



Contrat Local de Santé de Saint-Laurent du Maroni 2019-2022 Diagnostic territorial de santé

Rédaction : CRPV Guyane
Camille Lesimple
Kilissan Müller
Emma Graval



Sommaire

Introduction :	4
Les caractéristiques du territoire.....	4
L’historique des démarches de santé territoriales à Saint-Laurent du Maroni	6
1. L’offre de soins	9
1.1. Les services de santé en ville	9
1.2. Le Centre Hospitalier de l’Ouest Guyanais	13
1.3. Les services médico-sociaux	14
1.3.1. Handicap	14
1.3.2 Addictions.....	15
1.3.3. Santé précarité	15
1.4. Les thématiques d’intervention prioritaires identifiées	15
2. Les démarches de prévention et de promotion de la santé sur le territoire	18
2.1. Organisation des démarches de promotion de la santé	18
2.1. Des enjeux thématiques forts :.....	19
2.2. Les freins aux démarches de promotion de la santé relevés par les acteurs du territoire	20
2.3. Focus Santé sexuelle et reproductive	20
2.3.1. Les enjeux de santé sexuelle et reproductive sur le territoire	20
2.3.2. Les acteurs de santé sexuelle et reproductive à Saint-Laurent du Maroni	22
2.3.3. Les difficultés existantes	23
2.3.4. Les problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive	24
2.3.5. Les besoins et attentes vis-à-vis du Contrat Local de Santé	26
3. Démarches de santé communautaire	28
3.1. Définition de la santé communautaire	28
3.1.1. Histoire de la santé communautaire :	28
3.1.2. Les principes fondamentaux de la santé communautaire :.....	29
3.2. Difficultés et limites de la santé communautaire	31

3.2.1. Plusieurs définitions et donc plusieurs manières de faire	31
3.2.2. Une démarche agile qui rencontre une organisation hiérarchisée.....	32
3.3. La santé communautaire à Saint-Laurent du Maroni vue par les acteurs de terrain....	33
3.3.1. Les problèmes principaux rencontrés sur le territoire :	33
3.3.2. Acteurs de la santé communautaire et exemple de démarches	34
4. L'accessibilité des services de santé sur le territoire	36
4.1. Mauvaise qualité de l'accueil dans les services	36
4.2. Inadaptation de l'information et insuffisance de sa diffusion	37
4.3. Inadaptation de l'aménagement du territoire	37
4.4. Freins personnels liés aux représentations et conceptions de la santé	38
5. Les priorités de santé des acteurs du territoire	39
6. Les axes stratégiques et thématiques d'intervention prioritaire retenus pour le Contrat Local de Santé	40
Liste des annexes.....	41

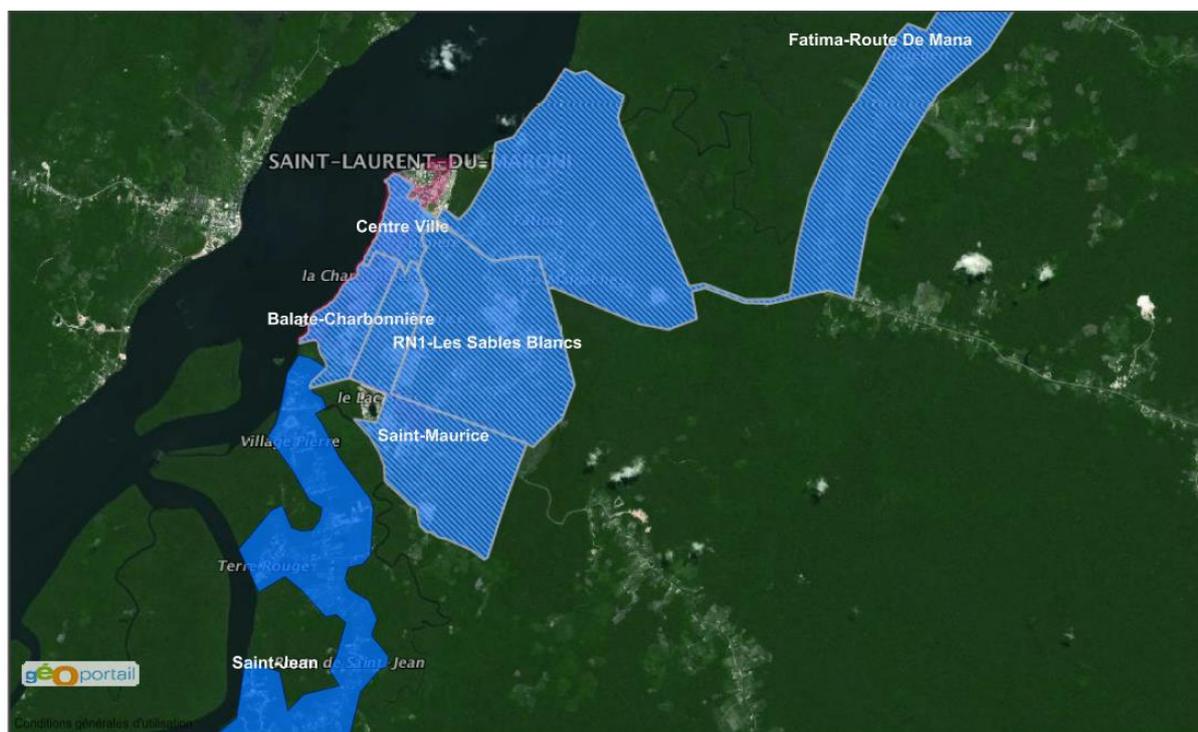
Introduction :

Les caractéristiques du territoire

La commune de Saint-Laurent du Maroni s'étend sur plus de 4 800 kilomètres carrés. Située à l'extrême ouest de la Guyane, elle fait face à la ville d'Albina au Suriname. Ville frontalière, la commune connaît une croissance démographique et urbaine importante ces vingt dernières années.

Elle s'organise autour d'un centre-ville dense, composé principalement de quartiers entrant dans le périmètre de la politique de la ville, d'une périphérie en pleine expansion (dans un rayon de 5 à 10 kilomètres du centre-ville) notamment dans le quartier des Sables Blanc autour du nouveau centre hospitalier, ou sur la route de Mana. Ces nouveaux quartiers périphériques, marqués par une urbanisation légale comme illégale rendant difficile l'aménagement d'équipements publics, sont également identifiés comme quartiers prioritaires de la ville (QPV).

Illustration 1 : Les quartiers politique de la ville de la commune de Saint-Laurent du Maroni¹



D'autres quartiers ou villages, appartenant à la commune de Saint-Laurent du Maroni, sont particulièrement éloignés des services situés principalement dans le centre de la ville, tels que : Saint-Jean, le Plateau des mines, Sparouine, Espérance, l'île Portal ou encore les campous du fleuve. Ces villages sont accessibles soit par la route soit par le fleuve en pirogue. Isolés et relevant pour tout ou partie de territoires ruraux, ils sont en dehors de la géographie politique de la ville. Pour autant, la volonté des membres du comité de pilotage du CLS est d'inscrire l'ensemble de la commune dans le périmètre du Contrat Local de Santé.

¹Source : Système d'information géographique de la politique de la ville

Au dernier recensement de 2015, sa population était de 43 600 habitants. Située au bord du fleuve Maroni, à 250 kilomètres de Cayenne et seule ville de l'Ouest guyanais, Saint-Laurent connaît une importante croissance démographique, concentre la majorité des activités économiques et polarise l'ensemble des services sur l'Ouest de la Guyane. Bien que desservie par une route nationale et un aéroport, de nombreux échanges se font par pirogue, à la fois vers le Suriname (Cottica, Anaipake, Albina) et vers les autres communes de Guyane (Apatou, Grand-Santi, Papaïchton, et Maripasoula).

Porte d'entrée de l'Europe au cœur de l'Amérique Latine, Saint-Laurent du Maroni cristallise de nombreux enjeux :

- **Démographiques** : les projections démographiques prévoient 70 000 habitants en 2020, 135 000 habitants en 2030², la part de la jeunesse dans la population et le taux de fécondité sont les plus importants de France (43% de la population a moins de 15 ans³ et les femmes ont en moyenne 3,6 enfants contre 1,8 en France hexagonale⁴)
- **Socio-économiques** : le taux de chômage touche la moitié de la population⁵, on observe une précarité, une forte urbanisation spontanée et la prépondérance de l'économie informelle, le bâti spontané représente 69% du bâti⁶
- **D'aménagement du territoire** : accès aux services publics (état civil, éducation, santé, justice...), développement des réseaux de communication, bassin de vie séparé par une frontière, accès à l'eau potable⁷

Seule ville française à connaître une telle croissance de population dans un contexte transfrontalier, elle se retrouve confrontée au paradoxe suivant : « être une commune française à part entière d'un pays européen industrialisé au niveau de développement parmi les plus élevés du monde, et se retrouver confrontée à des problèmes et des défis auxquels font face les pays en voie de développement ⁸ ».

Aussi le déploiement des politiques publiques, notamment en matière de santé, ne consiste pas uniquement en une politique volontariste de rattraper des retards structurels de développement et d'aménagement du territoire. Il doit tendre vers « un dépassement des limites des modèles socio-économiques et culturels fondés sur l'alignement métropolitain, et l'identification des adaptations qu'exigent ses spécificités ». ⁹

La mise en place d'un Contrat Local de Santé, stratégie territoriale de santé co-construite avec les acteurs du territoire et les institutions, doit s'inscrire dans cette optique afin de répondre aux enjeux de santé publique multiples d'une ville jeune, dynamique et multiculturelle.

² F. Temporal et al « Prospective territoriale à Saint-Laurent du Maroni : quels futurs inventés face aux enjeux démographiques ? » AFD 2016

³ Dossier recensement INSEE 2015

⁴ INSEE Statistiques Guyane 2018

⁵ Dossier INSEE 2015 tx de chômage au sens du recensement

⁶ Chiffres 2015 AUDEG 2018 http://www.fnau.org/wp-content/uploads/2018/11/2018_urbanisation-spontanee_synthese-1.pdf

⁷ 35% des habitants de Saint-Laurent du Maroni n'ont pas accès à l'eau potable, données ARS 2015

⁸ F. Temporal et al « Prospective territoriale à Saint-Laurent du Maroni : quels futurs inventés face aux enjeux démographiques ? » AFD 2016

⁹ ibid

L'historique des démarches de santé territoriales à Saint-Laurent du Maroni

La mise en place de projets de santé par la ville de Saint Laurent du Maroni s'inscrit pleinement dans le cadre de la politique de la ville et de la mise en place successive des Contrats Urbains de Cohésion Sociale, puis des Contrats de Ville. Ces démarches visent l'amélioration des conditions de vie, de la cohésion sociale et du développement économique via une stratégie commune à l'ensemble des acteurs d'un territoire sur des quartiers d'intervention dit « prioritaires ».

Ainsi, la ville de Saint-Laurent a porté de 2006 à 2011, un projet territorial de santé en direction des populations les plus vulnérables de la commune dans le cadre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale via la mise en place d'un Atelier Santé Ville, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé Guyane.

L'Atelier Santé Ville, porté par le CCAS de la commune et animé par une chargée de mission santé, a permis de mettre en place des actions de proximité de prévention et d'accès aux soins en fonction des besoins des populations et de favoriser le travail en réseau des acteurs locaux. Il a permis la mise en place et de l'inscription dans la durée des actions suivantes (liste non exhaustive) :

2007	2008	2009-2010	2011
- Aide alimentaire - Accès aux soins des personnes toxicomanes - Maison des jeunes - Point accueil écoute jeunes	- Point accueil écoute jeunes - Découverte de la culture bushinenge - Réseau santé environnement - Spot prévention santé - Accueil et orientation alcool - Accès aux soins des personnes toxicomanes - Santé communautaire	- Accès aux soins des personnes toxicomanes - Pôle itinérant de prévention santé - Accès à l'eau potable - Santé communautaire - Maison des jeunes - Parentalité positive - Aide à domicile - Permanence avocat / accès aux droits	- Accès à l'eau potable - Forum action santé et prévention - Point accueil écoute jeunes - Alimentation en milieu scolaire

D'autres démarches d'animation ou de coopération ont aussi été mises en place notamment sous l'impulsion de l'ARS et du CHOG, animateurs du Comité Opérationnel pour l'Égalité d'Accès aux Droits, aux Soins et à la Santé de l'Ouest Guyanais (COPEASOG) entre 2012-2014, instance créée pour améliorer l'accès aux droits et aux soins sur le territoire. Il s'agit d'une action spécifique à Saint-Laurent du Maroni. La promotion de l'égalité d'accès à la santé est fondée sur le constat des nombreuses inégalités observées. Ce dernier thème de réflexion a été confié au COPEASOG qui a œuvré pendant près de deux ans dans ce domaine.

Le Contrat de Ville signé pour la période 2015-2020¹⁰, réaffirme l'importance de travailler les questions de santé dans le cadre de son plan d'actions et flèche le déploiement du dispositif Contrat Local de Santé comme moyen d'y parvenir.

¹⁰ Contrat de ville Saint-Laurent du Maroni cf lien

Les thématiques d'interventions identifiées s'articulant autour de deux axes sont les suivantes :

Axe 1 : Vivre ensemble, favoriser la prévention et renforcer les moyens d'actions en santé	Axe 2 : Favoriser les réussites individuelles et collectives
<ul style="list-style-type: none">• Développer les initiatives de promotion de la santé s'appuyant sur des approches de santé communautaire• Mettre en place une animation territoriale de santé• Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé sur les IST, les addictions, l'implication trafic de drogues, la prostitution• Structurer des modes d'intervention sur la santé mentale• Favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none">• Prendre en compte la santé mentale• Accompagner l'installation de professionnels de santé• Créer des lieux d'exercice regroupés type MSP sur les Sables blancs• Développer des permanences de médicaux / paramédicaux sur les quartiers• Améliorer l'alimentation école /collège• Développer des filières de formation paramédicaux et santé• Renforcer l'accès à l'eau potable• Développer le ramassage des ordures et le tri sélectif• Faciliter l'accès à des traducteurs dans les services publics• Renforcer les infrastructures sportives sur les QPV

Le présent diagnostic territorial vise à compléter l'état des lieux réalisé en 2014 dans le cadre de la rédaction du Contrat de Ville. Il s'appuie sur une recherche documentaire, les travaux réalisés par l'ARS dans le cadre de la préparation du Projet Régional de Santé 2018-2023 ainsi que des entretiens réalisés auprès des acteurs du territoire.

Il a également vocation à faire la synthèse des priorités d'intervention identifiées dans le Contrat de Ville, le Projet Régional de Santé 2018-2023 et celles exprimées par les acteurs locaux dans le cadre de la démarche de concertation menée en mai 2019.

Si l'amélioration des déterminants sociaux de santé, l'accès aux services de santé et l'offre de santé sur le territoire sont des enjeux majeurs, ils sont en partie conditionnés par l'accès aux droits sur le territoire.

En effet, l'accès à :

- l'état civil,
- la domiciliation,
- l'éducation,
- l'ouverture de droits sociaux (sécurité sociale, CAF, allocation chômage, droits à la formation...),
- l'eau,
- le logement et
- la mobilité

Sont sources de difficultés structurelles sur le territoire, auxquelles sont confrontés l'ensemble des acteurs et des habitants. L'inaccessibilité de ces droits impacte directement les conditions d'accès à la santé. Pour autant le Contrat Local de Santé ne peut être envisagé comme la solution miracle à ces difficultés. Il est plutôt à envisager comme un des leviers permettant de mobiliser de manière transversale les acteurs et institutions du territoire sur ces problématiques et à construire une stratégie santé innovante et adaptée qui prend en compte cette particularité du territoire.

1. L'offre de soins

L'offre de soins de Saint-Laurent du Maroni (SLM) a largement évolué ces dix dernières années, les prises en charge ont été renforcées et diversifiées. De nouveaux acteurs et services médico-sociaux ont été développés, notamment dans le champ du handicap, des addictions, et de l'accompagnement social. Ils permettent aujourd'hui de proposer des accompagnements de proximité de qualité.

De plus, l'ouverture du nouveau Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) fin 2018 permet à la population d'accéder à un plateau technique complet et de qualité. Cette nouvelle infrastructure permet par ailleurs le développement de nouvelles filières de soins (néonatalogie, insuffisance rénale...) dans une logique de proximité des services de santé.

Néanmoins, malgré ces avancées, de nombreux challenges restent à relever : le territoire reste largement sous doté en professionnels de santé¹¹, le turn-over est important, les conditions de travail des professionnels difficiles.

Concernant la mise en place des parcours de santé, leur organisation se heurte souvent à des difficultés structurelles du territoire : accès aux droits complexe, mobilité limitée, représentations multiples de la santé, incompatibilité des temporalités patients/institutions, défiance du système administratif...

La présente partie vise à décrire l'offre de soins du territoire, les difficultés que les acteurs du territoire peuvent rencontrer ainsi que les ressources mobilisables pour y faire face.

1.1. Les services de santé en ville

Saint-Laurent du Maroni polarise la majorité de l'offre de soins dans le secteur de l'Ouest guyanais, qu'il s'agisse de l'offre de soins ambulatoire ou de l'offre hospitalière. Il s'agit du seul centre urbain de l'Ouest, il possède par conséquent la concentration la plus importante en professionnels de santé de ce bassin de vie. Ainsi, les professionnels de Saint-Laurent du Maroni captent une patientèle très importante, qui va au-delà du territoire communal (transfrontalier, autres communes du fleuve).

L'afflux de patients de tout le bassin de vie entraîne des conditions de travail difficiles avec des temps d'attente importants, peu de temps par patient, une lassitude professionnelle et des risques de surmenage.

¹¹ L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais : l'absence d'offre de soins s'accompagne de précarité INSEE Dossier Guyane. Novembre 2017 URL

Nombre de professionnels de santé libéraux sur Saint-Laurent du Maroni au 1^{er} janvier 2019¹²

Profession	Effectif
Médecins généralistes	19
Médecins spécialistes	3
Infirmiers	17
Sages-femmes	9
Chirurgiens-dentistes	10
Masseurs kinésithérapeutes	8
Orthophonistes	2
Autres paramédicaux	0
Pharmacies d'officine	8
Laboratoires	1
Centres d'optique	2
Transports :	
- Ambulanciers	5
- Taxis	11

70 % des habitants de Saint-Laurent ont accès à une offre de soins supérieure à leurs besoins. En raison de la superficie de la commune, une partie des habitants n'a pas accès à la médecine libérale : cela représente 5% de la population¹³. De plus, une partie de la population qui aurait théoriquement accès aux services de santé, c'est-à-dire située à moins de 20 minutes d'un médecin généraliste en voiture, n'y a en réalité pas accès, faute de moyens de transport (collectifs et individuels).

Les professionnels de santé libéraux du territoire sont concentrés sur le centre-ville et le quartier des Sables Blancs. La croissance exponentielle de la commune entraîne l'apparition de quartiers importants en périphérie, non desservis par des services de transport. Cela a pour conséquence de rendre plus difficile l'accès à la médecine générale (mais également à d'autres services de proximité) pour les habitants de ces quartiers, alors que leur nombre ne cesse d'augmenter.

Le zonage¹⁴ des principales professions de santé :

- médecins (révisé en 2018),
- masseurs kinésithérapeutes et orthophonistes (2019 en cours de révision),
- chirurgiens-dentistes (2013),
- sages-femmes (2012),
- infirmiers (2012)

Indique que Saint-Laurent du Maroni est une Zone Prioritaire d'Intervention, particulièrement sous dotée (l'échelon le plus bas marquant la faible densité de l'offre de soins). Aussi les professionnels de

¹² Source ARS Direction de l'Offre de soins

¹³ L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais : l'absence d'offre de soins s'accompagne de précarité INSEE Dossier Guyane. Novembre 2017

¹⁴ Zonage = outil qui permet de déterminer les zones prioritaires à renforcer selon un mode de calcul qui tient compte de plusieurs critères (nombres de consultations réalisées, temps d'accès à un professionnel de santé...)

santé qui souhaitent s'installer sur la commune sont éligibles à un certain nombre d'aides incitatives à l'installation de l'ARS et de la CGSS, tel que le contrat CAIM pour les médecins¹⁵.

De 2016 à 2018, l'ARS a accompagné l'installation de professionnels de santé sur Saint-Laurent du Maroni¹⁶ :

- 4 médecins en 2018
- 3 chirurgiens-dentistes en 2018
- 1 masseur kinésithérapeute en 2017 et 3 en 2016
- 6 infirmiers en 2017 et 6 en 2016
- 6 sages-femmes en 2017 et 6 en 2016
- 1 orthophoniste en 2017 et 1 en 2016

Les projets d'exercice regroupés :

Il y a un projet de maison de santé en cours à SLM. Depuis 2018, l'ARS a mandaté un prestataire pour accompagner les initiatives locales de création et de structuration de Maison de Santé Pluriprofessionnelles. Une réunion d'informations a été organisée à destination des professionnels de santé afin de valoriser les avantages de ce mode d'exercice qui permet aux porteurs de projets de bénéficier d'un accompagnement financier de la part de l'ARS.

Les médecins généralistes de Saint-Laurent du Maroni sont regroupés sous le collectif « la société des médecins de l'ouest guyanais ». Ce type de regroupement peut être mobilisé pour faciliter l'échange d'informations avec les professionnels de santé et la mise en place de projets durables s'appuyant directement sur les besoins identifiés par les médecins du territoire.

La proximité et le relais territorial entre ARS et professionnels de santé du territoire doit continuer d'être renforcé pour faciliter la mise en adéquation des projets des professionnels et des moyens d'accompagnement disponibles.

Permanence des soins ambulatoires à Saint-Laurent du Maroni

Il n'existe pour l'instant pas de maison de garde ou de système d'astreintes des médecins généralistes clairement formalisés. Les médecins généralistes se relaient et s'organisent de manière informelle pour proposer des plages horaires de consultation le week-end.

Néanmoins, au regard des besoins de la population et parfois de la méconnaissance du fonctionnement du système de santé, une grande partie des soins non programmés urgents (mais relevant de la médecine de ville et non d'un service d'urgence hospitalier) sont traités au CHOG. Ce phénomène est source d'engorgement des services d'urgence.

Il est acté dans le cahier des charges de la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) la création d'une maison de garde médicale à Saint-Laurent du Maroni. En comptant les professionnels de Mana, il est relevé 22 praticiens généralistes libéraux (contre 74 sur l'île de Cayenne, unique territoire de garde médicale en Guyane).

¹⁵ Existence d'un panel d'aides financières et fiscales à l'installation, par profession et selon le profil (aides sous réserve d'éligibilité) Mme Isabelle Batany et Mme Ludmya Weishaupt de l'ARS Guyane sont chargées d'accompagner les démarches d'installation des professionnels de santé en Guyane.

¹⁶ Source offre de soins ARS

La mise en place d'un groupe de travail avec les acteurs de Saint-Laurent du Maroni pour définir ce cahier des charges et améliorer le système de garde sur le territoire est en projet.

Ce type de projet induit un modèle de fonctionnement particulier à tenir.

Il est à rappeler que ce dispositif à Cayenne aujourd'hui bénéficie de financement conséquent de l'ARS : les honoraires versés aux volontaires sont parmi les plus élevés de France, pour renforcer l'attractivité du dispositif et prendre en compte les contraintes d'exercice du territoire.

L'Agence Régionale de Santé souhaite vivement maintenir et amplifier la dynamique d'accompagnement des professionnels de santé dans leurs démarches d'installation et leur projet de santé ambulatoire sur l'Ouest guyanais (cf PRS 2018-2028).

1.2. Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) était situé en centre-ville jusqu'à la fin de l'année 2018. Des nouveaux locaux, situés aux Sables Blancs, ont été inaugurés début 2019. Cette nouvelle structure doit permettre d'augmenter la capacité de l'hôpital à 286 lits et 56 places à l'horizon 2021 (contre 145 et 39 en 2016) et offrir des soins de proximité diversifiés, pour répondre aux besoins croissants de la population.

Le service du Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) reste pour l'instant localisé en centre-ville.

La délocalisation du centre hospitalier sur le quartier des Sables Blancs, excentré par rapport au fleuve et au centre-ville, est source de problème de transport pour une partie des patients, en l'absence de transports collectifs organisés.

Le centre hospitalier dispose d'une offre de soins complète de médecine chirurgie obstétrique, de psychiatrie et un service de soins de suite et de réadaptation.

Le CHOG porte également un service de santé publique chargé de développer des projets sur les thématiques suivantes :

- Recherche
- Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et Diagnostic
- Interprétariat/Médiation Culturelle
- Coopération Suriname
- Coordination Missions Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS)
- Maison Des Adolescents (MDA)
- Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)
- Diététique
- Rééducation/Réadaptation (Kinésithérapie, Podologie)
- Hygiène hospitalière
- Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) (administrative pour l'instant)

L'activité principale du centre hospitalier est le suivi des grossesses et l'activité de la maternité (1/3 de l'activité et près de 3 000 accouchements en 2018).

Le CHOG fait partie du groupement hospitalier de territoire qui rassemble les trois centres hospitaliers de Guyane depuis le début de l'année 2019. Cette nouvelle organisation devrait permettre de renforcer l'offre de soins, de spécialité notamment, ainsi que l'organisation des filières de soins graduées et adaptées aux besoins et modes de vie des habitants de la commune.

Exemples de nouveaux services ouverts dans les nouveaux locaux :

- Néonatalogie
- Unité de dialyse
- Filière addictologie

Des projets de coopération sont également à l'étude avec le Suriname, notamment dans le cadre du développement des prises en charge en cancérologie avec le centre hospitalier de Paramaribo.

Un service d'hospitalisation à domicile, porté par le groupe Rainbow Guyane est également déployé sur la commune.

1.3. Les services médico-sociaux

L'offre d'accompagnement médico-sociale s'est largement renforcée ces dix dernières années sur l'Ouest guyanais. En effet, aujourd'hui la commune compte une offre diversifiée dans le champ du handicap, adultes et enfants, de l'addictologie, et de l'accès aux soins en faveur des personnes en situation de précarité (lits haltes soins santé, appartements de coordination thérapeutique).

Ces structures accueillent des usagers de Saint-Laurent du Maroni, mais également du fleuve. Si cette offre doit être complétée et que certains services restent à développer sur l'Ouest guyanais (des appels à projets sont en cours pour compléter l'offre existante), l'enjeu majeur des structures est le repérage, le diagnostic et l'orientation pour permettre l'accueil au sein de ces structures.

Ce travail de repérage et d'orientation doit s'appuyer sur des dispositifs de médiation pour faciliter la mise en place de parcours de soins et de projets de vie des personnes prenant en compte les représentations plurielles de la santé sur le territoire.

L'accès à ces services est également souvent retardé par la complexité des situations administratives des usagers (titre de séjours, état civil, domiciliation, ouverture des droits sociaux et renouvellement).

Les tableaux ci-dessous recensent l'ensemble des places disponibles dans le secteur médico-social à Saint-Laurent du Maroni.

1.3.1. Handicap

	Structure	Places	Publics
ADPEP	CAMPS	80	Enfants 0-6 ans
	CMPP		4-20ans
	SESSAD	40	0-20 ans
APAJH	Service d'Education et de Soutien aux personnes Aveugles et Malvoyantes		Enfants et adultes
	SESSAD		Enfants et adultes atteints de Trisomie 21
	Services de Soins et d'Aides à Domicile		
	Centre de Ressources Multi Handicap		Professionnels
GCSMS Handicap Guyane	Plateforme d'accompagnement polyhandicap		Polyhandicap enfants et jeunes adultes
ADAPEI	Unité d'enseignement Maternel		

1.3.2 Addictions

	Structure	Places	Publics
AKATI'J	Communauté thérapeutique		Femmes en situation d'addictions
	CSAPA		
	CARUUD		

1.3.3. Santé précarité

	Structure	Places	Publics
AKATI'J	Appartements de coordination thérapeutique	6	Adultes maladies chroniques
	Relais Urgences		
AIDES	Appartements de coordination thérapeutique	6	Adultes VIH, VHC
CCAS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale		Femmes

1.4. Les thématiques d'intervention prioritaires identifiées

Les groupes de travail de diagnostic ont permis d'identifier quatre grandes problématiques en lien avec l'offre de soins sur le territoire. Si un manque de ressources en professionnels de santé a été pointé, il ne s'agit pas de la seule problématique du territoire. La connaissance du système de santé et de son fonctionnement, la formation et l'accompagnement des professionnels ainsi que la structuration des parcours de santé sont également au cœur des préoccupations des acteurs du territoire pour améliorer l'offre de soins à Saint-Laurent du Maroni.

Plus particulièrement, les acteurs pointent :

Un manque d'autonomie des patients/usagers vis-à-vis du système de santé

Cela inclut pour les participants, les constats suivants :

- Manque de médiation
- Méconnaissance du système de santé

- Méconnaissance mutuelle des représentations sur la santé entre usagers, professionnels de santé et institutions
- Indisponibilité des informations en plusieurs langues
- Difficulté à utiliser les informations pour s’orienter dans le système de santé
- Absence de responsabilité individuelle et collective de la population sur les enjeux de santé
- Défiance vis-à-vis du système de santé

Une fragilité de la démographie des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux sur le territoire

Cela inclut pour les participants, les constats suivants :

- Manque de professionnels (salariés et libéraux), de spécialistes sur le territoire
- Éloignement des professionnels de santé des quartiers et villages excentrés (= pas d’accès aux soins de proximité sur les territoires)
- Pas de permanence d’accès aux soins le week-end et la nuit
- Territoire non attractif

Une faiblesse de la formation et de l’accompagnement des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux sur le territoire

Cela inclut pour les participants, les constats suivants :

- Manque de formation et d’accompagnement des nouveaux professionnels aux spécificités locales (représentations culturelles de la santé, des soins)
- Absence de formations soignantes durables sur le territoire (aide-soignant, IDE), pas assez de valorisation des métiers de la santé sur le territoire
- Peu de formation continue (et rapidement saturée) et d’évaluation de ces formations

Une nécessité d’identifier et de fluidifier les parcours de soins/santé sur le territoire

La notion de parcours de soins et de parcours de santé n’a pas permis d’aboutir à une définition consensuelle des termes et d’une approche commune du concept à l’issue des travaux de la journée.

Les différentes approches qui ont été soulevées sont les suivantes :

- L’amélioration des parcours de soins est vue comme une finalité. L’ensemble des éléments évoqués dans les trois premières thématiques permet d’améliorer les parcours de soins. Le parcours est un concept théorique qui n’a pas forcément de réalité sur le territoire. Le patient est-il acteur de son parcours de soin aujourd’hui sur l’Ouest guyanais ?
- Le parcours de soins est un outil à mettre en œuvre ou à améliorer qui permet de coordonner les acteurs de santé, d’impliquer le patient et de faciliter la transmission d’informations
- Il est nécessaire de séparer parcours de santé et de soins (même si le parcours de santé englobe le parcours de soins) car le parcours de soins arrive à la fin, le parcours de santé c’est la prévention, la santé communautaire, se passer des soins le plus longtemps possible, il faut renforcer l’éducation à la santé (règles d’hygiène, connaissances sur la transmission des

maladies, développer les responsabilités individuelles). L'éducation thérapeutique des patients doit être démocratisée, elle doit prendre en compte les représentations culturelles de la santé, les modes de vie et les pratiques de médecine traditionnelles. Le patient (hors maladies chroniques) doit être accompagné en aval des hospitalisations vers son rétablissement complet (finalité).

2. Les démarches de prévention et de promotion de la santé sur le territoire

Cette partie vise à faire la synthèse des besoins du territoire en matière de promotion de la santé sur le territoire. Au-delà d'une présentation succincte des besoins du territoire, deux focus thématiques ont été réalisés en lien avec les caractéristiques du territoire, un sur les démarches concernant la santé sexuelle et reproductive et un second sur un moyen d'intervention : la santé communautaire.

2.1. Organisation des démarches de promotion de la santé

Le déploiement des actions de prévention et de promotion de la santé s'appuie sur le tissu associatif local, les établissements médico-sociaux, l'Education Nationale et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais. Ils sont principalement financés et accompagnés dans leurs projets par l'Agence Régionale de Santé.

Ces acteurs sont particulièrement actifs dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, de l'hygiène, de la santé environnement et de la prévention des addictions.

Certains acteurs travaillent depuis plusieurs années en réseaux et des instances de coordination sont à l'œuvre, notamment :

- Le comité de veille d'accès aux droits et aux soins
- La coordination territoriale santé sexuelle et reproductive
- Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté pour les établissements scolaires

Si ces instances ne sont pas toujours en capacité d'assurer une coordination durable et pérenne en raison des difficultés de recrutement généralisées sur le territoire, elles sont néanmoins des atouts pour la mise en place du CLS. L'objectif du CLS étant d'intégrer ces différents dispositifs thématiques dans une stratégie de santé locale, globale.

A l'échelle de la Guyane, ces acteurs sont accompagnés dans leur projet de santé par Guyane Promo Santé (GPS, l'IREPS Guyane) qui sensibilise, forme et accompagne le montage de projets en promotion de la santé. Une offre d'accompagnement ponctuelle est directement organisée à Saint-Laurent du Maroni pour faciliter la diffusion et le partage d'un cadre méthodologique commun d'intervention en promotion de la santé. En 2019, l'accompagnement devrait se renforcer sur l'Ouest avec la présence permanente de l'association à Saint-Laurent du Maroni.

L'ensemble des interventions dans le champ de la promotion de la santé s'appuie sur le développement des compétences psycho-sociales de la population. L'accompagnement de l'ARS et de Guyane Promo Santé s'inscrit dans cette démarche pour sensibiliser, former et renforcer les compétences des acteurs de la promotion de la santé dans ce domaine, pour le déploiement de projets durables et de qualité sur le territoire.

2.1. Des enjeux thématiques forts :

Le diagnostic territorial de santé du Bas-Maroni¹⁷, réalisé en 2018 par l'ARS, identifie cinq enjeux de prévention et de promotion de la santé majeurs pour la commune :



En plus de ces besoins, enjeux majeurs notamment au regard de la jeunesse de la population de Saint-Laurent et de l'accroissement démographique, il est également important de souligner les enjeux en matière de santé environnement sur la commune en matière :

- D'accès à l'eau potable, en particulier sur les quartiers d'habitat spontané (35% des habitants de la commune n'ont pas accès à l'eau potable¹⁸) et à des systèmes d'assainissement satisfaisants
- L'exposition des populations aux métaux lourds (mercure et plomb, qui entraînent des complications chez les femmes enceintes et des retards de développement chez les enfants) dans un contexte où il est difficile de maîtriser le risque d'exposition de manière réaliste
- La lutte contre les maladies vectorielles, toujours dans un contexte d'habitat insalubre propice au développement de gîtes larvaires. Pour autant, il n'y a pas eu d'épidémie depuis 2016 (dengue).

¹⁷ Diagnostic territorial de santé Bas Maroni, ARS, Mars 2018

¹⁸ Ibid

2.2. Les freins aux démarches de promotion de la santé relevés par les acteurs du territoire

- **Non garantie de l'accès aux droits fondamentaux (logement, eau, électricité, salubrité, alimentation*, transports, droits sociaux, éducation)**

*La précarité alimentaire est particulièrement préoccupante pour les professionnels et associations du territoire, dans un contexte où il n'y a pas de dispositif d'aide alimentaire durable et ouvert au plus grand nombre sur la commune.

- **Faible coordination des actions de prévention et de promotion de la santé existantes**
- **Mal-être psychosocial peu documenté et pris en compte**
- **Développement de l'éducation et de la promotion de la santé insuffisant**

Selon les travaux des participants, ces quatre priorités d'intervention doivent permettre la structuration des démarches de promotion de la santé à Saint-Laurent du Maroni ainsi que le développement d'actions sur les sujets de :

- la santé sexuelle et reproductive,
- la santé mentale,
- la santé environnement,
- la santé au travail

2.3. Focus Santé sexuelle et reproductive

2.3.1. Les enjeux de santé sexuelle et reproductive sur le territoire

La santé sexuelle et reproductive est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité et de reproduction.

La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et violence¹⁹.

Une bonne santé reproductive implique que les personnes aient la capacité de se reproduire et de décider si elles désirent le faire, le moment et la manière de le faire²⁰.

¹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. 2019 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>

²⁰ Ibid

La santé sexuelle et reproductive comprend différents aspects : l'accès à de l'information exacte, l'accès à des méthodes de contraception sûres, efficaces, abordables et acceptables, la capacité de se protéger des infections sexuellement transmissibles (IST), et l'accès à des services de qualité qui peuvent aider les femmes, lorsqu'elles désirent avoir un enfant, à vivre au mieux leur grossesse, à accoucher en sécurité et à mettre au monde un bébé en bonne santé²¹.

Une notion importante liée directement à la grossesse et à l'accouchement est la parentalité. Ce concept d'origine anglophone a émergé dans les années 1930 et a depuis fait l'objet de diverses définitions²². L'une d'entre elles est la suivante : « La parentalité apparaît comme un terme spécifique du vocabulaire médico-psycho-social qui désigne de façon très large la fonction « d'être parent » en y incluant à la fois les responsabilités juridiques, telles que la loi les définit, des responsabilités morales, telle que la socio-culture les impose et des responsabilités éducatives »²³.

La Guyane française est confrontée à de nombreuses problématiques de santé sexuelle et reproductive, mises en lumière par certaines données quantitatives.

Tout d'abord, on observe en Guyane le plus fort taux de grossesses mineures de France : parmi toutes les naissances en 2014, 6,2 % résultaient de grossesses de mineures, contre 1 % en France métropolitaine. Par ailleurs, 8 % de ces grossesses mineures concernaient des jeunes femmes âgées de moins de 15 ans. Les chiffres présents dans l'Ouest guyanais seraient plus préoccupants que dans le reste de la Guyane²⁴.

Au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, les grossesses des femmes de moins de 16 ans sont 80 fois plus nombreuses qu'en métropole²⁵.

Les taux de prévalence des IST sont très importants en Guyane : un bilan récent sur l'activité des CeGIDD en France estime à 1,5 % la prévalence du VIH dans la population guyanaise. Quant aux autres IST, les plus importantes sont l'hépatite B prévalente à 2,7 %, les gonococcies à 12,2 %, et les chlamydioses à 8,6 %²⁶.

²¹ idid

²² Définition de la parentalité [Internet]. SDAESF01. 2016 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sdaesf01.fr/la-parentalite/>

²³ Doumont D, Renard F. Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?, UCL-RESO, Unité d'Éducation pour la Santé, novembre 2014, :18

²⁴ ibid

²⁵ Les violences faites aux femmes en Guyane [Internet]. Ligue des droits de l'Homme. 2014 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ldh-france.org/Les-violences-faites-aux-femmes-en/>

²⁶ Lailler G. Premier bilan sur l'activité des CeGIDD, France, 2016 / First report on activities of CeGIDD (France) for year 2016. 2018;9.

La Guyane est le plus touché des territoires français concernant l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). En 2011, on estimait à 29,9 le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans en Guyane, ce chiffre étant de 10,5 pour 1000 en métropole. De nouveau, des taux plus importants sont observés dans l'Ouest²⁷. De plus, l'ARS estime que 20 % des bulletins d'IVG ne parviennent pas jusqu'à elle, entraînant une forte sous-estimation des IVG dans la population²⁸.

A l'heure actuelle, le nombre d'enfants par femme en Guyane est de 3,6, un taux relativement élevé notamment au regard de la France métropolitaine qui recense 1,8 enfants par femme²⁹. Les jeunes de moins de 15 ans, pour lesquels les besoins de santé sont les plus prégnants, comptabilisent 43% de la population de Saint-Laurent du Maroni en 2015³⁰.

Ce constat, ajouté aux mouvements continus de populations depuis les pays environnants, favorisent une croissance démographique très importante, à hauteur de 3,2 % par an³¹.

La forte croissance de la population aura tendance à exacerber les problématiques de santé sexuelle et reproductive rencontrées en Guyane et particulièrement dans l'Ouest guyanais. Il est donc primordial de les prendre en compte et de mobiliser les moyens nécessaires à la mise en place d'actions concrètes, pertinentes et pérennes.

3.3.2. Les acteurs de santé sexuelle et reproductive à Saint-Laurent du Maroni

Les acteurs de santé sexuelle et reproductive présents sur le territoire ont été différenciés en deux catégories : les acteurs de prévention et les acteurs proposant de la prévention et de l'offre de soins. On entend par prévention des actions telles que des interventions en milieu scolaire, de l'accueil, accompagnement, des campagnes de sensibilisation, de la transmission d'informations, du dépistage, de la formation, etc. L'offre de soins quant à elle se caractérise par une prise en charge médicale et/ou paramédicale, la prescription de médicaments, d'un traitement, la pose d'un diagnostic, un suivi psychologique, etc.

²⁷ Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. :6.

²⁸ Les chiffres alarmants des grossesses précoces en Guyane - Guyane la 1ère [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/2015/11/25/les-chiffres-alarmants-des-grossesses-precoces-en-guyane-309257.html>

²⁹ Statistiques Guyane | Insee [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

³⁰ Dossier complet Insee 2019 sur la commune de Saint-Laurent du Maroni, données de 2015

³¹ Guyane • Fiche pays • PopulationData.net [Internet]. PopulationData.net. [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://www.populationdata.net/pays/guyane/>

Prévention	Prévention et offre de soins
AIDES Réseau KIKIWI Réseau Périnat Coordination territoriale COREVIH/ARS Association Kwasi de na fesi Mama Bobi Animateur prévention pôle santé publique CHOG CHRS AKATIJ	Sages-femmes libérales CeGIDD Protection Maternelle et Infantile Sage-femme Éducation Nationale Croix-Rouge Pôle mère-enfant CHOG Maison des Adolescents Médecins libéraux

2.3.3. Les difficultés existantes

Ces difficultés ont été remontées par les acteurs de SSR et lors des groupes de travail.

Les moyens humains / l'offre de santé : il y a un manque de ressources humaines dans certaines structures, limitant leurs possibilités d'interventions (ex : la PMI ne peut pas intervenir dans les établissements scolaires autant que ce qui lui est demandé, et ne peut pas réaliser de visites des jeunes mères à domicile). De manière générale, les acteurs de prévention ne sont pas assez nombreux sur le territoire. Certains acteurs s'essouffent car ils sont seuls à porter des actions ou des projets.

Un point qui est revenu à plusieurs reprises est l'absence sur Saint-Laurent d'un Centre de Planification et d'Éducation Familiale. Aussi, il manque des lieux d'accueil, d'écoute et d'accompagnement pour les jeunes et notamment les jeunes femmes, ouverts à des horaires où ils peuvent s'y rendre.

La communication / l'information :

- la population n'a pas suffisamment accès à l'information, sur l'offre de santé existante (structures, associations, services auxquels elle peut recourir), sur les manières de se protéger des IST, de ne pas avoir d'enfants, sur l'anatomie et la physiopathologie et elle ne connaît pas suffisamment ses droits ;

- la réalité linguistique n'est pas suffisamment prise en compte : les supports (affiches, vidéos, livrets) ne sont pas toujours traduits dans les langues locales, et les professionnels de santé n'ont pas suffisamment d'appui linguistique lorsque la personne n'est pas francophone pour réaliser leurs consultations de manière optimale ;

- les professionnels ne savent pas forcément ce que font les autres acteurs autour d'eux, ce qui limite l'orientation du patient vers des structures appropriées.

La relation habitants / système de santé :

- les patients ont peur d'une rupture de confidentialité par les professionnels de santé (surtout dans les structures où un membre de la famille travaille), notamment en ce qui concerne la découverte d'une séropositivité ou la pratique d'une IVG à l'hôpital ;

- les représentations et traditions d'ordre culturel, religieux ou personnel ne se superposent pas toujours bien avec ce que propose la médecine conventionnelle, entraînant des difficultés de prise en charge, la population peut avoir des aprioris sur certains sujets tels que les moyens de contraception, l'allaitement ou encore la péridurale.

La continuité des projets : un problème fréquemment évoqué est le turn-over important du personnel en Guyane, impactant la continuité des actions et projets qui ne sont pas toujours repris par le nouvel arrivant.

L'accès aux droits : l'accès aux droits est dans la plupart des cas un prérequis à l'accès à la santé. Des dispositifs existent pour que la population puisse accéder gratuitement à des services de santé, tels que la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et les services d'urgence du CHOG, la PMI, les associations (AIDES, Croix-Rouge), ou encore le CeGIDD. Malgré cela, beaucoup de contraintes demeurent dans l'accès aux soins. Les personnes ne possédant pas de couverture sociale ne peuvent pas aller voir un médecin généraliste ou se faire rembourser des médicaments et prestations. Les démarches administratives pour obtenir une couverture sociale sont compliquées et lentes, et les renouvellements demandés trop fréquents. Il arrive que des documents non mentionnés comme obligatoires soient demandés pour constituer un dossier. Aussi, il semblerait que certains médecins refusent de prendre en charge des patients sous AME du fait d'un remboursement tardif par la sécurité sociale.

Ces démarches sont d'autant plus difficiles lorsque la personne ne parle pas bien français.

La mobilité : cela concerne la ville de Saint-Laurent et surtout les zones éloignées telles que Apatou, Charvin (route de Mana). Saint-Laurent centralise plusieurs services dans l'Ouest, les gens sont donc obligés de s'y déplacer pour accéder à certaines prestations. Mais les transports sont chers, aucun moyen de transport en commun n'est disponible, ce qui limite fortement l'accès à la santé. Le CHOG est trop excentré par rapport à la ville, et aucune navette ville-hôpital n'existe.

2.3.4. Les problématiques liées à la santé sexuelle et reproductive

Plusieurs problèmes de santé sexuelle et reproductive et parentalité, importants de par leur fréquence et leurs conséquences, ont été remontés par les acteurs du territoire. Certains d'entre eux sont les causes directes d'autres.

Les grossesses pré-adolescentes et adolescentes sont un phénomène complexe car multifactoriel, qui s'avère difficile à contrôler. Il est important de distinguer les jeunes femmes qui considèrent la grossesse comme un projet de vie, de celles qui sont tombées enceintes de manière accidentelle, et de celles qui ont eu des rapports sous contraintes, ont subi des viols, des abus sexuels. Pour les premières, le choix conscient et raisonné peut toutefois être remis en question :

- peut-être ont-elles grandi dans des traditions et représentations valorisant fortement la maternité, leur laissant peu de place à une alternative,
- peut-être ont-elles fait ce choix avec l'idée de bénéficier des aides sociales,
- peut-être ont-elles été encouragées par leurs familles qui leur ont assuré qu'elles pourraient prendre en charge l'enfant et les soutenir.

Pour les secondes, l'accident révèle certainement un **manque d'information** sur les manières de ne pas avoir d'enfants, les moyens de contraception existants, peut-être se sont-elles laissées convaincre de ne pas utiliser de préservatifs malgré leurs connaissances. Quant aux dernières, leur situation témoigne d'une présence importante des **violences sexuelles**, des **viols**, d'abus souvent impunis par la loi.

Dans tous les cas, la survenue d'une grossesse à un jeune âge peut avoir des conséquences importantes d'ordre psychologique, social et physique (complications lors de la grossesse et de l'accouchement). La grossesse peut entraîner le décrochage scolaire de la jeune femme, l'isolement social, et finalement perpétuer une forme de cercle vicieux de la précarité.

L'accès à la contraception peut faire défaut aux jeunes femmes et hommes et à la population de manière générale. Les moyens de contraception sont difficilement accessibles gratuitement, ne sont pas suffisamment distribués dans des lieux clés où la population se rend fréquemment, et ne sont pas disponibles chez le médecin.

L'accès à l'IVG est un sujet encore tabou dans les communautés où cela est considéré comme un péché. Les services permettant d'y recourir sont également réduits, seul le CHOG peut en réaliser. Malheureusement, il semblerait que l'acte d'IVG soit inscrit sur le relevé de sécurité sociale quand les jeunes femmes le font à l'hôpital, les freinant dans la démarche par peur de la découverte par la famille.

La prévalence des IST telles que le VIH, chlamydia, gonocoque, HPV est encore très importante. Cela met de nouveau en exergue plusieurs problèmes sous-jacents : le manque d'information par la population sur certaines maladies, la manière de s'en protéger, de les traiter, et leurs symptômes ; le manque de dépistage et la difficulté pour les personnes des zones éloignées d'y accéder physiquement ; le faible niveau de protection face à ces IST ; les viols et violences sexuelles ; et le manque de campagnes de prévention et notamment de vaccination contre le HPV sur le territoire.

Le suivi des femmes enceintes et leur rétention dans les soins est très difficile à mettre en place. Certaines femmes arrivent à l'hôpital ou à la PMI enceintes de 7 mois, ou à l'hôpital uniquement pour y accoucher, puis disparaissent à nouveau dans la nature. Cela arrive très fréquemment à la maternité du CHOG qui est un acteur central pour tout l'Ouest Guyanais et également pour la zone frontalière du Suriname, où des mouvements de populations s'observent continuellement. La prise en charge de complications et de grossesses pathologiques est donc bien plus courante que dans des maternités en métropole par exemple.

2.3.5. Les besoins et attentes vis-à-vis du Contrat Local de Santé

Les acteurs ont émis différents besoins qui se concrétisent par des pistes d'actions ou dispositifs qu'il serait pertinent de mettre en place sur le territoire.

Tout d'abord, ils estiment très important de pouvoir travailler davantage en lien avec la population, de l'atteindre et de communiquer plus aisément avec elle. Cela peut se faire de plusieurs manières, telles que :

Un recrutement plus accru et une implication plus importante des **médiateurs sociaux, linguistiques et culturels** dans toutes les interventions menées en santé sexuelle et reproductive. Les médiateurs doivent idéalement faire partie de la communauté des personnes auprès desquelles les actions sont faites, et être formés et qualifiés. Ils pourraient par exemple aller dans les communautés pour sensibiliser à la santé sexuelle, accompagner les personnes dans leurs parcours de santé, faire remonter fréquemment les avis des habitants concrétisés en projets et actions pertinents, ou encore être présents auprès des professionnels de santé lors de leurs consultations, garantissant la neutralité et la confidentialité des échanges.

Le développement de l'**éducation par les pairs**, notamment sur la sexualité et les grossesses adolescentes, dans les établissements scolaires ou de manière plus informelle via des groupes de paroles par exemple, où les jeunes pourraient partager leurs expériences et interrogations.

Des besoins importants en termes d'offre de santé ont également été formulés. Ceux-ci comprennent :

- Le développement plus important d'un **soutien et accompagnement psychologique des jeunes femmes enceintes**, de cours à domicile pour éviter le décrochage scolaire, etc.
- Une plus grande disponibilité et distribution gratuite des préservatifs et un **accès facilité à la contraception**.
- Le développement d'**actions de sensibilisation / prévention / information et dépistage** en et hors milieu scolaire, sur les IST, les grossesses précoces, la contraception, idéalement coordonnées sur les deux rives du fleuve.
- **L'éducation à la sexualité** à commencer dès l'**école primaire** car c'est à cette période que les jeunes prennent conscience de leur corps et que les comportements changent.

D'autres besoins importants ont été mentionnés :

Les acteurs ont besoin de mieux se **coordonner** et de coordonner leurs actions, afin qu'elles soient complémentaires. Il faudrait travailler en **réseau**, en faisant abstraction des petits conflits inter-structures pouvant être présents.

L'**information** doit être davantage adaptée à la population pour améliorer ses connaissances et ses compétences en santé.

Afin de permettre une cohérence dans les parcours de santé, il serait intéressant de davantage **communiquer** avec la **sécurité sociale**. De plus, les démarches administratives devraient être facilitées car le processus est très long et contraignant. Une solution pourrait être la **dématérialisation** des démarches.

Concernant les interventions en milieu scolaire, elles doivent être davantage **co-construites** et impliquer toutes les parties prenantes (enseignants, intervenants, parents) afin que les sujets abordés soient compris et acceptés par tous.

Il est nécessaire d'établir une **traçabilité des projets** pour qu'ils puissent être pérennisés même lorsqu'une personne portant un projet s'en va, et faire en sorte que toutes les informations aient bien été transmises de l'ancienne personne à la nouvelle.

Dans ce contexte, le CLS apparaît comme un dispositif important à Saint-Laurent, car on y trouve un nœud de problèmes complexes et interdépendants. Le territoire est propice à une liberté d'innovations dont il faut s'emparer.

3. Démarches de santé communautaire

3.1. Définition de la santé communautaire

3.1.1. Histoire de la santé communautaire :

Pour bien identifier la santé communautaire aujourd'hui, il est important de la replacer dans son contexte conceptuel et historique. Et afin de comprendre la naissance de la santé communautaire, c'est par la naissance de la santé publique et de la promotion de la santé qu'il faut passer.

La santé publique se développe particulièrement vers les années 1900, au moment de la transition épidémiologique occidentale. Le nombre de maladies infectieuses diminue, le nombre de naissances se stabilise, l'espérance de vie augmente. La santé publique, à cette période, a vocation à surveiller la santé et à protéger l'état de santé de la population. Elle permet la réalisation de grands travaux d'assainissement et de gestions des déchets par exemple, ou la création d'établissements de prise en charge des malades. Winslow, bactériologiste et expert de la santé publique est l'un des premiers à formuler une définition complète en 1920 : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé.* »³²

Cette définition de la santé publique, va servir de base de réflexion et d'action en santé pendant toute la première partie du XX^{ème} siècle. En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé propose même une nouvelle définition de la santé, comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité. La santé devient un droit humain fondamental.

Pourtant, dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle, deux tendances majeures vont venir secouer cette définition :

- l'apparition et le développement massif de maladies chroniques et la nécessité de prendre en charge les conséquences inattendues du vieillissement de la population
- une explosion des recherches et des découvertes dans des champs tels que les sciences humaines et sociales, les sciences du comportement et la psychologie, l'éducation

En 1974, Lalonde introduit la notion de déterminants de la santé, facteurs qui vont venir influencer l'état de santé d'une population, et les classent en 4 grandes catégories : les facteurs biologiques, l'environnement social et physique, le style de vie et l'organisation du système de santé. Dans un second temps, il introduit la notion de population à risque, de part des caractéristiques biologiques (obésité par exemple) ou des comportements spécifiques (fumer, consommer de la drogue...) et sur

32

laquelle des actions spécifiques et ciblées doivent être menées. Ce sont les prémices de la santé communautaire, qui vise initialement les populations à risque en priorité.

Pourtant, les inégalités en santé se creusent, à la fois entre les pays, mais au sein même des pays, et parfois au sein des villes elles-mêmes.

En 1978, la conférence d'Alma Ata souligne l'importance des soins de santé primaires, organisés autour, pour et par une communauté, en soulignant l'importance de la participation. Les soins de santé primaires comprennent l'alimentation, l'accès à l'eau et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile (y compris la planification familiale), l'éducation, la vaccination et la lutte contre les maladies infectieuses, l'accès à des traitements médicaux suffisants et de qualité.

Toutes ces réflexions autour de la santé lui confèrent des dimensions sociales, sanitaires, collectives, individuelles, et de nombreux courants différents se structurent.

En 1986, la charte d'Ottawa permet d'organiser ces différents courants. Elle définit clairement la promotion de la santé comme l'une des branches de la santé publique, discipline à la croisée des champs du sanitaire et du social, qui s'inspire de nombreuses autres disciplines comme la sociologie, les sciences de l'éducation et les sciences du comportement. La promotion de la santé envisage la santé comme une ressource qui permet aux individus de bien vivre, et non comme la finalité de la vie. Son objectif est donc de donner aux individus les moyens de recouvrer, maintenir ou améliorer leur santé et celle de leur communauté. Cinq axes principaux d'actions sont identifiés, dont la santé communautaire fait partie.

Comme le montre l'évolution de la santé publique, la définition de la santé communautaire a beaucoup changé sur les cinquante dernières années. Elle a été tour à tour réservée aux « pauvres » ou aux pays en voie de développement et utilisée très largement dans des pays considérés comme déjà développés, intégrée puis retirée du champ sanitaire... Pourtant, au fil des années trois éléments se retrouvent régulièrement : ils forment les bases fondamentales de la santé communautaire, et permettent de construire une définition contemporaine.

3.1.2. Les principes fondamentaux de la santé communautaire :

La finalité de la santé communautaire reste l'amélioration de la santé globale d'une communauté et son développement, c'est-à-dire l'amélioration de tous les déterminants pouvant influencer la santé (les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, le contexte économique et socio-politique, le système institutionnel et sanitaire).

C'est sur trois principes fondamentaux que les démarches de santé communautaire sont basées : la proximité, la participation et l'action pluridisciplinaire.

La proximité :

Une action de santé communautaire repose sur une communauté. Une communauté peut se définir de différentes manières, la plus pertinente en santé communautaire étant celle donnée par la déclaration d'Alma Ata : « Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des

conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociale. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des intérêts et des aspirations communs ». Cette notion de proximité englobe donc un volet physique et géographique : ce sont des individus faisant partie d'une aire géographique définie et ayant une grande proximité physique. Cela englobe également un volet psychosocial dans le sens où ces individus sont reliés les uns aux autres par un ensemble de valeurs, de références, de coutumes et d'organisations (à la fois sociale, politique et économique). Une démarche de santé communautaire devra prendre en compte les spécificités de la communauté qu'elle vise, sous peine de voir ses actions échouer.

La participation :

La démarche de santé communautaire repose sur la participation effective et concrète de la communauté. Cette participation peut être observée à la fois sur les phases de diagnostic et d'identification des problématiques à améliorer, sur la mise en œuvre des projets et sur leur évaluation. Il peut y avoir plusieurs formes de participation, allant de la consultation à la co-construction. Les objectifs de cette participation sont multiples. Il s'agit d'abord de s'appuyer sur les ressources en présence dans la communauté et de s'en servir comme base pour construire toute la démarche. Ensuite la participation est également le moyen de développer des compétences nécessaires dans la communauté pour qu'elle puisse agir pour et par elle-même. Pour finir, impliquer la population dans la démarche de santé communautaire permet de réfléchir des interventions qui seront au plus proche des besoins réels de la population et donc légitimes et légitimables.

L'action pluridisciplinaire et multi-partenariale :

Comme la santé communautaire vise l'amélioration globale de la santé, elle touche forcément à un large panel de disciplines et doit, pour être réellement efficace, se reposer sur les compétences d'une large gamme de professionnels. Les différents professionnels et acteurs peuvent mettre à disposition des ressources, des connaissances, des compétences, des moyens, dans une dynamique de coopération et de partenariat, au service de la démarche communautaire. Au-delà des compétences nécessaires à son fonctionnement, c'est aussi avec le système dans lequel elle évolue que la démarche de santé communautaire doit travailler. Car une communauté s'insère dans un écosystème particulier, à la fois institutionnel, politique, économique, et souvent essentiel au développement réussi d'une démarche de santé communautaire. Le faire ensemble dans une démarche communautaire ne concerne donc pas que le faire avec les habitants, mais aussi le faire entre les acteurs de social, du sanitaire, et de tous les autres champs en présence.

Lors de journées thématiques de travail avec des acteurs du territoire de Saint-Laurent du Maroni, en se basant sur les mots clés que chaque acteur a pu donner, une définition est proposée.

« La santé communautaire est donc pour les acteurs du territoire, à la fois une méthode de travail et une éthique de projet, intégrante, participative et partagée. Elle fait avec la population, en écoutant et en prenant en compte les besoins qui s'expriment, en valorisant ce qui existe, en outillant à la fois les individus et les collectifs et en permettant des réflexions individuelles comme collectives sur la santé au sens large. Elle s'appuie sur la diversité des habitants et des acteurs, sur la confiance et le respect mutuel, la responsabilité individuelle et collective, la coopération et l'ouverture d'esprit. La santé communautaire vise l'amélioration de la santé au sens large, la prise de conscience de chacun

3.2. Difficultés et limites de la santé communautaire

3.2.1. Plusieurs définitions et donc plusieurs manières de faire

Ces trois piliers de la santé communautaire sont souvent définis de manière multiple, peuvent être développés à différents degrés dans les démarches et se déclinent en toute une gamme d'actions et d'interventions. Cette diversité observable est l'une des plus belles richesses de la santé communautaire, mais aussi l'une de ses difficultés majeures.

Tout d'abord, définir et cibler une communauté peut être parfois compliqué. Cela pose la question de comment cette communauté a été définie, puisqu'une communauté peut se baser sur une multitude de critères, allant de la délimitation géographique (communauté de communes par exemple) à des caractéristiques socio-économiques, politiques ou administratives (comme la communauté des gens du voyage) en passant par des centres d'intérêt (communauté d'intérêt ou communauté de valeurs) ou des compétences (communauté de professionnels). Souvent, la définition donnée à une communauté dépend beaucoup de l'histoire individuelle et professionnelle de celui qui la pose, source de définitions multiples parfois opposées ou en désaccord. Le plus important reste de se mettre d'accord, au commencement de la démarche, entre les différents acteurs.

La participation rencontre le même problème de définition : la participation de qui, à quoi, sous quelle forme, avec quelle finalité... Il existe de nombreuses formes de participation possible (défini par Arnstein³³ entre autres) allant de l'information, à la consultation, puis à la concertation, au partenariat, pour déboucher sur la délégation de pouvoir, et finalement le contrôle citoyen ; et également de nombreuses manières de la mettre en œuvre. Il faudra cependant être attentif au fait que les différents types de participation cités plus haut, reposent à la fois sur des compétences et des organisations : un certain nombre d'étapes de développement, à la fois pour les habitants, les acteurs médico-sociaux et le système dans lequel s'inscrit la démarche participative sont nécessaires pour passer par exemple d'une organisation informative à une organisation où le pouvoir est délégué aux habitants.

La démarche partenariale à la santé communautaire se heurte quant à elle d'autres difficultés. Cette démarche implique une définition commune des cibles, des étapes, des objectifs. Cela implique d'entrer en contact avec des postures professionnelles différentes, avec d'autres manières de faire, de s'organiser, de dire les choses. Les différents acteurs, s'ils sont en phase avec la démarche de santé communautaire, ont aussi leurs propres agendas, leurs propres objectifs et leurs propres enjeux, ce qui est intelligible et nécessaire à leur bon fonctionnement. Faire ensemble ajoute de la complexité à quelque chose de déjà complexe, et nécessite de bien définir les modalités de ce faire ensemble.

33

3.2.2. Une démarche agile qui rencontre une organisation hiérarchisée

Les autres limites que rencontre la santé communautaire sont d'ordre organisationnel et fonctionnel.

Pour commencer la question du cadre donné à la santé communautaire. Du fait de sa grande diversité de définitions et d'interventions possibles, aucune législation ne cible cette pratique en particulier, même si on peut retrouver les différents aspects qui la composent dans bon nombre de textes de loi ou de plan nationaux. N'ayant pas de cadre législatif spécifique, elle n'a pas non plus de financements dédiés et doit butiner entre différents modes de financement possibles, et donc également jongler entre différents modes de justification de projet, de résultats attendus ou d'organisations imposés. Cependant, cette démarche de santé communautaire repose beaucoup sur les besoins et les attentes d'une population. Et les temporalités des populations sont variables, parfois rapide et parfois plus lente, en fonction du moment, de la phase du projet. Cette distorsion du temps se retrouve souvent confrontée directement au temps lisse et régulier des institutions qui vont financer, attendre des résultats ou avoir besoin qu'il y ait un respect de certaines étapes.

A cela s'ajoute la difficulté d'évaluer la démarche de santé communautaire. Les institutions et organismes qui peuvent financer ce type de démarche demandent un certain nombre de résultats mesurables. La santé communautaire permettant de développer la santé de manière globale, se baser sur des critères et des indicateurs de résultats tels que ceux habituellement utilisés pour qualifier une intervention en santé (tels que l'incidence ou la prévalence de maladies par exemple), n'est pas réellement pertinent. Les effets de la santé communautaire sont difficilement transmissibles en chiffres purs. Qui plus est, une démarche de santé communautaire va être parfois longue, et ses effets ne sont pas mesurables sur des périodes courtes de 3 ou 5 ans, qui correspondent à des organisations politiques et économiques. La santé communautaire peine donc parfois à se pérenniser et à prouver son intérêt.

En conclusion, les limites de la santé communautaire sont tout d'abord liées à la difficulté de la définir clairement, et ensuite à la diversité des manières de la mettre en œuvre. Ce sont très précisément ces facteurs qui en font aussi une démarche ciblée, au plus près de la réalité d'un terrain et à même de permettre un développement global, à la fois de la population, des acteurs en présence, du territoire et de sa dynamique socio-économique.

3.3. La santé communautaire à Saint-Laurent du Maroni vue par les acteurs de terrain

3.3.1. Les problèmes principaux rencontrés sur le territoire :

Liées aux spécificités du territoire

- Plusieurs communautés coexistent à Saint-Laurent du Maroni, sans vraiment se rencontrer, séparées notamment par des langues différentes.
- Chaque communauté possède des représentations de la santé et du bien être différentes, ainsi qu'une organisation des parcours de santé.
- Les informations circulent difficilement de l'une à l'autre.
- La cohésion existe au sein de ces communautés, mais pas réellement entre elles.
- Dimension transfrontalière du territoire.

Liées à l'identification des ressources présentes dans la population

- Les professionnels ont du mal à identifier les personnes pouvant être relais dans les démarches de santé communautaire, mais aussi les lieux et les organisations pouvant venir renforcer ces démarches.
- Une fois ces personnes, organisation et lieux définis, il est difficile de les mobiliser, à la fois sur le court et le long terme

Liées à la mise en place de démarches s'inscrivant sur le long terme

- Le turn-over important des professionnels, non compensé par une organisation de projet le prenant en compte, rend la pérennisation des projets difficile

Liées aux ressources mises à disposition de la santé communautaire

- Le faible nombre d'animateurs et de médiateurs présents sur le territoire limite la possibilité de faire du lien et d'identifier les relais, les initiatives et les possibilités
- Les aménagements du territoire ne permettent pas toujours de faciliter les démarches de santé communautaire, puisqu'ils ne permettent pas toujours de pallier à l'isolement et au cloisonnement entre communautés
- Il y a peu d'espace dédiés au rassemblement, au lien social, à l'échange et à la co-construction sur Saint-Laurent du Maroni

Liées à la promotion de la santé communautaire

- Les acteurs du territoire n'ont pas encore posés une définition commune de la santé communautaire
- La difficulté d'évaluer un démarche en santé communautaire, qui est une démarche longue, freine son développement
- Les habitants ont été sollicités de nombreuses fois sans avoir eu de retours
- Tous ces aspects rendent difficile la défense et la légitimation de la santé communautaire

Liées à la coopération entre les acteurs

- Un fort cloisonnement entre acteurs peut être observé sur le territoire
- L'interconnaissance des actions et des projets est limitée
- Le manque de partenariats et de coordination entre des acteurs est soulevé comme un frein au développement de la santé communautaire
- Les médecines traditionnelles et conventionnelles ne se rencontrent et ne travaillent pas en partenariat.

Liées à la formation et à l'accompagnement des acteurs de la santé communautaire

- L'offre de formation initiale et continue en santé communautaire est limitée sur le territoire
- Les professionnels ne disposent pas de structures permettant l'accompagnement des démarches de santé communautaire
- Les informations et connaissances sur la santé communautaire, ses méthodes, la gestion de projet en santé communautaire et les types de financement possibles sont difficile d'accès

3.3.2. Acteurs de la santé communautaire et exemple de démarches

Plusieurs acteurs mènent des démarches de santé communautaire sur le territoire de Saint-Laurent du Maroni. La difficulté principale est de définir avec précision les acteurs et les actions qui sont menées en santé communautaire, notamment du fait de cette difficulté à définir précisément la santé communautaire. Un travail de recensement a été initié dans cette optique et se poursuit.

Voici trois exemples de démarche de santé communautaire à Saint-Laurent du Maroni.

AIDES

AIDES est l'une des associations, présente sur le territoire, qui mène une démarche de santé communautaire. Ses missions sont principalement la prévention, le dépistage, l'information et l'accompagnement des personnes atteintes du VIH et du VHC, dans l'optique de défendre leurs droits et de renforcer leurs capacités à les défendre eux-mêmes.

Sa démarche s'organise en 4 étapes : la veille, l'évaluation, la création d'un réseau et la mise en place d'actions sur le terrain.

La veille : les équipes vont écouter et recueillir les besoins et les difficultés rencontrés par la population dans les quartiers

L'évaluation : ces informations sont évaluées et mises en commun afin d'en définir la pertinence. Durant cette phase, des actions de terrain sont menées (souvent du porte-à-porte), pour aller à la rencontre du quartier concerné, clarifier les attentes précises et évaluer l'accueil dont bénéficierait l'action.

La création d'un réseau : les démarches d'AIDES se basent sur un réseau local. Des référents sont identifiés et sollicités, des lieux d'échanges et de transmission d'informations sont trouvés.

La mise en place d'actions : une fois les étapes précédentes réalisées, les actions sont choisies et mises en place grâce à la mobilisation des habitants et des référents, de manière ciblée et régulière.

A cela s'ajoute une démarche de plaidoyer afin de faire évoluer les politiques publiques locales et nationales sur les différentes problématiques rencontrées par ces populations vulnérables.

Le Carbet des Associations

Le Carbet des Associations est initialement un regroupement d'associations, essentiellement culturelles. Son objectif était le développement d'activités culturelles sur le quartier du Village Chinois. La dynamique a évolué vers le développement d'un projet d'Espace de Vie Sociale sur le quartier, avec pour objectif de le dynamiser, de le désenclaver et de valoriser les habitants, leurs histoires et leurs compétences.

Les actions menées jusqu'à présent émanent toujours des habitants (actions environnementales, ateliers citoyens avec les enfants, co-organisation d'événements culturels, accompagnements administratifs, soutien aux plus démunis), grâce à un recueil de données régulier réalisé notamment par un médiateur social. Pour chaque action réalisée, la démarche est similaire :

Recueil d'informations ou accompagnement d'initiatives d'habitants

Formulation d'une proposition par le Carbet des Associations et réflexion commune avec la population afin de l'adapter au mieux aux attentes et surtout aux idées et envies des habitants (concernant le cadre de vie, l'accès aux droits ou aux soins, l'aide à l'insertion)

Planification commune de l'action (quand, où, etc)

Réalisation conjointe : toutes les catégories de la population qui le souhaitent peuvent participer à la réalisation de l'évènement, que ce soit pour la décoration, l'aménagement, la mise en place et les animations. Les ressources utilisées viennent essentiellement du quartier et de certains partenaires.

Si le Carbet des Associations est une initiative assez jeune, elle peut s'appuyer aujourd'hui sur le succès des dernières manifestations, qui ont permis de fédérer les habitants et de développer une relation de confiance mutuelle.

Mama Bobi

Mama Bobi est une association locale qui propose des interventions, dans une approche transculturelle, pour améliorer les conditions de vie sociales et sanitaires des habitants du Maroni.

En s'appuyant sur une grande équipe de médiateurs culturels et linguistiques bénévoles, l'association informe, oriente et forme ceux qui le souhaitent, toujours en respectant leurs langues et leurs cultures.

Informier veut dire permettre à chacun d'accéder à des informations de qualité, en fonction de son besoin, adapté à sa langue et à sa culture.

Former veut dire développer les connaissances, les compétences et la responsabilité individuelle comme collective des habitants du Maroni, à travers l'éducation populaire, en veillant à développer des relations de confiance pérennes.

Orienter veut dire développer un réseau d'acteurs travaillant en partenariat sur le territoire.

À cela s'ajoute pour Mama Bobi la volonté d'accompagner les professionnels de santé et du social sur le Maroni à l'intégration des spécificités culturelles, linguistiques et thérapeutiques (conventionnelles comme traditionnelles) du territoire.

4. L'accessibilité des services de santé sur le territoire

La notion d'accessibilité d'un service peut se décomposer en sept dimensions³⁴ :

- le temps et la facilité d'accès ;
- la disponibilité administrative, culturelle et sociale du service ;
- son coût et son tarif ;
- son niveau de qualité ;
- la possibilité pour l'utilisateur de choisir entre plusieurs opérateurs ;
- l'information sur l'existence et les modalités du service ;
- l'image du service et sa perception par l'utilisateur.

Les acteurs de Saint-Laurent du Maroni se sont accordés plus particulièrement sur la définition suivante : il s'agit de la possibilité pour tout habitant d'utiliser les services permettant de prévenir la dégradation de sa santé et l'augmentation des risques quelle que soit sa situation au regard de plusieurs critères :

- la quantité et la qualité des informations disponibles sur les services : sont-elles suffisantes et adaptées ?
- l'environnement physique du service : les transports et l'environnement immédiat du service permettent-ils aux habitants de s'y rendre facilement ?
- le sentiment de légitimité de l'utilisateur à utiliser ce service

Pour les participants au groupe de travail, cela implique de penser le système de santé local pour tous. Pour autant les solutions d'accessibilité ne sont pas universelles : il y a autant de solutions que de situations individuelles. Il faut donc développer la capacité d'adaptation des services et une certaine flexibilité dans l'organisation même des services pour en faciliter l'accès.

À l'aune de cette définition, les acteurs du territoire ont identifié les problèmes suivants, classés en quatre grandes catégories, concernant l'accessibilité des services sur le territoire.

4.1. Mauvaise qualité de l'accueil dans les services

Les acteurs du territoire pointent les mauvaises conditions d'accueil dans les différents services de santé, et d'accès aux droits comme des freins importants au recours des différents services de santé.

Cela inclut :

- l'absence de prise en compte des risques psychosociaux, des phénomènes d'auto-exclusion et de ségrégation présents,
- le manque de formations adaptées pour les professionnels, et de neutralité des professionnels de santé

³⁴ Définition CGET URL <https://www.cget.gouv.fr/thematiques/services-au-public/schemas-departementaux-d-accessibilite-aux-services>

- le manque de légitimité du discours médical vis-à-vis de l'utilisateur,
- l'absence de bienveillance, de prise en compte de la diversité linguistique,
- le risque d'abus (fragilité des personnes) notamment lors de recours à des tiers (traducteurs, écrivains publics pour les démarches administratives)

4.2. Inadaptation de l'information et insuffisance de sa diffusion

Les acteurs partagent le constat que de nombreux freins relatifs à la quantité et à la qualité de l'information dont disposent les habitants de Saint-Laurent du Maroni persistent. Ils soulignent également le peu d'outils existants pour permettre aux habitants de se saisir légitimement de ces informations.

Cela inclut :

- la prise en compte des représentations / croyances, cultures, langues locales,
- des capacités personnelles des habitants,
- de la qualité et pertinence de l'information disponible (absence de mise à jour...),
- les modes de diffusion de l'information,
- l'éducation : différence entre savoirs, savoir-être et savoir-faire,
- le manque de médiateurs dans les structures et la peur de la population de ne pas se faire comprendre

4.3. Inadaptation de l'aménagement du territoire

De manière transversale, sur l'ensemble de la démarche diagnostic, le retard d'équipement et d'aménagement du territoire est régulièrement pointé comme un frein majeur à l'accès aux soins et à la santé.

Cela inclut :

- l'absence de moyens de transports en commun,
- le manque de services de proximité et réseaux de communication : routes, pistes cyclables et d'aménagement pour les personnes en situation de handicap,
- la répartition inadaptée de l'offre de services : ressources humaines, centralisation des institutions et services sur le centre-ville,
- le manque de prise en compte des usagers à l'extérieur de SLM qui utilisent les services en plus des habitants (conséquence : engorgement des services)
- le non-respect des cadres législatifs en termes d'accessibilité

4.4. Freins personnels liés aux représentations et conceptions de la santé

Enfin, les acteurs du territoire ont pointé en dernier lieu le manque de prise en compte de la diversité des représentations de la santé comme un frein à l'accessibilité.

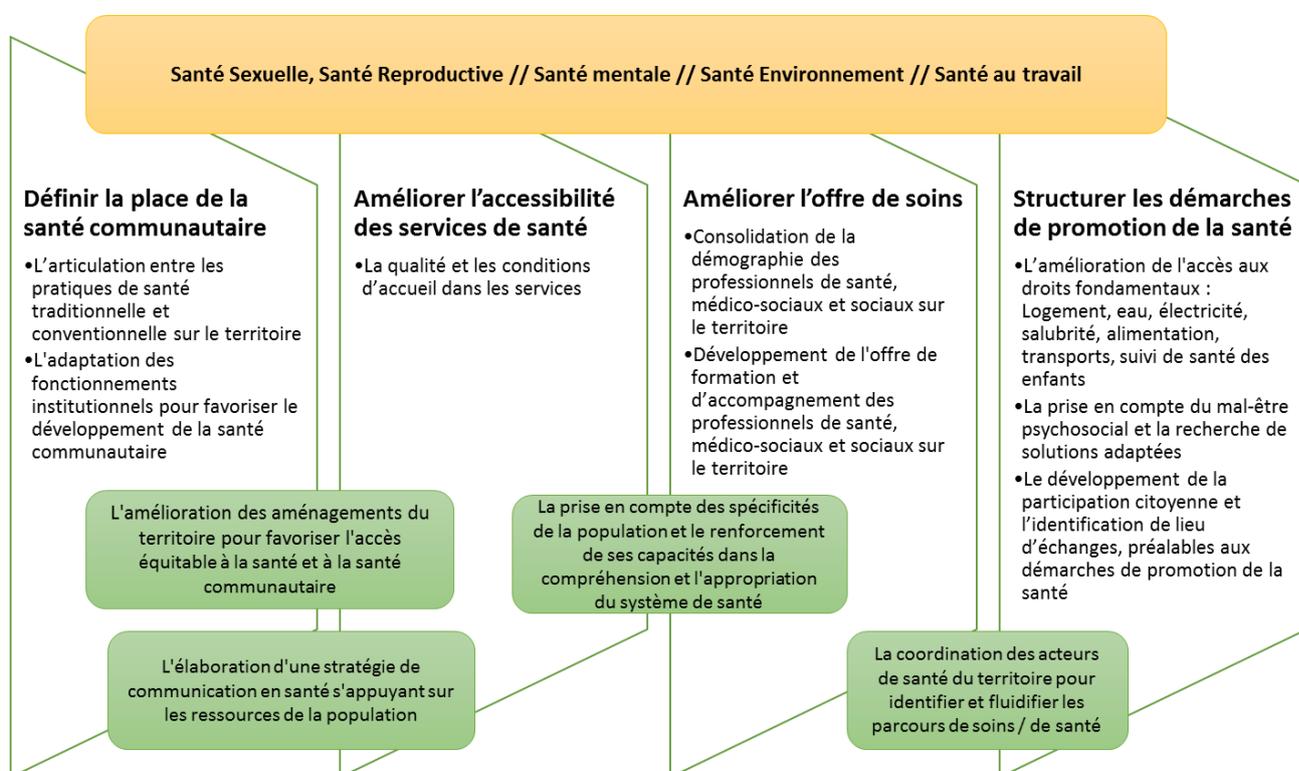
Cela inclut :

- le peu de prise en compte des représentations culturelles / traditionnelles, des croyances religieuses,
- des sentiments / aprioris vis-à-vis du système de santé (honte, peur d'être mal reçu, mal accompagné, mal soigné, et d'une rupture de la confidentialité par les professionnels),
- la peur du rejet par les pairs, du jugement,
- les conceptions personnelles de la santé et d'une bonne et mauvaise santé

5. Les priorités de santé des acteurs du territoire

À partir des différents éléments de diagnostic collectés, le comité de suivi a effectué un travail de synthèse de l'ensemble des problèmes et dysfonctionnements relatifs à l'accès à la santé des habitants de Saint-Laurent du Maroni pour proposer au comité de pilotage du Contrat Local de Santé, le cadre stratégique présenté dans le schéma ci-dessous.

Ce travail de synthèse s'appuie principalement sur les propositions d'intervention formulées par les acteurs du territoire lors des journées diagnostics qui ont eu lieu en mai 2019. Il prend également en compte l'ensemble des entretiens réalisés auprès des acteurs du territoire entre avril et mai 2019.



6. Les axes stratégiques et thématiques d'intervention prioritaire retenus pour le Contrat Local de Santé

Suite au comité de pilotage du 29 mai 2019, le cadre stratégique retenu pour le Contrat Local de santé de Saint-Laurent du Maroni, est le suivant. Il s'articule autour de trois axes et comprend onze objectifs opérationnels.

Les thématiques : santé sexuelle et reproductive, santé mentale, santé environnement ainsi que le public jeunes sont retenus comme des sujets transversaux à l'ensemble de la démarche



Liste des annexes

Annexe 1 : Compte-rendu groupe de travail diagnostic 1 : améliorer l'offre de soins à Saint-Laurent du Maroni

Annexe 2 : Compte-rendu groupe de travail diagnostic 2 : structurer les démarches de prévention et de promotion de la santé

Annexe 3 : Compte-rendu groupe de travail diagnostic 3 : définir la place de la santé communautaire

Annexe 4 : Compte-rendu groupe de travail diagnostic 4 : améliorer l'accessibilité des services de santé

Annexe 5 : Synthèse des démarches de diagnostic

Annexe 6 : Relevé de décisions du Comité de Pilotage n°2