

**Séminaire sur la grande exclusion et ses spécificités dans les DOM**

**Les 22 et 23 avril 2008**

**Hôtel Amazonia, Cayenne**



<b>RESUME.....</b>	<b>2</b>
<b>DISCOURS D'OUVERTURE :.....</b>	<b>5</b>
<b>PRESENTATION DE L'ETUDE SUR LA GRANDE EXCLUSION DANS L'ILE DE CAYENNE : .....</b>	<b>12</b>
<b>COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL :.....</b>	<b>21</b>
<b>COMPTE-RENDU DES GROUPES DE TRAVAIL : .....</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSION :.....</b>	<b>40</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>42</b>

## Résumé

### *Contexte :*

L'observatoire de la grande exclusion, animé par le Samusocial de l'Ile de Cayenne, a réalisé une enquête sur la grande exclusion sur l'Ile de Cayenne au cours du second semestre 2007. Afin de présenter ces résultats et de réfléchir ensemble aux leçons à tirer de l'étude, un séminaire s'est tenu les 22 et 23 avril 2008 à l'Hôtel Amazonia à Cayenne. Nous avons souhaité y associer, à côté des acteurs sociaux guyanais, des acteurs des DOM (Guadeloupe, Martinique) qui ont répondu à notre invitation. L'objectif était de mener une réflexion sur le thème de la grande exclusion ensemble et d'essayer de formuler des propositions visant à améliorer la prise en charge des personnes exclues dans les DOM. 70 personnes environ ont participé aux échanges.

Le programme était le suivant :

### *Mardi 22 avril :*

**8h30** : Discours d'ouverture. Présentation de la journée, des enjeux du colloque et des partenaires des DOM.

**9h30** : Présentation de l'étude sur la grande exclusion dans l'Ile de Cayenne et discussion.

**11h00** : Pause

**11h30** : Groupes de travail : Présentation des participants, échanges et réflexions autour des « bonnes pratiques ».

**13h30** : Déjeuner

**15h00** : Groupes de travail : développement des réflexions autour des principaux points retenus par le groupe.

**17h00** : Réunion des animateurs des groupes de travail pour préparer la restitution des débats.

### *Mercredi 23 avril :*

**9h00** : Groupes de travail : préparation de la restitution.

**10h00** : Pause

**10h30** : Restitution et discussions. Clôture du séminaire.

**13h30** : Déjeuner.

**15h00** : Possibilité pour les représentants des autres DOM de visiter les structures et d'échanger avec les partenaires guyanais.

Le séminaire avait pour point de départ l'étude sur le thème de la grande exclusion dans l'Ile de Cayenne réalisée par l'Observatoire de la Grande Exclusion. Cette étude s'appuie sur des données récoltées par les équipes de maraude du Samu Social mais aussi sur les résultats d'une enquête par questionnaires menée au cours du second semestre 2007 auprès de 50 personnes volontaires rencontrées lors des maraudes. Parallèlement, des entretiens auprès des structures travaillant sur le phénomène de la grande exclusion ont été réalisés pour mieux cerner cette problématique et avoir un retour sur l'action sociale menée dans l'Ile de Cayenne. L'objectif principal de cette étude est de proposer un « état des lieux » de ce qu'est la grande exclusion aujourd'hui dans l'Ile de Cayenne.

Cette étude est disponible sur demande auprès du Samu Social de l'Ile de Cayenne et bientôt sur le site internet du Centre de Ressource Politique de la Ville. Une présentation des travaux a été faite au cours de ce séminaire. Quatre groupes de travail autour de problématiques touchant à la grande exclusion ont ensuite été le lieu d'échanges et de discussions entre les participants. Les thèmes étaient les suivants :

- Santé et soins
- Accès aux droits
- Prévention de la grande exclusion
- Vie en rue et toxicomanie.

De ces discussions sont ressortis des propositions d'actions. Il s'agissait plutôt de réfléchir à comment mutualiser et optimiser les données et les outils déjà existants.

Plusieurs thématiques sont revenues fréquemment :

- La construction d'un réseau entre les associations et l'implication des collectivités et institutions dans le social. Cela pourrait passer par l'amélioration de la coordination du travail en réseau, notamment avec la PASS<sup>1</sup>, la mise en place d'un référent à la Sécurité Sociale en lien direct avec les associations et la PASS ; par la création d'un collectif d'associations touchant au domaine de l'exclusion qui pourrait faire entendre les difficultés rencontrées, par exemple au niveau de la CGSS (un courrier pourrait être rédigé et signé par les associations) ; par la mise en place de réunions de synthèse définissant des objectifs communs (cohérence des projets) et la nomination d'un référent ; par l'implication de la DSDS dans les actions et la mise en œuvre des solutions ; par une aide de la part des institutions pour l'évaluation et la rédaction des bilans des petites associations ; par la

---

<sup>1</sup> Un glossaire des abréviations est disponible à la fin du document.

réactualisation annuelle de l'annuaire sanitaire et social des acteurs impliqués dans la lutte contre la grande exclusion.

- L'information sur le thème auprès des professionnels, comme du grand public. Cela pourrait se présenter sous la forme de portes ouvertes dans les structures pour présenter le travail réalisé aux autres associations (l'objectif est de savoir vraiment quelles sont les missions et les tâches de chacun) mais aussi au grand public. Une plus grande communication sur la grande exclusion à l'échelle du grand public pourrait aider à rompre certains tabous. L'information également des personnes responsables de prises en charge médicale et sociale sur la PASS, les HO et les HDT, mais aussi une plus grande information pour les soignants afin qu'ils comprennent et acceptent les allers-venues des patients dans la prise en charge, insister sur la patience que requière la prise en charge de ces personnes.
- Elargir le travail d'enquête déjà réalisé à une plus large échelle.
- Associer la psychiatrie au travail de rue. Un psychiatre pourrait accompagner les maraudes le soir par exemple.

Il s'agit là des principales recommandations qui ont été formulées lors des groupes de travail. L'objectif de ce séminaire est de poursuivre le travail au-delà du cadre des groupes de travail et de prévoir une répartition des tâches pour mettre en application ces différentes propositions.

**Compte-rendu détaillé du séminaire sur la grande exclusion  
des 22 et 23 avril 2008**

**Discours d'ouverture :**

• **Mr Fontanella, Président du SamuSocial de l'Ile de Cayenne, prononce le discours suivant :**

« Monsieur le Préfet de Guyane représenté par Mr Devimeux, secrétaire général, Monsieur le Directeur de la DSDS, Monsieur le Président du Conseil Régional, représentée par Mme Verdan, Monsieur le Président du Conseil Général, représenté par Mr Sébéloué, Monsieur le Maire de Cayenne, Monsieur le Maire de Matoury représenté par Mme Janvier, Mesdames, Messieurs les présidents d'associations, Mesdames, Messieurs les représentants des départements français d'Amérique (invités de la Guadeloupe et de la Martinique), Mesdames, Messieurs les membres du Conseil d'Administration du Samusocial, Mesdames, Messieurs, je vous souhaite, au nom du Samusocial de l'Ile de Cayenne, à toutes et à tous la bienvenue, pour ce séminaire Inter Dom sur la grande exclusion et ses spécificités dans les DOM.

Je souhaite tout particulièrement la bienvenue aux professionnels du secteur social des autres départements français d'Amérique, de la Martinique et de la Guadeloupe, qui nous ont fait l'amitié d'être présents. Nous vous les présenterons rapidement après les discours d'introduction.

Nous avons le plaisir de nous réunir aujourd'hui, après la dernière réunion sur la grande exclusion qui avait lieu en décembre, lors de l'inauguration du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale du Samusocial, avec la venue du Dr Emmanuelli. Pendant deux jours, jusqu'à mercredi midi, nous allons réfléchir ensemble aux problématiques qui caractérisent la grande exclusion.

Ce séminaire a pour point de départ l'enquête réalisée par Marie-Claire PARRIAULT, démographe et chargée de mission à l'Observatoire de la grande exclusion, au Samusocial. Cette enquête, sur la grande exclusion, a été réalisée au cours du second semestre 2007, par des questionnaires et entretiens auprès des personnes en situation de grande exclusion et de professionnels. Aujourd'hui, nous allons donc vous restituer les résultats de l'enquête puis nous nous répartirons dans des groupes de travail afin d'échanger et de réfléchir ensemble aux propositions d'actions pouvant améliorer la prise en charge des personnes en situation de grande exclusion.

Ce projet, depuis la création de l'Observatoire de la grande exclusion par un groupe de travail animé par le Samusocial, en décembre 2005, jusqu'à l'organisation de ce séminaire et la réalisation de l'enquête, par l'embauche d'une démographe au Samusocial, a été possible grâce aux financements européens EQUAL, complétés par un cofinancement de la DSDS de Guyane. Je précise que ces fonds, obtenus jusqu'en 2008 par l'association, sont spécifiquement dédiés à l'organisation d'actions comme la réalisation de l'enquête ou la mise en place de ce séminaire, et qu'ils ne peuvent donc pas être mobilisés pour les autres actions, telles les actions directes de prise en charge (maraude, CHRS), du Samusocial de l'île de Cayenne.

Je remercie donc tous les partenaires du Samusocial de l'île de Cayenne, en premier lieu la Direction du Travail et la DSDS qui ont soutenu ce projet, mais aussi les institutions, les collectivités et entreprises qui nous appuient régulièrement dans nos actions en faveur des personnes en situation de grande exclusion.

Je remercie également par avance l'équipe du Samusocial de l'île de Cayenne, qui a organisé ce colloque, et en particulier Marie-Claire PARRIAULT, qui a réalisé l'enquête qui va vous être présentée, et qui s'est beaucoup investie dans ce séminaire.

Au cours de ce séminaire, je laisserai la parole à Madame Habran-Méry, première Vice-Présidente du Samusocial de l'île de Cayenne, et Mlle Borel, Directrice du Samusocial, qui animeront les débats et vous rappelleront le déroulement de ces deux journées.

Enfin, je vous remercie de votre participation à cette réunion et espère que les échanges seront riches et permettront de faire avancer la prise en charge des personnes en situation d'exclusion sociale.

Je laisse la parole aux discours d'introduction :

- Monsieur le représentant du Préfet
- Monsieur le Directeur de la DSDS
- Monsieur le représentant du Conseil Général
- Monsieur le représentant de la Mairie de Matoury

• **Mr Devimeux, Secrétaire générale de la Préfecture de Guyane :**

Lors de son intervention Mr Devimeux présente la stratégie gouvernementale de lutte contre l'exclusion et les grandes orientations de la politique sociale :

*Quelle stratégie gouvernementale ?*

L'ensemble des engagements du Premier Ministre fixés lors du Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) qui s'est tenu pour la première fois le 6 juillet 2004, ont été mis en œuvre. La méthode recommandée par les associations a été respectée. Il a souhaité que les efforts de solidarité envers les plus démunis de nos concitoyens soient amplifiés.

La CILE a décidé la mise en œuvre de 23 mesures, répondant à trois priorités :

- s'engager pour réduire la pauvreté
- garantir un accès effectif aux droits fondamentaux
- encourager le retour à l'emploi

#### 1- S'engager pour réduire la pauvreté

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale s'appuie sur une connaissance précise de ses différents aspects. La fixation d'objectifs de réduction de la pauvreté permettant de mesurer les efforts qui doivent être faits et les progrès accomplis fait partie de la méthode de travail commune aux Etats membres de l'Union et à la Commission européenne en matière de lutte contre l'exclusion. Le Gouvernement s'est engagé à fixer des objectifs de réduction de la pauvreté dès janvier 2007. Il a été demandé au CILE, en lien avec l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale de :

- définir une liste d'indicateurs de mesure de la pauvreté faisant apparaître ses différents aspects ;
- proposer des indicateurs permettant de mesurer l'impact des politiques publiques, au niveau national et local.

C'est dans cet esprit que s'inscrit le séminaire dont le point de départ est les résultats de l'étude réalisée sur l'Ile de Cayenne.

#### 2- Garantir l'accès aux droits fondamentaux

L'accès de tous aux droits fondamentaux fonde toute démarche d'insertion. Le droit à l'emploi et le droit effectif au logement font l'objet depuis 2004 d'efforts importants. Conformément aux propositions faites par Mme Catherine VAUTRIN, Ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité, lors de la conférence nationale de prévention et de lutte contre l'exclusion, un plan triennal achevant l'évolution du dispositif d'hébergement d'urgence est décidé, pour un montant de 50 millions d'euros en mesures nouvelles.

L'accès à la santé des personnes sans domicile fixe est renforcé par le doublement du nombre de lits « halte-soin santé » crée chaque année et par la création de structures nouvelles

destinées à la prise en compte de la souffrance psychique des personnes vulnérables. Le Premier Ministre a également rappelé solennellement l'obligation qui repose sur tous les professionnels de santé d'accueillir les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle. En Guyane, 74000 bénéficiaires de la CMU et 17000 bénéficiaires de l'AME.

### 3- Encourager le retour à l'emploi

Seul l'emploi peut garantir l'autonomie financière sur laquelle repose une insertion réelle et durable. L'objectif de ramener à l'emploi ceux qui sont les plus éloignés du marché du travail suppose une meilleure mobilisation et une plus grande efficacité des instruments existants. La loi pour le retour à l'emploi et sur les droits et devoirs des allocataires de minimas sociaux a réformé l'intéressement à la reprise d'emploi pour le rendre plus simple et financièrement plus attractif. La création ou la reprise d'entreprise seront encouragées avec l'extension des avantages de l'Aide aux Chômeurs Créateurs ou Repreneurs d'Entreprise (ACCRE) à tous les entrepreneurs dont le revenu est inférieur au SMIC, quelque soit leur régime d'affiliation.

*Mise en œuvre de ces grandes orientations :*

#### 1- Mise en œuvre opérationnelle de la loi au logement opposable (DALO)

Afin de préparer la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (DALO), deux groupes de travail ont été constitués :

- le groupe de travail interministériel mis en place par l'administration pour faciliter la mise en œuvre de la loi
- le comité de suivi de la mise en œuvre du droit au logement opposable institué par l'article 13.

Concernant le pilotage des institutions, l'articulation de la commission de médiation avec les dispositifs existants : instances du plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), gestion des accords collectifs, ...

Le recensement des places d'hébergement d'urgence (cf article 2 de la loi DALO) est nécessaire avec en toile de fond la question du périmètre de l'hébergement d'urgence (au sens strict ou englobant la stabilisation et l'insertion) et la consolidation des systèmes d'informations (affiner les données en insérant des items qualitatifs).

Il faut également identifier et quantifier les publics : la loi détermine les catégories de publics dits « super-prioritaires », mais il persiste des imprécisions autour de notions comme « personnes logées temporairement » ou « locaux manifestement sur-occupés » que le décret devra combler sans pour autant restreindre le champ d'application de la loi, afin d'éviter des divergences d'interprétation d'une commission à l'autre. Il faut aussi évaluer pour chacune de ces catégories le nombre potentiel de demandeurs « super-prioritaires » susceptibles de saisir les commissions de médiation dès l'ouverture du recours (dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008).

## 2- Veille sociale

Le numéro d'urgence « 115 » est un outil de connaissance des publics qui sollicitent un hébergement. Il est aussi un lieu où se confrontent l'offre et la demande d'hébergement. Pour passer à un stade supérieur dans la qualité et la fiabilité des informations recueillies auprès des 115, un comité de pilotage associant la DGAS, la FNARS et l'Observatoire du Samu Social de Paris a décidé d'adopter la méthode des « sites sentinelles ». Un comité scientifique adossé à l'Observatoire national des 115, animé par la FNARS, a retenu 30 départements dans ce cadre. L'Observatoire national, récemment dotée d'une statisticienne, travaillera essentiellement sur les données collectées par ce réseau. Ces données ne porteront plus seulement sur les demandes mais également sur les personnes à partir de données anonymisées.

En Guyane, le dispositif de veille social (115 et SAOG), qui s'appuie sur la mutualisation des moyens humains des structures impliquées dans les dispositifs d'hébergement, n'a été créé que depuis fin 2006. Ainsi, pour qu'il y ait mobilisation durable et qualité de prise en charge, le développement de ces très jeunes réseaux de partenaires a besoin d'être fortement soutenu. En outre, en 2007, les financements du 115, du service d'accueil et d'orientation et des maraudes du Samu Social ont été consommés dans un contexte de désengagement fort des collectivités territoriales guyanaises qui estiment la grande exclusion comme étant du ressort exclusif de l'Etat. Ces actions n'ont pu être confortées que par les financements dont la Guyane a disposé dans le cadre du Plan d'Action Renforcée en direction des Sans-Abris (PARSA).

Grâce au PARSA en 2007, et face à l'extrême retard structurel de la Guyane, lié à son étendue géographique et aux problématiques que posent le parc locatif (pas de mobilisation possible de logements actuellement vacants) de réels efforts ont permis de créer plusieurs places d'urgence, gérées à la fois par des associations cayennaises et situées dans l'Ouest Guyanais, dépourvu jusqu'alors de tout dispositif de ce type.

Fin 2006, encouragée par la Préfecture, la DSDS est entrée dans la dynamique de la contractualisation par la signature d'un CPOM dès 2006 et la négociation d'un contrat avec une autre structure.

En effet, face à l'importance des besoins restants, des communes guyanaises aussi incontournables que Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni ne sont toujours pas couvertes par aucun dispositif, ce qui constitue des objectifs forts pour les pouvoirs publics. Ainsi, en 2007, des projets ont été impulsés dans le cadre du Plan de rattrapage, soutenus par des fonds PARSA :

- à Kourou, 10 places d'urgence ont été créées dans l'objectif, dès début 2008, qu'elles soient transformées en CHRS éclaté.
- A Saint-Laurent-du-Maroni, 10 places ont été programmées pour la rentrée 2009.

• **Mr Grangeon, Directeur de la DSDS :**

Mr Grangeon souligne les différentes réflexions qui sont menées en Guyane sur le thème de l'exclusion. Il aborde le thème des droits fondamentaux et de leur accès aux personnes en situation d'exclusion, droit au logement, accès aux soins, accès à l'emploi. Le plus important est le droit à la dignité, il est important de conserver l'intégrité des personnes.

• **Mr Sébéloué, représentant du Conseil Général :**

Mr Sébéloué explique que la problématique de la grande exclusion intéresse le Conseil Général, principalement au niveau du logement, il y a de plus en plus de demandes de logement. L'exclusion est un problème important en Guyane qui va en s'empirant, il est temps de se pencher sérieusement sur le sujet.

• **Mme Janvier, représentante du Maire de Matoury :**

Mme Janvier explique que la Guyane se trouve dans une situation particulière, au niveau géographique, comme au niveau démographique. Des phénomènes de drogues, de prostitution et de précarité sociale apparaissent de plus en plus dans le département. Le chômage touche une grande partie de la population, la fragilisant et faisant apparaître de plus en plus de situations précaires.

• **Mlle Borel, directrice du Samu Social de l'Île de Cayenne :**

Mlle Borel présente le programme des deux jours : la présentation de l'étude sur la grande exclusion, ensuite la répartition dans les groupes de travail, une synthèse des groupes de travail et enfin la possibilité pour les invités des DOM de visiter des structures le mercredi après-midi. Les enjeux du séminaire sont la diffusion des résultats de l'étude mais également les échanges et réflexions sur les bonnes pratiques avec les représentants des autres départements français d'Amérique.

Mlle Borel présente les invités des autres DOM :

- Mr Norton, représentant de la DSDS Martinique
- Mr Lagier, directeur, et Mlle Laloupe, éducatrice spécialisée, de l'association ASICE en Martinique
- Mr Félix-Théodose, président de l'association COALEX en Martinique (association qui entre autre gère le 115)
- Mme Villarsin, Directrice de l'association Rosannie Soleil en Martinique
- Mme Johannes, Directrice de l'association AI Synergie en Martinique
- Mlle Berton, Chef de service de l'accueil de jour d'Acajou Alternatives en Guadeloupe
- Mme Matou-Bebel, Directrice de l'association Cap'Avenir en Guadeloupe.
- 

Mlle Borel présente ensuite les animateurs et secrétaire de séance des groupes de travail :

- Pour le groupe prévention : Mlle Hélène Marquis (Guyane Promo Santé), Mme Chloé Lybouafu (DSU de Cayenne) et Mr Alex Alexandre.
- Pour le groupe vie en rue et addictions : Mlle Cécile Henné (CSST Kourou), Mlle Astrid Billy (SamuSocial) et Mme Lina Bace.
- Pour le groupe santé et soins : Mr Damien Tony (Association Tutélaire de Guyane), Dr Richard Millot (CSST Cayenne) et Mme Arlène Popo.
- Pour le groupe accès aux droits : Mlle Stéphanie Terré (Arbre Fromager), Mr François Rezki (Université des Antilles-Guyane) et Mme Suzanne Orliange.

## **Présentation de l'étude sur la grande exclusion dans l'Ile de Cayenne :**

### **• Mlle Parriault, chargée de mission au SamuSocial de l'Ile de Cayenne :**

Mlle Parriault présente les résultats de l'étude sur la grande exclusion dans l'Ile de Cayenne :

« L'observatoire de la grande exclusion animé par le Samu Social de l'Ile de Cayenne a réalisé une étude sur le thème de la grande exclusion.

Suite aux travaux et réflexions conduit par l'observatoire de la Grande exclusion depuis 2006, une enquête a été menée au cours du deuxième trimestre 2007.

La présentation va se dérouler de la manière suivante :

- la présentation des objectifs de l'étude
- la définition du terme
- un éclaircissement sur la méthodologie
- Nous passerons ensuite aux résultats à proprement parler, avec tout d'abord la présentation de notre échantillon
- Puis les caractéristiques de vie des personnes interrogées
- Et enfin une suite de propositions

La présentation durera environ 35 minutes. Vous pourrez poser vos questions à la suite de la présentation.

Les 3 principaux objectifs de l'étude sont :

- tout d'abord de réaliser un « état des lieux » de la grande exclusion aujourd'hui dans l'Ile de Cayenne. Le phénomène est présent depuis quelques temps déjà en Guyane mais jusqu'à présent peu d'études ont vu le jour pour permettre de mieux connaître et comprendre cette problématique.
- Le second objectif est donc d'avoir des données quantitatives et qualitatives permettant d'améliorer la connaissance des réalités ordinaires quotidiennes et sociales de la vie des grands exclus et d'élaborer des revendications.
- Et enfin émettre des propositions pour optimiser l'efficacité du système déjà en place et pour renforcer les actions menées en direction des grands exclus.

Définition du terme.

Il a été difficile de choisir un terme pour parler du thème que nous souhaitons aborder. Choisir une dénomination plutôt qu'une autre, c'est prendre le risque de connoter son propos et de prendre position, parfois malgré soi, dans un débat idéologique.

Nous sommes confrontés à un risque : l'utilisation large, voire la banalisation du terme « d'exclusion » entraîne un manque de précision. L'exclusion est devenue une notion fourre-tout, elle englobe des trajectoires biographiques variées et des situations de degré de pauvreté disparates (RMI, SDF, handicapés, etc...).

Il est donc nécessaire d'énoncer ce que signifie l'exclusion pour pouvoir ensuite amener des éléments de mesure et de compréhension de ce qu'est la grande exclusion dans l'île de Cayenne.

Plusieurs notions ont été retenues dans notre étude pour définir le terme :

- La notion de ruptures de liens dans un premier temps. Les grands exclus sont des personnes qui ont rompu leurs liens de filiation, d'intégration ou de citoyenneté qui les rattachent aux autres et à la société dans son ensemble. Les ruptures constituent des expériences marquantes, mettent à l'épreuve l'équilibre psychologique des individus et leur cumul compromet leur intégration sociale. La plupart du temps on parle de rupture de liens quand on parle d'exclusion. Un processus de cumul de ruptures de liens aux grands pôles intégrateurs que sont la famille, le travail, le logement entre autres mènerait alors une personne dans une situation d'exclusion.
- La deuxième notion est celle de flux, de processus dynamique. La situation de grande exclusion n'est pas statique, on entre mais on peut sortir également de la grande exclusion. Il est important de rappeler qu'aucun SDF n'est né dans la rue. Chacun est obligé de s'adapter à des conditions de vie découvertes tôt ou tard mais le plus souvent à l'âge adulte. Cette nouvelle existence oblige la personne à apprendre « sur le tas » des pratiques auxquelles aucune école ne prépare. Dans le cadre de cette vie « hors-piste », la satisfaction des besoins devient un véritable enjeu quotidien qui nécessite des ressources personnelles et une véritable inventivité.
- Enfin, il est important de souligner la différence entre précarité et exclusion. Les personnes en précarité peuvent basculer dans la grande exclusion mais sont encore rattachées à la société par des liens avec les pôles intégrateurs. Les personnes en situation sont souvent dans des démarches pour améliorer leur situation, elles sont en demande d'aide. Les exclus, eux, ne sont plus en demande d'aide ou alors en demande ponctuelles (à manger, un euro, ...). Ceci a souvent été souligné lors des entretiens avec les structures. Une des personnes rencontrées en

entretien explique « qu'il s'agit de personnes chez qui il faut faire ré-émerger la citoyenneté et la dignité qu'ils pensent avoir perdues ».

### Méthodologie.

Après discussion avec le groupe de réflexion de l'observatoire, il a été décidé de retenir deux types d'enquête : une enquête auprès des usagers et une auprès des structures.

L'enquête auprès des usagers est une enquête par questionnaires. 50 questionnaires ont été passés principalement le soir lors des maraudes du Samu Social. Il s'agit d'un recueil de données quantitatives basé sur une approche non probabiliste, c'est-à-dire que nous n'avons pas construit notre échantillon au préalable. La méthode est empirique et basé sur le volontariat, les unités d'échantillonnage s'auto-sélectionnent. Seules les personnes venant au camion et qui étaient d'accord pour passer le questionnaire ont été interrogées. Ceci induit un biais évident, nous y reviendrons plus tard. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats, pas d'extrapolations possibles. Les résultats valent pour les 50 personnes interrogées seulement.

Parallèlement à la passation des questionnaires, des observations de terrains ont été menées. Il s'agit principalement de discussions informelles avec les équipes du Samu Social qui m'ont appris beaucoup et m'ont aidé à décrypter différents comportements. Mais aussi des discussions informelles avec les usagers.

L'enquête auprès des structures ensuite a été menée. L'objectif était de récolter des opinions, des points de vue sur le sujet et sur l'action sociale qui est menée dans l'Ile de Cayenne. Un guide d'entretien semi-directif a été construit pour structurer les discussions. 20 structures et institutions ont été rencontrées à ce jour.

Pour terminer sur la méthodologie, nous allons parler des limites de l'étude, puisque quasiment toutes les enquêtes comportent des limites.

Ici nous sommes confrontés à deux principaux biais :

- Les effectifs réduits. Nous travaillons sur un échantillon de petite taille : 50 personnes avec des profils différents et sur lesquelles il a été parfois difficile d'obtenir des infos précises.
- Ensuite la non-représentativité de l'échantillon. L'échantillon est biaisé par la notion de volontariat. Les personnes qui étaient d'accord pour répondre au questionnaire et qui viennent voir les équipes du Samu Social ne peuvent représenter l'ensemble des grands exclus de l'Ile de Cayenne. De plus certaines personnes n'ont pas pu être touchées, les femmes notamment et les personnes atteintes de troubles psychiatriques lourds. Je le répète donc il ne faut en aucun cas extrapoler les résultats de l'enquête à l'ensemble des grands exclus de l'Ile de Cayenne.

Toutefois des précautions ont été prises pour mesurer la fiabilité des résultats notamment avec l'aide de tests statistiques.

#### Présentation de l'échantillon.

J'en arrive maintenant aux résultats de l'enquête à proprement parler.

Je vais vous présenter dans un premier temps l'échantillon que j'ai interrogé.

Il s'agit d'hommes principalement comme je l'ai dit tout à l'heure. 2 femmes seulement ont été interrogées. Les femmes sont plus difficiles à approcher, elles sont souvent plus fuyantes et se trouvent dans des situations très difficiles en rue.

L'âge moyen est relativement élevé, il se situe à 41 ans. L'âge médian (celui qui sépare la population en 2 parties égales) est à 40 ans. L'écart entre les deux est relativement faible ce qui signifie que la distribution est relativement concentrée autour de la moyenne. On le voit bien sur le graphique puisque la majorité des personnes (48%) sont âgées de 30 à 44 ans. La faible proportion de personnes âgées de 60 ans et plus (2%) s'explique par la fait qu'il existe des solutions institutionnelles (maisons de retraites, structures de type EHPAD) mais aussi par le fait de la dureté de la vie en rue qui condamne souvent les personnes à une mort précoce. Une étude a été menée aux USA en 1998 (par Wright et Rubin) et estime que l'âge moyen au décès pour les personnes SDF serait de l'ordre de 50 ans. Nous ne disposons pas de chiffres similaires en France mais cela nous donne déjà un ordre d'idées.

Concernant la nationalité des personnes, on note une majorité de personnes de nationalité française (64%). Pour compléter ce résultat j'ai demandé aux personnes leur lieu de naissance : 34% sont nés en Guyane, 4% dans un autre DOM, 22% en métropole et 36% dans un pays hors-CEE. Une majorité de français sont présents dans notre échantillon. Les observations de terrains ont révélé que certaines nationalités sont plus ou moins représentées en rue. Ceci s'explique par le fait qu'il existe des communautés issues de certains pays et qui sont des lieux de prises en charge et de solidarité pour les personnes.

De manière remarquable le niveau scolaire des personnes est élevé. Il est intéressant de noter que toutes les personnes interrogées ont été scolarisées. Le niveau scolaire est élevé, 58% ont un niveau lycée ou plus. Au niveau des diplômes, 36% ont un diplôme bac ou plus, dans la population générale guyanaise cette proportion est de 23%. La population de notre échantillon est donc instruite.

Il a été demandé aux personnes si elles avaient déjà vécu en couple au cours de leur vie. 54% ont répondu que oui. Toutefois pour une population d'âge moyen assez élevé, la moitié des

personnes n'ayant jamais vécue en couple c'est assez important. Il a été demandé si les personnes avaient des enfants, on retrouve exactement la même proportion. Les personnes interrogées sont relativement seules.

J'ai demandé aux personnes quels étaient les principaux facteurs qui expliquent leur situation actuelle. La réponse la plus fréquente a été la rupture familiale ou affective mais il s'agit le plus souvent de rupture avec la famille, une rupture les parents principalement. Ensuite la prise de drogues et/ou d'alcool est la deuxième réponse la plus fréquemment donnée. L'isolement est l'un des problèmes dont se plaignent le plus souvent les personnes en grande exclusion. Toutefois les relations familiales ne sont pas forcément rompues même si elles ne permettent pas ou plus de sortir de cette situation. Poser des questions sur la famille d'origine confronte presque toujours les personnes à des problèmes douloureux, il est difficile pour les enquêtés d'en parler, ils sont souvent partagés entre plusieurs attitudes : ne plus revoir la famille parce qu'ils la rejettent ou parce qu'ils veulent cacher leur situation.

#### Caractéristiques de vie des personnes interrogées.

On va s'intéresser maintenant à la vie que peuvent avoir les gens interrogés.

Tout d'abord il est intéressant de noter que la plupart ont un long parcours en rue (60% sont dans cette situation depuis un an ou plus). Sans grande surprise, j'ai pu remarquer que plus les personnes étaient en rue longtemps, plus elles étaient dépendantes à un toxique. Sur les personnes en rue depuis un an ou plus, 63% avoue avoir une dépendance. Les personnes en rue depuis un an ou plus sont également celles qui fréquentent le plus souvent les centres d'hébergement. Cela peut s'expliquer par la durée de vie en rue et aussi par la meilleure connaissance qu'ils peuvent avoir des structures et des stratégies qu'ils peuvent mettre en place.

Si on s'intéresse maintenant aux lieux où dorment les grands exclus, on voit que 56% dorment en rue ou en squats donc dans des conditions très difficiles. Les 44% d'autre désigne à 18% des personnes ayant leur propre logement, à 18% des personnes hébergées par de la famille ou des amis et à 64% des personnes logées en centre d'hébergement. Le logement a souvent été évoqué lors des entretiens auprès des structures et pose la question du logement comme élément intégrateur. Il semble y avoir une relation en sens unique : ne pas avoir de logement entraîne une situation de précarité qui peut conduire à une situation d'exclusion parfois, mais avoir un logement n'est pas une garantie d'intégration. En s'intéressant un peu plus aux personnes qui fréquentent régulièrement les centres d'hébergement on remarque qu'il s'agit de

personnes le plus souvent ayant des papiers et une couverture sociale. Ce résultat laisse entrevoir l'efficacité de la prise en charge proposée dans les centres d'hébergement.

Les personnes interrogées ont peu de contacts avec leur famille en général. 54% n'ont plus aucun contact avec, 20% des contacts ponctuels et 26% des contacts réguliers (un contact par mois minimum). Comme je l'ai évoqué avant, il s'agit souvent de personnes en rupture familiale soit par conflit, soit par sentiment de honte vis-à-vis de la famille. Il est intéressant de noter à quel point la famille semble se placer comme un pôle intégrateur fort pour les personnes. Le groupe de travail sur la prévention pourrait s'intéresser entre autres à cet élément qui semble avoir une importance non négligeable.

J'ai demandé aux personnes si elles avaient déjà travaillé, 88% m'ont répondu avoir occupé un emploi par la passé. Il ne s'agit donc pas d'une population inadaptée au travail. Toutefois le travail actuel est plus rare, 22% ont une activité régulière. Il s'agit souvent de jobs au marché ou ailleurs, des emplois précaires. On connaît les difficultés de trouver un emploi pour les personnes en situation d'exclusion : réticence des employeurs à l'embauche, problèmes pour rester présentable ou respecter des horaires de travail. Les emplois sont donc souvent très précaires. Il a été demandé aux personnes quels étaient leurs projets pour l'avenir, la grande majorité a répondu « retrouver du travail », le travail apparaît aux personnes comme l'élément intégrateur par excellence.

Concernant les ressources des personnes, 36% des personnes n'ont aucune ressource. Les 64% restant se répartissent comme suit : 31% obtiennent des ressources d'une activité rémunérée, 47% d'aides sociales et 19% combinent les deux. Le préjugé selon lequel ces personnes vivent des aides sociales n'est pas forcément vrai. Tous ne peuvent pas prétendre aux aides sociales mais parmi les 36% de personnes sans ressources 44% sont de nationalité française et pourrait prétendre à certaines aides. Il y a une perte de liens de ses personnes avec les droits dont ils disposent.

Il est intéressant de regarder du côté des papiers et de la couverture sociale qui en général sont de bons indicateurs de l'accès aux droits que peuvent avoir les personnes. 40% des personnes n'ont aucun papier, attention quand je dis qu'ils n'ont pas de papiers, cela signifie que physiquement ils n'ont pas de papiers cela n'induit pas automatiquement qu'il s'agit d'étrangers en situation irrégulière, ils peuvent les avoir perdu ou se les être fait voler. 32% n'ont aucune couverture sociale, donc un accès à la santé limité. Il serait intéressant de

réfléchir à comment aider les personnes à accéder à leurs droits fondamentaux, comme celui notamment à la santé.

L'état de santé des personnes est selon les observations assez mauvais en règle générale. 56% des personnes s'estiment d'ailleurs en moyenne ou mauvaise santé. Toutefois 44% des personnes interrogées s'estime en bonne voire très bonne santé. Il s'agit de déclaratif comme toutes les réponses. Il m'est arrivé plusieurs fois d'interroger des personnes qui apparemment n'était pas en bonne santé mais qui m'ont répondu s'estimer en très bonne santé. Il y a un décalage entre la réalité et la perception qu'a la personne de son corps et de sa santé. La question est alors comment amener une personne qui s'estime en bonne santé aux soins ? Ce la pose également la question de la santé mentale des personnes, qui a souvent été abordé avec les structures au cours des entretiens. L'enquête ne mesure pas la santé mentale des personnes, je ne suis pas psychiatre et je n'ai aucune compétence en ce domaine, toutefois il m'a été rapporté que la santé mentale des personnes en situation de grande exclusion soit une problématique existante. Il convient toutefois d'être prudent et de ne pas tout rapporter sur le compte de troubles psychiatrique.

Concernant la dépendance des personnes à un toxique, 52% avoue une dépendance. Le crack et/ou l'alcool sont les produits les plus souvent cités, d'autres ont été évoqués tels que la cocaïne, l'héroïne et même la cigarette. Je précise ici encore qu'il s'agit de déclaratif. Plusieurs personnes sont dans le déni, ce chiffre est donc un peu sous-estimé. Mais ce qui est intéressant c'est de voir quelle vision les personnes ont par rapport à leur consommation. Il m'a souvent été dit « oui je consomme mais j'arrête quand je veux, je ne peux pas dire que je suis vraiment dépendant ». La dépendance est fortement corrélée à la vie en rue. 57% des personnes dépendantes estiment que leur état de santé est moyen ou mauvais, ce qui laisse 43% qui s'estime en bonne ou très bonne santé. Les structures rencontrées en entretien ont souvent évoqué le problème de la toxicomanie chez les personnes exclues mais en insistant toutefois sur l'amalgame à éviter entre grande exclusion et drogue.

### Propositions.

A la suite des entretiens et de l'enquête, plusieurs propositions ont été émises. Il s'agit là d'une synthèse des différentes discussions et de plusieurs constats.

Ce qui a été le plus souvent cité par les structures est le développement et la réactivation du réseau entre les associations et les différents partenaires. Les autres propositions étaient les suivantes :

- Impliquer plus les collectivités et l'Etat pour construire une politique sociale cohérente.
- Créer un document unique, un passeport social de type suivi de l'utilisateur, plusieurs réunions ont déjà eu lieu il y a quelques temps mais il semble que la création de ce document soit difficile à mettre en pratique.
- Communiquer plus sur le sujet.
- Accentuer la prévention auprès des publics en situation de grande précarité.
- Inciter la formation des professionnels du social en Guyane (IRDTS, IFSI).
- Améliorer les relations entre social et médical.
- Développer les actions dans l'Ouest Guyanais.
- Créer un CADA.
- Continuer et développer le travail de terrain.
- Créer des structures post-cure ou des maisons de stabilisations pour les sortants de cure.
- Créer des maisons relais pour accompagner les personnes vers une nouvelle autonomie. »

#### **Discussion consécutive à la présentation :**

Plusieurs thèmes ont été abordés.

- Tout d'abord, les jeunes de moins de 18 ans et leur absence dans l'échantillon. Il est précisé que des signalements ont été faits lors des maraudes de mineurs en rue. La maraude s'adresse à un public adulte majeur. Il est signalé toutefois que dans le cadre des nuitées, de plus en plus de demandes d'hébergement pour des jeunes et de femmes avec enfants passent en commission unique.
- Une réaction concernant l'importance de la famille comme pôle intégrateur a été faite, soulignant la rupture familiale comme facteur déclenchant du basculement dans la grande exclusion.
- Comment le travail sur le document unique a-t-il commencé ? Plusieurs réunions ont eu lieu à ce sujet. L'objectif était d'améliorer et d'accélérer les procédures d'accès aux soins, aux droits des personnes. Les différents organismes avec lesquelles les personnes sont amenées à échanger se sont réunis pour réfléchir à comment éviter que les usagers n'aillent dans différents organismes pour demander la même chose (ce qui parfois peut les desservir). L'idée de rassembler les demandes et les papiers de la personne dans un même endroit, de réduire le nombre d'interlocuteurs a émergé. Le projet d'un document unique est né comme ça. La mise en œuvre est assez complexe pour le moment il n'y a pas encore d'aboutissement.

- Le principe de volontariat et de biais induits par cette notion dans l'échantillon ont été soulevés. Un petit retour sur la méthodologie a été fait. Concernant les étrangers également il a été précisé que certains questionnaires ont été passés en anglais et qu'une personne parlant l'espagnol a accompagné la maraude deux fois pour passer des questionnaires aux hispanophones.
- L'absence des femmes a été soulignée. Il est précisé que nous n'avons des chiffres que sur les personnes rencontrées et que nous ne voyons pas tout le monde, les femmes étant assez fuyantes. Les chiffres qui ont été présentés sont ceux de l'enquête uniquement. La base de données collectées lors des maraudes par les équipes donne quelques précisions supplémentaires. En 2007, 18% des personnes rencontrées étaient des femmes, en 2006, cette proportion s'élevait à 10-12%. Il y a bien une hausse des femmes rencontrées en rue. Deux explications peuvent être avancées : soit elles sont plus visibles, elles commencent à être en confiance et viennent plus vers les équipes de maraudes, soit il y en a effectivement plus.
- En Martinique, le 115 (géré par COALEX) est en partenariat avec le 15 depuis 3 ans maintenant et le duo fonctionne bien, le 115 peut fonctionner 24h/24h (concernant le 115 en Martinique, il y a 12000 appels de détresse par an, 800 personnes hébergées). Ce partenariat devrait se poursuivre et regrouper le 15 et le 115 dans les mêmes locaux. Il existe un partenariat aussi entre la psychiatrie de l'hôpital et le Samu Social, il y a des maraudes accompagnées de personnel de la psychiatrie. En Martinique, on dénombre entre 800 et 1000 personnes en errance partielle.
- Le profil des personnes en termes de parcours scolaire a surpris puisque dans l'échantillon les personnes ont en moyenne un niveau scolaire assez élevé. Le capital scolaire ne semble pas protecteur en ce qui concerne le phénomène de grande exclusion. Ceci va à l'encontre des tendances observées en France métropolitaine. Il faudrait creuser ici la différence entre précarité et exclusion et voir s'il existe des différences entre niveau scolaire selon la situation. Il aurait été judicieux d'exploiter la notion de trajectoire pour fournir des explications plus poussées et convaincantes de cet étonnant niveau scolaire.
- La différence entre l'exclusion en France métropolitaine et l'exclusion dans les DOM et en Guyane notamment a été soulignée, notamment à travers le suivi des populations et la présence familiale. En Guyane, il existe encore une forte solidarité familiale.
- En Martinique, le niveau scolaire est bas en ce qui concerne les personnes en grande exclusion. Mais il augmente avec les personnes en situation d'errance partielle. Au niveau

des personnes âgées dans la rue, on trouve quelques personnes souffrant de troubles psychiatriques ou qui étaient en situation de maltraitance.

Madame Habran-Mery reprend ensuite la parole et invite la salle à effectuer la pause.

### **Composition des groupes de travail :**

Les participants se répartissent dans les groupes de travail. Quatre groupes ont été formés.

#### **Santé et soins :**

Animateurs : Dr Richard Millot (CSST de Cayenne) et Mr Damien Tony (Association Tutélaire de Guyane)

Secrétaire de séance : Mme Arlène Popo (Université des Antilles-Guyane)

Participants :

- M. Beckerich (AKATII'J),
- Melle Borel (Samu Social),
- Mme Cazaux (DSDS),
- M. Lagier (ACISE Martinique),
- Mme Le Guennec (Entr'aides),
- Mme Mellard (ACT),
- M. Robillard (Médecin du monde),
- Mme Simonard (ADI).

#### **Prévention de la grande exclusion :**

Animateurs : Mme Chloé Lybouafu (DSRU Cayenne) et Mlle Hélène Marquis (Guyane Promo Santé)

Secrétaire de séance : Mr Alex Alexandre (Université des Antilles-Guyane)

Participants :

- Mme Audouit (Akati'j)
- Mme Cadet –Marthe (Conseil Régional)
- Mme Galot (DSDS)

- Mme Gomez-Caldas (MLRG)
- Mme Janvier (Mairie de Matoury)
- Mme Johannes (AI Synergie)
- Mme Leng (Guyane Promo Santé)
- Mme Louiset (In'pact)
- Mr Maison (DSDS)
- Mme Matou-Bebel (CAP' Avenir)
- Mr Sainte-Rose (DDE)
- Mme Smith (LP de Michotte)
- Mme Tien-Liong (CGPA)
- Mme Villarsin (Rosannie Soleil)
- Mme Vincent (ADAPEI)
- Mme Zuneve (Secours Catholique)

**Vie en rue et addictions :**

Animateurs : Mlle Astrid Billy (Samu Social) et Mlle Cécile Henné (CSST de Kourou)

Secrétaire de séance : Mme Lina Bace (Université des Antilles-Guyane)

Participants :

- Mlle Barbier (Samu Social International)
- Mr Bernardino (CHRS Samu Social)
- Mme Boudre (115)
- Mlle Bourgoïn (Arbre Fromager)
- Mme Caillosse (CSST de Cayenne)
- Mr Chong-a-Thung
- Mlle Cordeiro Lopes (Samu Social)
- Mme Eleski (Samu)
- Mme Laloupe (ACISE)
- Mlle Lam-Cham (Samu Social)
- Mr Le Billier (Samu Social)
- Mme Matos Alcantra (Association Franco-Dominicaine)
- Mme Minerve (Croix Rouge)
- Mlle Raud (Samu Social)

- Mme Sealy (ACT)
- Mme Victor (DSP)

**Accès aux droits :**

Animateurs : Mlle Stéphanie Terré (Arbre Fromager) et Mr François Rezki (Université des Antilles-Guyane)

Secrétaire de séance : Mme Suzanne Orliange (Université des Antilles-Guyane)

Participants :

- Mlle Berton (Acajou Alternative)
- Mme Brureau (Hôtel Social)
- Mme Cognet (PASS)
- Mr Félix-Théodose (Coalex)
- Mme Goujon (Entr' Aides)
- Mlle Lévêque (DSDS)
- Mr Leyendecker (CRPV)
- Mme Libre (DSU Matoury)
- Mlle Mertodikromo (Arbre Fromager)
- Mlle Nadeau (Cimade)
- Mr Norton (DSDS Martinique)
- Mme Remblin (DSDS)
- Mme Trimaille (Cimade)

Au cours des séances de travail les groupes ont eu l'occasion d'échanger et de réfléchir sur les bonnes pratiques et parfois sur des propositions d'actions à mener pour améliorer le système d'actions sociales déjà en place.

## Compte-rendu des groupes de travail :

### *- Groupe santé et soins*

#### 3 THEMES SE SONT DEGAGES DE LA REFLEXION DU GROUPE :

1. Accès aux soins
2. Prévention sanitaire
3. Parcours de l'utilisateur en réseau, l'articulation entre le médical et le social.

*Sur trois thèmes dégagés, deux ont été traités :*

1. *Accès aux soins,*
2. *Parcours de l'utilisateur en réseau, l'articulation et le médical et le social.*

#### I. Accès aux soins

##### 1. Constats

- Difficultés dans les traitements des dossiers de sécurité sociale,
- Difficultés des personnes sorties de prison,
- La problématique des cartes de séjour,
- Insuffisance de logement,
- Problèmes d'application de la loi,
- Nous notons un manque de données en dehors de l'île de Cayenne.

##### 2. Propositions

- Se regrouper : nous avons pris la décision d'exposer nos difficultés à la CGSS
- Intervention de la D.S.D.S pour l'organisation et la mise en place de rencontres pour travailler sur les solutions proposées.

- Améliorer la coordination du travail en réseau (P.A.S.S.) : Mise en place d'un référent à la sécurité sociale en lien avec la P.A.S.S. (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et les associations.

## II. Parcours de l'utilisateur en réseau, articulation entre le médical et le social

### 1. Constats :

La P.A.S.S. (Permanence d'Accès aux Soins de la Santé) ne nous semble pas remplir sa mission d'accès aux soins pour les démunis.

Difficulté comme dans l'hexagone d'accès aux soins généralistes et spécialistes pour les exclus (médecins ne prennent pas la CMU ou l'AME)

Le fonctionnement de la P.A.S.S. doit être adapté aux besoins de la population concernée.

### 2. Propositions :

- Formation et information des personnes responsables des prises en charges médicales et sociales sur la P.A.S.S., les Hospitalisation d'Office (HO) et les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT),
- Mise en place des réunions de synthèse avec des engagements écrits définissant des objectifs communs (cohérence du projet) et la nomination d'un référent,
- Mise en place d'un comité de coordination des problèmes de l'errance (d'où l'existence d'un référent en mairie sur les problématiques de l'errance en Martinique)
- Information de pédagogie auprès des soignants afin qu'ils acceptent les allers et retours des patients dans la prise en charge : importance de la notion de patience.
- Mise au point sur l'HDT et l' HO (mise en place de brochures pour mieux cerner les procédures par l'ensemble des acteurs),
- Echanger sur l'analyse des pratiques entre les structures avec la présence d'un professionnel extérieur,
- Envisager la mise en place d'une restauration humanitaire,
- Construire un plaidoyer pour les besoins du territoire.
- Mutualiser des données et des outils existants.

## CONCLUSION

L'objectif est le bon fonctionnement des dispositifs existants, « *et nous nous engageons à développer le partenariat des différentes structures présentes* ». En Guyane de nombreuses familles sont de plus en plus touchées de près ou de loin par le problème de l'exclusion. C'est donc une véritable politique de la grande exclusion qui doit être mise en place afin d'apporter les réponses adéquates, spécifiques au territoire guyanais.

- ***Groupe accès aux droits :***

L'atelier a débuté par une présentation des participants puis un retour sur les chiffres de l'enquête. La question de départ était : comment une population fragilisée pouvait-elle faire pour avoir accès à la santé, notamment aux soins ? Par ailleurs, les droits sociaux ainsi que les droits à la santé sont-ils rendus effectifs sur le territoire de Guyane ?

L'atelier devait mettre en avant d'une part, le pourquoi du nonaccès aux droits des personnes en difficultés, d'autre part il devait permettre de vérifier la garantie de l'accompagnement de ces personnes vis-à-vis du droit. De ces échanges interactifs dans l'atelier devaient découler des propositions de solutions adaptées aux difficultés rencontrées.

Deux actions sont à mettre en place :

- L'amélioration pour l'accès aux droits, à l'information, aux services
- L'amélioration dans la gestion des organismes distributeurs « CAF... »

L'objectif étant de faciliter l'accès des personnes exclues aux prestations sociales et aux droits connexes. La question de l'utilisation et/ou la mise en œuvre d'un atelier santé ville se pose donc.

Un collectif d'associations a vu le jour en Martinique et a permis la création du « 115 », avec la mise en place d'une base de données où l'on trouve toutes les informations et coordonnées de l'ensemble des organismes publics et privés. Ces associations organisent aussi des réunions mensuelles sur différents thèmes en y conviant systématiquement un intervenant extérieur. Elles sont aussi en étroite collaboration avec le CCAS de leur commune respective. Pour elles, le 115 consiste à de l'orientation et surtout à contacter directement les organismes destinataires.

Il existe 3 CRIAD (Centre de Ressource et d'Informations d'Accès aux droits) à la Martinique. Ces derniers ont su optimiser les outils existant et avoir une véritable approche de la santé. Ils ont aussi mis en place un PARAD (Pôle d'Accès en Réseau Aux Droits) qui est un guichet unique informant les individus sur leurs droits, régi par une convention partenariale.

Quelles utilisations de ces outils pour la Guyane ?

Une représentante de la DSDS affirme que nous avons aussi un guide papier sanitaire et social actualisé en 2007 par la CAF. Les éléments de ce guide peuvent être retrouvés sur le site Internet

de la préfecture. Concernant le PARAD, il y a eu un appel à projet lancé par la DSDS, mais sans succès.

Comment suivre les grands exclus ? Par qui ? Et sur quelle durée ?

Il faut donc la création d'une structure d'urgence ayant une véritable dynamique d'insertion. Il faut aussi adapter les moyens par rapport au territoire en créant un réseau de partenaires, en créant des liens entre eux. Il faut individualiser la prise en charge des personnes. Il faut professionnaliser les associations afin d'aboutir à de véritables projets de développement.

Il est possible pour cela de s'appuyer sur les compétences du DSRU, notamment dans le cadre du CUCS.

Il a été question des difficultés rencontrées par les associations dans la remise des bilans et des évaluations. C'est pourquoi il faudrait organiser, avec les différents financeurs des projets touchant à l'exclusion, des réunions et des comités de pilotage afin qu'ils puissent faire correspondre leur mode d'évaluation.

Le groupe a aussi évoqué le problème du transport en Guyane et celui de la délocalisation des organismes parce qu'il faut que les services soient au plus près des habitants. De plus, il y a une multiplication des interlocuteurs, ce qui a fortement tendance à décourager les personnes. Cela pose la question du fameux fichier unique qui est souhaité par certains.

Concernant la santé, les exclus se déplacent plus facilement pour un soin vers un infirmier (bobologie, Samusocial) que vers un médecin urgentiste. Et lorsque les travailleurs sociaux prennent un rendez-vous chez un médecin, les personnes y vont rarement sans accompagnement. Le problème de l'hygiène corporelle a été soulevé, c'est un difficile combat qui doit être pris en charge par un éducateur et un psychologue car c'est une prise de conscience essentielle pour le reste du parcours de la personne exclue.

La question de la PASS a été évoquée également. La PASS fonctionne difficilement en Guyane. Pour le moment, deux assistantes sociales travaillent à mi-temps et cette structure est très peu connue par les autres professionnels.

Comment effectuer les démarches administratives pour les personnes exclues ?

Le rapport des assistantes sociales peut appuyer les différentes demandes. Pour les SDF, la domiciliation se fait par les associations. Toutefois, il existe différentes prises en charge qui tiennent compte du niveau d'exclusion. On note l'importance du suivi : dans ces cas là, il faut véritablement faire du cas par cas. La réinsertion sociale est possible. C'est pourquoi il faut former

les professionnels. En effet, il existe trop de documents pour activer les droits sociaux. La liste des pièces administratives demandée par chaque structure est très longue et très variable en fonction des dossiers.

La Guadeloupe nous fait part de son expérience : là bas, les organismes réalisent des permanences dans les différentes associations. Il y a un fort travail de partenariats entre ces associations et les psychologues. De plus, ces structures ont établi de nombreuses conventions avec les administrations publiques pour améliorer leur fonctionnement.

Il y a peu d'accompagnement post médical en Guyane et c'est là que doit intervenir le travailleur social. Le CHRS de la Martinique lui a préféré mettre en œuvre une prise en charge de ces patients avec l'obligation d'une continuité de soins car l'insertion n'est pas compatible avec la cumulation d'addictions et de problèmes sociaux.

Il faut un travail long pour amener une personne vers l'occupation d'un logement, c'est-à-dire la rendre autonome dans sa démarche d'acquisition. La solution serait les maisons d'accueil possédant un personnel encadrant. Le RSMI (Réseau Santé Mental Insertion), dans leur axe de travail, suit les personnes une fois qu'elles sont rentrées dans leur logement grâce à une convention entre les différents partenaires et bailleurs sociaux.

La stabilisation est nécessaire avec une démarche d'orientation vers des stages. Par exemple, une convention a été signée entre la mairie de Cayenne et le CSST de l'hôpital. Aussi, le CHRS mesure l'Insertion par l'Activité Economique en voulant mettre en place des chantiers d'insertion. L'appui social individualisé de la DSDS peut se faire par des appels d'offres où l'on demande un profil particulier. Aussi existe-t-il une cellule de suivi ANPE pour les SIAE (Structures d'Insertion par l'Activité Economique) et la plateforme MAKANDI, qui a pour but d'accompagner les SIAE. Le volet formation est obligatoire dans le suivi des chantiers d'insertion.

A la Martinique, des projets sont en cours et cela exprime une volonté de faire plus encore, comme l'entreprise d'insertion d'espace vert qui embauche aujourd'hui 10 personnes en contrat à durée indéterminée.

Les organismes d'accueil comme le Centre d'Action Sociale, le CCAS, le CIASIC, le secours catholique, le RDS, le CHRS ADAPEI, et bien d'autres répertoriés par la DSDS n'utilisent pas assez, voire pas du tout les outils PASS, maraudes, ... Cela montre bien qu'il existe un manque de procédures claires et systématiques par les différents organismes; et un manque de concertation, de conventionnement, de compte rendu, d'identification des référents de ces organismes.

La décentralisation pose le problème de la légitimité de l'action : « Qui est compétent, qui a le pouvoir, quels sont les moyens disponibles, qui s'approprient les dispositifs, les objectifs et quelle est la démarche participative ? ». Les CUCS travaillent sur cette problématique.

Il serait intéressant de simplifier les démarches administratives, de transmettre les informations de façon la plus large possible, d'élargir les missions du 115 (pas seulement pour le logement), de professionnaliser et démarcher le réseau (pour les écoutants du 115).

Les indicateurs d'évaluation permettent de pérenniser le projet et l'emploi des personnes. Il faudrait ainsi une équipe de médiation sur le terrain pouvant faire la relation du 115 à travers l'information aux usagers. Effectivement, quelle démarche devons-nous opérer vis-à-vis du 115, faudrait-il faire des démarches réelles ou juste une mise en relation ?

Les associations nationales ne l'ont pas adapté au contexte local car elles ont aussi cette problématique d'approches de terrain. En Guyane, il faudrait rapprocher les associations concernées car il existe une distance entre les petites associations et les autres institutions. Le soutien de ces petites associations peut se faire à l'échelle du département par la plateforme des maisons de quartiers. En effet, ces petites associations sont très productives sur le terrain. Là, l'impact des différents dispositifs se sentira dans les différents quartiers.

L'optimisation des dispositifs se fait par l'accès et le maintien des droits sociaux et des droits à la santé.

Pour affronter ces difficultés, il serait souhaitable de :

- renforcer et dynamiser les dispositifs existants
- travailler en réseau et développer le partenariat
- relancer l'appel d'offre sur la création du point d'accueil du PARAD
- faciliter le rôle des collectivités en leur apportant la technicité
- faire l'articulation entre les professionnels et les institutionnels
- former les professionnels
- identifier les porteurs de projets
- faire évoluer le 115 dans toute sa globalité
- prendre en compte les expériences métropolitaines
- créer un collectif d'associations
- développer la PASS vers l'extérieur
- présenter le 115 aux autres associations
- faire un travail d'observation de la grande pauvreté à grande échelle

Le 115 est le seul pôle de compétence, il serait opportun de le mutualiser aux autres numéros comme le 3619. L'idée étant qu'il n'y ait qu'un seul centre d'appel spécialisé dans l'orientation. Aussi, on peut imaginer que le 15 du SAMU puisse relayer le 115 afin que l'écoute se fasse 24/24 heures. Il faudrait faire le lien entre le social et la santé, créer un point de connexion autour de l'utilisateur et poser clairement les objectifs.

Chaque association pourrait avoir une base intranet, un site unique avec une même base de données.

Au niveau du suivi des personnes, un travail avec les pairs doit être fait. Il faut réussir à impliquer si possible ceux qui ont réussi à se réinsérer.

L'ensemble du groupe a insisté sur la nécessité d'un véritable travail partenarial entre les organismes publics et les associations, d'où l'importance du suivi et de l'appui réalisés par les DSRU afin de permettre aux associations d'établir un bilan financier clair et une évaluation digne de ce nom. Il faut rajouter que les associations réalisent souvent les missions des organismes publics. C'est pourquoi deux propositions ont été formulées par le groupe de travail de l'atelier « accès aux droits » :

- La création d'un comité de pilotage pour coordonner les financements des organismes publics qui pourraient déboucher sur la mise en place d'une plateforme d'appui aux associations.
- La création d'un collectif d'associations touchant au domaine de l'exclusion.

***- Le groupe prévention de la grande exclusion :***

La réflexion s'est concentrée autour d'échanges sur les « bonnes pratiques » :

- Se présenter pour mieux se connaître (en se présentant et présentant sa structure et ses missions).
- Partager une conception commune sur la « présentation de la grande exclusion ».
- Partager des savoirs, savoir-faire, savoir-être autour de l'étude ou de témoignages de projets.

Pour éclaircir le thème discuté, l'élaboration d'une définition de prévention a d'abord été construite en distinguant trois formes :

- La prévention primaire : Intervention qui cherche à réduire le risque, sa survenue ou ses conséquences.
- La prévention secondaire : Intervention qui cherche à supprimer les difficultés sociales pour régler le problème d'exclusion (interventions précoces : soins, vigilance ; intervention psychosociale : écoute, dialogue, constat, ...).
- La prévention tertiaire : Intervention qui vise à éviter les rechutes ou les complications.

Un éclaircissement sur ce que désignait le terme de grande exclusion a ensuite été présenté :

- Difficulté à bénéficier des droits fondamentaux.
- Compromission de l'intégration sociale.
- Difficulté à s'insérer (affectif, filiation, citoyenneté)
- Rupture du lien social.
- Processus de désaffiliations économiques, familiales et sociétales.

La prévention de la grande exclusion est un moyen d'anticiper sur les risques, sa survenue ou le fait d'y être exposé. Elle vise à la réduction des risques et des rechutes.

Plusieurs constats :

- Beaucoup de situation d'urgence à traiter
- Une grande majorité des acteurs présents font de la prévention secondaire et tertiaire au détriment de la prévention primaire

- L'hébergement est un moyen préventif pour le public féminin afin d'éviter la prostitution et la propagation des infections sexuellement transmissibles.

Quelques pistes d'actions :

- Mieux recenser les besoins en formant un réseau pour être plus efficace
- Faire un travail d'accompagnement en amont, pour prévenir les risques d'exclusion. Par exemple, suivre la personne fragilisée pour éviter la rupture familiale. Cette anticipation des problématiques est essentielle.

L'objectif de la séance de travail a été d'échanger et de partager sur des expériences, de capitaliser les expériences et de les diffuser en réseau.

3 groupes ont été formés :

Le premier groupe a travaillé sur l'association Cap'Avenir en Guadeloupe. L'évaluation du projet :

- Au niveau de la prise en charge sociale : Ouverture des droits et accompagnement au logement et à l'accès aux soins
- Résultats dans les domaines de l'insertion et de la réinsertion : 40% des personnes sont relogées. Néanmoins 10% de ses personnes retournent en institution (rechutes). 50% retournent en famille, dans le foyer ou chez des amis. Il y a un suivi post-CHRS de 3 mois. Le témoignage des femmes ayant réussi leur insertion permet de mettre l'accent sur les points non-atteints (ex : Retour au cours des festivités de Noël). Les résultats concernant la réinsertion ont progressé de 10% à 40% depuis que l'association a développé le travail en réseau. Le développement du travail en réseau tant dans le domaine de la santé que dans celui de l'insertion professionnelle est essentiel mais difficile. Si les professionnels se limitent à travailler uniquement sur leur périmètre et de façon isolée, ils n'arrivent pas à aboutir à une prise en charge cohérente et efficace de l'individu fragilisé.
- Résultats dans le domaine de la santé : Intervention d'une équipe médicale de la psychiatrie dans le cadre des bilans mais il n'existe pas de convention formelle. Du fait des difficultés rencontrées (ex : refus des médecins d'accepter l'Aide Médicale d'Etat) le public est orienté vers les urgences. Un partenariat a cependant été mis en place avec l'hôpital psychiatrique.
- Pérennisation : La suite logique est la stabilisation et l'insertion professionnelle pour le public éloigné de l'emploi. Avec la loi DALO, il est difficile de mettre fin à la prise en

charge des personnes accueillies et en même temps de répondre aux obligations de la loi. Il est nécessaire de développer divers styles d'accueil. Des structures manquent. Il n'existe pas en Guadeloupe d'hébergement pour les femmes toxicomanes, ni pour des personnes qui ne peuvent pas vivre seules dans leur appartement (on les sépare de leurs enfants alors qu'un accompagnement serait possible). Selon l'expérience de CAP'Avenir, les enfants qui restent auprès de leur mère s'en sortent mieux que ceux qui sont placés. Il est également difficile pour un établissement d'exister en éclaté.

- Communication : Un travail d'information et de collaboration doit se développer entre les structures. L'objectif est avant tout de protéger les femmes victimes de violence. Discrétion.

Le deuxième groupe a travaillé sur le réseau Samu Social à Matoury. L'objectif est de développer le réseau du Samu Social sur la commune de Matoury. Il vise les personnes en errance. Il a fallu mobiliser différents partenaires, notamment les élus, la police et les responsables d'Etat.

Evaluation du projet :

- Résultats attendus : repérer le public en errance sur la commune de Matoury. Proposer un accompagnement adapté.
- Résultats obtenus : établissement par le CCAS d'une liste de personnes errantes communiquée au Samu Social. Mise en place de maraude deux fois par semaine. Repérage et prise en charge de 18 personnes en 5ans (suivies et hébergées pour certaines).
- Réajustement : écart évité car de nombreuses réunions ont été mises en place.
- Pérennisation : Financement pérenne de l'action et continuité des actions = prise en charge du public.
- Communication : Utilisation du bulletin municipal et diffusion sur le site internet.

Le troisième groupe a travaillé sur la réorganisation structurelle des CHRS multi-accueil.

- Un constat : Une des difficultés constatées est la cohabitation de divers publics dans les CHRS. En Martinique ont été mis en place des CHRS adaptés et éclatés en fonction de différents publics : accueil d'urgence, jeunes, familles, femmes victimes de violences, toxicomanes.

- Objectifs : Au travers d'une étude comparative sur la mise en place des CHRS en Martinique et en Guyane, l'objectif serait de parvenir à développer des CHRS adaptés et éclatés aux différents publics sur la base d'un modèle martiniquais.
- Objectifs opérationnels : Réorganiser l'existant, identifier les populations cibles, déterminer, recenser et comprendre les besoins de l'individu.
- Moyens mis en œuvre : un accompagnement individualisé et un suivi par le biais d'un projet personnalisé.

En définitive, les principales pistes de travail qui sont nées des échanges sur la prévention de la grande exclusion sont :

- De renforcer les actions de préventions primaires
- De développer des actions de coordinations et de partenariat
- D'élaborer un schéma départemental de la grande exclusion.

***- Le groupe vie en rue et addictions.***

Particularité de cet atelier :

Une présence très importante des structures spécialisées (SAMU SOCIAL, CSST, ACISE Martinique) et des associations thématiques sur les problèmes de la grande exclusion (Arbre Fromager, Association Franco-Dominicaine).

Objectifs de l'atelier :

- Faire émerger des points positifs dans la prise en charge du public de rue :
  - approche préventive, accompagnement social
  
- Propositions d'actions :
  - réductions des risques, suivis de traitements, projet de santé (acupuncture)
  - mise en place d'ateliers (service pénitentiaire)
  - formations des professionnels avec la possibilité de les faire à l'extérieur
  
- Améliorations de la communication avec le public :
  - accueil dans les associations
  - écoute, respect de l'autre...
  
- Réflexions sur les troubles psychiatriques
  - quels sont les moyens mis en place pour aider ces malades de troubles psychiatriques ?
  - Y a-t-il une barrière entre la toxicomanie et les problèmes psychiatriques ?

I/ PREMIERE SEANCE DE TRAVAIL : ECHANGES

Lors de la première séance de travail, les personnes invitées ont présenté leur structure, leur fonction, leur rôle et le public avec lequel ils travaillent.

Les échanges se sont portés sur plusieurs thématiques :

- Le travail en rue
- Lien social et hospitalier

- Comment aider l'utilisateur à sortir de la rue ?
  - Prostitution
  - Toxicomanie
  - Amélioration/développement de la prise en charge
  - Travail en partenariat (réseau)
- Obligation scolaire/réalité
- Psychiatrie/addiction
- Limites éthiques et limites professionnelles.

Dans la séquence de réflexion nous avons (par vote) élaborer et proposer des actions sur essentiellement deux points :

- Comment venir en aide aux personnes en rue ?
- Limites éthiques et limites professionnelles.

## II/ DEUXIEME SEANCE : REFLEXION ET SOLUTIONS PROPOSEES

Pour aider ces personnes, il est important d'entrer en relation, en allant vers elles sur leurs lieux de vie : en utilisant l'écoute, la présence, une relation de confiance avec l'institution et le respect de l'utilisateur (sa volonté, sa dignité). La présence du professionnel peut aboutir parfois à un déclic chez l'utilisateur et ainsi des demandes peuvent émerger.

Pour établir cette relation, le professionnel utilise les outils tels que :

- la communication par le biais des différentes langues
- la distribution de préservatifs, de sandwich, de vêtements...
- les soins corporels qui sont faits par l'infirmier en maraude
- la relation de confiance et la présence des professionnels (dans le cadre du suivi en maraude et des accompagnements sociaux et médicaux).

Avec ce suivi régulier les professionnels orientent également les personnes vers d'autres structures partenaires quand la demande se fait sentir et ils tiennent compte également leur degré d'autonomie.

Cependant il faut prendre en considération la notion de « temps » qui n'est pas perçue de la même manière chez l'utilisateur que chez le professionnel. L'utilisateur a des repères spatio-temporels perturbés

et le professionnel doit aller progressivement dans la prise en charge. Le facteur temps doit se travailler en binôme usager et professionnel.

Plusieurs constats de difficultés ont été énumérés :

- **L'accès difficile à certains services :**

- **Service PASS :**

Certains usagers n'ayant aucune couverture sociale se rendent à ce service pour rencontrer l'assistante sociale afin de bénéficier d'un document PASS leur permettant d'obtenir des médicaments auprès de la pharmacie de l'hôpital. Le constat qui est relaté : pas de service accessible pour tous car les amplitudes horaires sont trop courtes, pas de possibilité d'obtenir de médicaments car service fermé du fait de congé des salariés donc attente d'une prochaine permanence. Trop de personnes en attente le jour de permanence donc toutes les personnes ne sont pas vues et prise en charge.

Des solutions sont proposées :

- augmenter les horaires d'ouverture
- créer des fiches de liaison : pour les personnes suivies en commun entre la PASS et les centres d'hébergement ou les structures sociales, un travail en partenariat devrait être fait, afin que l'AS contacte la personne référente pour établir le lien sur la sortie du patient aux urgences et communiquer le traitement. Cette méthode est déjà fonctionnelle en Martinique.

- **Difficulté à suivre et à prendre en charge des personnes qui auraient des pathologies psychiatriques.**

Des solutions sont proposées :

- une équipe de psychiatrie qui tourne le soir afin d'évaluer les usagers. Mise en place de cette équipe en Martinique
- une présence d'un psychiatre ou d'un médecin qui tournerait de temps en temps avec l'équipe de maraude.

- **Difficulté à travailler en partenariat (réseau) :**

Nous constatons que certains usagers sont suivis par plusieurs structures pour des démarches parfois identiques. Il n'y a pas de concertation alors que les usagers ont besoin de repères. Ainsi plusieurs solutions ont émergées :

- une réactualisation annuelle de l'annuaire des différentes structures existantes sur le territoire, diffusion prise en charge par la DSDS.
- Des journées portes ouvertes des structures accessibles aux professionnels
- Des journées portes ouvertes accessible à tout public pour ne pas stigmatiser les personnes vivant en rue.

- **Insuffisance d'informations formations sur le domaine de la toxicomanie :**

- plus de formations
- travail en réseau même auprès de nos partenaires extérieurs (rencontre inter-dom...)

- **Approfondir le travail auprès du réseau familial :**

Nous avons constaté que ces personnes en rue ont parfois encore des membres de leur famille. Tout en tenant compte de leur demande, étayer les liens familiaux quand cela est encore possible. La famille est un pôle intégrateur. Cependant ce travail doit être fait avec précaution et pourquoi pas s'encadrer de psychologue.

## **CONCLUSION :**

Les différents intervenants présents ont tous constaté des limites éthiques, professionnelles et humaines. La limite primordiale est le fait que l'utilisateur est acteur de ses choix et que les professionnels sont présents pour les accompagner vers et non pour faire à leur place. L'utilisateur est acteur de sa prise en charge ce qui rejoint très bien la loi du 02 janvier 2002.

Un remerciement à toutes les personnes des groupes de travail, aux animateurs et aux secrétaires de séances, aux structures présentes pour leurs savoirs, leurs compétences et les nombreuses réflexions. Un encouragement spécial à l'un des usagers présents lors de ce séminaire car ses réflexions nous ont aiguillé pour comprendre certains comportements et le sens des prises en charge.

Discussions consécutives à la restitution des groupes de travail :

- Une réflexion sur la question du bas-seuil en Guyane : où est le bas-seuil en Guyane ? Y-a-t-il des structures bas-seuil en Guyane ? Il y a un travail important à faire en amont, au niveau de la prévention et une analyse des pratiques et des prises en charge. Il a été répondu qu'en Guyane il existe des structures bas-seuil (tels que le Samu Social, RDS), la question n'est pas existe-t-il des structures bas-seuil mais plutôt comment mieux travailler avec le public bas-seuil pour l'amener aux soins et à l'insertion sociale, comment avoir un accompagnement efficace ?
- L'accès aux droits des grands exclus est discuté aussi. Comment faire face à la non-application de la loi en France par les institutions ? Les institutions ici ont un pouvoir important. Seul un regroupement des associations permettrait de faire remonter le problème. Il faudrait une action commune pour faire appliquer correctement la loi par les institutions.
- Une certaine tendance des institutions à déléguer aux associations a été rapportée. Le tissu associatif semble pallier au manque et aux incohérences des institutions. L'Etat semble se désengager. Il a été répondu que l'Etat ne se désengageait pas, les investissements en matière de politique médico-sociale ont été reconduits. L'Etat s'est mobilisé et a accompagné la création de nouvelles structures des dernières années (CHRS, structure

d'accueil pour toxicomanes, ...). Il existe un accompagnement réel pour le public bas-seuil. Seuls les crédits vers la prévention ont diminué.

- L'Etat est en droit d'être exigeant, d'évaluer le travail des associations mais il doit aussi pouvoir être en mesure de fournir une aide à ses associations en termes de méthodologie.

Madame Habran-Mery remercie tous les participants des groupes de travail, les invités antillais, les équipes du Samu Social, Mlle Borel, la Directrice, et invite à clôturer le séminaire.

Daphné Borel précise qu'un compte-rendu du séminaire sera envoyé à tous les participants, elle remercie tous les participants, elle remercie l'équipe du Samu Social, Mlle Parriault et Mlle Lam-Chan pour l'organisation, les animateurs, les participants antillais et précise que ce séminaire a été possible grâce aux financements des fonds européens et de la DSDS. En conclusion, elle rappelle l'importance de mettre les usagers au cœur de leur prise en charge.

Les invités antillais remercient les organisateurs et énoncent le souhait de poursuivre les échanges inter-DOM et de construire un travail commun.

Le Docteur Fontanella, Président du Conseil d'Administration du Samu Social de l'île de Cayenne, clôture le séminaire en remerciant toute l'équipe du Samu Social, le Conseil D'Administration, Mlle Borel, la Directrice, les invitées de la Martinique et de la Guadeloupe. Il souligne la richesse des échanges dans les groupes de travail. Il remercie tous les participants, les animateurs et toutes les personnes ayant participé à l'organisation. Il souhaite, comme il a été proposé, que la prochaine réunion Inter-DOM ait lieu aux Antilles.

## **GLOSSAIRE**

ACCRE : Aide aux Chômeurs Créateurs ou Repreneurs d'Entreprise  
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique  
ADAPEI : Association Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés  
ADI : Agence Départementale d'Insertion  
AME: Aide Médicale d'Etat  
ANPE: Agence Nationale Pour l'Emploi  
ATG: Association Tutélaire de Guyane  
CADA : Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile  
CAF : Caisse d'Allocations Familiales  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CGPA : Comité Guyanais de Prévention de l'Alcoolisme  
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CIASIC : Centre Intercommunal d'Action Sociale de l'Ile de Cayenne  
CILE : Comité Interministériel de Lutte contre l'Exclusion  
CMU : Couverture Médicale Universelle  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CRIAD : Centre de Ressources et d'Informations d'Accès aux Droits  
CRPV : Centre de Ressources Politiques de la Ville  
CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes  
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale  
DALO : Droit Au Logement Opposable  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DSDS : Direction de la Santé et du Développement Sociale  
DSP : Direction de la Solidarité et de la Prévention  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
FNARS : Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale  
HDT : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers  
HO : Hospitalisation d'Office  
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
IRDTS : Institut Régional Du Travail Social

MLRG : Mission Locale Régionale de la Guyane

PARAD : Pôle d'Accès en Réseau Aux Droits

PARSA : Plan d'Action Renforcée en direction des personnes Sans-Abris

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDALPD : Plan Départementale d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées

RDS : Relai Drogue Solidarité

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSMI : Réseau Santé Mentale Insertion

SAOG : Service d'Accueil et d'Orientation de la Guyane

SIAE : Structures d'Insertion par l'Activité Economique

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

UAG : Université des Antilles-Guyane