain. Pas seulement un partage d'informations et une écoute des acteurs.
- Définir un protocole pour clarifier ces modes de communication/circulation d'informations?
- Quelle est notre représentativité? Parle t-on au nom de l'ensemble de notre équipe?

Dr G. Py (CMCK) :

- La commission qualité des soins et des usagers (obligatoire) : on fait appel aux représentants des associations agréées en Guyane pour participer aux commissions des usagers mais très peu de participation.
- Le projet d'établissement introduit la prévention. On en parle mais rien ne démarre par la suite. On ne sait pas de quel budget on dispose.... Comment procéder ?
- Il faut effectivement que l'ARS effectue une vérification sur la bonne mise en œuvre au sein des établissements hospitaliers des missions de services publics (dont la promotion de la santé).
- On est encore dans une culture du curatif.
- Suggère que l'ARS dispose de moyens incitatifs voire coercitifs.

M. J-N. Robillard :

- Combien d'associations agréées en Guyane ? Très peu à mon sens, 2 seulement.

M. P. Bonnet (CRF) :

- Problème : l'ARS est à la fois promoteur, opérateur, décideur, et évaluateur.... C'est la même institution qui finance, soutient et contrôle les associations.
- Question de la clarté de la gouvernance/ du risque de collision : difficulté d'être à la fois juge et parti.
- Qui sélectionne? Qui finance? Qui soutient? Qui évalue ? Quels sont les circuits de décision? Nécessité de clarifier les rôles et de garantir la transparence au niveau des circuits de décision.

M. J-N. Robillard :

- Dans cette réforme, il est prévu la possibilité d'obtenir des financements pluriannuels.
- A l'heure actuelle, comment s'inscrire dans le long terme ? Tous les ans, tout est à rejouer.
- Comment faire de la promotion de la santé sur le long terme et assurer une continuité ?

M. R. Hulic (GPS) :

- L'ARS sera promoteur (diffusion d'appels d'offres), décideur et évaluateur.

Dr G. Py (CMCK) :

- Inquiétudes sur les relations entre le directeur de l'ARS et le directeur du centre hospitalier.
- La liaison des directeurs des centres hospitaliers avec le directeur de l'ARS sera essentiellement économique. En dehors du problème économique, la loi ne précise pas comment sera évaluée la qualité des services de ces établissements. Pas de visibilité sur la « bonne » gestion des hôpitaux (en dehors du problème économique), la qualité des services proposés etc.
- 2 types de gestion : la gestion économique et la gestion de la qualité (cf. la certification).
- Beaucoup de choses passent à l'as. Avoir les moyens d'évaluer également la qualité et les compétences des établissements. Réaliser une évaluation globale (l'efficacité mais pas seulement).
- Dans le domaine de l'enfance handicapée, les associations et les hôpitaux rencontrent des difficultés à coopérer et ne parviennent pas à communiquer de manière satisfaisante. Je n'y arrive pas. Comment mieux communiquer?
- Comment faire en sorte que les associations donnent leur avis et fassent un retour ?
- Evaluation de la qualité mais également de la coordination et des liens entretenus avec les différents acteurs.

M. J-N. Robillard :

- On est dans une logique d'efficacité : des moyens adéquats (à minima) pour une efficacité maximale. Cette fusion va réduire les coûts et exige parallèlement une amélioration de la qualité à tous les niveaux.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Quelles relations entre les institutions et les collectivités territoriales (ex : services PMI) et l'ARS ? Entre l'ARS et l'Education Nationale ?
- Est-ce que les collectivités participeront aux commissions ? Feront-elles partie des financeurs ?

M. C. Prat (DSDS) :

- Elles feront partie du conseil de surveillance de l'ARS et des commissions spécifiques de coordination.
- L'application précise, on le la connait pas. Profiter de cette rencontre pour faire des propositions.
- L'ARS devrait avoir un pilotage large de la promotion de la santé.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Les actions des collectivités et de l'Education Nationale feront-elles l'objet d'évaluations ?
- Et quel type d'évaluation ? (en référence aux services de PMI)
- Si une évaluation est conduite, préconise de restituer les résultats aux usagers mais avant tout de les faire participer à cette évaluation.

ENJEU 4 : UN FINANCEMENT ADAPTE (VERTUEUX, FIABLE, DURABLE, SOLIDE...) DE LA PROMOTION DE LA SANTE

M. J-N. Robillard :

- Avec la réforme, une logique d'efficience prévaut: moyens adéquats minima pour une efficacité maximale (on demande donc une amélioration de la qualité à tous les niveaux).
- Est-ce que les collectivités locales seront éligibles pour répondre aux appels à projet, obtenir un financement de l'ARS et développer des actions d'EPS?
- Est-ce qu'il va y avoir une nouvelle organisation des financements ?
- Est-ce que la mutualisation des moyens va permettre plus d'efficience?
- Aujourd'hui, la prévention repose beaucoup sur les associations. Quelle place est accordée aux autres acteurs (ex : collectivités) ?

M. C. Prat (DSDS) :

- Il est peut être grand temps que l'ensemble des crédits/fonds consacrés « prévention » puissent être rassemblés au sein de l'ARS pour faire une politique programmée, efficiente et cohérente. Aujourd'hui, tout est saucissonné.

M. P. Bonnet (CRF) :

- Vous avez parlé d'une loi d'organisation (et non d'une loi de financements). Quelles sont les implications ?

M. C. Prat (DSDS) :

- Des conventions de gestion seront signées avec divers organismes.
- D'autres dispositifs prévoient les financements.

M. R. Hulic (GPS) :

- Est-ce que les collectivités locales seront éligibles ?

Dr G. Py (CMCK) :

- Quelle sera la répartition exacte (entre collectivités, associations, établissement de santé etc.)? A réfléchir. Quel type de contrôle ?
- La mise en place d'un cahier des charges partagé (de la mise en place à l'évaluation).

M. P. Bonnet (CRF) :

- Nécessité que les critères d'attribution des financements prennent en compte les réalités du terrain et qu'ils soient adaptés (ex : choix des indicateurs ; quand on travaille sur le fleuve, difficultés à recueillir des factures). Que faire des zones désertiques ?
- Notion d'adaptation : comment la réalité du terrain est prise en compte dans les financements. Souvent, incompréhension des réalités locales.
- Nécessité d'adapter l'ARS Guyane au contexte de la région....

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Nécessité que les politiques interviennent dans ce domaine.

M. J-N. Robillard :

- La pluri-annualisation des financements serait une grande avancée si on veut un financement fiable, solide et durable etc. Est-ce que cela ne risque pas de tuer l'innovation et les structures naissantes ?

Mme M. Labeau (DSDS) :

- Attention, cela peut être à double tranchant. Nécessité de laisser une marge de manœuvre pour les actions (et structures) émergentes.

M. J-N. Robillard :

- Nombreux avantages : possibilité de se projeter (ex : recrutement de staff, réalisation d'investissement etc.); garantie pour la continuité des financements donc des actions.

M. P. Bonnet (CRF) :

- La pluri-annualisation permettra aux petites associations de prendre des risques et de se lancer dans des projets avec l'assurance d'une certaine pérennité (et prendre notamment le risque de recruter, d'investir etc.).
- Le GRSP prend des décisions en avril, en fin d'année, on doit déjà faire des demandes de financements...

M. J-N. Robillard :

- Le niveau d'exigences des financeurs est important ; les petites structures rencontrent des difficultés.
- Attention : à double tranchant car risque d'exclusion de nouvelles structures (moins connues, reconnues), et de « décourager » les innovations....
- D'où la nécessité de soutenir les petites associations pour monter des projets, rédiger des demandes de financements.

ENJEU 5 : ACCOMPAGNEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

M. J-N. Robillard :

- Enjeu proche de la question de la gouvernance.
- Question de l'expertise en santé publique, de l'intégration des questions de promotion, prévention et éducation pour la santé dans les PRSP.

Dr G. Py (CMCK) :

- Faire un peu comme les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Au départ, un cahier des charges, et, en fonction du contrat, possibilité de réactualiser chaque année.
- Même si pluri-annualisation, nécessité d'exiger les rapports d'étapes. Permet de vérifier de manière annuelle ce qui a été fait ou pas.

M. P. Bonnet (CRF) :

- Notion de financement pluri-annuel n'empêchera pas la partie accompagnement, évaluation et contrôle qui doit se faire régulièrement. Cela relève de la responsabilité du bailleur !

Dr G. Py (CMCK) :

- Notion de la transparence : que les usagers soient impliqués et destinataires de l'évaluation.

M. P. Bonnet (CRF) :

- La notion de l'accompagnement ne doit pas se cantonner aux « COPILS » (Comités de pilotages). Il faut également faire vivre ces réflexions.
- L'ARS peut et doit accompagner ces actions de pilotage. L'ARS a un rôle d'interface à jouer dans la promotion de la santé.

Dr G. Py (CMCK) :

- Une maison des réseaux existe en Guyane : ne faudrait-il pas davantage s'appuyer dessus ?
- Suggère un rôle fort de coordination de l'ensemble des acteurs au sein des ARS (ex : que l'ARS coordonne le fonctionnement de ces réseaux et leur apporte des conseils, un appui, un accompagnement etc.).
- Propose davantage de présence des membres de l'ARS sur le terrain (pas uniquement analyse des actions via des dossiers de demande de subvention).

M. J-N. Robillard :

- Volonté d'avoir un pôle de prévention fort et structurant.
- Besoin d'avoir une tête forte qui oriente/coordonne...

M. P. Bonnet (CRF) :

- Important d'éviter les doublons au niveau des actions initiées (ex : sur le fleuve, actions de prévention sur le paludisme menées par l'IRD et l'Institut Pasteur, et d'autres acteurs transfrontaliers mais la DSDS n'est pas informée...).
- D'où la nécessité d'améliorer cette coordination, qui est primordiale.

ENJEU 6 : STRUCTURES ET INTERVENTIONS QUI CONTRIBUENT A PROMOUVOIR LA SANTE

M. J-N. Robillard :

- Renvoi à l'enjeu 2.
- De nombreuses structures ; certaines ne se reconnaissant pas comme acteur de la promotion ?
- Peut-on s'auto-proclamer acteur de la promotion de la santé ?

Dr G. Py (CMCK) :

- Toutes les structures de santé devront promouvoir la santé. Mais comment améliorer et promouvoir la coordination ?
- Diversité des acteurs. Le problème, c'est surtout la coordination de ces différents acteurs de santé. On pourrait proposer d'organiser des rencontres pour faciliter les échanges et la coordination.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Nous avons rencontré des difficultés pour identifier les acteurs recensés dans l'annuaire et savoir s'ils ont leur place dans cet annuaire.

Mme M. Labeau (DSDS) :

- Diversité des acteurs (ex: enseignants etc.). Quel statut par exemple pour des acteurs qui mettent en place ponctuellement des actions ?

M. J-N. Robillard :

- Quel rôle de l'ARS pour « contrôler » ces acteurs ?
- Education Nationale (hors ARS). Comment valider le message diffusé, le sérieux de l'association qui mène l'action en milieu scolaire ?

Mme S. Audigeos Berteaud (Education nationale) :

- Proposer un agrément au niveau de l'ARS... cf. dans l'Education nationale, nécessité d'avoir un agrément pour intervenir en milieu scolaire.
- Différencier les lieux d'interventions : cf. l'intervention en milieu scolaire (agrément nécessaire ; prévention des dérives sectaires).

Dr G. Py (CMCK) :

- Les petites associations risqueraient d'être bloquées avec la mise en place d'un tel agrément.

Mme M. Gaspard (ADER) :

- Comment « réguler » les acteurs ponctuels (ex: jeunes qui distribuent des préservatifs à un sound system) ? Pas de diffusion d'un message dans ce cadre mais c'est une forme de prévention...Rappel de l'accès aux préservatifs + on donne aux jeunes les moyens de se protéger.
- Nécessité de laisser la place aux petites associations pour mener des actions ponctuelles (sans avoir nécessairement un « agrément » sinon risque de casser une dynamique). Ex : actions de prévention du club de voile sur les barrages.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Comment renforcer la participation des groupes cibles aux actions de promotion si on multiplie les « contraintes »?
- La « validation » pourrait être réalisée au niveau local (ex: via les coordinateurs des ASV ou les coordinations territoriales VIH/sida, qui ont connaissance des acteurs de terrain etc.).
- Question de la territorialisation : il faut des référents locaux (privilégier les contrats locaux de santé publique).

M. J-N. Robillard :

- Pourrait-on parler de charte au lieu de parler d'agrément, auxquelles les acteurs pourraient se référer ? Et prévoir une géométrie variable...

Mme M. Gaspard (ADER) :

- Avec rappel du cadre, des missions, du périmètre de la PS.... Besoin d'y intégrer les questions éthiques.

M. J-N. Robillard :

- Un document (une charte ?) de référence en prévention et promotion de la santé, pour que les acteurs puissent se positionner en fonction de leur niveau d'intervention, et avec une certaine flexibilité (co-signé ARS et opérateur) ; cela permettrait de clarifier et de garantir une certaine éthique et une déontologie.

Dr S. Bostmambrun (PMI) :

- Risque de marchandisation de l'EPS (ex: sexologue qui ferait une intervention au lycée et laisserai sa carte...).

Dr G. Py (CMCK) :

- Ex : l'association qui a distribué des préservatifs sur les barrages ne devrait pas avoir besoin d'avoir une autorisation spécifique. On peut être rigoureux sans être rigide.

M. P. Bonnet (CRF) :

- La décision de financement participe également à ce travail d'agrément, de validation.

Dr G. Py (CMCK) :

- Insiste sur des journées de coordination, planifiées très longtemps à l'avance.

M. J-N. Robillard :

- Les 2 derniers enjeux ne pourront pas être abordés faute de temps.
- Quel acteur peut intervenir sur les 5 axes de la promotion de la santé ?

Clôture de la séance par M. Robert HULIC

Les échanges qui viennent d'avoir lieu montrent que les acteurs de la promotion de la santé souhaitent, dans le cadre des compétences qui seront transférées aux ARS, obtenir des précisions sur les objectifs et les modalités d'organisation de la promotion de la santé. Conformément à la convention qui a été signée entre la SFSP et GPS, vos propositions, le compte-rendu des activités réalisées et la liste des personnes ayant participé à cette journée et leurs adresses seront transmis à la SFSP. Je voudrais remercier vivement le Maire de Kourou qui a mis ses locaux à notre disposition, et tous ceux et toutes celles qui ont contribué à la réussite de cette journée de réflexion. Je vous remercie de votre attention.

ST LAURENT DU MARONI

Discours de Mme Chantal BERTHELOT, Députée de la Guyane

- Explique les raisons pour lesquelles elle a décidé de venir participer au groupe de travail de St Laurent du Maroni : débat sur les Etats Généraux le 26 juin ; par rapport à la santé, particularité de St Laurent (cf. prise en compte de la coopération pour avoir une vision globale).
- La loi a fait débat, pas seulement dans les hémicycles mais avant tout dans la rue. Ecart énorme entre le projet initial du gouvernement et le document final. J'ai toujours entendu dire la presse que c'était la première fois qu'on a vu les grands barons de la santé dans la rue. Il paraît que cela ne s'est jamais vu. Quand il faut défendre une corporation, on voit bien que les gens savent descendre dans la rue !
- Ce sont les actions territoriales qui nous intéressent tout particulièrement en Guyane.
- Je ne crois pas que le parlementaire peut être un spécialiste de tout. Nous sommes là pour relayer, et pour porter des particularités. Sur cette loi, on n'a pas eu beaucoup de remontées, à part des syndicats majoritaires des centres hospitaliers, spécifiques à la situation de la santé et des hôpitaux en Guyane.
- La seule remontée : via les mutuelles, demandant une représentativité au sein des ARS. Je le regrette un peu. C'est toujours difficile quand on fait un travail parlementaire car on n'a pas toujours les remontées du terrain.
- A l'Assemblée, des choses ont été actées. Entre l'Assemblée et le 5 juin au Sénat, c'est encore une autre loi qui est sortie.
- 19 juin : Commission Mixte Paritaire (Le dépassement de plafond des médecins a été augmenté) et 23 juin : vote de la loi
- Demande récurrente de tous les parlementaires de l'Outre Mer faite à la Ministre de la santé : le Plan Outre-Mer Santé.
- Ce qui est intéressant dans cette loi, c'est en termes de gouvernance. Reste à savoir quel contenu, nous Guyane, on veut y mettre pour que cet outil soit vraiment au service de toutes les thématiques (cf. 4 chapitres de la loi).
- Comment concrètement, avec vous les acteurs de la santé, on va pouvoir se battre pour que dans les décrets d'application, on trouve ce que vous souhaitez qu'il soit pour la Guyane ?
- Ce que je suis venue chercher aujourd'hui : je suis venue écouter les acteurs pour savoir comment vous souhaitez la mise en œuvre de l'ARS en Guyane.

Questions/réponses relatives à la loi HPST et aux ARS

M. F. Rezki :

- Des réactions par rapport à la loi votée...

M. C. Prat (DSDS) :

- Ajout : la Commission Mixte Paritaire a souhaité que la mise en place des ARS soit reportée au 1^{er} juillet (alors que le gouvernement avait prévu la mise en place le 1^{er} janvier). A suivre...

M. F. Rezki :

- Des questions sur la réforme HPST ou l'aspect promotion et prévention de la santé ?
- EPS : axe majeur de la problématique.
- Présentation de l'organisation structurelle du système de soins. Des questions, des éléments de réponses à apporter ?

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

Il fait référence aux travaux d'Estelle Carde (thèses de médecine et de sociologie médicale) sur la discrimination dans l'accès aux soins.

- Cette loi donne partiellement réponse en permettant l'existence d'un réseau de santé communautaire (cf. initiative du CUCS et de l'ASV) qu'un grand nombre d'associations essayent de mettre en place ici, depuis des années, notamment à travers l'éducation à la santé, qui est liée à l'éducation à la citoyenneté. Etre en bonne santé, c'est le fait de tous.
- Le réseau de santé communautaire qui a été mis en place aura sa place dans le cadre de cette loi car elle implique l'éducation thérapeutique. Importance de l'approche par territorialisation, notamment pour l'éducation thérapeutique. Le rôle de la santé communautaire (de la prise en compte de l'éducation thérapeutique), est intégré à cette nouvelle loi.
- Ici, dans l'Ouest, le réseau de santé communautaire, c'est à la fois des universitaires, des diabétiques, des personnes ayant des maladies invalidantes.
- Nécessité de réduire l'écart entre la maladie au quotidien et la structure difficile à appréhender qu'est l'hôpital (et le système de santé de Cayenne jusqu'à Paris).
- Programme de santé communautaire : compréhension de l'accès aux soins des populations du Maroni. Axe fort de Mama Bobi en 2010.
- Appréhension différente en fonction des communautés ethniques et linguistiques.
- Le programme de santé communautaire s'inscrit dans un cadre transfrontalier. Les virus et les maladies n'ont pas de frontières.
- Elaboration des programmes thérapeutiques sur les deux rives.
- J'espère que les réseaux de santé communautaire trouveront leur place dans l'ARS.
- Vivre avec une maladie : soi même est expert de sa maladie.
- On dirait qu'on vient de découvrir la drépanocytose sur le fleuve ; or, cela fait des années que le réseau de santé communautaire travaille sur cela.
- La malnutrition, cela ne nous fait pas rire. Il y a 20 ans, j'ai monté Mama Bobi qui signifie « sein maternel », précisément pour mettre en place des carbets de nutrition.
- La santé communautaire a une expérience 20 ans que ce cadre législatif va nous permettre de prendre en compte. C'est ce qui coûte le moins cher.

M. F. Rezki :

- D'autres interventions ? Remarques ? Des réactions à ce qui vient d'être dit ?
- Vous voulez peut être réagir M. Prat sur ce qui vient d'être dit, par rapport à la santé communautaire.

M. C. Prat (DSDS) :

- On essaiera au sein de l'ARS d'établir un véritable programme de santé communautaire.
- Sur le fleuve ; il y a le Conseil Général, le CHAR, la Croix Rouge, les associations etc. Il faudra que tous ces acteurs mutualisent leurs moyens.
- Certes, il y a des outils mais le problème des moyens financiers perdure. Avec un même montant, il faudra mieux le dépenser. Les budgets de fonctionnement ne vont pas forcément augmenter.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- La santé communautaire, c'est ce qui coûte le moins cher.

M. C. Prat (DSDS) :

- Je sais bien. On a une expérience de santé communautaire avec la Croix rouge sur la lutte anti-mercurielle. C'est un domaine difficile qu'il faut bien entendu développer. Que tous les acteurs parlent le même langage et soient coordonnés.

- J'espère que les représentants des associations d'usagers feront entendre leur voix dans les commissions. J'espère qu'on réussira à établir au sein de l'ARS un véritable projet de santé communautaire.
- Il faut coordonner : c'est le rôle de l'ARS.
- Fonds européens : PO Amazonie.

Mme C. Fourestier (CHOG) :

- Cette loi peut-elle favoriser des accords sanitaires avec le Suriname et les partenaires transfrontaliers, voire avec la Caraïbe dans le cadre d'un élargissement ?
- Mettre en place une organisation territoriale de soins ?

M. C. Prat (DSDS) :

- L'ARS pourra définir des territoires avec la Conférence territoriale régionale de santé pour prendre en compte les problèmes de santé.
- Accords avec le Suriname, c'est de la diplomatie, de la politique.
- M. L. Bertrand a souhaité mettre en place une maternité à vocation territoriale au CHOG mais cela n'a pas été retenu.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Mais cela reste une nécessité.
- Fait référence à un espace de promotion de la santé.
- Cette idée est politique mais elle sera un jour intégrée dans les programmes.

M. R. Hulic (GPS) :

- Nous sommes ici pour faire des propositions ; la loi n'ayant rien prévu pour la Guyane, plus particulièrement pour St Laurent et St Georges. C'est à nous de demander que des dispositions nous permettant de mettre en place des actions de coopération avec nos pays voisins soient prévues dans le cadre des décrets d'application.
- Quand j'étais DAASS ici, j'avais proposé que le Ministère des Affaires Etrangères soit associé à la réflexion et donne une enveloppe spécifique pour couvrir les dépenses des personnes qui venaient se faire soigner à l'hôpital de St Laurent.
- Nous sommes ici dans le domaine des propositions. Il faut dire qu'on a des idées, il faut qu'on les concrétise.
- Ces idées seront reprises dans le compte-rendu de cette réunion.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- GPS (composée d'une trentaine d'associations et d'institutions) : projet soumis au PO Amazonie pour essayer de renforcer la coopération avec le Suriname et l'Etat de l'Amapa au Brésil (dépôt du projet en septembre).
- Programme de 5 ans pour renforcer les liens avec les acteurs de la prévention sur ces 2 territoires. Dans ce cadre, toutes vos suggestions en matière de prévention sont les bienvenues, et tout particulièrement vous, à St Laurent, qui êtes amenés à intervenir de par et d'autre du fleuve.

M. A. Bitsi (CMPI/CHOG) :

- Revient sur l'aspect financier de l'ARS. Je travaille en psychiatrie. La question de la prévention est très importante pour la profession. Pour éviter les encombrements des hôpitaux, il faut travailler en amont pour éviter que le problème devienne plus grave. En psychiatrie, travail nécessaire en intersectorialité mais il manque des moyens. Le souci, ce sont les moyens mis à disposition par ce cadre législatif. S'il n'y a pas de moyens, les choses se feront moins.

Mme F. Perroti (CHOG/CME) :

- Nous, on est plus sur le volet soins que sur le volet prévention. Mais les médecins s'investissent également dans la prévention (ex : Réseau Matoutou)

- Revient sur les aspects de la coopération transfrontalière.
- M. Damie, directeur de l'ARH, a reçu des ordres du Ministère de la Santé et met actuellement la pression sur les acteurs de l'Ouest (dont le CHOG) pour que cette coopération se développe.
- Concrètement, il y a eu une réunion en mai entre des représentants de l'ARH et du Ministère de la santé du Suriname. Donc des choses s'organisent au niveau politique pour créer un cadre à cette coopération. Cela est déjà un très grand pas. S'il y a une volonté politique, les choses vont peut être avancées. Mais les choses ne se font que si les acteurs de terrain s'investissent également et apprennent à connaître leurs fonctionnements réciproques.
- Fait partie d'une délégation de médecins du CHOG de St Laurent qui a rencontré des confrères à Paramaribo le 23 juin. Une 2^{nde} visite est prévue en juillet. Objectifs : connaître l'offre de soins de l'hôpital de Paramaribo, et voir quels seront les possibilités d'échanges entre les 2 établissements, en particulier l'échange de praticiens pour les spécialités médicales pour lesquelles nous sommes en manque et vice versa. Et également discussions sur l'accès aux soins des patients surinamiens dans leur pays, on essaie de comprendre pourquoi une grande partie de la population surinamienne, en particulier celle qui vit aux abords de St Laurent, fait appel à notre système de soins et pas à son système de soins.
- Des choses se mettent en place. Des médecins de l'hôpital académique viendront en août.
- 16 septembre : grande réunion en plénière ; à partir de ces trois rencontres : projet de créer des groupes de travail pour voir ce qu'on peut développer comme travail en commun dans le domaine du soin.
- Dans le cadre de l'hôpital de jour et du diabète, on a tout un volet éducation thérapeutique très important.
- M. Damie, directeur de l'ARH, est très sensibilisé à cet aspect de coopération transfrontalière et je pense qu'il aura à cœur de porter ce projet là.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Un travail similaire en prévention a été fait dans le domaine transfrontalier (avec le Suriname et le Guyana), dans le cadre d'un programme élargi de la vaccination.

M. C. Prat (DSDS) :

- Début de coopération entre le DSDS et l'Organisation Panaméricaine de Santé.

Mme C. Berthelot (Assemblée Nationale) :

- Dans cette coopération transfrontalière, il y a eu des hauts et des bas. C'est toujours la connexion du moment et des hommes. Cela a repris depuis deux ans de manière plus consciencieuse pour aboutir à des objectifs.
- Je regrette que le programme de la DSDS ne soit pas connu par les acteurs de terrain (en matière de soins et de prévention). Un programme de coopération ne peut voir le jour que s'il y a connaissance des uns et des autres. Les acteurs du terrain doivent voir les complémentarités.
- Je souhaite rappeler aux uns et aux autres que pendant longtemps, les guyanais de l'Ouest ont été soignés à Paramaribo. A l'intérieur du Surinam, des moyens sont alloués aux centres de santé (cf. centre de santé face à Grand Santi).
- Les compétences des acteurs de santé du Suriname sont à égal des compétences des acteurs de la Guyane. Les diplômes sont néerlandais. Il me paraissait important de le rappeler.
- Dans 2 ans, il sera plus rapide d'aller à Paramaribo que d'aller à Cayenne, avec la rénovation de la route Albina-Paramaribo.
- En qualité de Présidente du Groupe d'amitié France-Suriname (en tant que parlementaire), j'ai fait une visite officielle au Suriname il y a un an. Accompagnée de M. l'Ambassadeur de France, j'ai rencontré le Président de l'Assemblée Nationale, le Premier Ministre du Suriname, le Ministre de la santé etc. Avec M. Nicolas, le sous préfet, nous avons travaillé sur ce dossier.
- Visite officielle à nouveau prévue en août, avec l'Ambassadeur.

- Dans l'ARS, il faudra quand même intégrer cette notion de coopération. Il faudra nécessairement un cadre législatif. Certes les hommes sont importants mais le cadre juridique d'intervention est aussi important, notamment par exemple pour les questions de financement.
- Rappeler que l'ouest et l'est guyanais ont besoin d'un cadre juridique pour faciliter cette coopération. Il faut un facilitateur juridique qui accompagne cette coopération, sinon elle risquerait de s'essouffler.

Mme C. Fourestier (CHOG) :

- Reprend cette notion de territorialité.
- Comment faire remonter des données qui ont un caractère commun aux DOMs ?
- De quelle manière pourrait-on légitimer l'accès aux soins sur des territoires définis par des limites géographiques ?
- J'entends parler depuis 10 ans des actions de coopération.
- Les guyanais vont se faire soigner au Suriname (ex : plus facile d'aller chez le dentiste au Suriname que d'aller à Cayenne ou St Laurent).
- Référence aux accords internationaux mis en place à St Pierre et Miquelon avec Terre Neuve etc.
- Des accords, un cadre juridique afin que ces échanges ne tiennent pas uniquement du bon vouloir de certains acteurs.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Ex : rumeur : un test rapide sera mis en place à Albina cet été (on n'arrive pas à savoir si cela est vrai). Les implications sont terribles. Ici, on est dans un cadre légal (ex : garantie de la confidentialité etc.). Comment gérer cela ? Impossible de savoir.
- Si c'est vrai, comment s'impliquer dans cette dynamique de promotion de la santé ?
- Dans la coopération, il faut de la complémentarité.

Réflexion autour des 8 enjeux

ENJEU 2 : ACTEURS DE LA PROMOTION DE LA SANTE ET DEVELOPPEMENT DE LEURS COMPETENCES

M. F. Rezki :

- Comment fédérer ces acteurs ? Comment l'ARS va s'appuyer sur ces acteurs et favoriser leur reconnaissance/légitimation ? Comment donner une visibilité à des acteurs de l'EPS ?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- La SFSP a proposé une liste des acteurs impliqués dans la promotion de la santé ?
- Cette liste est-elle exhaustive ?
- Qui sont les acteurs de l'EPS en Guyane ? On en oublie certains. On vous propose de rebrasser tous ces acteurs ; intérêt d'avoir une vision d'ensemble de ces acteurs.
- Sur les fleuves et dans les communes isolées, sur qui peut-on s'appuyer ?

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Une des réponses de la santé communautaire est de s'appuyer sur les tradipraticiens, sur les matrones, les chamanes etc. Les gens qui, en amont de la maladie, promeuvent la santé. Toutes les communautés villageoises en possèdent. Ce sont des acteurs souvent oubliés.
- Prévenir au lieu de guérir.
- Réduire le gouffre entre l'éducation à l'école et l'éducation à la santé.
- La médecine communautaire est souvent oubliée, c'est dommage ; elle est moins chère.

Mme B. Kim (CHOG) :

- Qui sont les acteurs ?
- Il est difficile pour nous d'avoir une vision d'ensemble, pour nous les professionnels. Est-ce qu'il ne serait pas possible d'élaborer un document de synthèse, un annuaire de ces acteurs, à l'usage des professionnels ?

Mme J. Massemin :

- Cela peut incomber à GPS : cette mission est en cours d'élaboration, et peut être élargie à tous les acteurs de la promotion (y compris les acteurs du milieu hospitalier).

M. A. Bitsi (CMPI/CHOG) :

- Fait référence à la liste des acteurs. Est-ce que c'est une façon de revoir ce qui existe déjà ?
- Fait référence à la Conférence d'Ottawa, où a été proposée la prise en compte des soins primaires de santé. Il manque des acteurs, en particulier dans les lieux où les institutions/les structures officielles font défaut.

Mme J. Mathys (IDE scolaire) :

- Nos missions sont des missions de promotion de la santé en faveur des élèves.
- Le recrutement et le statut des IDE scolaires : très peu de formations proposées par l'éducation Nationale, pas de remise à niveau. On va nous même chercher des formations.
- Très difficile de faire de la promotion de la santé parce qu'on n'a rien. On doit tout faire par nous même. On est des acteurs de terrain. Cela fait 12 ans que je fais ce métier.
- Mise en place d'un pseudo tutorat (seulement une douzaine d'heure).
- On comble des postes. Les IDE ne sont pas formés, encore moins à l'éducation à la sexualité. Cela n'est pas donné à tout le monde, cela s'apprend.
- Promouvoir la formation des professionnels et non pas seulement mettre une infirmière pour combler un poste.
- On parachute des jeunes personnes qui n'ont pas d'expérience de terrain. Dans ce contexte, ce n'est pas simple d'être à l'écoute des adolescents.
- Les infirmières scolaires sont parfois isolées (sur le fleuve).
- Problèmes de moyens matériels. J'ai des collègues qui n'ont pas d'ordinateurs.
- Le salaire n'est pas du tout attractif. Il faut être passionné par la chose.

Mme M-C Lescourant (CHOG) :

- Une de mission de l'ARS serait de proposer des formations communes aux acteurs de la promotion.

Mme B. Fougères (PMI) :

- Il faut donner du temps aux professionnels pour faire de la promotion de la santé. Avoir des professionnels qui sont formés, c'est bien. Mais il faut également du temps pour pouvoir établir un dialogue. Ce temps, on ne l'a jamais dans les administrations. Il faut que cette nécessité de temps soit reconnue par les politiques et les institutionnels et que des moyens humains soient mis à la disposition de la promotion de la santé.

M. F. Rezki :

- Est-ce que ce manque de temps est lié à une surcharge de travail et/ou à une insuffisance de professionnels et un problème de démographie médicale ?

Mme B. Fougères (PMI) :

- Les deux.
- Beaucoup de temps est consacré aux consultations.

Mme J. Massemin :

- Quel type de formation commune avez-vous en tête ?

Mme M-C Lescarant (CHOG) :

- Mettre en place des actions communes pour développer des compétences.
- Les IDE de l'hôpital pourraient ainsi mettre en place une action avec des infirmières scolaires.

Mme J. Mathys (Rectorat) :

- Il est très difficile de mettre en place des partenariats en Guyane, notamment en raison de l'éloignement géographique. Je suis à Mana. Pour faire venir des associations (ex : sur le diabète, Alcool Assistance etc.), c'est très très dur. Sachant que la majorité des associations est sur l'île de Cayenne. On se sent isolé. Dans le domaine de la psychiatrie, c'est problématique ; le Dr Bitsi vient à Mana mais il n'y a pas que la psychiatrie, il y a la promotion de la santé de base. Il y a beaucoup de choses à faire avant la maladie.
- Travailler dans la globalité de la personne. Fait référence aux méthodes de travail en Belgique. Le problème c'est qu'on ne travaille pas dans ce sens.
- Prend l'exemple de la prévention de l'alcool. La solution de la loi : interdire la vente d'alcool aux moins de 18 ans. Ce n'est pas une réponse Ce n'est pas comme ça qu'on y arrivera. On travaille beaucoup sur cette thématique sur Mana. Il s'agit plutôt de savoir pourquoi un jeune boit. Je travaille énormément là-dessus, avec la communauté amérindienne d'Awala et sur les problématiques du problème de l'alcoolisme au niveau des parents. Tout le monde sait pourquoi. Il y a un mal-être. Comment travailler là-dessus ?
- Les enfants ont besoin d'être écoutés (importance de la confidentialité).
- Référence à l'école ouverte des temps privilégiés d'échanges et de dialogues avec les jeunes sont privilégiés. C'est déjà beaucoup. Développement d'une école ouverte à Mana avec la mise en place de projets extra-scolaires, qui permettent aux jeunes d'avoir une autre image du collège et des adultes qui les encadrent. Possibilité de changements comportementaux.
- Il faut plus d'investissement humain, plus d'écoute, plus de communication entre les adultes !

M. J-A. Bitsi (CMPI/CHOG) :

- Organisation de la Semaine d'information et de sensibilisation à la santé mentale depuis 3 ans.
- On parle de la santé mentale, on apprend aux jeunes à reconnaître les signes de mal être.
- Ces actions peuvent être étendues à d'autres établissements.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Une formation aux compétences interculturelles linguistiques pourrait permettre aux professionnels de trouver des relais au sein de la population.
- L'infirmière de Mana a proposé un programme (Ti Dents l'Agouti) qui s'adressait aux parents dans leur langue puis aux enfants, en français. Elle a su élaborer une progression dans le relais de l'EPS.

Une intervenante :

- Mise en place d'une formation : un bac professionnel de médiation culturelle. Formation de qualité. Peut-il y avoir des débouchés pour les jeunes ?

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Nous sommes dans un temps de propositions et pas de questionnements mais la question soulevée est très intéressante. Question de la reconnaissance des acteurs. Cela a été abordé hier. (cf. médiateurs culturels). C'est le moment de faire des propositions.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Qu'en est-il de la formation dispensée par l'IMEA? Un certain nombre de médiateurs n'exerce pas aujourd'hui. Cette formation visait peut être un peu trop haut.

- Ne pas demander aux médiateurs ce qu'ils ne sont pas censés faire. Le médiateur culturel en santé n'est pas un adjoint en santé. On attend de lui qu'il relaie des messages de prévention.
- Importance de la double reconnaissance : par les professionnels et surtout par la population.
- Création de relais avec un maillage dans les quartiers prioritaires, avec l'ASV. Plus de 40 personnes (agents de prévention) du Lycée 2 ont été formées depuis 4 ans. Ont-ils trouvé des débouchés à St Laurent ? Oui, comme agent de sécurité dans les commerces. Nécessité de revoir le positionnement des médiateurs culturels.
- Revoir la possibilité de trouver des relais dans l'Education nationale.

Mme R. Baukhari (CHOG) :

- Revient sur le thème de la médecine scolaire : L'école est un lieu formidable pour la promotion de la santé. Je parle en tant que mère (dépistage à l'école d'une myopie chez son enfant). Il faut axer les efforts au niveau de la médecine scolaire : pour du dépistage (bucco dentaire...). Renforcer le pôle médecine scolaire et organiser le dépistage scolaire. Mettre en place des visites médicales pour pouvoir orienter les enfants.
- Spécialistes : Porter des efforts sur les manques de spécialités (ex : dentiste...).

Mme J. Massemin :

- Rappelle que sur St Laurent, il n'existe pas de médecins scolaires.

Mme J. Mathys (Rectorat) :

- **Médecine scolaire** : les IDE scolaires pallient le manque de médecins scolaires (cf. témoignage). On essaie de recruter des IDE pour faire le travail des médecins qui sont absents.

Mme F. Perotti (CHOG) :

- Il faudrait aussi recenser les acteurs et travailler ensuite à la circulation d'informations.
- Je pense au diabète. Au CHOG, actuellement, formation du personnel sur l'éducation thérapeutique. On a des diététiciennes qui pourraient intervenir. Il faudrait que ces compétences existantes puissent être mutualisées et que les connaissances puissent être relayées au plus proche de la population. Travail à faire en amont.

M. R. Hulic (GPS) :

- Ce qu'il faut retenir des différentes interventions, on demande que les Ars puissent :
 - o prendre en compte les besoins spécifiques de la Guyane
 - o se pencher sur le problème des médiateurs ;
 - o recruter des médecins compte tenu des difficultés rencontrées par l'Education nationale pour porter les efforts sur un meilleur dépistage scolaire ;
 - o améliorer la démographie médicale, en recrutant des médecins, en particulier des spécialistes.

M. F. Rezki :

- Pour synthétiser : une demande de formation, une meilleure visibilité des professionnels, une meilleure harmonisation, une insuffisance de professionnels.

ENJEU 3 : GOUVERNANCE DE LA PROMOTION DE LA SANTE DANS LES ARS : DEMOCRATIE ET TEMPORALITE

M. F. Reski :

- Comment l'ARS va favoriser la démocratie sanitaire et participative, sachant qu'il y a une multiplicité des acteurs et une diversité de leurs pratiques etc. ?
- Comment poursuivre des objectifs communs ?

Mme le Dr F. Perotti (CHOG) :

- La démocratie ne peut s'exprimer que s'il y a information, formation, et connaissance. Il faut impérativement développer ces moyens de communication. On a parlé de visibilité des actions et des acteurs ; il faudrait connaître les domaines de compétences et les fonctions des uns et des autres etc. Je découvre beaucoup de chose aujourd'hui. Ca sert aussi à cela...
- Au niveau de l'ARS, il faudrait un recensement des différents acteurs et une politique de communication et d'échanges vers ces différents acteurs même s'ils ne peuvent pas se déplacer aux différentes réunions car malheureusement, les distances sont importantes. Qu'on puisse bénéficier des comptes-rendu, des relevés de décisions, et savoir ce qui se passe pour s'intégrer dans ces différentes démarches et apporter notre propre contribution.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- C'est difficile de communiquer. On s'appuie sur les relais locaux, notamment les ASV.
- Comment vous transmettre cette information ? Comment concrètement mieux communiquer ? On anime des groupes de travail mais il est difficile de réunir les acteurs concernés (pendant plusieurs mois...voire années !). Existe-il d'autres moyens de communication ?

Mme C. Fourestier (CHOG) :

- On n'arrive pas trop à se repérer, à s'identifier et mettre à jour ses connaissances. On n'arrive pas trop à savoir ce qui est fait et a été fait.
- On est de plus en plus équipés de moyens (Internet, webcam) dans nos institutions respectives. On pourrait peut-être mieux communiquer sous forme de vidéo-conférences, pour pouvoir « se rencontrer », mettre un visage sur une idée, lui donner du sens ; c'est beaucoup plus important.

M. A. Bitsi (CMPI/CHOG) :

- Importance du respect des connaissances et compétences des uns et des autres.
- On ne doit pas empiéter le domaine d'un autre (ex : avoir un travail complémentaire avec celui mené par les thérapeutes traditionnels).

M. F. Rezki :

- C'est étonnant et symptomatique de voir que la question de la place de l'utilisateur n'est pas du tout abordée dans vos interventions? Or, la loi s'appelle bien HPatientsTS.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- La santé communautaire, c'est encore une fois la prise en compte au quotidien de la participation des usagers.
- Fait référence à l'action pirogue humanitaire du Dr Bellony menée depuis 4 ans (uniquement du dépistage : diabète, HTA etc.). Cette personne vient avec beaucoup de bon sens faire du dépistage. Ce que je regrette, c'est qu'on n'a pas la suite de cela, on n'a jamais eu les résultats. Dès qu'il repart avec sa pirogue, les personnes dépistées sont abandonnées à elles mêmes. C'est là qu'il y a un risque de non-assistance à personne en danger. Il y a tout un relais à faire auprès des populations dépistées. Je ne parle même pas des maladies invalidantes.
- Très important avec la mise en place des futurs tests rapides de dépistage VIH sur le fleuve. Risque d'augmentation des perdus de vue (qui sont déjà énormes) après les tests rapides. Risque de discrimination.
- Importance des réseaux de santé communautaire pour l'observance des traitements. Quand l'utilisateur retourne sur le fleuve, plus de liens avec le médecin. Education thérapeutique toute leur vie.
- Les usagers sont concernés, mais s'ils ne sont pas français, francophones, si on ne leur a pas donné la possibilité de devenir réellement les acteurs de leur santé, il n'y a pas de démocratie sanitaire. Il y a un diktat sanitaire. « Je suis le professionnel. Tu as une maladie et tu vas la vivre comme ci et comme cela ».
- Qui dans St Laurent prend véritablement en compte le droit des usagers ? Qui représente ici une association d'utilisateurs à part Pascal [le Réseau Matoutou] et moi [Mama Bobi]. Ils doivent être associés dans la santé communautaire et la santé publique.

M. R. Hulic (GPS) :

- Nous sommes tous des usagers potentiels.

M. F. Rezki :

- Comment favoriser cette démocratie sanitaire et participative ?

Une intervenante :

- L'Ars a un rôle de coordination, d'information ET d'évaluation.
- C'est bien de dépister, mais après, comment savoir si cela est efficace ou pas sur la santé ?
- L'ARS devra avoir un rôle à jouer dans le domaine de l'évaluation.

ENJEU 4 : UN FINANCEMENT ADAPTE (VERTUEUX, FIABLE, DURABLE, SOLIDE...) DE LA PROMOTION DE LA SANTE

M. F. Rezki :

- Un financement sur des thématiques prioritaires, pluriannuel ?
- Sachant que le financement est une véritable arme de guerre pour l'ensemble des acteurs...

M. C. Prat (DSDS) :

- Les textes prévoient que les actions seront financées dans le cadre du FNPEIS. La répartition se fera régionalement et la mise en œuvre sera assurée par l'ARS. Bien sûr, il y aura des arrêtés, etc.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Précisions apportées sur les financements actuels. Les principaux fonds sont gérés par le GRSP (4 axes prioritaires : Sexualité, addictions, accès aux soins et périnatalité) et la CGSS (4 thématiques : vaccination, hygiène bucco dentaire, accidents de la vie courante et nutrition). Système d'appels à projets, en début d'année ; financements annuels.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Existence d'autres acteurs susceptibles de financer des actions : les collectivités locales ; le Fonds de Coopération Régionale, géré par la Préfecture, qui finance des actions transfrontalières ; les acteurs privés, peu sollicités, qui pourraient être associés etc.

M. F. Rezki :

- Donc des financements thématiques. Est-ce que ce type de financement vous paraît pertinent ? Est-ce que d'autres modalités de financement pourraient être proposées ?

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Cette année, on nous a dit : « sur 10 propositions, on ne pourra qu'en financer que 3 ».
Durable ? : ne pas trop proposer si l'institution sait pertinemment que le budget sera restreint.
- On a travaillé en amont, on a proposé un dossier, jusqu'à présent, pas de réponses.
- Si ce n'est pas durable, ce n'est pas solide.
- Fiable ? Qu'est ce qui est fiable si les propositions que l'on fait ne sont pas suivies ? Quand à vertueux ??? Ce n'est pas vertueux d'être ni fiable, ni solide, ni durable.
- Cela fait 20 ans que je fais de la santé communautaire (30 000 personnes sur le fleuve), je n'ai jamais reçu de financements de la DSDS. Qui dit mieux ? Un financement adapté serait un financement du pays réel.

M. C. Prat (DSDS) :

- Ne pas oublier que la Conférence régionale de santé va réunir les collectivités, les associations d'usagers etc. et sera l'occasion de faire émerger les thématiques qui seront finançables.

Mme B. Fougères (PMI) :

- A la PMI, on sollicite des partenaires privés pour mettre en place des actions de prévention. Or, on n'a pas pu bénéficier de ces aides privées. Les dons, qui ont du être attribués au Conseil Général, ne pouvaient pas exclusivement bénéficier aux acteurs locaux.
- Nécessité de créer un cadre pour que les partenaires privés locaux puissent donner directement au service concerné (ex : PMI de St Laurent) et non pas à un service d'une autre commune. On a perdu des aides. Ces partenaires n'avaient pas envie de s'investir pour Kourou alors qu'ils étaient à St Laurent.

Mme C. Berthelot (Assemblée Nationale) :

- Est-ce qu'on a les mêmes thématiques qu'au niveau national ?

M. C. Prat (DSDS) :

- Pas toujours.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- Les thématiques du PRSP sont discutées et évaluées au cours de la Conférence régionale de santé, annuelle. Elle réunit l'ensemble des acteurs : institutionnels et associatifs.
- Ex : le choix de la thématique de la périnatalité dans l'appel à projet du GRSP est le reflet de cette priorité régionale.

M. F. Rezki :

- Est-ce qu'un financement sur 3 ans est plus stable, fiable, et durable ?

M. R. Hulic (GPS) :

- A GPS, on a un financement sur 3 ans ; donc il n'y a pas que des financements annuels, il y a aussi des financements pluriannuels. Avec la DSDS, on a un financement pluriannuel.

M. C. Prat (DSDS) :

- Les dossiers sont instruits par le GRSP (cf. avis technique).
- Cela dépend des conventions signées, des programmes.
- Pour GPS, la convention a été signée pour 3 ans

M. P. Sélé (Réseau Matoutou) :

- Le réseau Matoutou bénéficie de conventions pluriannuelles, notamment dans le cadre de la coopération régionale, financée par la Préfecture. Et aussi avec Sidaction. Cela permet effectivement d'avoir une certaine sérénité sur le programme. Faire des demandes chaque année coupe un peu l'élan des associations.
- Les conventions pluri-annuelles permettent d'alléger le travail administratif de l'association et d'assurer la pérennité du projet. Cela n'empêche pas bien évidemment la présentation de bilans intermédiaires et de justifier l'utilisation des fonds.

Une intervenante (CHOG) :

- L'ARS financera des projets, comment les actions seront évaluées ? Comment savoir si le projet a été mené à bien.

M. C. Prat (DSDS) :

- Au sein de la DSDS, nous disposons d'une Mission d'inspection, de contrôle et d'évaluation qui évalue toutes les actions financées dans le cadre du GRSP. On demande aux inspecteurs de faire le maximum, surtout pour les actions pluriannuelles.
- Quand les programmes sont importants, des évaluations externes sont faites par des cabinets de métropole.
- Pour certains domaines, Paris envoie des inspecteurs.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Au niveau de GPS, nous avons eu la chance d'avoir un financement sur 3 ans pour permettre l'émergence du centre de ressources. Pascal Sélé a mentionné que le réseau Matoutou a également cette opportunité. Nous sommes des cas très isolés et minoritaires. Mais les autres associations membres de GPS rencontrent de grosses difficultés à monter des dossiers et à remplir des questionnaires/ dossiers en ligne. Les versements interviennent très tard, le recrutement de personnes et l'investissement dans des équipements est difficile dans ce contexte. Elles n'ont aucune visibilité ; ne peuvent pas se projeter et savoir si l'action pourra être reconduite. Les associations ont besoin d'anticiper et de préparer leurs programmes en amont. Les décalages temporels sont à prendre en compte.

Mme M. Bailleux (DSDS) :

- On demande aux associations de préciser la méthode et les moyens d'évaluation dès le dépôt de la demande de financement (cf. convention).

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- L'erreur, c'est d'utiliser l'appel à projets : on finance et on évalue. Jamais on ne va donner un coup de main sur le terrain, financer des choses qui existent déjà sur le terrain, donner un appui technique, faire une évaluation et les financer. Toujours attendre que cela monte du terrain. Pourquoi ne pas faire une évaluation de ce qui existe déjà ? Vous aurez un meilleur emploi de votre argent. C'est là où on vous attend.
- Il y a déjà des réseaux, des acteurs. Les acteurs n'ont pas les capacités de remplir les dossiers. Le système en ligne ne fonctionne pas. Cela ne marche pas. Sur le terrain, on fonctionne.
- Partir du pays réel pour lui donner un coup de main et ne pas opposer le pays légal. La promotion de la santé, c'est à la base.
- Il faut très peu de sous. Un financement adapté, c'est un financement adapté au pays réel ; un financement fiable, c'est un financement de ce qui est fait pour l'améliorer.
- Les populations sont toujours le critère d'évaluation. La participation des usagers : comment peuvent-ils modifier leurs comportements ? Ce n'est pas comment on a dépensé les sous.... Les sous viennent après, pour appuyer une action.
- Ce sont des propositions que je fais depuis 10 ans.

Mme C. Togé (Réseau Matoutou) :

- Ne pas seulement prendre en compte les critères nationaux et refuser de prendre en compte les réalités du terrain et les particularités régionales voire locales.
- Créer des critères adaptés à notre territoire. Je propose de ne pas seulement s'appuyer sur des critères quantitatifs (quantité de travail réalisée et de personnes vues) mais évaluer la qualité du travail fait, et des actions menées.

M. F. Rezki :

- Un financement thématique mais aussi un financement territorial, prenant en compte les particularités locales.

Une intervenante (CHOG) :

- Revient sur les modalités de l'évaluation : évaluation des actions, mais également des résultats. Comment se fait l'évaluation des résultats ?
- Rappelons que les résultats en santé publique peuvent être très longs (et ne sont pas forcément visibles à l'année). Est-ce que cela est pris en compte dans la demande de financement et les rapports annuels ?

M. R. Hulic (GPS) :

- Les indicateurs de départ sont précisés dans la convention. Au départ, les deux signataires se sont mis d'accord sur ces indicateurs. Je ne vois pas comment procéder différemment.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- La participation et la satisfaction des usagers est un indicateur qu'on ne prend pas assez en compte en Guyane. La satisfaction des usagers doit également être intégrée à l'évaluation.

M. F. Rezki :

- Fait une synthèse : Financements par thématiques ; par territoires etc.
- Mieux définir des critères qualitatifs et quantitatifs et les adapter aux situations locales.

ENJEU 8 : COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS EN SANTE AUPRES DES POPULATIONS

M. F. Rezki :

- Je vous propose d'aborder l'enjeu 8, qui n'a pas été abordé) à Cayenne et Kourou(faute de temps).
- Questions des inégalités d'accès aux soins ? Comment surmonter les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention ? Notre département montre des indicateurs rouges.
- Comment la promotion de la santé peut favoriser l'égalité de l'accès aux soins ?
- Rappel du contexte : communes enclavées, hospitalo-centrisme dans certaines communes du littoral.

Mme E. Carles (CHOG) :

- Existe-t-il encore les équipes mobiles pluridisciplinaires et s'ils n'en existent pas, pourrait-on en créer (ex. diététicienne, IDE, médecin, etc.) pour accompagner les acteurs (ex : 1 fois par mois) et réorienter les actions si besoin.
- Prévoir plusieurs équipes subrégionales.

Mme J. Mathys (Rectorat) :

- Tout à fait favorable.
- Les infirmières participent au dépistage audiovisuel en milieu scolaire.
- Confirme l'importance d'une équipe mobile pluridisciplinaire (notamment composée de médecins spécialistes) allant auprès des populations. Idée toute simple et facile à mettre en œuvre.
- Propose de s'appuyer sur les établissements scolaires (cela est très facile à gérer).
- Renvoie au constat que les diagnostics sont faits, mais, ensuite, aucune prise en charge n'est possible.
- Action menée avec le Rotary Club + ophtalmologues de Cayenne et Kourou (absents sur l'Ouest). Aucun ophtalmologue dans l'ouest guyanais. C'est très difficile de se déplacer dans l'ouest guyanais (pas de transport en commun ; les gens viennent en stop).
- Pourquoi ne pas créer une équipe mobile permanente, à plein temps ?

M. R. Hulic (GPS) :

- Je partage votre point de vue. Cela existait avant (ex : dentiste).
- Il est possible dans le cadre des ARS de demander la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires pour faciliter l'accès aux soins dans les communes éloignées.

Mme E. Carles (CHOG) :

- Il faudrait former les professionnels : quand on embauche, prévoir un temps d'acclimatation, de découverte avant d'être opérationnel (ex : missions sur Apatou sans bien connaître les habitudes alimentaires etc.)

Mme B. Kim (CHOG) :

- Une équipe pluridisciplinaire. Je suis tout à fait d'accord. Mais on en revient toujours au même problème, il manque des spécialistes. Il faut également agir sur la démographie médicale.
- ⇒ Mutualisation des services (établissements hospitaliers, services du conseil général, etc.)

M. R. Hulic (GPS) :

- On peut trouver les moyens pour avoir des spécialistes. Il fait référence aux actions de dépistage d'un Lions Club à Maripasoula.

Mme C. Fourestier (CHOG) :

- Enjeu N°3 : vous regrettez qu'on ne parle pas de l'utilisateur. Or, la population est mentionnée à l'enjeu n°8. La façon dont on présente les choses et dont on conçoit l'organisation des soins met de côté, comme souvent, la place de l'utilisateur.
- Sur les questions de mobilité : je souhaite revenir à l'accès aux soins. Prend l'exemple du transfert sanitaire des patients. Nécessité de prendre en compte de l'éloignement et l'isolement du patient de son lieu de vie pour accéder aux soins.
- Notion de vertu : comment utilise-t-on l'argent ? Combien coûte une évacuation sanitaire ? Personne ne sait. Ne serait-il pas préférable de faire venir des spécialistes. Être certain qu'on va dans la bonne direction.
- Tout ce qu'on met en place en équipe pluridisciplinaire a un sens et de la vertu.

Mme A. Mathieu (GPS) :

- Un professionnel s'est proposé de réaliser des missions dans les communes isolées et a sollicité le CHAR.
- Encourager ce type d'initiative et faciliter ce type de démarches.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Le dépistage implique ensuite des réponses de soins et surtout un suivi. C'est toute l'ambiguïté des missions humanitaires qui font du dépistage mais pas de suivi.
- Ce n'est pas seulement des moyens ; si on parle d'accès, cela renvoie à la réduction des inégalités. Cf. travaux d'Estelle Carde. Nos comportements sont discriminatoires. Les acteurs de la santé entretiennent la discrimination dans l'accès aux soins.
- Après ce constat, comment faire de la promotion de la santé, de l'EPS, pour créer cette démocratie et cette citoyenneté sanitaires ?
- Propositions dans le cadre régional voire subrégional.
- Encore une fois, la santé communautaire, c'est ce qui coûte le moins cher.

M. P. Sélé (Réseau Matoutou) :

- Nous disposons d'une équipe mobile de prévention (Présentation du projet EMIPS). On n'est pas dans le pluridisciplinaire.
- Lorsqu'on intervient dans le cadre du GSMA, on essaie de coordonner nos interventions avec la PMI (pour les questions relatives à la contraception...), Impact. (sur les addictions).
- Concernant les interventions sur le fleuve (formation), il est très difficile de faire des actions communes ; les calendriers ne correspondent pas forcément avec ceux des autres structures.
- Dans le cadre des interventions de l'EMIPS, c'est difficile de mettre en place une action pluridisciplinaire sur le fleuve. Ce n'est pas qu'on ne veuille pas.

M. F. Rezki :

- Pour surmonter ces difficultés pour accéder aux communes enclavées, existence de la télémédecine. Est-ce que le cadre juridique a été formalisé ?

M. C. Prat (DSDS) :

- Une dizaine de malles de télémédecine sont disponibles aux centres de santé du CHAR. On est en avance à ce sujet en Guyane, et ce, grâce à la présence du CSG. Cela marche plutôt bien.

M. R. Hulic (GPS) :

- Avoir une réflexion sur le devenir des centres de santé de l'intérieur.
- Préconise l'installation de structures mieux adaptées au contexte local, pour les moyens séjours, sur certaines communes éloignées. J'avais pensé à St Georges et Maripasoula. Possibilité pour les familles de visiter les patients plus facilement.

- Il faudrait que l'ARS tienne compte de ces particularités en Guyane. Dans l'hôpital, on peut faire de la promotion de la santé, plus proche des patients.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Il rejoint cette proposition de décentraliser l'accès aux soins, qui permet de réduire les inégalités. Nouvelle conception du territoire sanitaire.
- Cela favoriserait l'accès aux soins à Maripasoula des personnes vivant au Suriname, qui seraient majoritaires.

M. R. Hulic (GPS) :

- Les médecins de Grand Santi recevaient les patients du Suriname (Stoelman) avec prescription des médecins surinamais d'aller au dispensaire de Grand Santi.
- Suivi simultané de 120 femmes enceintes.

M. G. Guillemot (Mama Bobi) :

- Pourquoi des initiatives aussi importantes n'ont pas été suivies ?
- Avoir un directeur de la santé publique de votre compétence et votre recul devrait nous donner plutôt des avantages. J'espère qu'avec votre poids et votre pouvoir décisionnel, nous allons pouvoir enfin sortir de ces répétitions des 1^{er} pas... Cela fait plus de 400 ans que la France est ici, elle pourrait arriver à faire le 2^{ème} voire 3^{ème} pas !

M. F. Rezki :

- La question de la promotion de la santé, et plus largement de la santé, ne peut être séparée de la question de l'aménagement du territoire.
- Il est intéressant qu'on parle de santé et non pas seulement de soins.
- Réfléchir à un meilleur maillage territorial pour améliorer l'accès aux soins.
- 20% du renoncement aux soins est lié à l'absence de transports individuels ou collectifs.

Mme C. Fourestier (CHOG) :

- Au-delà des questions de transport, on voit bien que les personnes n'ont pas toujours tous les documents exigés pour accéder aux soins. Avant d'arriver à un service d'admission, on va d'abord voir l'AS de l'hôpital. Aujourd'hui, les personnes prennent conscience qu'elles doivent avoir des documents administratifs pour avoir accès aux soins. Mais difficultés à le faire malgré la présence d'AS à l'hôpital.

M. F. Rezki :

- L'enjeu 5 a été abordé de façon indirecte.
- Faute de temps, nous ne pourrions aborder l'ensemble des enjeux.

Conclusion de Mme Chantal Berthelot

Je voudrais faire une réflexion globale et remercier GPS pour cette initiative. Des thématiques d'enjeux ont été ciblées, essayons maintenant d'y répondre. Les professionnels ont une expérience en Guyane pour faire part de ce qu'ils vivent et de propositions.

1^{ère} remarque : le mot santé.

- Quelle définition lui donne-t-on ? Pour moi, qui ne travaille pas dans le domaine de la santé, la santé renvoie à tout ce qui concourt à un bien-être.
- Si on veut promouvoir la santé, il y a des sujets que je ne peux pas éluder. L'ARS devra y répondre. On ne peut pas parler de promotion de la santé quand a encore une population qui n'a pas accès à l'eau potable. Les vaccins, le dépistage, c'est du domaine public.
- L'école de la République doit accompagner nos enfants à être en bonne santé (mentale, physique, intellectuelle etc.).

- Rappelons les règles républicaines, les choses fondamentales, même s'il faut bien évidemment faire ensuite avec ce qu'on a.

Propositions :

- Comment amener les soins aux gens ? Les unités mobiles, je n'y crois plus. Si les gens n'ont pas accès aux soins, les soins doivent aller aux gens. Quelque soient les initiatives (ex : Pirogue humanitaire), le sentiment est bon. Ensuite, il y a le suivi des dépistages à assurer.
- Problème médical : comment rendre attractif notre territoire et attirer les médecins, spécialistes, infirmiers ?
- On a parlé de coopération. Comment faire venir des médecins venant d'autres formations (hors hexagone). Quel est le statut des professionnels (infirmiers, médiateurs etc.) ?
- L'ARS devra, à un moment donné, répondre à ces problématiques là (la démographie médicale, la formation des professionnels de santé) et adopter une vision globale.
- J'ai appris beaucoup de choses, comme toujours auprès de professionnels. Je suis preneuse des conclusions et me propose de renvoyer ce travail à tous les parlementaires. Ils pourront relayer les conclusions et alimenter de nouvelles réflexions. Je pense qu'ils sont tous preneurs.

Une intervenante :

- On a travaillé au niveau du Conseil régional sur les formations sanitaires et sociales. Il faut recenser ces travaux et les croiser à un moment ; en faire une synthèse et faire des propositions applicables.

Clôture de la séance par M. Robert HULIC

Je voudrais remercier particulièrement Madame la Députée, Chantal Berthelot, d'avoir assisté à cette réunion d'informations et d'échanges.

Je pense qu'il y a eu pas mal de propositions qui seront transmises au niveau national, à la SFSP, qui sera chargée de les transmettre au Ministère chargé d'élaborer des décrets et circulaires d'application de la loi qui a été votée. Il faut continuer à réfléchir à l'évolution de nos structures et à ce qu'on veut faire en Guyane.

Je parle en tant qu'ancien directeur de DAASS et d'ARH. En Guyane, je pense qu'on a beaucoup de retard. L'aspect santé oui, mais également l'aspect social, qui n'est pas toujours pris en compte. Quand on envoie des gens se soigner en Martinique, il y a des gros problèmes.

Prend exemple d'une personne rencontrée, envoyée à Grand Santi puis à St Laurent, puis à Cayenne, et enfin à l'hôpital de Fort de France en Martinique pour soigner un cancer. Cette personne ne parlait pas français, pas le créole ; donc le médecin ne pouvait pas converser avec le malade. Il y a des gens qu'on envoie en métropole ; ils arrivent à Paris sans rien.

Mieux organiser les évènements, en y incluant l'aspect social (accompagnement, soutien psychologique, organisation matérielle). Les responsables politiques doivent aider les associations qui travaillent dans ces domaines.

Un soutien majeur des collectivités auprès des communes est nécessaire. Cf. problèmes d'assainissement. L'accès à l'eau potable : il faut avoir une réflexion politique à ce sujet. Ex : à Apatou, pollution du fleuve en raison des problèmes d'assainissement.

Je voudrais remercier vivement le Maire de Saint-Laurent du Maroni qui a mis ses locaux à notre disposition, tous ceux et toutes celles qui ont contribué à la réussite de cette journée de réflexion. Je voudrais tous vous remercier d'avoir participé à cette réunion qui permettra peut-être de faire avancer les choses pour la Guyane.

Mme A. Mathieu (GPS) :

Nous remercions chaleureusement Mme Joanne Massemin et M. François Reski pour avoir animé ce débat, M. Robert Hulic pour avoir ouvert et clôturé celui-ci, bien évidemment M. Prat et Mme M. Bailleux pour leurs contributions.

SYNTHESE FINALE DES PROPOSITIONS

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
Enjeu 1 : Apports et périmètre de la promotion de la santé				
DIAGNOSTIC	Manque de données		<i>Réaliser des diagnostics locaux</i>	<i>Diagnostics entrepris dans les communes disposants d'ASV à poursuivre et à affiner</i>
			<i>Renforcer les liens entre les différentes structures effectuant des enquêtes, recherches, etc. (ORSG, CIC-EC, Université, DSDS...)</i>	
CURATIF VS PREVENTIF	Transversalité de la promotion de la santé	Acteurs divers concernés: santé scolaire, médecine du travail, secteur médico-social, environnement, développement etc.	<i>Reconnaitre la transversalité de la promotion de la santé</i>	<i>Création d'interfaces entre les ministères/services déconcentrés de l'Etat (ex: santé au travail, santé scolaire etc.)</i>
		Séparation très forte entre le curatif et le préventif, notamment dans la médecine hospitalière	<i>Favoriser une meilleure articulation entre le curatif et le préventif, un continuum</i>	
		Annnonce du renforcement de la prévention au sein des CDPS et de l'intégration des CDPS dans les missions d'aide à la contractualisation (répond à une logique de service public)	<i>Mieux articuler les différentes dimensions de la PS</i>	
DIMENSION CULTURELLE	Quels liens entre médecine coutumière et médecine dite savante ?	Rapports entre la médecine dite savante (pas toujours dans une capacité à répondre et à couvrir la totalité du territoire) et la médecine coutumière (ex: tradipraticiens, chamanes, etc.), souvent plus accessible	<i>Favoriser l'articulation des soins traditionnels et des soins plus classiques Questionner, avec un regard critique, les deux approches</i>	
	Problème de l'insuffisance de la prise en compte de la dimension interculturelle dans la dimension du soin	Présence insuffisante et non systématique des professionnels permettant une bonne compréhension entre les cultures du soignant et du soignés (médiateurs culturels, médiateurs en SP).	<i>Renforcer les relations avec les professionnels des sciences humaines/sociales (anthropologues, sociologues, médiateurs sociaux etc.), notamment dans les structures hospitalières</i>	<i>Partenariat entre structures hospitalières (structures de soins, pas uniquement les CH, par ex les structures médico-sociales) et professionnels des sciences humaines</i>
	Contexte multilingue et multiculturel qui nécessite des moyens de prévention spécifiques	Recours aux médiateurs pour faciliter le dialogue entre professionnels et usagers. Ne pas voir les choses qu'à l'échelle de la relation entre un individu et un professionnel. Quand on a une somme de cas, cela commence à faire un problème collectif et on peut le rapprocher d'un problème communautaire.	<i>Valoriser le rôle des médiateurs et les intégrer pleinement dans la définition et la mise en œuvre de la stratégie de PS</i>	<i>Actions de lobbying pour l'accès à un statut pour les médiateurs culturels et les médiateurs en santé publique Recensement des médiateurs culturels; médiateurs en santé publique et autres acteurs sur les établissements hospitaliers</i>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
CULTURE COMMUNE	Qu'est-ce qui fait consensus sur le concept de PS?	Méconnaissance de la part d'un grand nombre d'acteurs	Acquérir une culture commune et une connaissance mutuelle des acteurs	Acquisition d'un glossaire. Meilleure diffusion du SREPS et autres documents de référence (ex: mise en ligne du SREPS sur les sites Internet de GPS et de l'ARS)
		Les définitions des concepts (santé, santé publique, promotion etc.) sont maîtrisées mais leur interprétation diffère selon les acteurs.		Renforcement des échanges, et circuits d'informations et de la communication entre professionnels. Un temps annuel de rencontre (journées d'échanges de la prévention)
		Nécessité d'une charte travaillée et validée par l'ensemble des acteurs		Relance d'un référentiel commun à l'EPS en Guyane, mais attention à ce que ce dernier reste souple
CHAMPS POLITIQUE ET ECONOMIQUE	Implication plus forte des acteurs économiques et politiques	Sensibilisation et implication des élus au fait que les problèmes de santé sur un territoire ne peuvent pas se réduire au nombre d'hôpitaux, de dispensaires, de médecins généralistes ou d'infirmières sur le territoire.	Mobiliser et impliquer plus fortement les collectivités territoriales, et les élus	Utilisation de leviers par ces acteurs
		Parmi les priorités du Plan santé Outre Mer: formation des professionnels, recherche, continuité territoriale, coopération interrégionale et internationale	Sensibiliser les acteurs sus-cités aux programmes de prévention	
		L'implication des acteurs économiques et politiques est rendue nécessaire par le périmètre de la PS : transversalité forte et action à l'échelon collectif	Intégrer de façon plus importante les politiques de prévention et de promotion de la santé dans la mise en place du Plan Santé Outre-Mer	Actions de lobbying auprès du secrétariat à l'Outre Mer
COOPERATION	Quels partenariats avec les pays frontaliers? La notion de périmètre dans un contexte transfrontalier	Actuellement, malgré les prémices de coopération dont nous parlons aujourd'hui, les professionnels de santé des zones frontalières n'ont aucun contact avec leurs homologues surinamais ou brésiliens. Il y a eu beaucoup de tentatives et de réunions. "On va coopérer" mais rien de visible sur le terrain.	Prendre davantage en compte la dimension transfrontalière de la promotion de la santé : coopération, accords politiques, mutualisation des moyens inscrits dans un cadre juridique.	Actions de communication et de plaidoyer

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
COOPERATION	Quels partenariats avec les pays frontaliers? La notion de périmètre dans un contexte transfrontalier	Projet de coopération de la future ARS avec le Ministère de la santé du Suriname, travail sur la reconstruction du centre hospitalier d'Albina ; travail avec les autorités de santé surinamaises sur le projet médical de santé du centre hospitalier d'Albina		
		Coopération de la DSDS avec le Suriname dans le cadre d'un programme élargi de vaccination		
		Projet de coopération transfrontalière institutionnel entre la Guyane et ses homologues au Brésil (Amapa) concernant la lutte contre l'infection VIH-Sida (aspect prévention et curatif)		
		Projet de coopération transfrontalière de GPS avec la municipalité d'Oyapock au Brésil (Amapa) et l'ONG Medische Zending (MZ) au Suriname - en cours d'instruction		
Enjeu 2 : Reconnaître les acteurs de la promotion de la santé et faciliter le développement de leurs compétences				
CONNAISSANCE DES ACTEURS	Qui sont ces acteurs ?	Ce sont des : Acteurs du secteur médico-social o Aidants ; Ateliers santé ville ; Acteurs économiques ; Associations : de patients, d'usagers, de la santé, de l'éducation etc. ; Bénévoles ; Elus et administrateurs des collectivités territoriales ; Etablissements hospitaliers, centres de santé, cliniques privées ; Médiateurs culturels, médiateurs en santé publique ; Professionnels : de l'EPS, de la santé, de l'éducation (dont l'Education nationale – enseignants, infirmier, médecin) ; Population ciblée par les actions de prévention et d'éducation, patients, etc. ; Réseaux de santé (ville-hôpital, etc.) ; Réseaux de santé communautaire ; Services déconcentrés de l'Etat ; Secteur libéral ; Universités etc.	Recenser de façon exhaustive les acteurs susceptibles d'intervenir dans le champ de la promotion de la santé.	Lister les acteurs de la promotion et leurs coordonnées Valoriser cette identification Les intégrer dans l'état des lieux du futur SREPS

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
CONNAISSANCE DES ACTEURS	Quels sont leurs rôles et missions?	Méconnaissance des activités développées par les acteurs	Identifier les rôles, missions et champs d'intervention respectifs de chaque acteur; et plus particulièrement ceux des institutions	<p>Diffusion des référentiels (plans et leurs déclinaisons: programmation, schéma opérationnel d'intervention)</p> <p>Diffusion de l'annuaire des acteurs sanitaires et sociaux réalisé par GPS et la DSDS et actualisation des données chaque année par ces acteurs</p> <p>Croisement des informations avec les institutions, têtes de réseau (ex: dans les champs environnemental, sportif, social, éducatif, etc.) et autres dispositifs (SAVA, DLA etc.)</p>
	Comment faire face au manque criant de professionnels de la santé?	<p>Manque criant de professionnels de la santé, surtout de spécialistes, en particulier dans certains territoires (problèmes de répartition). En Guyane, 3 fois moins de médecins qu'en métropole</p> <p>Existence d'un groupe de travail qui travaille sur ce thème (Dr Suzanon au CG, MRS etc.)</p>	Améliorer la démographie médicale et la répartition géographique des professionnels sur le territoire (cf. communes isolées du littoral et de l'intérieur).	Aides incitatives (ex: faire en sorte que les internes qui travaillent en Guyane puissent rester pendant une période au moins de cinq ans)
FORMATION ET PROFESSIONNALISATION	Comment davantage développer les compétences et capacités des acteurs de la PS?	Acteurs demandeurs de formations en promotion de la santé	Développer l'offre de formations en promotion de la santé en général	<p>Réalisation d'un état des lieux des besoins en formation et des formations existantes (cf. formation interne des CH, du COREVIH, de l'ARH, de la CGSS ...)</p> <p>Définition de plans de formation et création de programmes de formation adaptés aux acteurs.</p>
		Manque de places dans les formations sanitaires existantes (infirmier d'Etat, aide-soignant, et auxiliaire de puériculture) en Guyane et absence de diversification dans les formations proposées.	Travailler en synergie avec le Conseil régional pour développer davantage de formations de qualité dans le domaine sanitaire	<p>Participation de l'ARS à l'élaboration du Schéma des formations sanitaires et sociales, à sa mise en œuvre et à son suivi</p> <p>Augmentation des quotas après avoir réuni les conditions matérielles (disponibilité des locaux etc.) et humaines (davantage de formateurs)</p> <p>Diversification de l'offre de formations</p>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE	
FORMATION ET PROFESSIONNALISATION	Comment davantage développer les compétences et capacités des acteurs de la PS?	La PS n'est pas suffisamment prise en compte dans les formations initiales	Former (ou au moins sensibiliser) les futurs professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et social	<i>Intégration de modules sur la PS (prévention, éducation pour la santé etc.) dans les formations initiales proposées par les lycées (ex: Melchior Garré), divers instituts (IFSI, IRDTS), et l'université(UAG)</i>	
			Renforcer les lieux ressources	<i>Coordination entre les opérateurs aux services des acteurs en matière de soutien aux projets (GPS, DLA, SAVA, etc.)</i>	
			Renforcer la formation continue	<i>Création d'un DU en prévention, et communication en santé en milieu tropical. (Dr M. Nacher)</i>	
				<i>Création d'une formation en santé, et précarité</i>	
				<i>Elaboration d'un plan de formation continue : - en méthodologie de projet - sur des thématiques ciblées - à destination de publics ciblés - sur des territoires prioritaires</i>	
			Intérêt des lieux ressources. Les acteurs manquent de connaissances en méthodologie de projet et de soutien individualisé au montage d'actions de promotion de la santé	Proposer des formations en méthodologie de projet et un appui au montage d'actions	<i>Renforcement de la complémentarité des formations en méthodologie de projet proposées (GPS, DLA, etc.)</i>
			Quel est l'intérêt de former des personnes qui ne restent pas? Comment fait-on pour faire face au turn over ? Ce n'est pas les professionnels de santé des CDPS qu'il faut former, mais des personnes issues de la communauté	Cibler des personnes/groupes spécifiques	<i>En priorité, formation: - des agents de santé issus des communautés, dont la stabilité favorise le maintien sur le même poste des personnes formées dans la durée. - des aidants et les bénévoles - des IDE scolaires</i>
	De nombreux professionnels sont amenés à travailler sur des thématiques sur lesquelles ils n'ont pas (ou pas suffisamment) été formés.	Proposer davantage de formations sur des thèmes ciblés	<i>Ex: nutrition, etc.</i>		

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE	
FORMATION ET PROFESSIONNALISATION	Comment davantage développer les compétences et capacités des acteurs de la PS?	Où organiser des formations? Avec qui?	<i>Proposer des formations délocalisées sur l'ensemble du territoire</i>	<i>Identification de bassins de formation</i>	
			<i>Proposer des formations en métropole ou dans d'autres DOM/DFA pour échanger des connaissances, compétences et expériences avec des professionnels intervenant dans d'autres régions.</i>	<i>Organisation d'échanges de pratiques entre régions dans le cadre de formations interrégionales</i>	
			<i>Proposer à des intervenants de métropole ou d'autres DFA d'animer des formations en Guyane</i>	<i>Recours à des intervenants extérieurs pour animer des formations en Guyane (cf. appréciation par les acteurs guyanais des formations animées par le COMEDE, Sida Info Service, l'Institut Renaudot et le CRIPS Ile de France en 2008 et 2009).</i>	
		Difficultés des professionnels récemment arrivés dans le département à s'adapter aux particularités du territoire		<i>Prévoir un temps d'acclimatation et de formation avant que les professionnels recrutés soient opérationnels (adaptation au contexte).</i>	<i>Systématisation des préparations au départ des personnels de santé des communes isolées Découverte de divers services et rencontre d'acteurs clé avant d'être réellement opérationnel Présentation du contexte socio-culturel et des enjeux en matière de promotion de la santé Proposition de formations complémentaires, en lien avec les particularités régionales</i>
				<i>Former les acteurs aux compétences interculturelles et linguistiques.</i>	
		Question du suivi, de l'accompagnement et de la capitalisation des formations		<i>Assurer le suivi des personnes formées et capitaliser les savoirs, savoir-faire, et savoir-être</i>	<i>Mise en ligne du contenu des formations et capitalisation des formations Systématisation de l'évaluation des formations Accompagnement des personnes formées et mise en pratique</i>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
			<p>Adapter les programmes d'apprentissage et d'éducation thérapeutique</p> <p>Renforcer les actions d'éducation thérapeutique dans les structures de soins</p>	<p><i>Intégration de l'éducation thérapeutique dans le SROS</i></p> <p><i>Mise en place de temps consacrés à la prévention, l'éducation thérapeutique pour les professionnels de santé (IDE)</i></p>
RECONNAISSANCE DES ACTEURS	Comment l'ARS va-t-elle davantage participer à la reconnaissance des acteurs ?		<p>Reconnaître et valoriser les connaissances et compétences des acteurs impliqués dans la promotion de la santé, notamment du rôle joué par les professionnels de la santé, du médico-social, de l'éducation, du social, de la culture etc.</p>	<p><i>Réalisation d'un état des lieux des acteurs existants pour une meilleure visibilité de ces derniers et de leurs actions : connaissance de leurs domaines de compétences, missions, fonctions/rôles.</i></p>
		La reconnaissance des acteurs en prévention implique une démarche qualité à l'aide de référentiels sur les missions et compétences que doivent avoir un acteur de prévention	<p>Décloisonner les acteurs et valoriser la complémentarité et l'inter-sectorialité des actions : transversalité</p>	<p><i>Ex: partenariat avec les medias</i></p>
		Pas de reconnaissance statutaire des médiateurs en santé publique (plus de 38 médiateurs en santé publique formés par l'IMEA - 42 jours de formation). Les médiateurs en santé publique ne sont pas seulement des interprètes de la langue entre médecins et patients mais surtout des interprètes de la culture, c'est-à-dire de la vision culturelle qu'on peut avoir de la santé et de son rapport au corps.	<p>Reconnaître le diplôme et le statut de médiateur en santé publique</p>	<p><i>Faire un état des lieux (recenser les 38 médiateurs formés)</i></p> <p><i>Dans le futur SREPS, clarification des rôles et missions des différents métiers:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médiateurs culturels - Médiateurs en santé publique (28 personnes formées par l'IMEA) - et les agents de santé?
		L'implication de référents locaux, sur la base du volontariat (ex: relais communautaires de l'EMIPS), ne fonctionnera pas longtemps	<p>Reconnaître et valoriser davantage la valeur ajoutée du bénévolat</p>	<p><i>Actions communes de plaidoyer au niveau national</i></p>
		Importance de la double reconnaissance des professionnels : par les autres professionnels mais également et avant tout par les groupes ciblés.	<p>Valoriser l'évaluation des actions par les bénéficiaires et groupes ciblés</p>	

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT	Comment l'ARS va soutenir et accompagner les acteurs?		<i>Aménager le temps des professionnels intervenant en milieu hospitalier pour faire de la prévention. (et donc renforcer les effectifs...)</i>	<i>Mise en place de consultations de prévention car la PS, en tant que telle, n'est pas suffisamment intégrée dans les consultations thérapeutiques.</i>
			<i>Sensibiliser les responsables (associatifs, institutionnels etc.) aux priorités et stratégies des acteurs de terrain pour garantir une transparence et une adhésion sur les actions menées par ces acteurs</i>	<i>Participation des responsables aux actions de terrain</i>
			<i>Créer un maillage de médiateurs en santé publique et de relais dans les quartiers prioritaires, les communes isolées et les établissements scolaires.</i>	<i>Repérage des médiateurs présents sur ces différents territoires</i>
			<i>Mutualiser les compétences et connaissances existantes et transférer cette expertise à des personnes relais.</i>	<i>Organisation de formations de formateurs Diffusion du contenu détaillé des formations</i>
			<i>Elargir les responsabilités confiées aux IDE scolaires</i>	<i>Possibilité de renouveler certains contraceptifs dans les établissements scolaires, et de délivrer la contraception d'urgence à l'université</i>
Enjeu 3 : Gouvernance de la promotion de la santé dans les ARS : démocratie et temporalité				
REPRESENTATION DES ACTEURS	Quels seront les acteurs représentés? Comment cette gouvernance prendra en compte l'expertise et l'expérience des acteurs de terrain ? Quelle légitimité ont les acteurs de terrain à participer à cette gouvernance ? Comment seront-ils associés ?	Instances de concertation et de décisions de la future ARS (1 conseil de surveillance, 2 comités de coordination ; le premier sera plus spécifiquement consacré aux questions de prévention et l'autre à son champ médico-social)	<i>Favoriser autant que possible le dynamisme de vie des instances de la future ARS, rappeler régulièrement l'importance pour chacun d'y participer</i>	
			<i>S'appuyer de manière plus forte sur les structures de coordination pour favoriser concertation et prise de décision</i>	
		L'ARS s'appuiera également sur une nouvelle Conférence Régionale de Santé, qui s'appellera Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie, pour intégrer la dimension médico-sociale	<i>Élargir la composition des membres de l'ARS par la présence des acteurs tels que l'Education Nat, les municipalités etc.</i>	
			<i>Élargir la représentativité des acteurs à l'ensemble de la Guyane dans les commissions de l'ARS et de la CRS.</i>	

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
REPRESENTATION DES ACTEURS	Quels seront les acteurs représentés? Comment cette gouvernance prendra en compte l'expertise et l'expérience des acteurs de terrain ? Quelle légitimité ont les acteurs de terrain à participer à cette gouvernance ? Comment seront-ils associés ?	Pas de participation effective des élus et difficultés des techniciens pour les représenter	Représenter les élus par des techniciens en cas d'indisponibilité.	
		Place des acteurs de terrain dans la gouvernance	Valoriser l'expérience des acteurs de terrain par une meilleure prise en compte de leurs observations.	
		Implication effective des acteurs intervenant à l'extérieur de l'île de Cayenne à la gouvernance	Favoriser la participation à la gouvernance des personnes exerçant une activité de promotion de la santé dans les communes du littoral éloignées de l'île de Cayenne et les communes isolées.	Décentralisation des réunions afin de sortir du « cayenno-centrisme » Indemnisation réelle des déplacements des acteurs venant de loin
PLACE DES USAGERS		Les usagers semblent trop souvent écartés, surtout ceux qui ne sont pas francophones, dans l'organisation de la prévention et des soins, ce qui interroge la notion de démocratie sanitaire	Remettre l'usager au centre des politiques de prévention et promotion de la santé Instaurer de véritables rapports d'égalité entre professionnels et usagers et davantage respecter les droits des patients	Participation effective des associations d'usagers au sein des commissions « qualité des soins » des hôpitaux
				Association de l'usager aux procédures d'évaluation et restitution
Enjeu 4 : Un financement adapté (vertueux, fiable, durable, solide...) de la promotion de la santé				
COUT DE LA PS	Pourquoi investir dans la promotion de la santé ? La promotion de la santé comme un moyen d'efficacité limitant le recours aux soins	Moindre coût de la promotion de la santé : le coût d'un acte préventif est toujours moins cher que celui d'un acte curatif.	Augmenter les moyens financiers alloués aux structures et personnes intervenant dans le champ de la promotion de la santé (notamment les associations).	
		La santé communautaire est ce qui coûte le moins cher.	Accorder une place plus importante au financement des actions de santé communautaire	
COORDINATION	Comment davantage coordonner les financements ?	Existence de plusieurs guichets.	L'ARS, garante de la complémentarité des financements (Europe, Etat, collectivités, justice, travail etc.)	Participation de divers acteurs (notamment des collectivités territoriales) au financement des actions de PS pour que l'ARS soit plus efficace. Valorisation de ce partenariat

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
MODALITES DE FINANCEMENT	Des financements adaptés	Le mode de financement par appel à projets ne doit pas être exclusif. Importance de la continuité des politiques publiques et des actions de PS	Proposer une pluri annualisation des financements accordés aux associations pour inscrire les actions dans le long terme (3 à 5 ans) et assurer la durabilité et la pérennité des actions, avec des évaluations intermédiaires financées	Signature de conventions pluriannuelles avec les associations, sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens Pérennisation des financements
		Retard dans les décaissements de financements aux associations	Privilégier des financements sur année civile et décaisser les fonds en début d'année	
		Complexité et diversité des procédures	Harmoniser et simplifier les procédures pour solliciter un financement	Adoption de formats de demandes de financements similaires Accompagnement des acteurs pour élaborer et mettre en ligne ces demandes (ex: Polyville, Subvention en ligne etc.)
SOUTIEN FINANCIER AUX ACTIONS DE PROMOTION	Survie des associations	Contexte marqué par la volonté d'avoir davantage d'efficience	Veiller à intégrer de nouveaux acteurs Renforcer les moyens alloués aux structures émergentes et/ou « petites » associations	Pérennisation des actions des petites associations, qui sont complémentaires de celles menées par des structures plus conséquente (ex: structures nationales) intervenant dans le champ de la promotion de la santé.
				Conservation d'une certaine souplesse en matière de rendu (rédaction du dossier de demande de subvention + évaluation) pour les petites associations demandant des petits financements
				Possibilité pour les nouvelles structures (et/ou les nouveaux projets émergents) de bénéficier d'un financement (même si celles-ci sont moins connues et reconnues).
				Un financement adapté serait un financement des actions qui sont déjà mises en place sur le terrain pour les améliorer
			Accorder de réels moyens financiers aux actions portées sur des thèmes prioritaires	Ex: périnatalité dans le cadre du PRSP

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
	Intégration des actions préventives dans la stratégie financière des structures hospitalières	Les CDPS seront financés dans le cadre des missions d'intérêt général	Allouer des moyens financiers à la PS dans les structures hospitalières et CDPS et rééquilibrer le financement soins/prévention	Rééquilibrage des budgets des établissements hospitaliers en faveur de la prévention. Allocation de davantage de moyens aux CDPS pour développer des activités de PS
TRANSPARENCE	Transparence sur les actions à financer et financées		Assurer la transparence des fonds consacrés à la promotion de la santé	Allocation de crédits spécifiques pour les actions de prévention et lisibilité des moyens consacrés Elaboration d'un cahier des charges consultable par tous: qui l'ARS finance et pourquoi?
EVALUATION	Pourquoi soutenir l'évaluation?	Les professionnels en charge de l'évaluation ne sont pas forcément eux-mêmes formés à la démarche, ils s'improvisent évaluateurs, avec les moyens du bord Aspect indispensable de l'évaluation des actions mais sans indicateurs et photos de départ pour mesurer les bénéfiques, mais sans état des lieux, cela est difficile...	Couvrir les coûts relatifs aux évaluations (ex ante et ex-post).	Formation des professionnels des institutions en charge de l'évaluation à la démarche évaluative Financement des évaluations des projets Financement des actions visant à préciser l'état des lieux d'un territoire, et/ou sur une thématique et un groupe ciblé
COMMUNICATION	Des financements visibles	Manque d'accès à l'information sur les opportunités de financements (appels à projets etc.)	Améliorer l'accès à l'information sur les financements disponibles	Large diffusion des appels à projets des financeurs basés en Guyane, en particulier à GPS (pour rediffusion) Mise en ligne sur le site de GPS ainsi que sur le site de la préfecture de l'ensemble des appels à projets relatifs à la PS Remontée d'informations par l'ensemble des acteurs et transparence sur les sources de financement accessibles
FINANCEMENTS PRIVES	Comment diversifier les sources de financements tout en s'assurant que les intérêts poursuivis par les acteurs privés ne sont pas en contradiction avec la PS et que ces financements ne renforcent pas les inégalités de santé ?	Possibilité de développer des partenariats privés mais absence de cadre préétabli pour formaliser un partenariat entre un service public basé sur un territoire spécifique et assurant une mission de PS et un acteur privé (entreprise etc.)	Identifier les sources de financements privés et encourager ce secteur à s'impliquer dans la promotion de la santé, en soutenant les actions Mener une réflexion sur les fonds privés	Création de partenariats financiers entre des acteurs privés locaux et des services gérés par des collectivités territoriales (ex : PMI) : possibilité de financement direct d'actions ciblées. Elaboration d'une charte éthique

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE	
Enjeu 5: Accompagnement de la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé					
APPROCHE	Faut-il avoir une approche thématique et/ou territoriale de la promotion de la santé ?	Approche thématique	<i>Prioriser les thèmes en fonction des besoins les plus urgents</i>	<i>Sélection de thèmes/axes thématiques prioritaires repris dans les appels à projet</i>	
			<i>Accorder une place croissante aux acteurs œuvrant sur des thématiques moins prioritaires (ex: nutrition, santé mentale, violences etc.) - coordination, financements...</i>		
			<i>Favoriser les échanges de pratiques entre des acteurs intervenant sur une même thématique, mais sur des territoires différents</i>		
		Approche territoriale	<i>Promouvoir la territorialisation de la promotion de la santé</i>	<i>Prise en compte du contexte infrarégional et des spécificités territoriales</i>	
				<i>Révision de l'organisation de l'offre de soins dans ces communes isolées de façon à ce que le personnel puisse aborder la prévention</i>	
				<i>Identification d'espaces d'intervention prioritaires</i>	
<i>Création d'un maillage territorial optimal (ex : meilleure répartition territoriale des relais, médiateurs culturels, médiateurs en santé publique etc. qui font défaut dans certaines communes)</i>					
		<i>Appui sur les réseaux de santé communautaire</i>			
		<i>Travail concerté dans le cadre de dispositifs territorialisés comme les ASV</i>			
COORDINATION DES ACTEURS	Comment l'ARS peut jouer un rôle d'appui ou de coordination des acteurs, dans un contexte marqué par la diversité ?	Attentes très forte des acteurs en matière de coordination et de structuration des acteurs	<i>Identifier un volet éducation et promotion de la santé dans le futur PRSP</i>	<i>Réalisation d'une banque de données des actions menées en PS</i>	
			<i>Mettre en place une direction dédiée à l'éducation et la promotion de la santé</i>	<i>Le travail de coordination au sein de la future ARS mérite des moyens dédiés (humains, matériels, financiers etc.)</i>	

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
COORDINATION DES ACTEURS	Comment l'ARS peut jouer un rôle d'appui ou de coordination des acteurs, dans un contexte marqué par la diversité ?	Attentes très forte des acteurs en matière de coordination et de structuration des acteurs	<i>Se structurer et coordonner la "tête" de l'ARS qui va regrouper l'ARH, les pôles santé publique et santé-environnement de la DSDS, la Mission régionale de santé, le Groupement régional de santé publique et une partie des services de la CGSS</i>	<i>Le travail de coordination au sein de la future ARS mérite des moyens dédiés (humains, matériels, financiers etc.)</i>
			<i>S'appuyer sur une équipe solide au sein de l'ARS pour animer, et coordonner des différentes thématiques en PS</i>	<i>Présence effective des équipes de l'ARS sur le terrain (suivi, évaluation etc.)</i>
			<i>Soutenir et accompagner financièrement et techniquement les acteurs (ne pas favoriser la mise en concurrence des acteurs)</i>	<i>Ne pas entretenir la logique de compétition dans lequel les associations sont par rapport aux demandes de financement.</i>
			<i>S'appuyer sur le pôle régional de compétences en promotion et EPS pour réunir les acteurs et les amener à travailler ensemble</i>	<i>Renforcement du travail en synergie</i>
				<i>Impulsion et animation de groupes de travail (ARS/secteur associatif via GPS) sur différentes thématiques (médiateurs en santé publique, médecine traditionnelle, etc.)</i>
				<i>Aménagement de temps de rencontres et de réunions intersectorielles pour évaluer les actions menées, faire remonter les données, et gagner en cohérence.</i>
			<i>Identifier et valoriser les coordinations existantes</i>	<i>Coordination territoriale VIH/Sida, COREVIH, ASV etc.</i>
	<i>Garantir la cohérence et veiller à la non redondance</i>	<i>Partage avec les acteurs des informations qu'ils ont transmis aux institutions et développement d'une vraie politique de communication à destination de ces acteurs</i>		
<i>Développer et améliorer la qualité de l'information auprès des divers acteurs Rendre lisible son organisation et les actions de l'ARS</i>				
	Appui sur les réseaux	<i>Renforcer le rôle joué par les réseaux ville-hôpital dans la coordination des actions</i>	<i>Appui sur la Maison des réseaux qui fédère déjà des acteurs (lesquels?; à identifier pour croiser les données)</i>	

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
COORDINATION DES ACTEURS		Difficultés rencontrées par les acteurs hors de Cayenne pour participer aux réunions de coordination qui se déroulent trop souvent sur Cayenne	Diversifier les lieux de rencontres	<i>Décentralisation des réunions: la Guyane ne se limite pas à Cayenne</i>
				<i>Intégration dans les budgets de l'indemnisation de ces déplacements</i>
				<i>Développement de méthodes de télé/vidéoconférences</i>
		Demande d'une implication plus forte des services de santé scolaire	Renforcer la coordination entre la future ARS et l'Education nationale	<i>Intégration systématique de la PS dans le projet académique Elaboration de schémas d'éducation pour la santé en milieu scolaire en partenariat avec le Rectorat</i>
OUTILS	Tenir davantage compte des réalités de notre région	Inadaptation des outils de PS au contexte	Continuer l'adaptation des outils en fonction des communautés et spécificités	<i>Intégration au futur SREPS de l'état des lieux des outils existants et validation de ces outils pour une diffusion à échelle régionale</i>
APPUI A L'EVALUATION DES ACTIONS	Quels sont les critères définis par l'ARS pour permettre une évaluation des projets et actions?	Adaptation de l'évaluation en fonction de l'ampleur du projet et de son financement Confusion sur les indicateurs	Organiser et systématiser l'évaluation des processus, de l'impact, et des résultats des actions sur la santé et soutenir les acteurs pour définir des critères qualitatifs (ex : participation et satisfaction des usagers, etc.) et quantitatifs	<i>Mise en place d'un cahier des charges partagé/un tableau de bord avec des indicateurs fiables et validés collectivement, sur lesquels les acteurs pourraient s'appuyer pour évaluer leurs actions.</i>
		Difficultés pour les évaluations	Accompagner les structures vers les démarches qualité et l'évaluation	<i>Concertation sur les indicateurs d'impact Appui au recueil et à l'analyse de données</i>
		Facteurs temps décisif en promotion de la santé	Prendre en compte la dimension temporelle : en santé publique, les résultats ne sont pas immédiats et peuvent être longs à atteindre.	<i>Financement pluriannuel des initiatives afin d'envisager de modifier durablement les comportements Définition de résultats intermédiaires</i>
		Besoin d'avoir une visibilité claire de ce qui est fait et des résultats obtenus	Harmoniser les modalités d'évaluation des projets et partager avec les autres partenaires les résultats obtenus et les difficultés rencontrées	<i>Utilisation de la grille de catégorisation des résultats et de l'outil Preffi (Inpes)</i>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
Enjeu 6 : Structures et interventions qui contribuent à promouvoir la santé				
CHARTRE	A quelles conditions et par quels processus l'ARS peut elle reconnaître les structures et interventions qui vont contribuer à promouvoir la santé?	Démarche qualité, à l'aide de référentiels sur les missions et compétences que doit avoir un acteur de la promotion de la santé	<i>Définir une charte de promotion de la santé pour garantir des principes éthiques et déontologiques. Les acteurs de la promotion de la santé seraient associés à sa rédaction, et s'engageraient à respecter et promouvoir les principes de cette charte</i>	<i>Contenu de cette charte : les grands axes stratégiques, les indicateurs pertinents pour évaluer les interventions en promotion de la santé, les préconisations dans le domaine de la formation des acteurs et de la qualification des intervenants, les méthodes de la démarche qualité, les approches privilégiées (globales, participatives, communautaires) etc.</i>
			<i>Laisser place à la créativité, à la souplesse, à l'expérimentation et à l'innovation</i>	<i>Appui au développement des actions de promotion de la santé menées par des acteurs intervenant dans d'autres champs (culturel, sportif, etc.)</i>
REFERENTS LOCAUX	Sur quels dispositifs s'appuyer pour identifier et accompagner les structures?	Appui sur les Programmes de Réussite Educative	<i>Renforcer et s'appuyer davantage sur les dispositifs ASV en vue d'améliorer la coordination des actions au niveau local et la qualité de ces actions.</i>	
			<i>Développer le dispositif des Ateliers Santé Ville dans d'autres communes de Guyane.</i>	<i>Opportunité de la mise en place de Contrats locaux en santé publique (CLSP) Territoires prioritaires: St Georges de l'Oyapock et Maripasoula</i>
			<i>Repérer des référents sur des territoires jusqu'ici non couverts (territoires isolés mais aussi petites communes telles que Roura, Régina, Iracoubo...)</i>	<i>En l'absence d'ASV, identification des coordinateurs des PRE comme des référents locaux sur St Georges et Maripasoula. Soutien au développement d'actions sanitaires mises en place par ces PRE (ex: atelier de théâtre de marionnettes pour lutter contre les grossesses précoces ou non désirées à St Georges)</i>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
RESEAUX		Développement et renforcement des relations entre les réseaux de santé communautaire et les autres acteurs de terrain	<i>Identifier des interlocuteurs qui ont une vision de ce qui se passe dans certains endroits et peuvent être opérationnels</i> <i>Etablir un véritable réseau de santé communautaire au sein de l'ARS, qui joue un rôle au quotidien dans la promotion de la santé, notamment dans l'observance des traitements</i>	
		Appui sur le Programme Régional d'Education et de Formation de Base (PREFOB) - Guyane	<i>S'appuyer sur des organismes et réseaux n'œuvrant pas directement dans le domaine de la promotion de la santé</i>	<i>Poursuite du travail en partenariat entre GPS/ARS et PREFOB</i>
Enjeu 7 : Intersectorialité				
DECLOISONNEMENT ENTRE LES ACTEURS ET LES SECTEURS	Comment dépasser les cloisonnements sectoriels ?	Conflits d'intérêt, comme par exemple entre la promotion de la santé et les politiques de lutte contre l'immigration	<i>Développer des actions de plaidoyer auprès du Ministère de l'Intérieur, etc.</i>	<i>Les professionnels de la promotion de la santé ont le devoir de plaider chaque fois qu'ils le peuvent en faveur de modes de production, de façons d'agir et de politiques qui soient favorables à la santé</i>
		Comment mieux agir sur l'environnement? Comment mailler l'ensemble des acteurs pour un effet sur les milieux de vie?	<i>Développer et renforcer les liens entre la santé publique et la santé-environnement</i> <i>Etre davantage dans la prévention des risques (et pas seulement dans la surveillance)</i>	<i>Connaissance mutuelle afin d'optimiser les collaborations intersectorielles</i> <i>Partenariat entre la DSDS PSE/DSDS PSP/GPS</i> <i>Mise en lien avec les repères de l'Agenda 21</i> <i>Partenariat entre GPS et le GRAINE (tête de réseau dans le domaine de l'environnement et du développement durable)</i> <i>Réflexion sur et partage des approches/pratiques des autres DFA (via la plateforme d'échanges interrégionale, mise en place par l'INPES)</i>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
DECLOISONNEMENT ENTRE LES ACTEURS ET LES SECTEURS	Comment dépasser les cloisonnements sectoriels ?	Comment mieux agir sur l'environnement? Comment mailler l'ensemble des acteurs pour un effet sur les milieux de vie?	Développer et renforcer les liens entre la santé publique et la santé-environnement Etre davantage dans la prévention des risques (et pas seulement dans la surveillance)	Appui sur le PNSE 2, qui intègre la réduction des inégalités en matière de santé environnementale (un des axes du PNSE 2 est la réduction de l'habitat insalubre)
		Les champs d'intervention « personnes âgées, personnes handicapées, etc. », qui relèvent de la compétence de l'Etat, seront dans l'ARS. Comment intégrer pleinement le secteur médico-social dans l'ARS?	Bâtir un projet médico-social qui s'intégrera dans le projet régional stratégique de santé.	Travail en lien avec le Conseil Général (CG) sur la partie qui le concerne, c'est-à-dire toute la partie « hébergement et dépendance » par exemple. Le CG conserve ses compétences en matière de pilotage des schémas « handicap et personnes âgées ». L'ARS contribuera à ces schémas en apportant la vision « santé et soins ».
		Le pôle social de la DSDS va rejoindre la future Direction de la Cohésion Sociale, de la Jeunesse et des Sports. Comment continuer à travailler étroitement avec le secteur social?	Maintenir et renforcer les liens entre les acteurs de la santé et du social	Création de liens solides avec la future Direction de la cohésion sociale et prise en compte des articulations nécessaires entre le social et la santé publique. Appui sur divers réseaux (ex: REAAP, questions de logement/ insalubrité, actions d'EPS auprès de publics vulnérables) Création de nouveaux outils de coordination
	Comment travailler en interdisciplinarité ?	Interventions croissantes des professionnels du milieu hospitalier « en milieu ouvert » pour participer à des actions de promotion de la santé en partenariat avec d'autres acteurs.	Décloisonner les champs soins / promotion de la santé en renforçant les synergies	Evidence de la nécessité de cette approche complémentaire et d'échanges croissants Mise en place de formations communes Développement d'équipes mobiles de prévention pluridisciplinaires dans les communes isolées
	Comment travailler en interdisciplinarité ?	Très bien d'avoir une volonté de faire sortir les soignants du cadre curatif. Mais concrètement, comment cela peut-il être mis en œuvre? Il existe des freins à "l'hôpital hors les murs": la charge de travail et la tarification des activités ? Comment va-t-on financer des actions à faire à l'extérieur?	Renforcer la communication entre les professionnels des établissements hospitaliers et les acteurs de terrain (associations, médiateurs culturels, infirmières scolaires, etc.).	Possible financement des activités du personnel hospitalier à l'extérieur de l'hôpital via les missions d'intérêts général. La partie mission d'intérêt général et aide à la contractualisation est censée intégrer ces dimensions.

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
COMMUNICATION	Quelle politique de communication développer à destination des acteurs de la promotion de la santé?	Déficit de communication et de mutualisation des informations	Améliorer la circulation de l'information (remontée et redescende de l'information)	Envoi systématique aux acteurs concernés des comptes-rendu de réunions, des relevés de décisions
		Déficit d'échanges de pratiques /de travail en réseau	Développer une plateforme où les acteurs pourraient se retrouver et échanger sur leurs pratiques professionnelles	Organisation de réunions intersectorielles Utilisation de moyens de communication « modernes » et des nouvelles technologies compte tenu des distances et de l'enclavement de certaines communes (ex : visioconférences).
		Importance des actions notamment évènementielles, menées en partenariat	Planifier, anticiper des actions évènementielles (semaine du goût, 1er décembre, etc.)	Rédaction et diffusion d'un calendrier (avec GPS) et inscription de certains évènements dans le SREPS
	Quels partenariats avec les médias et quelle communication grand public ?	Importance de la communication externe, notamment vers le grand public	Développer des partenariats avec les médias pour diffuser des messages d'éducation pour la santé	Publication sur le site Internet de GPS et dans le magazine SAVA de l'agenda des actions de promotion de la santé Communication sur les actions pour qu'elles soient relayées par les médias Renforcement du travail en partenariat avec les médias
Enjeu 8 : Complémentarité des interventions en santé auprès des populations				
ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS	Comment améliorer l'accès au droit ?	Témoignages de refus de soins, durcissement des barrages (gendarmerie et douanes), barrières à l'obtention de titres de séjour pour raison médicale, etc. Certains étrangers en situation régulière ont des cartes de séjour qui ne leur permettent pas de bénéficier des minima sociaux	Instaurer ou réinstaurer l'accès effectif aux droits des personnes en matière de santé.	Actions de plaidoyer auprès des autorités publiques (Ministères concernés et services décentralisés de l'Etat) Travailler avec les professionnels (que ce soit les libéraux ou la CGSS), parce qu'il y a des achoppements qui, logiquement, n'auraient pas lieu d'être. Actions de coopération avec les pays frontaliers avec un cadre légal/juridique

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS	Comment l'ARS peut-elle faciliter l'accès aux soins et à la prévention et lutter contre les inégalités de santé ?	Prise en compte effective du contexte socio-économique des populations Ce n'est au professionnel de santé de décider si la personne qui est devant lui est à prendre en charge ou pas. Les problèmes de séjour, et de prise en charge administrative, doivent être traités ailleurs. A partir du moment où un professionnel de santé rentre des questions morales, et personnelles dans la façon d'approcher des problèmes de santé, on va à la catastrophe.	Agir sur les déterminants sociaux	<i>Prise en compte effective des déterminants sociaux dans les politiques et actions de promotion de la santé Actions de plaidoyer auprès des autorités publiques Actions de coopération avec les pays dont sont originaires les usagers</i>
	Comment favoriser la continuité territoriale et l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus enclavées ou défavorisées ?	Isolement des populations et difficultés d'accès aux soins et à la prévention	Pérenniser et déployer cette action	<i>Soutien à l'extension du programme EMIPS et à la poursuite des actions d'accompagnement et de suivi des relais formés</i>
			Mutualiser les connaissances et savoir-faire	
	Comment favoriser la continuité territoriale et l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus enclavées ou défavorisées ?	Existence de moyens modernes et soutien du CNES pour équiper les établissements de santé. La télémédecine permet de faire des diagnostics à distance. Dans le contexte guyanais marqué par l'éloignement voire l'enclavement de certaines communes, cet outil est essentiel	Développer des missions communes et s'appuyer sur des équipes mobiles pluridisciplinaires (ex : diététicienne, IDE, médecin, AS, etc.) pour réaliser de la prévention, des soins et du suivi.	<i>Fédération d'acteurs pour intervenir dans le cadre d'actions de prévention (en lien avec l'ASV par exemple)</i>
Décentraliser l'accès à la prévention et aux soins par la création de véritables structures de prévention et de soins de proximité, adaptées à la réalité locale.			<i>Les communes de Maripasoula et de St Georges ont été mentionnées comme prioritaires.</i>	
			Utiliser davantage la télémédecine à condition de l'encadrer par des dispositions juridiques précises.	<i>Recensement des établissements disposant de tels moyens et priorisation des équipements futurs à faire</i>

	PROBLEMATIQUE	SYNTHESE DES ECHANGES	PROPOSITIONS	ACTIONS A METTRE EN OEUVRE
POPULATIONS CIBLEES	Pourquoi cibler des groupes spécifiques ?	Présentation de la situation alarmante des sites d'orpaillage de Maripasoula (3700 personnes, dont plus de 2000 en situation irrégulière) qui pose des problèmes au niveau de la santé ; absence d'acteurs intervenant auprès de ce public	Développer des actions de promotion de la santé sur les sites d'orpaillage	Réalisation d'un état des lieux concernant la situation sanitaire sur les sites d'orpaillage (légaux et clandestins), en partenariat avec les services de l'Etat (armée/gendarmerie)
	Comment favoriser et amplifier l'implication des acteurs de la santé scolaire dans la promotion de la santé ?	Importance des actions de promotion de la santé en milieu scolaire (primaire, secondaire et universitaire) dans un contexte marqué par une population extrêmement jeune.	Réaffirmer et renforcer le rôle prépondérant de l'école en matière de promotion de la santé et plus particulièrement dans le projet académique.	Définition et adaptation de stratégies d'actions en fonction des particularités locales (ex : les besoins sont différents d'un établissement scolaire à l'autre).
		Manque criant de personnel médical et paramédical	Augmenter les moyens humains, financiers et matériels en faveur de la promotion de la santé en milieu scolaire	Recrutement de médecins scolaires (seulement 3 en Guyane) et d'infirmiers scolaires (certaines communes n'en disposent pas, à l'instar de St Georges)
		Comment davantage travailler en partenariat avec les services de santé scolaire?		Renforcer la complémentarité des actions
THEMATIQUES CIBLEES	Pourquoi adopter une approche par thématiques ?		Mieux prendre en compte certaines thématiques	Nutrition Accès à l'eau potable et à l'assainissement
USAGERS			Engager une approche participative, en favorisant la participation effective de la population/des usagers	Mise en lien et renforcement de ce lien entre la politique de la ville et les acteurs de la promotion de la santé

Guyane Promo Santé

59 avenue Voltaire

97 300 Cayenne

Tel : 0594 30 13 64

Fax : 0594 35 84 80

Courriel : contact@gps.gf



Promotion de la santé et Agences régionales de santé

Débats et propositions