



HAL
open science

Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau

Élise Autrive

► **To cite this version:**

Élise Autrive. Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau. Géographie. Normandie Université, 2021. Français. NNT : 2021NORMR106 . tel-03614984

HAL Id: tel-03614984

<https://theses.hal.science/tel-03614984v1>

Submitted on 21 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

THÈSE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité GEOGRAPHIE

Préparée au sein de l'Université de Rouen Normandie

Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau

Présentée et soutenue par
ELISE AUTRIVE

**Thèse soutenue le 06/12/2021
devant le jury composé de**

MME VIRGINIE CHASLES	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, UNIVERSITE SAINT ETIENNE JEAN MONNET	Rapporteur du jury
M. SEBASTIEN FLEURET	DIRECTEUR DE RECHERCHE, CNRS BRETAGNE PAYS DE LOIRE	Rapporteur du jury
MME CÉLIA BASURKO	, Inst. Nat. de la Santé, de la Rech. Médi	Membre du jury
MME VÉRONIQUE LUCAS-GABRIELLI	DIRECTEUR DE RECHERCHE, UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL	Membre du jury
MME SOPHIE DE RUFFRAY	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Rouen Normandie	Président du jury
M. EMMANUEL ELIOT	PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université de Rouen Normandie	Directeur de thèse

Thèse dirigée par EMMANUEL ELIOT, Identité et Différenciation des Espaces de l'Environnement et des Sociétés

DOCTORANTE :

Elise Autrive, Territorialisation sanitaire et accès aux soins de santé primaires pour les populations vulnérables de la communauté d'agglomération de Cayenne (Guyane Française) : une approche par l'analyse de réseau© 2021

ENCADREMENT :

Emmanuel Eliot, Professeur de Géographie

ETABLISSEMENT :

Université de Rouen Normandie, Département de Géographie

LABORATOIRE DE RATTACHEMENT :

UMR IDEES Rouen - 6266 - CNRS

FINANCEMENTS :

Cette thèse a fait l'objet d'une allocation de recherche ministérielle de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation

« Être vivant, c'est être en route. La voie est la route que nous choisissons suivant l'époque de sa vie,
l'appel d'une nécessité intérieure. Cette route n'existe pas toujours avant nous.
Souvent nous avons à la tracer en avançant et elle peut se révéler étroite et solitaire, mais la solitude et la
difficulté font notre voie.
Certains obstacles sont des barrières de banquise de cinq mètres de hauteur, des échecs professionnels,
des chagrins d'amour, des prises insuffisantes sur la paroi à pic, des refus et nos erreurs.
Guidés par notre étoile, nous avançons aux prises avec le réel. »

« Inventer sa vie », Jean-Louis Etienne, Isabelle Marrier, 2016

RÉSUMÉ

La territorialisation sanitaire est un processus de transformation des systèmes de santé. Amorcée en France depuis la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009, cette politique est réaffirmée avec la loi de Modernisation de Notre système de santé en 2016, et se poursuit avec la loi « Ma santé 2022 ». La territorialisation sanitaire se met en place par le transfert de compétences de l'Etat vers des acteurs régionaux, départementaux ou des communes, par la création d'outils partagés entre différentes politiques publiques, et l'incitation à développer la coordination et la complémentarité entre les acteurs issus de différents champs des soins de santé (sanitaire, médico-social, prévention et promotion de la santé, social). Cette politique cherche ainsi à renforcer l'accès aux soins de proximité en tenant compte des spécificités des contextes locaux. Dans ce contexte, cette thèse étudie la structuration des acteurs investis en matière de soins de santé et leurs maillages au sein de la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) en Guyane française. Elle cherche ainsi à mieux comprendre les relations qui unissent les acteurs d'un système territorial, notamment dans le cadre de la prise en charge des populations vulnérables et migrantes. Plus particulièrement elle propose de saisir la capacité des acteurs des soins de santé locaux (institutionnels et associatifs) à générer une réponse adaptée à la prise en charge des populations vulnérables et migrantes, tout en considérant les enjeux portés par les politiques publiques qui cherchent à réguler le territoire par des outils d'intervention.

Cette recherche met l'accent sur trois types d'acteurs : ceux de la politique de santé (Agence Régionale de Santé), des soins de santé (institutionnels et associatifs), et les populations vulnérables et migrantes vivant dans les quartiers spontanés de l'agglomération de Cayenne. En raison du manque de données permettant de comprendre les modalités d'organisation entre acteurs des soins de santé intervenant dans la prise en charge des populations vulnérables, cette thèse repose sur l'exploitation d'entretiens semi-directifs et de questionnaires recueillis entre 2017 et 2019. Ces données sont notamment étudiées par l'analyse de réseau (théorie des graphes).

Les principaux résultats portent sur l'identification d'acteurs « pivots » publics et associatifs (services de l'hôpital de Cayenne, Croix Rouge Française, Médecins du Monde) dans la structuration de l'offre destinée à prendre en charge les populations vulnérables et migrantes. Principalement construite sur des liens « informels » (sans convention de partenariat), cette structuration laisse apparaître un « bricolage » entre les outils de régulation (notamment ceux de la politique de la ville), et des innovations organisationnelles entre acteurs. Cette structuration s'inscrit dans les mailles de l'action publique mais est aussi productrice de nouveaux espaces de collaboration à une échelle locale qui s'affranchissent partiellement des zonages préétablis. L'étude du recours aux différents types de soins de santé des populations vulnérables permet de confirmer le rôle et la fonction des acteurs identifiés comme étant des pivots.

Mots clés :

Territorialisation sanitaire, accès aux soins de santé, institutions, associations, populations vulnérables, migrants, Guyane Française, agglomération de Cayenne, analyse de réseau, géographie de la santé

ABSTRACT

Health territorialization is a process of transformation of health systems. Initiated in France since the «Hôpital Patients Santé et Territoires» Act of 2009, this policy was reaffirmed with the «Modernisation de Notre Système de santé» Act in 2016, and continues with "Ma santé 2022" Act. Health territorialization is implemented by transferring competences from the State to regional, departmental or municipal actors, by creating shared tools between different public policies, and by encouraging the development of coordination and complementarity between actors from different fields of health care (health, medico-social, prevention and health promotion, social).

This policy thus seeks to strengthen access to local care by taking into account the specificities of local contexts. In this context, this thesis studies the structuring of actors involved in health care and support and their territorial perimeters within the Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) in French Guiana.

It seeks to better understand the relationships that unite the actors of a territorial system, particularly in the context of the care and support of vulnerable and migrant populations. More specifically, it proposes to understand the capacity of local health care actors (institutional and associative) to generate a response adapted to the care and support of vulnerable and migrant populations, while considering the issues raised by public policies that seek to regulate the territory through intervention tools.

This research focuses on the analysis of three types of actors: those involved in health policy (Regional Health Agency), health care (institutional and associative), and the vulnerable and migrant populations living in the informal settlements of the Cayenne agglomeration. Due to the lack of data to understand the organizational modalities between health care actors involved in the care of vulnerable populations, this thesis is based on the exploitation of semi-structured interviews and questionnaires collected between 2017 and 2019. These data are particularly studied through network analysis (graph theory).

The main results concern the identification of "pivotal" public and associative actors (Cayenne hospital services, French Red Cross, Médecins du Monde) in the structuring of the offer intended to care for vulnerable and migrant populations. Mainly built on "informal" links (without a partnership agreement), this structuring reveals "tinkered" between regulatory tools (particularly those of the city policy), and organizational innovations between actors. This structuring is part of the public action perimeters, but it also produces new spaces for collaboration on a local scale that are partially free of pre-established zoning. The study of the use of different types of health care by vulnerable populations confirms the place of the actors identified as central.

Keywords: health care territorialization, healthcare access, institutions, associations, vulnerable populations, migrants, French Guiana, Cayenne agglomeration, network analysis, health geography

REMERCIEMENTS

« Avance sur ta route car elle n'existe que par ta marche »

Saint Augustin d'Hippone

Le chemin parcouru lors de ce travail de thèse, semé de joies, mais aussi de doutes et de réadaptations n'aurait pas été possible sans accompagnement. Je tiens à écrire ces quelques lignes afin de faire part de ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin sur ce chemin.

A cet égard, j'adresse tout particulièrement mes remerciements à Monsieur Emmanuel Eliot, mon directeur de thèse. Depuis le Master 2, vos conseils, vos réflexions, nos discussions m'ont permis d'avancer étape par étape sur ce projet de recherche. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir accordé votre confiance, votre disponibilité et votre soutien dans les bons et moins bons moments de ce doctorat.

Je tiens également à remercier le laboratoire Idees – Rouen, et tous ses membres, professeurs, chercheurs, ingénieurs, doctorants et post-doc, vous connaître et travailler avec vous a été une chance ! Je remercie particulièrement Madame Sophie de Ruffray et Monsieur Damase Mouralis à la direction de l'UMR et de l'équipe du laboratoire de Rouen de m'avoir permis de réaliser cette thèse dans de bonnes conditions de travail. Être réunis dans un même lieu avec les doctorants et participer à la vie du laboratoire a été très enrichissant professionnellement et personnellement. Nathalie, merci pour ton aide dans les démarches administratives et surtout, ton sourire chaque matin ainsi que ta gentillesse. Sébastien, merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir transmis pendant un temps une partie du pilotage logistique des journées de formations.

La « compagnie des doctorants » Rouennais, ces quelques lignes vous sont particulièrement adressées. Alexandre, mon grand frère de thèse, Marie, Nicolas, Cléo, Hayat, Igor, Robin, Antoine, Olivier et anciennes stagiaires Justine, Flore, quelle joie de vous connaître ! Partager des journées de travail, des échanges réflexifs, et aussi des moments conviviaux entre membres du même équipage ont été source d'épanouissement et m'ont marquée lors de ce chemin. Les copines et les copains, les ami.e.s, notre cohésion et la bonne humeur qui s'en dégage ont été l'un des moteurs pour accomplir ce projet.*

En outre, je tiens tout particulièrement à vous remercier Laurent Beauguitte et Olivier Gillet de m'avoir accordé de votre temps, et de m'avoir transmis des clefs de démarrage sur l'analyse de réseau.

Avant de partir en Guyane, Anne-Cécile Hoyez et Mathieu Nacher, je vous remercie pour votre regard et vos remarques constructives apportées lors des comités de thèse.

Pour clore cette thèse, Véronique Lucas-Gabrielli, Célia Basurko, Sophie De Ruffray, je suis très honorée que vous soyez parmi les membres du jury aux côtés de Virginie Chasles et de Sébastien Fleuret, que je remercie particulièrement pour avoir rapporté ce travail.

Chère Guyane, tu as été source d'émerveillement !

Selon l'adage, « Si tu manges du Bouillon d'Awara, en Guyane tu reviendras ! », j'en suis ravie ! Une raison de plus dans mes souhaits de te revoir !

Je tiens à remercier tout particulièrement celles et ceux que j'ai eu la chance de rencontrer avant ou durant ces quelques semestres passés en Guyane.

Dr Oliver Kleitz, merci pour nos échanges aux prémices de ce projet de thèse s'inscrivant en Guyane. Dr Florence Huber et Dr Philippe Travers, merci pour votre intérêt porté à ce projet, pour nos discussions, vos partages d'expérience concernant l'accès aux soins de santé des populations vulnérables et de m'avoir permis d'être accueillie au sein de l'équipe de la délégation de la Croix Rouge Française à Cayenne. Vous avez grandement contribué à la faisabilité de mes enquêtes passées par questionnaire tout en m'orientant vers Médecins du Monde en Guyane. A l'équipe de MDM, Isabelle Lorre et Aude Trépont, un grand merci pour l'intérêt que vous avez témoignées en ce projet. Catherine Oliviero, je te remercie pour ta bonne humeur, ta bienveillance et ton organisation pour m'intégrer aux sorties mobiles de MDM dans les quartiers spontanés. Herminia et Maria ainsi que les bénévoles, Henry, Elvis, Edwitz, votre accueil chaleureux, nos échanges, et votre aide apportée en Créole a été précieuse et je tiens à vous en remercier. J'adresse également ma reconnaissance à tous les professionnels des institutions et des associations qui ont accepté de me rencontrer sans que mes questions seraient restées énigmatiques ; ainsi qu'à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer dans les quartiers qui m'ont accordées de leur temps pour me parler un peu de leur parcours. Guéda Gadio, je tiens à te remercier pour nos échanges sur la thèse et la confiance que tu m'as témoignée lorsque tu m'as invitée à contribuer à tes projets de recherche-action.

Enfin à vous, qui avez été ma famille « Normande-Guyanaise », je tiens particulièrement à vous remercier pour nos moments de partage et de m'avoir accompagnée lors de cette thèse. Pierre-Marie, je tiens à te remercier, entre autres, de m'avoir fait découvrir la Guyane, son environnement et une partie de la culture musicale sud-américaine débouchant sur de belles rencontres. Pierre (géographe) j'ai apprécié nos discussions sur la géographie à laquelle vous aviez été formé et je vous remercie encore de m'avoir donné l'un de mes premiers livres sur la Guyane qui m'a permis de retracer une partie de la régionalisation sanitaire. Marie Auz, je garde de bons souvenirs de nos moments partagés au travail et en escapade.

Enfin je tiens à remercier ma famille. Mes parents et mon frère Pierre de m'avoir soutenu de manière indéfectible lors de cette aventure de la thèse et d'avoir cru en moi. Roxanne, merci beaucoup pour tes encouragements, ton soutien et ta bienveillance. Enfin Ugo, acolyte géographe et aventurier de l'Amérique du Sud, je te remercie en particulier pour ton soutien lors de ces dernières années ainsi que ta relecture.

Pour conclure ces remerciements, je tiens à témoigner mon admiration pour des professeurs que j'ai eu la chance d'avoir en cours durant mon cursus universitaire. Vous avez décuplé et aiguisé mon attrait pour la découverte, l'altérité et le voyage. Les années passées à l'université furent certainement les meilleures de mes années scolaires, riches et épanouissantes. Cette éruption de connaissances et d'échanges ont contribué à mon enrichissement personnel et au déploiement de certaines de mes capacités que je ne soupçonnais pas.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	4
ABSTRACT	5
REMERCIEMENTS	7
TABLE DES MATIÈRES	10
TABLES DES ILLUSTRATIONS	16
Figures	16
Cartographies.....	19
Tableaux	20
Encadrés.....	22
Images.....	23
Photographies.....	24
TABLE DES ANNEXES	24
TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	26
TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS DES GRAPHS	28
Introduction Générale	33
Partie I	47
La territorialisation sanitaire : État de l’art, positionnement de la recherche et contexte en Guyane Française	47
Chapitre I	52
Entre politique de santé et politique de la ville : découpages et modes de coordination	52
1 – La multiplication des acteurs et des périmètres d’intervention (1990 – 2008)	52
1.1 Des années 1990 à 2002 : l’émergence de nouveaux outils et de nouveaux acteurs	52
1.2 De 2003 à 2008 : le développement d’une dimension territoriale locale pour répondre aux besoins de santé des populations : Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) et Contrats Locaux de Santé (CLS)	59
2 - Des années 2009 à 2015 : organiser la coordination des acteurs et simplifier les découpages	67
2.1 La Loi HPST : ancrer la décentralisation, et amorcer la coordination : les parcours de soins	67
2.2 La loi Lamy 2014 : « une refondation » de la politique de la ville : les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) et les Contrats de ville	71
3 - Développer l’intersectorialité et renforcer la coordination locale afin de faire correspondre les territoires aux besoins des populations (2016-2019)	72
3.1 La loi de santé de 2016 : développer la coordination de nouveaux territoires.....	73
3.2 Des années de transition vers une intégration des politiques sociales dans la politique de santé..	76
3.3 L’année 2019 : La loi « Ma santé 2022 », (2019) : décloisonner et coordonner les actions au niveau local.....	79
Conclusion du chapitre I	83

Chapitre II	87
« L'accès » : une composante centrale pour les politiques publiques, les acteurs des soins de santé et les populations	87
1 - Comprendre les modalités de l'accès aux soins de santé pour comprendre la territorialisation sanitaire	89
1.1 Quels modèles pour comprendre l'accès ?	89
1.2 Les populations en situation de vulnérabilité : spécificités des déterminants de l'accès	100
2 - Interroger le développement de l'« accès » par les acteurs	106
2.1 La territorialisation sanitaire : un système complexe	111
2.2 Comprendre les recompositions sanitaires locales via les interfaces	119
Conclusion du chapitre II	124
Chapitre III	126
Les enjeux de la planification et de la territorialisation sanitaire en Guyane Française aux défis de l'accès aux soins de santé des populations	126
1 - Des carences en matière d'offre et d'accès aux services de soins de santé en Guyane : de la départementalisation à la territorialisation sanitaire (1946 - 2016)	131
1.1 Les années 1950 : les premiers grands projets pour améliorer la santé des populations et développer l'offre de soins primaires	131
1.2 Les années 1970 : d'une planification sanitaire tardive	136
1.3 ... à une planification oubliée de l'État dans les années 1980	140
1.4. Les années 1990 : une mise en application décalée de la régionalisation sanitaire	146
1.5 Les années 2000 et le renforcement du service public ? : entre contributions de l'État et des acteurs associatifs	151
1.6. Les années 2010 : une territorialisation sanitaire et une politique de la ville en structuration ...	156
1.7... mais un système de soins public en crise et des difficultés à compenser le « retard structurel »	162
2 - Populations vulnérables et périmètre de l'étude	169
2.1 Une dynamique migratoire régionale et des immigrants concentrés dans les deux grands pôles urbains Guyanais	170
2.2 Une population guyanaise marquée par les inégalités sociales et territoriales	174
2.3 Un état de santé généralement dégradé mais différencié au sein de la population	175
2.4 Les enjeux de l'accès aux soins pour les populations vulnérables et migrantes	178
2.5 La Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) comme périmètre d'étude et les enjeux de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables	180
Conclusion du chapitre III	184
Conclusion de la Partie I	186
Partie II	190
Enjeux des collectes et de leurs analyses : l'intérêt de l'analyse de réseau	190
Chapitre IV	192
Recueillir l'information auprès des acteurs des soins de santé et des acteurs de la politique de santé	192

1 – Collecte de données : recenser et classier l’offre existante.....	192
1.1 La nécessité d’une collecte pour pallier un manque de données concernant les acteurs des soins de santé dans la CACL.....	192
1.1.1. Le recensement des acteurs sanitaires et sociaux.....	193
1.2.2...un recensement diversifié des acteurs des soins de santé : institutionnels et associatifs.....	200
1.2 Deux échantillons d’enquêtes pour appréhender la territorialisation sanitaire en cours.....	207
1.2.1 L’échantillon des acteurs sanitaires et sociaux pour appréhender l’organisation des acteurs en charge des populations vulnérables.....	207
1.2.2 L’échantillon des acteurs en charge de la déclinaison des politiques publiques de santé : quelle perception de l’organisation des acteurs ?.....	215
2 - Les entretiens : comprendre les modalités relationnelles entre acteurs.....	216
2.1 L’élaboration des deux grilles d’entretiens : caractérisation et structure relationnelle.....	216
2.2 La passation des entretiens : périodes, conditions et... adaptations.....	218
2.3 Représentativité des acteurs interrogés au regard des acteurs échantillonnés : intérêts et limites des enquêtes.....	219
Conclusion du chapitre IV.....	224
Chapitre V.....	225
Méthodologie de l’enquête auprès des populations en situation de vulnérabilité.....	225
1 - Cibler les quartiers d’habitat spontané : centraliser et homogénéiser une diversité de sources (SIG, rapports d’étude, acteurs) afin de repérer et atteindre les populations vulnérables.....	226
1.1 De la reconstruction des zones de bâti spontané à l’identification des zones d’habitat spontané.....	226
1.2 L’échantillon des zones d’enquête : l’importance de caractériser les zones de bâti spontané.....	239
1.3 Exclusion de zones de bâti spontané et sélection des quartiers d’enquête potentiels.....	248
1.4 Entre « l’échantillonnage idéal » et « l’échantillonnage réaliste ».....	254
2 - Le questionnaire : interroger les pratiques d’accès aux soins de santé des populations vulnérables vivant dans les quartiers d’habitat spontané.....	255
2.1 La construction du questionnaire à destination des personnes en situation de vulnérabilité vivant dans les quartiers spontanés.....	255
2.2 Passation du questionnaire : la faisabilité de l’enquête et les conditions de passation.....	258
2.3 Caractéristiques générales de l’échantillon des populations vulnérables enquêtées dans les quartiers spontanés.....	265
Conclusion du chapitre V.....	271
Chapitre VI.....	272
Des données recueillies à l’analyse.....	272
1 - L’intérêt de la Recherche par Méthodes Mixtes (RMM) pour comprendre la territorialisation sanitaire en cours.....	273
1.1. Des méthodes qualitatives et quantitatives : entre une opposition.....	273
1.1.1. Les données quantitatives : un atout pour synthétiser des données.....	273
1.1.2. Les données qualitatives : un atout dans l’interprétation des résultats.....	273
1.2 ... et une « réconciliation ».....	274
1.2.1 La « recherche par méthode mixte » (RMM).....	274
1.2.2 L’intérêt de la recherche par méthodes mixtes dans l’étude de la territorialisation sanitaire.....	276
2 - Protocole de travail : l’analyse de réseaux et des outils d’analyse complémentaires.....	277
2.1 L’analyse de réseaux.....	277

2.1.1 Du qualitatif au quantitatif : les données des entretiens « quantitatives ».....	277
2.1.2 Du qualitatif au quantitatif : les données des questionnaires « quantitatives »	280
2.2 Mesures mobilisées pour appréhender la structuration de l'accès et le recours aux soins de santé	282
2.2.1 Comprendre la structure du réseau et les rôles des acteurs : l'intérêt des mesures de centralité	282
2.2.2 Préciser la structuration des acteurs via leurs relations individuelles : mesures et typologie sur les egos-réseaux	285
2.2.3 Identifier les principaux acteurs et les déterminants d'accès aux soins de santé des populations	291
2.3 Des allers-retours entre analyse de réseau, cartographie et analyse du discours.....	292
Conclusion du chapitre VI.....	295
Conclusion de la partie II.....	296
PARTIE III	298
La territorialisation sanitaire au prisme de l'accès.....	298
Chapitre VII	302
La vision de la structuration des acteurs en charge des populations vulnérables par l'Agence Régionale de Santé de la Guyane	302
1 - Le pôle de la Direction de l'Offre de Soins (DOS) : une vision des acteurs organisée par type d'établissements et de statuts.....	305
2 - Le pôle de la Direction de l'Autonomie (DA) : une vision des acteurs organisée par « groupes » de populations	311
3 - Le pôle de la Direction de la Santé Publique (DSP) : une vision des acteurs organisée par thématiques liées à des types de soins de santé	319
3.1 Thématique Périnatalité.....	324
3.2 Thématique Vaccination.....	328
3.3 Thématique Santé Sexuelle et Reproductive (SSR).....	332
Conclusion du chapitre VII	337
Chapitre VIII.....	340
Prendre en charge les besoins de santé des populations en situation de vulnérabilité : entre coordination des acteurs, contraintes institutionnelles et territoriales	340
1 - L'organisation des acteurs sanitaires et sociaux de la CACL prenant en charge les populations vulnérables : fonctions et rôles d'acteurs	341
1.1 Des acteurs centraux dans la Prise En Charge (PEC) des besoins de santé des populations vulnérables.....	341
1.2 Des rôles différenciés des acteurs dans la prise en charge des soins de santé des populations vulnérables.....	345
2 - Les dynamiques des liens entre acteurs prenant en charge les populations : échanges relationnels entre acteurs de mêmes statuts mais des « ouvertures » vers différents domaines d'activité.....	353
2.1 Une typologie de groupes d'acteurs en fonction de leurs modalités relationnelles et de leurs périmètres d'intervention	353
2.2 Des amorces de trajectoires pour les populations vulnérables ?.....	361
Conclusion du chapitre VIII	367
Chapitre IX	370
Les territoires en construction des interventions mobiles : entre contraintes des zonages établis et adaptations des acteurs.....	370

1- Etat des lieux des interventions mobiles dans la CACL.....	371
1.1 Concilier les périmètres visibles de l'action publique et les périmètres « invisibles » : un enjeu des actions mobiles	371
1.2 Des cartographies pour représenter une offre mobile croisant les lieux de vie des populations vulnérables.....	377
2 - S'adapter : entre stratégies d'implantation des actions mobiles et logiques complémentaires	386
2.1 Des localisations mobiles essentiellement concentrées dans les QPV et dispersées ailleurs... ..	386
2.2 ... Vers une complémentarité des domaines d'activité entre les acteurs dans certains quartiers	391
Conclusion du Chapitre IX.....	396
Chapitre X.....	399
Le caractère multiforme de la vulnérabilité des populations rencontrées dans les quartiers spontanés	399
1 - Des conditions de vie défavorables à la santé.....	400
1.1. Des logements indignes	400
1.2. Des difficultés quotidiennes exacerbées par l'absence d'emploi et de revenus.....	405
1.3 Une santé perçue dégradée et potentiellement invalidante	407
2 - Les conditions migratoires : des facteurs pouvant limiter l'accès aux soins et aux droits... ..	409
2.1. Des populations vulnérables en mouvement	409
2.2. Un difficile accès aux droits	411
2.3. Des recours marqués à des types de soins de santé primaires.....	412
Conclusion du Chapitre X.....	420
Chapitre XI	421
Les lieux et les déterminants de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables : une précision sur la place tenue des acteurs centraux identifiés	421
1 - Des recours et des acteurs ciblés pour certains types de soins de santé et aides à caractère social	423
1.1 Le Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française : un dispositif de recours majeur connu des populations pour la vaccination et le dépistage du VIH/Sida et des IST	423
1.2 La consultation avec un médecin, deux acteurs majeurs de recours : le médecin libéral et la PASS générale du CH de Cayenne, aux déterminants de recours différenciés.....	430
1.3 Les recours aux actions mobiles de Médecins du Monde marqués par le besoin d'accompagnement social.....	438
1.4 Le Centre Hospitalier de Cayenne : un recours à plusieurs services pour des soins de santé plus spécifiques	444
2 - Des renoncements variables selon différents types de soins primaires	452
2.1 Un faible renoncement à la vaccination et au dépistage.....	452
2.2 Un important renoncement à une consultation avec un médecin.....	453
2.3 Un renoncement à l'accompagnement social.....	454
2.4 Les aides alimentaires et vestimentaires : un faible recours et un fort renoncement en raison d'une méconnaissance des acteurs.....	455

Conclusion du Chapitre XI	459
Conclusion de la Partie III	461
Conclusion générale	467
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITOGRAPHIE	487
ANNEXES	525

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Figures

Figure 1 : Les territoires, source : CREDES, 2003, p.13	35
Figure 2 : Des mailles superposées dans la CACL, sources : ARS Guyane, 2016 ; site des intercommunalités, Sig.ville.gouv.fr (n.d), E.Autrive à partir des données de l'Audeg, 2018.a.b.....	43
Figure 3 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville entre 1970 et le début des années 2000	52
Figure 4 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la décennie 2000	60
Figure 5 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la réorganisation du système de santé (2009).....	67
Figure 6 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la modernisation du système de santé (2016).....	73
Figure 7 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la transition modernisation du système de santé/ transformation du système de santé (2017-2018).....	76
Figure 8 : Découpages et coordination lors de la transformation du système de santé (2019-2022)	79
Figure 9 : La balance planificatrice, de E.Vigneron, 2001, p.18.....	87
Figure 10 : Modèle de l'accès aux soins de L.A Aday et R.M Andersen, revu par R.M Andersen, 1995.....	90
Figure 11 : Modèle de l'accès aux soins de R.Penchansky et J.W Thomas, 1981, d'après T.C Ricketts et L.J Goldsmith, 2005	92
Figure 12 : Modèle de l'accès aux soins d'après E. Saurman, 2015, p.37	94
Figure 13 : Tentative de distinction entre la santé publique, la santé communautaire et la promotion de la santé, source : V. Ridde, 2007	96
Figure 14 : Approche conceptuelle de l'accès aux soins de J-F Levesque et al., 2013	99
Figure 15 : Les déterminants de l'accès aux soins des populations vulnérables, de Pierre Micheletti, 2011	102
Figure 16 : Synthèse des notions abordées sur les déterminants de « l'accès » aux soins : une interface acteurs des soins de santé/ populations.....	105
Figure 17 : Les politiques publiques : Des échelles et des niveaux d'organisation emboîtés, superposés ?	110
Figure 18 : Illustration des Bas et Hauts degrés de territorialisation de S.Jaglin et R.Dubresson, 2005	113
Figure 19 : Des interfaces contenant des articulations et adaptations	115
Figure 20 : Synthèse des notions abordées : des interfaces acteurs politiques/acteurs des soins de santé	116
Figure 21 : Une territorialisation « bricolée »	118
Figure 22 : Des formes de territorialisation à un niveau local ?.....	119
Figure 23 : La territorialisation sanitaire appréhendée par les interfaces générées de « l'accès ».....	122
Figure 24 : Une présence de structures institutionnelles et associatives en Guyane, un focus sur la CACL	153
Figure 25 : « Diagnostic territorial Est Guyanais », source : ARS Guyane (2018.c) p,13	158
Figure 26 : « Diagnostic territorial Ouest Guyanais », source : ARS Guyane (2018.b), p.14	158
Figure 27 : « Diagnostic territorial Littoral Centre », source : ARS Guyane (2018.a), p13.....	159
Figure 28 : Montant des subventions accordées par l'ARS Guyane aux promoteurs en prévention et promotion de la santé sur le littoral centre entre 2015 et 2016, source : ARS Guyane, 2018.a, p.15.....	159
Figure 29 : Des spécialités de soins sous ou sur représentées en Guyane, en 2013, source : Insee,2017, p.6	167
Figure 30 : Arrivées successives de populations immigrées en Guyane présentes au recensement de 1999, source : Insee, 2006.....	170
Figure 31 : Etapes méthodologiques jusqu'à analyse des données.....	190
Figure 32 : Des zones de bâti spontané aux vulnérabilités différenciées.....	245
Figure 33 : Des zones de bâti spontané éliminées, non synonymes de « vulnérables »	249

Figure 34 : Part des personnes interrogées par quartier (%) dans l'échantillon total	266
Figure 35 : Sexe des personnes interrogées dans l'échantillon total (%)	266
Figure 36 : Sexe des personnes interrogées par quartier (%).....	267
Figure 37 : Moyenne d'âge (en années) des hommes et des femmes interrogés par quartier	267
Figure 38 : Nationalité des personnes interrogées, échantillon total (%)	268
Figure 39 : Nationalité des personnes interrogées par quartier (%).....	269
Figure 40 : Des entretiens à l'analyse de réseaux, exemple sur les acteurs sanitaires et sociaux.....	277
Figure 41 : Des questionnaires à l'analyse de réseaux, exemple sur les populations	280
Figure 42 : Illustration de la centralité d'intermédiarité dans un graphe, source : M.Devrelle, 2013.....	283
Figure 43 : Illustration des hubs et des autorités, source : J.M Kleinberg, 1999, p.8	284
Figure 44 : Schéma récapitulatif des différentes études relationnelles et structurelles, source : F.Maillochon, 2012	285
Figure 45 : Illustration des égos-réseaux inclus pour la construction de la typologie	286
Figure 46 : Exemple de caractérisation du réseau relationnel d'un ego réseau.....	288
Figure 47 : Schéma récapitulatif des bases de données et mesures des acteurs des soins de santé.....	290
Figure 48 : Schéma récapitulatif des bases de données et mesure des acteurs politiques (ARS).....	290
Figure 49 : Schéma récapitulatif des bases de données relationnelles de l'interface populations/acteurs et mesures.....	292
Figure 50 : Analyse sémantique par les nuages de mots, six étapes	293
Figure 51 : Collaboration et coopération des processus organisationnels différenciés.....	300
Figure 52 : Organigramme d'ARS Guyane (janvier 2019) et acteurs interrogés	304
Figure 53 : Nuage de mots issu de l'entretien de l'ARS Guyane, Pôle DOS.....	305
Figure 54 : Mots les plus fréquents dans l'entretien mené auprès de l'Ars Guyane, Pôle DOS.....	306
Figure 55 : Réseau de mots les plus fréquents et leurs corrélations aux termes associés, ARS Guyane, Pôle DOS.....	308
Figure 56 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DOS.....	309
Figure 57 : Nuage de mots issu de l'entretien de l'ARS Guyane, Pôle DA.....	312
Figure 58 : Mots les plus fréquents dans l'entretien mené auprès de l'Ars Guyane, Pôle DA	313
Figure 59 : Réseau de mots les plus fréquents et leurs corrélations aux termes associés, ARS Guyane, Pôle DA	315
Figure 60 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DA	316
Figure 61 : Nuage de mots issu de l'entretien de l'ARS Guyane, Pôle DSP.....	320
Figure 62 : Mots les plus fréquents dans l'entretien mené auprès de l'Ars Guyane, Pôle DSP.....	321
Figure 63 : Réseau de mots les plus fréquents et leurs corrélations aux termes associés, ARS Guyane, Pôle DSP.....	323
Figure 64 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Périnatalité	325
Figure 65 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Vaccination.....	330
Figure 66 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Santé Sexuelle et Reproductive.....	334
Figure 67 : Ensemble des acteurs relevés dans les entretiens, intervenant dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité.....	342
Figure 68 : Acteurs centraux - par la centralité d'intermédiarité - prenant en charge les besoins des populations vulnérables – par domaines d'activités.....	344
Figure 69 : Acteurs centraux « d'autorité » impliqués dans la prise en charge les besoins des populations vulnérables – par domaines d'activités.....	346
Figure 70 : Acteurs centraux de hubs – impliqués dans la prise en charge les besoins des populations vulnérables – par domaines d'activités.....	347
Figure 71 : Acteurs à forte centralité d'intermédiarité dans la prise en charge des populations et rôles respectifs	350
Figure 72 : ACP des egos-réseaux des acteurs.....	355
Figure 73 : Détails des variables contributives aux axes factoriels 1 et 2	355
Figure 74 : Inertie expliquée selon le partitionnement	356

Figure 75 : CAH en 4 classes des egos selon les variables de statut, de type de liens, de transitivité et de densité.....	357
Figure 76 : Des structures relationnelles illustrant des trajectoires de prise en charge des populations implicites ?	363
Figure 77 : Graphe de l'ensemble des acteurs définissant les stratégies d'implantation des actions mobiles dans la CACL.....	386
Figure 78 : Mesure « d'autorité » sur les acteurs définissant des stratégies d'implantation territoriales des actions mobiles	387
Figure 79 : Mesure de « hub » sur les acteurs définissant des stratégies d'implantation territoriales des actions mobiles.....	388
Figure 80 : Graphe de l'ensemble des acteurs qui collaborent dans le cadre d'actions mobiles dans la CACL	391
Figure 81 : Mesure « d'autorité » sur les acteurs définissant des coopérations sur le terrain lors des actions mobiles.....	392
Figure 82 : Mesure de « hub » sur les acteurs définissant des coopérations sur le terrain lors des actions mobiles.....	392
Figure 83 : Type de logement des personnes interrogées, ensemble des quartiers (%)	400
Figure 84 : Nombre de personnes vivant dans le même logement que les personnes interrogées (%)	402
Figure 85 : Eau de consommation première déclarée des personnes interrogées (%).....	403
Figure 86 : Accès à l'électricité des personnes interrogées (%).....	405
Figure 87 : Activité des personnes interrogées (%).....	406
Figure 88 : Revenus mensuels déclarés des personnes interrogées	406
Figure 89 : Première des difficultés quotidiennes déclarée des personnes interrogées (%)	407
Figure 90 : Premier moyen de mobilité cité des personnes interrogées (%).....	407
Figure 91 : Santé perçue dans le pays d'origine / en Guyane, des personnes interrogées (%)	408
Figure 92 : Limites des personnes interrogées dans les activités habituelles liées à l'état de santé (%).....	408
Figure 93 : Pathologies et maux premiers déclarés des personnes interrogées ayant au moins un mal au quotidien (%).....	409
Figure 94 : Temps de vie en Guyane depuis l'arrivée des personnes interrogées (%).....	409
Figure 95 : Temps de vie passé dans le quartier actuel de résidence des personnes interrogées (%)	410
Figure 96 : Principale raison de la venue en Guyane des personnes interrogées (%)	410
Figure 97 : Situation administrative actuelle des personnes interrogées (%).....	411
Figure 98 : Précisions sur la situation administrative non régularisée des personnes interrogées (%)	411
Figure 99 : Accès à une Couverture santé des personnes interrogées (%).....	412
Figure 100 : Ensemble des recours aux soins réalisés par les personnes interrogées (%)	413
Figure 101 : Ensemble des recours aux aides à caractère social réalisés par les personnes (%)	414
Figure 102 : Ensemble des recours aux soins des personnes interrogées déclarés par lieux.....	415
Figure 103 : Acteurs comptabilisant le plus de recours pour le soin (%).....	415
Figure 104 : Ensemble des recours aux aides à caractère social par acteur/dispositif déclaré des personnes interrogées	417
Figure 105 : Acteurs comptabilisant le plus de recours pour une aide à caractère social (%).....	418
Figure 106 : Croiser l'analyse de réseau de la structuration des acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables avec l'analyse de réseau portant sur les recours aux soins de santé des populations	422
Figure 107 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d'activité - à la vaccination des personnes interrogées	424
Figure 108 : Structures/dispositifs de recours à la vaccination (%).....	424
Figure 109 : Structures/dispositifs de recours– par domaine d'activités - au dépistage des personnes interrogées	425
Figure 110 : Structures/dispositifs de recours au dépistage (%).....	425
Figure 111 : Raisons du recours au CPS de CRF pour la vaccination (%).....	426
Figure 112 : Raisons du recours au CPS de CRF pour le dépistage VIH/Sida et IST (%).....	427

Figure 113 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d’activités - à une consultation avec un médecin des personnes interrogées	431
Figure 114 : Structures/dispositifs de recours à une consultation avec un médecin (%)	432
Figure 115 : Raisons du recours au médecin libéral pour une consultation avec un médecin (%)	433
Figure 116 : Raisons du recours à la PASS Générale du CH de Cayenne pour une consultation avec un médecin (%)	433
Figure 117 : Raisons du recours au Camion de Médecin du Monde pour une consultation avec un médecin (%).....	434
Figure 118 : Structures et dispositifs de recours– par domaine d’activité - à l’accompagnement social des personnes interrogées	439
Figure 119 : Structures/dispositifs/ « liens personnels » du recours à un accompagnement social des personnes interrogées (%).....	440
Figure 120 : Structures et dispositifs de recours – par domaines d’activité - à l’hospitalisation des personnes interrogées	444
Figure 121 : Structures de recours à l’hospitalisation des personnes interrogées (%).....	445
Figure 122 : Structures de recours – par domaines d’activité - à la radiologie des personnes interrogées.	446
Figure 123 : Structures/dispositifs de recours à la radiologie des personnes interrogées (%).....	446
Figure 124 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d’activité - à l’échographie des femmes interrogées	447
Figure 125 : Structures/dispositifs de recours à une échographie (femmes interrogées) (%)	447
Figure 126 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d’activité - à la contraception des femmes interrogées	448
Figure 127 : Structures/dispositifs de recours à la contraception des femmes (%)	449
Figure 128 : Synthèse des acteurs centraux précisés par les recours aux soins et aux aides à caractère social avec les principaux déterminants de recours des personnes interrogées.....	450
Figure 129 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d’activité - à l’aide alimentaire des personnes interrogées	455
Figure 130 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d’activité - à l’aide vestimentaire des personnes interrogées	458
Figure 131 : PASS Générale du CH de Cayenne – Groupe 1	473
Figure 132 : CRF CPS – Groupe 1.....	473
Figure 133 : CCAS de Cayenne – Groupe 2	474
Figure 134 : OFFI – Groupe 2.....	474
Figure 135 : MDM – Groupe 3.....	475

Cartographies

Carte 1 : L’ouest de la Guyane et l’agglomération de Cayenne en forte croissance démographique. Nombre d’habitants par commune et taux d’évolution annuel moyen de la population 2008/2018 (en %) en Guyane, source : Insee, 2020.b.....	40
Carte 2 : Secteurs sanitaires en Guyane pour les dispensaires polyvalents et spécialisés en 1979, source : G.Lasserre et al., 1979.b	139
Carte 3 : Dispensaires de soins et de prévention en Guyane dans les années 1980, source : Sénat, 1982.	145
Carte 4 : Médecins généralistes et spécialistes à Cayenne, source : S.Bourgarel, 1994.b, p.108.....	147
Carte 5 : Equipements de santé et accessibilité des communes, source : S.Bourgarel, 1994.b, p.102.....	148
Carte 6 : Centres de protection maternelle et infantile (PMI) à Cayenne, Source : S.Bourgarel, 1994.b, p.196	150
Carte 7 : Scénario envisagé et adopté pour le nouveau découpage territorial en Guyane, Source : ARS Guyane (2017.b)	157
Carte 8 : Offre hospitalière publique, CDPS et Centres de PMI de Guyane, Source : CHAR, 2019.....	163

Carte 9 : Nombre d'omnipraticiens libéraux (médecins généralistes, y compris à mode d'exercice particulier) présents au 31/12/19 par communauté d'agglomération en Guyane et densité de d'omnipraticiens libéraux (médecins généralistes, y compris à mode d'exercice particulier) installés au 31/12/2019, par communauté d'agglomération et pour 10 mille habitants en Guyane, source : CartoSanté (2020).....	165
Carte 10 : Temps d'accès aux urgences à l'IRIS en Guyane, Source : Insee, 2014	168
Carte 11 : Distribution de la population étrangère en Guyane, au recensement de 1990, Source : F.Piantoni, 2009.b	171
Carte 12 : Part des différentes nationalités au sein de la population immigrée par les « aires » du littoral de l'est et de l'ouest de la Guyane, au recensement de 1999, source : Insee, 2006	173
Carte 13 : Les mailles de l'action publique dans la CACL et la reconstitution des zones de bâti spontanés	181
Carte 14 : Structures sanitaires en Guyane, Schéma Régional de Prévention (SRP) 2011 - 2015, source : ARS Guyane, 2015.b, p.21	193
Carte 15 : L'offre médico-sociale en Guyane, Schéma d'organisation médico-social de la Guyane (SOMS) 2011-2015, Source : ARS Guyane, Conseil Général de la Guyane, 2015.c, p 40	194
Carte 16 : Centres de PMI en Guyane, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), 2011 - 2015, source : ARS Guyane, 2015.a, p.52	195
Carte 17 : Géolocalisation des structures de santé, Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) 2018-2028 », source : ARS Guyane, 2018.e, p.33.....	196
Carte 18 : L'offre sanitaire et médico-sociale dans la CACL en 2019, données sources : Géoguyane, 2019	202
Carte 19 : Acteurs collectés agissant auprès des populations vulnérables dans la CACL.....	204
Carte 20 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la CACL....	205
Carte 21 : Phénomène d'édification du bâti spontané sur le territoire de la CACL sur 4 années différentes : 2001, 2006, 2011, 2015, données : Audeg 2018.....	228
Carte 22 : Reconstitution des zones de bâti spontané de la CACL, en 2015.....	231
Carte 23 : Quartiers de Cayenne, source : S.Bourgarel, 1994.....	234
Carte 24 : Zones de bâti spontané (2015) et extensions (2019)	238
Carte 25 : Exemple de critères géolocalisés ajoutés : les Bornes Monétique Fontaine (BMF) et les lignes de bus.....	242
Carte 26: Les 4 quartiers spontanés enquêtés	260
Carte 27 : Des quartiers spontanés en dehors des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville	373
Carte 28 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Cayenne, source : E.Autrive	380
Carte 29 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Rémire-Montjoly.....	381
Carte 30 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Matoury.....	382
Carte 31 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Macouria	383
Carte 32 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Montsinéry-Tonnégrande.....	384
Carte 33 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Roura	385

Tableaux

Tableau 1 : Secteurs sanitaires en Guyane, d'après le projet de budget départemental en recettes et en dépenses pour l'exercice de 1948, source : Gallica.bnf.fr, 2019, p.56-60.....	134
Tableau 2 : Les 8 secteurs sanitaires en Guyane en 1979, s'après G.Lasserre et al., 1979.b.....	138

Tableau 3 : Les secteurs sanitaires en 1994 : plus de secteurs et une division plus fine de l'ancien territoire de l'Inini.....	149
Tableau 4 : Densité médicale : taux de médecins et d'autres personnels de santé pour 100 000 habitants en Guyane, comparé aux taux hexagonaux en 2008, source : INED, 2008, p.73.....	164
Tableau 5 : Densité médicale : taux de médecins et d'autres personnels de santé pour 100 000 habitants en Guyane, comparé aux taux hexagonaux en 2017, source : Conseil National des Médecins, 2017, p.9.....	164
Tableau 6 : Nombre de médecins généralistes par communes, en 2019, source : Carto Santé (2020).....	166
Tableau 7 : Distribution de la population immigrée en Guyane par Communauté de Communes et Communes, au recensement de 2009, source : Insee Guyane, B.Hurpeau, 2012.....	173
Tableau 8 : Typologie des domaines d'activités des acteurs sanitaires et sociaux (institutionnels et associatifs) établie à partir de la classification FINESS	199
Tableau 9 : Acteurs institutionnels et associatifs présents en 2019 par communes de la CACL et par domaine d'activité (annexe 13 pour plus détails), données sources : Géoguyane	203
Tableau 10 : Acteurs institutionnels et associatifs collectés par communes de la CACL et par domaine d'activité (annexe 14 pour plus de détails).....	206
Tableau 11 : Compilation des données de Géoguyane et de la collecte personnelle, acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activité (annexe 15 pour plus détails)	210
Tableau 12 : Part des acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activités sur l'ensemble des acteurs (compilation des données de l'ARS et de la collecte personnelle) sur le total général des acteurs (%).....	211
Tableau 13 : Acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaines d'activités inclus dans l'échantillon de travail (annexe 16 pour plus de détails).....	212
Tableau 14 : Part des acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activité sur l'ensemble des acteurs, inclus dans l'échantillon de travail (%)	213
Tableau 15 : Représentativité de l'échantillon de travail (Tableau 13) vis-à-vis de la base de données compilée (Tableau 11) (%)	214
Tableau 16 : Recensement et échantillon des acteurs intervenant dans la politique de santé.....	215
Tableau 17 : Acteurs ayant fait l'objet d'une enquête (n=26).....	221
Tableau 18 : Acteurs ayant fait l'objet d'une enquête (Tableau 17) vis-à-vis de l'échantillon de travail (Tableau 13) (%).....	222
Tableau 19 : Caractérisation des zones de bâti spontané : thématiques, critères, sources existantes et ajouts	241
Tableau 20 : Critères « de base » avec les modalités de caractérisation des zones de bâtis spontanés associés à leur score.....	243
Tableau 21 : Critères « ajoutés » avec les modalités de caractérisation des zones de bâtis spontanés associés à leur score.....	244
Tableau 22 : Zones de bâti spontané identifiées (n=110) et zones de bâti spontané identifiées avec les critères (n=50).....	248
Tableau 23 : Des zones de bâti spontané « en zone rurale » dans les communes de Montsinéry-Tonnégrande et Roura éliminées (n=12).....	249
Tableau 24 : Des zones de bâti spontané de « bonne facture » éliminées (n=4).....	251
Tableau 25 : Des zones de bâti spontané « détruites » éliminées (n=2)	252
Tableau 26 : Des quartiers spontanés potentiels pour l'enquête (n=32).....	253
Tableau 27 : Nombre de sorties par quartiers, effectif des personnes interrogées et nombre de refus	265
Tableau 28 : Effectif des personnes interrogées quartier et par sexe.....	266
Tableau 29 : Effectif des personnes interrogées par quartier, par sexe, et par âge	268
Tableau 30 : Effectif des personnes interrogées par quartier, par sexe, et par nationalité	269
Tableau 31 : Corrélation des termes aux mots de fréquence supérieure ou égale à 10 de l'ARS Guyane, Pôle DOS.....	307
Tableau 32 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DOS	310
Tableau 33 : Corrélation des termes aux mots de fréquence supérieure ou égale à 10 de l'ARS Guyane, Pôle DA	313

Tableau 34 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DA	317
Tableau 35 : Corrélations des termes aux mots de fréquence supérieure ou égale à 15 du Pôle DSP	321
Tableau 36 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Périnatalité	326
Tableau 37 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Vaccination	331
Tableau 38 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Santé Sexuelle et Reproductive.....	335
Tableau 39 : Statuts des acteurs relevés dans les entretiens, impliqués dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité.....	343
Tableau 40 : Domaines d'activités des acteurs relevés dans les entretiens, impliqués dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité.....	343
Tableau 41 : Coefficient de la centralité d'intermédiarité (les 10 premiers acteurs au score élevé)	344
Tableau 42 : Mesure de « hubs » et « d'autorité » (Kleinberg's hub/authority centrality scores) des acteurs (les 10 premiers scores les plus élevés).....	348
Tableau 43 : Variance des données expliquée par les axes de l'ACP effectuée à partir des egos-réseaux des acteurs.....	354
Tableau 44 : Tableau de synthèse des caractéristiques des groupes d'egos et de leurs relations	357
Tableau 45 : Groupes de la CAH et niveaux d'intervention des acteurs.....	360
Tableau 46 : La population de la CACL concentrée dans l'Île de Cayenne, sources : Insee, 2020.b, Sig.ville.gouv.fr (n.d)	372
Tableau 47 : Caractéristiques du phénomène de bâti spontané par commune de la CACL selon le rapport de l'Audeg, 2018	377
Tableau 48 : Domaines d'activités des acteurs définissant les stratégies d'implantation des actions mobiles	387
Tableau 49 : Mesures de centralité d'autorité et de hub sur le réseau relationnel des acteurs concernés par les stratégies de localisation des actions mobiles.....	388
Tableau 50 : Domaines d'activités des acteurs qui collaborent lors d'actions mobiles	391
Tableau 51 : Mesure « d'autorité » (Kleinberg's authority centrality scores) et de hubs des acteurs.....	393
Tableau 52 : Le renoncement à la vaccination.....	452
Tableau 53 : Le renoncement au dépistage	453
Tableau 54 : Le renoncement au médecin.....	454
Tableau 55 : Le renoncement à l'accompagnement social et ses raisons	455
Tableau 56 : Renoncement à l'aide alimentaire et ses raisons	457
Tableau 57 : Renoncement à l'aide vestimentaire et ses raisons	458

Encadrés

Encadré 1 : Les trois objectifs des territoires de santé de 2003	62
Encadré 2 : Les soins de premier recours ou soins primaires définis dans la loi HPST de 2009.....	70
Encadré 3 : Des outils de coordination des acteurs réformés (PTS et PTA) et de nouveaux outils : les ESP, les DAC, 2019.....	81
Encadré 4 : Les « hôpitaux de proximité » une nouvelle relation avec l'offre de premier recours définie en ville et avec le secteur médico-social, 2019	82
Encadré 5 : Les 5 dimensions de l'accès aux soins de R. Panchansky et J.W. Thomas, 1981	93
Encadré 6 : Les 5 facteurs d'un état de vulnérabilité de C. Adam, 2017, p.97	101
Encadré 7 : Des acteurs associatifs investis dans le champ de la santé publique, Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, source : Légifrance, 2004.....	155
Encadré 8 : Grille d'entretien des acteurs sanitaires et sociaux (institutionnels et associatifs)	217
Encadré 9 : Grille d'entretien des acteurs « politiques ».....	218
Encadré 10 : Objectifs et collecte de données pour la reconstitution des zones de bâti spontané.....	232

Encadré 11 : Principaux axes du questionnaire à destination des populations vulnérables	257
Encadré 12 : Croix Rouge Française en Guyane et Médecins du Monde en Guyane : des liens indispensables pour l'enquête auprès des populations vulnérables	258
Encadré 13 : Résumé des 4 étapes à suivre, des entretiens aux analyses de réseaux	279
Encadré 14 : Résumé des 4 étapes à suivre, des questionnaires aux analyses de réseaux	281
Encadré 15 : Analyse sémantique par les nuages de mots : éléments explicatifs sur les 6 étapes	294
Encadré 16 : Des multiples problèmes pour les centres de PMI d'après l'ARS Guyane	328
Encadré 17 : Des difficultés d'accès à la vaccination pour les populations vulnérables d'après l'ARS Guyane	328
Encadré 18 : L'accès à la vaccination, différentes réalités dans une même région d'après l'ARS Guyane	329
Encadré 19 : Des liens de coordination en SSR à relancer, d'après l'ARS Guyane	333
Encadré 20 : Des parcours de santé en construction à l'ARS Guyane	337
Encadré 21 : Des difficultés pour la mise en place des parcours de santé d'après l'ARS Guyane	338
Encadré 22 : Des acteurs associatifs auprès des acteurs institutionnels « pour pallier » les carences selon l'ARS Guyane	338
Encadré 23 : L'importance de l'accompagnement social et de la médiation en santé d'après l'ARS Guyane	339
Encadré 24 : Un double rôle « d'autorité » et de « hub » pour des acteurs	351
Encadré 25 : Des liens présents entre les acteurs, mais formellement invisibles	352
Encadré 26 : Des QPV favorisés par les financements des dispositifs de contractualisation	395
Encadré 27 : Des difficultés à formaliser les collaborations	395
Encadré 28 : Le CPS de Cayenne un acteur central pour la vaccination et le dépistage des populations vulnérables	428
Encadré 29 : Des recours aux soins de prévention sous-jacents à des besoins d'accès à l'ouverture de droits d'après des acteurs	429
Encadré 30 : La PASS générale du CH de Cayenne un dispositif indispensable pour le recours à une consultation médicale pour les personnes sans couverture sociale	435
Encadré 31 : La PASS générale du CH de Cayenne, un recours orienté auprès des populations	436
Encadré 32 : La succursale de la PASS de Cayenne à Balata, un recours plus marqué par la proximité géographique	436
Encadré 33 : Les actions de promotion de la santé et d'empowerment de MDM dans les quartiers spontanés	442

Images

Image 1 : « Plan d'ensemble de l'hôpital militaire de Cayenne. Feuille n° 10. Légende. Orientation. Echelle de 0,001 pour un mètre. 25 novembre 1879 » de Léopold Auguste Dupuy, directeur du service des travaux civils et militaires de la colonie, source : Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr (2020.a)	128
Image 2 : Dessin aquarellé de la cour d'entrée, Hôpital colonial de Cayenne, non daté, source : Ministère de la culture (2020.b)	129
Image 3 : Répartition du personnel des services de santé au projet de budget départemental en recettes et en dépenses pour l'exercice de 1948 et proposé par R.Vignon en Février 1949 (extrait), source : Gallica.bnf.fr, 2019, p.56-60	133
Image 4 : Besoins de personnel médical du CH de Cayenne adressé à l'inspectrice générale du Ministère de la Santé, 1982, source : Archives Territoriales de Guyane	142
Image 5 : Les prix de journée de la clinique Saint-Paul, du C.M.C.K inférieurs aux coûts des hôpitaux publics, source : Sénat, 1982, p.59	144
Image 6 : Quartiers prioritaires de la politique de la ville en Guyane, source : Géoportail, 2021	160
Image 7 : Des outils de communication et de prévention adaptées au contexte multiculturel Guyanais, le projet Vi-Sa de CRF Guyane et ARS Guyane (2018), source : GPS, 2018	177

Image 8 : Quartiers de Saint Laurent du Maroni, source : M.Comptour et V.Moracchini, 2020.b, Chapitre 3, p.78	235
Image 9 : Zone de bâti spontané « Squat Bambou-Piste Tarzan » en 2015	236
Image 10 : Zone de bâti spontané « Squat-Bambou, Piste Tarzan », actualisée en 2019.....	237
Image 11 : Différenciation des zones de bâti spontanés en 2015 et 2019 « Squat Bambou_Piste Tarzan »	237
Image 12 : Destruction du squat Catéco, commune de Cayenne, source : Journal France Guyane, 19 mars 2019	252
Image 13 : Déplacements lors des enquêtes dans les quartiers.....	263

Photographies

Photographie 1 : Quartier de bâti spontané, Piste Tarzan, le 25 mai 2019, source : E.Autrive.....	183
Photographie 2 : Les 4 quartiers spontanés enquêtés, source : E.Autrive	261
Photographie 3 : 4 quartiers, des caractéristiques contraignant le protocole d'échantillonnage à s'adapter, source : E. Autrive.....	262
Photographie 4 : Passation d'un questionnaire d'enquête, Quartier Savane, 10/05/2019, source : E.Autrive	264
Photographie 5 : Un jour de fortes pluies, des pistes impraticables, le 29/05/2019, source : Elise Autrive	264
Photographie 6 : Intervention en camion mobile de Médecins du Monde dans les quartiers « Savane » et « Manguiers », le 10 mai 2019, et le 20 mai 2019 Source : E.Autrive.....	361
Photographie 7 : Types de logements : dur, mixte, non dur	401
Photographie 8 : L'eau de consommation première, l'eau du puits, Quartier Piste Tarzan, le 28/03/2019, Quartier de la Gonave, le 31/05/2019, source : E.Autrive	403
Photographie 9 : Système de récupération d'eau de pluie, Piste Tarzan, dans une cuve de récupération d'eau de pluie le 23/05/2019, dans un ancien réfrigérateur le 16/05/2019, source : E.Autrive	404
Photographie 10 : Système de raccordement au réseau électrique, source : E.Autrive.....	405
Photographie 11 : Information des dates de passage en camion mobile de MDM, Piste Tarzan, le 28/03/2019, Manguiers, le 08/04/2019, information concernant la présence du camion dans le quartier, Manguiers, le 20/04/2019, source : E.Autrive	441
Photographie 12 : Une action mobile de MDM : ateliers thématiques en promotion de la santé et accompagnement social dans le quartier Tarzan, le 23/05/2019, source : E.Autrive.....	443

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Périmètres d'action des PMI de Cayenne, source : Pmi Barrat, 22/05/2017	525
Annexe 2 : L'immigration en Guyane française depuis le XVIIIe siècle à nos jours, adapté des travaux de F.Piantoni, 2012 in Noucher M. et Polidori L. (dir.), 2020, p.9.....	526
Annexe 3 : Document du « service local » sur « le compte des recettes et des dépenses pour l'exercice de de 1922-1930 », 1922 Gallica.Bnf.fr (2011) « Compte administratif / Guyane », en ligne, URL :< https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54590464/f47.item.r=sante >	528
Annexe 4 : « Projet de budget départemental en recettes et en dépenses : exercice...1948 / Département de la Guyane », Gallica.bnf.fr (2019), en ligne, URL :< https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1188545d/f61.item.r=dispensaire >, p.56-60.....	530
Annexe 5 : Correspondance entre le Docteur Louis Pelletier et Monsieur Elie Castor portant sur le projet d'aménagement de la carte sanitaire en Guyane, 1979, source : Archives Territoriales de Guyane	533
Annexe 6 : Correspondance entre Monsieur Elie Castor et Monsieur Jean le Direach portant sur le projet d'aménagement de la carte sanitaire en Guyane, 1979, source : Archives Territoriales de Guyane	534

Annexe 7 : Visite programmée du Pr Beylot, mandaté par le Ministre de la Santé, du 7 au 11 janvier 1982, source : Archives Territoriales de Guyane	535
Annexe 8 : Une visite du Pr Beylot concertée entre les acteurs, le 28 décembre 1981, source : Archives Territoriales de Guyane	538
Annexe 9 : Lettre de Dr Le Pelletier, Président de la Commission Médicale Consultative au CH de Cayenne, à Mme le Dr Broyelle, Médecin Inspecteur Général de la Santé, mars 1962, source : Archives Territoriales de Guyane.....	541
Annexe 10 : Convention Départementale entre les PMI et le CH de Cayenne, et la délibération approuvant les termes de la convention, le 3 avril 1974, source : Archives Territoriales de Guyane	544
Annexe 11 : Problèmes posés par l'hémodialyse dans le service de Réanimation, Dr A.Hulin au Directeur du CH de Cayenne, le 4 mars 1985, source : Archives Territoriales de Guyane.....	546
Annexe 12 : Evolution du maillage administratif (réformes de 1930, 1952 et de 1969), source : Piantoni. F (2009.a), p.97	549
Annexe 13 : Noms des acteurs institutionnels et associatifs présents dans les données de l'ARS Guyane en 2019 par communes de la CACL et par domaine d'activité.....	550
Annexe 14 : Noms des acteurs institutionnels et associatifs colletés en plus par communes de la CACL et par domaine d'activité.....	551
Annexe 15 : Noms des Acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activité (compilation des données de l'ARS et de la collecte personnelle).....	552
Annexe 16 : Noms des Acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaines d'activités inclus dans l'échantillon de travail.....	554
Annexe 17 : Noms des acteurs interrogés, moyen de passation et dates des entretiens.....	556
Annexe 18 : Extrait d'entretien avec l'un des pôles de l'ARS	557
Annexe 19 : Extrait d'entretien avec l'un des acteurs des soins de santé.....	564
Annexe 20 : Les acteurs renseignés (n=26).....	571
Annexe 21 : Nettoyage des zones de bâti spontanés.....	573
Annexe 22 : Zones de bâtis spontanés identifiés. Précisions : existence d'une fiche critère, quartiers exclus, sources d'identification.....	576
Annexe 23 : Questionnaire d'enquête auprès des populations en situation de vulnérabilité vivant dans les zones de bâti spontanés.....	584
Annexe 24: Représentation de la typologie en radians par quartiers d'enquête	599
Annexe 25 : Construction du nuage de mots, ARS Pôle DOS.....	603
Annexe 26 : Construction du nuage de mots, ARS Pôle DA.....	606
Annexe 27 : Construction du nuage de mots, ARS Pôle DSP.....	608
Annexe 28 : Mesures des variables contributives aux axes factoriels.....	617
Annexe 29 : CAH, avec 5 classes.....	618
Annexe 30 : Mesures des axes principaux associées aux clusters pour la CAH à 4 classes.....	620
Annexe 31 : Mesure des variables quantitatives décrivant le plus chaque cluster de la CAH à 4 classes... 620	620
Annexe 32 : Mesure des individus les plus représentatifs de chaque cluster de la CAH à 4 classes.....	622
Annexe 33 : Mesures des variables statuts, types de liens, transitivité et densité utilisées dans la CAH – 4 classes	623
Annexe 34 : Mesures des variables domaines d'activité et « même activités » associés aux clusters de la CAH à 4 classes	624
Annexe 35 : Document sur les Bornes Fontaines sur la CACL, source : CACL, le 28/06/2019.....	626
Annexe 36 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins de soins des personnes interrogées.....	628
Annexe 37 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins sociaux des personnes interrogées	629
Annexe 38 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins de soins et structures/dispositifs de recours les plus côtoyés	631
Annexe 39 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins d'aide à caractère social et structures/dispositifs de recours les plus côtoyés.....	631
Annexe 40 : Autres recours aux soins de santé : médicaments, analyses de laboratoire, dentiste.....	633

TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACSé	Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'égalité des chances
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AFD	Agence Française de Développement
AME	Aide Médicale d'Etat
ANRU	Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
AUDEG	Agence d'Urbanisme et de Développement de la Guyane
BASI	Bureaux d'Aide Sociale Intercommunaux
BD	Base de Données
BMF	Borne Monétique Fontaine
BS DOM	Baromètre Santé DOM
CARRUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues
CASO	Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (MDM)
CCAL	Communauté de Communes du Centre Littoral
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCDS	Communauté de Communes Des Savanes
CCEG	Communauté de Communes de l'Est Guyanais
CCHT	Convention de Communauté Hospitalière de Territoire
CCOG	Communauté de Communes de l'Ouest Guyanais
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CDPS	Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CH	Centre Hospitalier
CHAR	Centre Hospitalier Andrée Rosemon (Cayenne)
CHOG	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (SLM)
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CIV	Comité Interministériel des Villes
CLS	Contrat Local de Santé
CLSP	Contrat Local de Santé Publique
CMCK	Centre Médico-Chirurgical de Kourou
CMU-c	Couverture Maladie Universelle complémentaire
CNS	Conseil National du Sida
COREVIH	Comité de Coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le Virus de l'Immunodéficience Humaine
COS	Cadre d'Orientation Stratégique
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRPV	Centre de Ressources de la Politique de la Ville
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Urbaine
CV	Contrat de Ville
DA	Direction de l'Autonomie (ARS)
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEAL	Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
DOM	Département d'Outre-Mer
DOS	Direction de l'Offre de Soins (ARS)
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
DSP	Direction de la Santé Publique (ARS)
eCBHFA	e Community Based Health and First Aid
EMPP	Equipe Mobiles de Psychiatrie - Précarité
ESP	Equipe de Soins Primaires
ESS	Equipe de Soins Spécialisée
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FV	Fièvre Jaune
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GPS	Guyane Promo Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoire
HTA	Hypertension Artérielle
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LAM	Lits d'Aide Médicalisée
LAT	Lutte Anti Tuberculeuse
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MM	Méthode Mixte
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OFFI	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONZUS	Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles
ORS	Observatoire Régional de Santé
PAF	Police Aux Frontières
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEB	Plan Espoir Banlieues
PMI	Centre de Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition
PRS	Projet Régional de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTS	Projet Territorial de Santé
PUMA	Protection Universelle MALadie
PV	Politique de la Ville
PvVIH	Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
QPV	Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
RDR	Réduction Des Risques
RMM	Recherche par Méthodes Mixtes
SGO	Saint Georges de l'Oyapock
SIG	Système d'Information Géographique
SLM	Saint Laurent du Maroni
SMUR	Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation
SNS	Stratégie Nationale de Santé
SPH	Service Public Hospitalier
SROS	Schéma Régional de l'Organisation des Soins
SRS	Schéma Régional de Santé
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH/Sida	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquise
ZFU	Zone Franche Urbaine
ZRU	Zone de Redynamisation Urbaine
ZUS	Zone Urbaine Sensible

TABLE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS DES GRAPHES

Acronymes	Noms
ACT_KOU	Appartements de Coordination Thérapeutique Kourou
ACT_REM	Appartements de Coordination Thérapeutique Rémire-Montjoly
ADER	ADER
ADIL	Agence Départementale pour l'Information sur le Logement
AFDG	Association Franco-Dominicaine de Guyane
AGEDOC	Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers
AGRRR	Association Guyanaise de Réduction des Risques
AIDES	Aides Délégation Guyane

AKATIJ	Association Kouroucienne d'Aide aux Ti jeunes
ARBRE_FRO	Arbre Fromager
ASFMF	Association de Soutien aux Familles des Malades et de Formations
ASTIPA FASTI	Astipa Fasti
BS_LAKLE	Bailleurs Sociaux Association Laklé
BS_SEMSAMAR	Bailleurs sociaux SEMSAMAR
BS_SIGUY	Bailleurs sociaux SIGUY
BS_SIMKO	Bailleurs sociaux SIMKO
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CCAS_CAY	Centre Communal d'Action Sociale Cayenne
CCAS_MAC	Centre Communal d'Action Sociale Macouria
CCAS_MAT	Centre Communal d'Action Sociale Matoury
CCAS_MOTO	Centre Communal d'Action Sociale Montsinéry-Tonnégrande
CCAS_REM	Centre Communal d'Action Sociale Rémire-Montjoly
CDIFF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et Familles
CDPS_COM	Centres délocalisés de prévention et de soins Autres Communes
CDPS_REG	Centre délocalisé de prévention et de soins Régina
CDPS_SGO	Centre délocalisé de prévention et de soins Saint Georges de l'Oyapock
CENT_RADIO	Centre Radiologique
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHAR_MED1	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Médecine 1
CHAR_MED2	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Médecine 2
CHAR_PASS_G_CAY	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Permanence d'Accès aux Soins de Santé Générale Cayenne
CHAR_PASS_G_MAT	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Permanence d'Accès aux Soins de Santé Générale Matoury
CHAR_PASS_HDJA_CAY	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Permanence d'Accès aux Soins de Santé HDJA Cayenne
CHAR_PFE	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Pôle Femme Enfant
CHAR_PSC	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Pôle des Soins Continus
CHAR_PSY	Centre Hospitalier Andrée Rosemon Psychiatrie
CHOG	Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly
CIMADE	Cimade
CMCK	Centre Médico Chirurgical Kourou
CONS_CONJ	Conseillère conjugale
CONSUL	Consulats
CPEF	Centre de Planification et d'Education Familiale
CRF_ALIM	Croix Rouge Française Aide Alimentaire
CRF_CM	Croix Rouge Française Camion Mobile
CRF_CPS	Croix Rouge Française Centre de Prévention Santé

CRF_PADA	Croix Rouge Française Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CRF_VESTI	Croix Rouge Française Vestiboutique
CSAPA_CAY	Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Cayenne
CSAPA_CSL	Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Chambon sur Lignon
CSAPA_ROU	Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie Roura
CTG_PPSS	Collectivité Territoriale de Guyane Pôle Prévention Solidarité Santé
DAAC	Développement, Accompagnement, Animation, Coopération
ENTRAIDES	Entr'aides
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
FOURKA	FOURKA
FRCR	Les Frères de la Crick
GITES	Gîtes conventionnés hébergement d'urgence
GYNSF	Gynécologie Sans Frontière
HAD	Hospitalisation à Domicile Cayenne
INFIRM	Infirmières libérales
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer et apparentés
MAIRIE_MAC	Mairie de Macouria Développement Social Urbain Macouria
MAIS_ADO	Maison des Adolescents de Guyane
MAS_KOU	Maison Accueil Spécialisée Kourou
MDJD	Maison De Justice et du Droit
MDM	Médecins du Monde
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEDC	Médecins libéraux
MEDC_OFFI	Médecins Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
NPJ	Ne Plus Jeter
NUM_URGENCE	Numéro Service d'Urgence
OFFI	Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
PERS_RESS	Personnes ressources quartiers
PMI_B_CAY	Protection Maternelle et Infantile Barrat Cayenne
PMI_MAC	Protection Maternelle et Infantile Macouria
PMI_MAT	Protection Maternelle et Infantile Matoury
PMI_MO	Protection Maternelle et Infantile Montsinéry
PMI_R_CAY	Protection Maternelle et Infantile Ronjon Cayenne
PMI_REM	Protection Maternelle et Infantile Rémire-Montjoly
PMI_ROURA	Protection Maternelle et Infantile Roura
PMI_TO	Protection Maternelle et Infantile Tonnegrande
POLE_EMPL	Pôle Emploi
PREF	Préfecture

RDS_CARRUD_CAY	Relais Drogues Solidarité Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques Cayenne
RDS_CARRUD_MAT	Relais Drogues Solidarité Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques Matoury
RESF	Réseau Education sans Frontière
RSO_KIKI	Réseau Kikiwi
SAMU_SOC	Samu Social Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
SEC_CATH	Secours Catholique
TANGRAM	Tangram
UHJM	Unité d'Hébergement des Jeunes Majeurs

Introduction Générale

« C'était la première fois que je parcourais à loisir un pays tropical, un de ces pays où l'atmosphère chargée de vapeur d'eau amortit les rayons solaires, et pénètre tout l'être d'une chaleur moite, comme l'atmosphère d'une serre ou d'une salle de bains russes. Mais il y a ici l'incomparable avantage de jouir de l'air libre, saturé de senteurs ; d'entendre les infinis frémisses de la forêt ; de voir dans leur libre développement toutes les variétés de la flore et de la faune les plus puissantes du monde. La Guyane tout entière, c'est la forêt vierge tropicale, c'est un enchantement pour celui qui ne l'a jamais vue ; elle a tout l'attrait du mystère inconnu à découvrir.

Je vous dois donc de m'avoir fait saisir, sans les soucis du voyage, la beauté des tropiques, et je voudrais pouvoir rendre l'impression que j'en ai ressentie, non seulement pour ceux qui, en France, ne peuvent la connaître que par les livres, mais même pour beaucoup de Guyanais qui ont trop peu l'occasion ou le désir de connaître leur pays.

N'ai-je pas raison d'intituler ce récit : la Guyane inconnue ? »

Albert Bordeaux, 1914, « La Guyane inconnue : voyage à l'intérieur de la Guyane française »,

4e édition revue et augmentée, p II -III

Si la territorialisation des politiques publiques fût amorcée à la suite de la loi de décentralisation dans les années 1980, il aura fallu attendre la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) de 2009 pour qu'elle s'inscrive véritablement dans le champ de la santé. Poursuivie avec les lois de Modernisation de Notre Système de Santé (2016), « La territorialisation sanitaire » (article 58, loi du 26 janvier 2016, Légifrance, 2016), se poursuit dans un contexte de réformes (« Ma Santé 2022 », 2019).

Utilisée maintes fois, sans que sa définition soit clairement établie [S.Fleuret, 2015 ; Légifrance, 2009 ; Légifrance, 2016], trois objectifs orientent néanmoins cette politique portée par l'État : un renforcement des projets portés par les acteurs régionaux ou locaux ; un développement de la complémentarité et de la coordination intersectorielle entre les acteurs ; le renforcement de l'accès aux soins de proximité. L'enjeu central est en somme d'adapter l'offre de services de santé aux besoins des populations d'un territoire donné, à un moment donné [J-M.Amat-Roze, 2011 ;S.Fleuret, 2015].

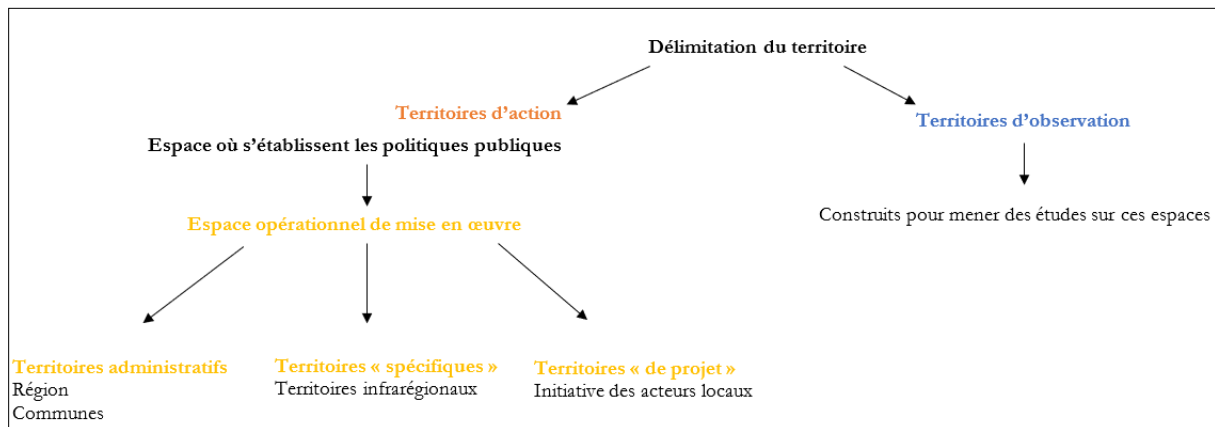
Parce qu'il est « agi par un ensemble d'acteurs » [A.Moine 2006], le territoire est un espace socialement construit car délimité et relève d'un processus destiné à « atteindre certains objectifs sociaux » [A.B. Murphy, 2012, p.164]. Ainsi, en « s'appropriant concrètement ou abstraitement (par exemple par la représentation) un espace, l'acteur territorialise l'espace » [C.Raffestin, 1980,§2].

Les acteurs par leurs pratiques procèdent à une partition, à l'implantation de lieux et au développement de relations pas toujours visibles mais qui relèvent de décisions et de stratégies [R.D.Sack, 1986, p.1]. Cette territorialité est ainsi « inextricablement liée aux relations sociales qui structurent les aspirations et les possibilités de produire des territoires » [opcit, p.30]. Les mailles en tant que modes de découpage et d'organisation de l'espace par les acteurs et les populations permettent ainsi son appropriation, sa gestion ou sa connaissance. Elles sont destinées à délimiter et revendiquer le contrôle sur un espace [R.D.Sack, 1986, p.24] à travers différentes formes de régulation. Elles sont à la fois issues de et produites par des dynamiques descendantes : par des « conventions, et les institutions de niveau local qui peuvent être (...) formelles (collectivités territoriales, organismes professionnels...) » mais aussi par des dynamiques ascendantes c'est-à-dire « informelles (règles du jeu tacitement adoptées par les acteurs locaux) (...) qui jouent un rôle essentiel dans les processus d'apprentissage collectif et dans la constitution des relations de coopération » [J-L.Gaffard et al., 1990 ; Planque, 1991] » [J-P.Gilly, B.Pecqueur, 2002, §14]. Ces dynamiques s'hybrident et s'ancrent dans des lieux à un moment donné en « recomposant » territoires et pouvoirs, et en générant de nouveaux découpages [J-P. Gilli et al., 2012].

La question des découpages du territoire pour appliquer les politiques publiques, afin de « simplifier l'action et d'en vérifier le résultat » [D.Pumain, 2010] n'est pas nouvelle en France. Dès 2003, le CREDES (ancien IRDES) essayait de clarifier la notion de « territoires » dans un contexte où cette notion « devenue très populaire » et où « les découpages cartographiques se multiplient, jusqu'à créer parfois une certaine confusion » [CREDES, 2003, p.13]. Cette réflexion est encore particulièrement pertinente, à la suite des lois HPST (2009) et de modernisation de notre système de santé (2016) qui ont multipliées et modifiées « les territoires » d'intervention des acteurs.

Le rapport du CREDES (2003, p.14) distinguait deux types de territoires : les « territoires d'action » et les « territoires d'observation » (figure 1). Les premiers sont au centre de cette thèse et peuvent se manifester selon trois types de territoires au sens « d'espaces de mise en œuvre des politiques ». Les « territoires administratifs » aux contours définis par l'état central et auxquels sont attachés des instruments de régulation (des institutions, des compétences). Les « territoires spécifiques » infrarégionaux, qui s'ajoutent aux territoires administratifs pour poursuivre certains objectifs (organisation de l'offre de soins, par exemple via les territoires de proximité). Et enfin « des territoires de projets » certes structurés par des orientations de l'Etat central, mais aussi « portés spécifiquement par des acteurs sanitaires et sociaux ».

Figure 1 : Les territoires, source : CREDES, 2003, p.13



En matière de politique de santé, le découpage du territoire en régions émerge dans les années 1970 (carte sanitaire). La décentralisation des années 1980 opéra un transfert à minima des compétences à des acteurs agissant à des niveaux subordonnés de l'Etat (départements, collectivités) en matière de prestations d'aide sociale, de prévention sanitaire et de services sociaux¹ (1983) [Vie publique, 2019.b]. Dans les années 1990, les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), appliqués dans les régions, furent un nouvel outil de planification venant s'ajouter à la carte sanitaire. Trois générations de SROS se succédèrent, la dernière venant supprimer la carte sanitaire et créer des territoires qui s'affranchissent des limites administratives dans l'objectif de tenir compte des « réalités locales » des populations face à l'offre de soins [V.Lucas Gabrielli, M.Colfeddy, 2003]. De plus, après l'institutionnalisation de la politique de la ville (1990-1993) [David.J., 2003], son développement à la fin des années 1990 va permettre aussi d'investir en matière de santé, notamment dans l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies dans les mailles qu'elle délimite. En parallèle, la politique de santé, au fil de ses réformes intègre aussi les dimensions des soins médico-sociaux, et de prévention. Les acteurs de santé agissant au niveau régional, départemental, voire dans les quartiers de la politique de la ville devront prendre en compte les divers découpages du territoire pour décliner leurs actions. L'émergence de ces nouvelles mailles vient s'ajouter aux anciennes. Elles peuvent de plus se superposer sur des mailles qui ne sont pas définies de la même manière. Par exemple, les découpages en quartiers de la politique de la ville (2015) sont définis par les revenus les plus faibles des habitants ; tandis que les territoires de démocratie sanitaire (2016) sont définis par l'Agence Régionale de Santé (ARS) « à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région » [Légifrance, 2016.c ; Légifrance, 2016.d, Code de la santé publique, Article L1434-9]. Ces zones définies doivent répondre aux « (...) objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd » [Légifrance, 2016, Art. L. 1434-3.-I]. Dans ce contexte,

¹ Cette compétence générale en matière de prestations confiée aux départements concerne notamment l'aide médicale, l'aide sociale à l'enfance, aux familles et aux personnes âgées, la lutte contre les fléaux sociaux, la vaccination [Vie publique, 2019.b].

les acteurs qui agissent auprès des populations doivent inscrire et concilier leurs actions dans des périmètres qui ne sont pas toujours en commun.

Mêlant différents acteurs institutionnels et acteurs sanitaires et sociaux qui cherchent à s'adapter aux besoins populations, la territorialisation sanitaire à l'œuvre soulèvent de nombreuses questions qui ont trait aux recompositions des acteurs et aux mailles territoriales dans lesquels ils s'inscrivent.

Plus que jamais d'actualité à la lumière de la crise sanitaire de la pandémie de la COVID -19, la « territorialisation des politiques de santé » est en débat. Pour certains, dans le contexte pandémique, la territorialisation a constitué un leurre » [Sénat, 2020] ; pour d'autres, elle a permis « l'accélération de certaines dynamiques et le renforcement des interactions entre professionnels de ville, hospitaliers, élus locaux et institutions de santé publique » [C. Fournier, P. Clerc, 2021]. Concernant les populations, cette crise aura permis de révéler des problèmes spécifiques liés à des groupes de populations et de renforcer en particulier l'attention sur les situations de vulnérabilités [SFSP, 2020]. Des populations précaires, migrantes, sans-abri, ont en effet été bousculées, voire dans l'impossibilité d'effectuer leurs recours à des besoins de soins, en prévention, à leurs droits à la santé ou bien encore d'accéder à des ressources alimentaire et d'hébergement durant le confinement. Il a fallu des initiatives locales portées par les acteurs sanitaires et sociaux pour favoriser ces recours [A-C.Clause-Verdeau, P.Dubosc, E.Hirsch, 2020 ; P.Malzac, M.Mathieu, M.A.Einaudi, 2020]. Plus largement, la survenue de cette crise aura permis de « (...) questionner l'autonomie des systèmes d'action locaux en soins primaires, et leur capacité à construire une réponse adaptée à la fois aux besoins des acteurs locaux et aux enjeux portés par les acteurs politiques et les institutions régulatrices qui interviennent à différentes échelles » [C. Fournier, P. Clerc, 2021]. En d'autres termes les acteurs ont développé des modalités d'accès en réponse aux besoins des populations. En effet, la notion d'accès est centrale dans le processus de territorialisation sanitaire et sera aussi au cœur de la réflexion conduite dans cette thèse. Les acteurs mobilisés en matière de santé à différents niveaux (Ministères, Agence Régionale de Santé, institutions publiques, associations, municipalités...) se placent et produisent des interfaces pour développer l'accès aux soins de santé des populations. D'une part, les Ministères (des Solidarités et de la Santé, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales (politique de la ville)) sont en lien avec les ARS ; les ARS avec les acteurs des soins de santé locaux, tout comme les acteurs des soins de santé avec les populations. D'autre part, ces acteurs cherchent à faire émerger et à construire des accès dans des lieux spécifiques. Dans la mesure où la territorialisation sanitaire vise notamment une adaptation de l'offre de soins et des acteurs aux spécificités des territoires locaux, la notion d'interface permet d'étudier le processus de recompositions en cours, de manière globale, puisqu'elle relie selon des modalités différentes ces niveaux et leurs acteurs afférents.

Ce point constitue l'un des enjeux de la territorialisation sanitaire. En effet, cette thèse propose d'apporter des éléments en observant la transformation du système de santé à travers : premièrement le renforcement de la place des acteurs locaux et de leur(s) coordination(s), et deuxièmement la manière dont ces actions s'ancrent dans des périmètres d'intervention, plus particulièrement dans la prise en charge de populations vulnérables. Elles sont « (...) des publics invisibles ou relégués, et souvent catégorisés sans

nuances : personnes âgées, personnes isolées, personnes malades chroniques ou en situation de handicap, malades psychiatriques, personnes incarcérées, sans domicile fixe et mal logées, usager.ère.s de drogues, travailleur.euse.s du sexe, étranger.ère.s sans papiers... » [SFSP, 2020]. Au regard de ces populations, le niveau local est essentiel dans la mesure où c'est précisément à ce niveau que divers acteurs investis dans les champs de la santé et du social interagissent et investissent leurs actions auprès des populations. En effet, ce n'est que dans un contexte local orné de ses spécificités que la territorialisation orientée par les lois nationales peut s'inscrire et faire l'objet d'adaptations aux réalités des territoires pratiqués par les populations.

En 2020, P. Hassenteufel, M.Naiditch, F-X. Schweyer, soulignaient que « l'organisation des soins est au cœur de la stratégie de réforme du système de santé » et que les orientations de la loi « Ma santé 2022 » « renvoient à des transformations effectives du système de santé ». Pour autant, « cette dimension des politiques de santé a été jusqu'à présent plutôt moins étudiée que d'autres » [P. Hassenteufel, M.Naiditch, F-X. Schweyer, 2020]

Des travaux existent sur la territorialisation en matière de santé mais sont souvent l'œuvre de spécialistes de santé publique, d'économie de la santé, de politistes ou de sociologues [C.De Fontgalland, M.Rouzaud-Cornabas, 2020 ; Mériade.L, 2019; C.Clavier, 2009 ; A-C.Rimbert-Pirot, 2015, A.Mariette]. En France, des géographes ont étudié cette question, en cherchant à analyser la montée de l'inscription du niveau local dans les politiques de santé en France [J-M Amat-Roze, 2011, Coldefy.M, Lucas-Gabrielli.C, 2013], à comparer la territorialisation sanitaire à différentes échelles en France et au Québec [S. Fleuret, 2015] ou encore à interroger les effets des représentations spatiales et usages des acteurs sur le processus de territorialisation dans le contexte parisien [B. Georgelin, 2016, 2018]. Peu de travaux étudient cependant les ajustements des politiques et acteurs locaux pour établir une offre de soin de santé adaptée à la prise en charge, sanitaire, médico-sociale, en prévention et sociale des populations [A.Hamiti, 2014], en situation d'exclusion [S.Fleuret, R.Séchet, 2002], pour les populations vulnérables [C.Adam et al, 2017] et pour les populations migrantes, à quelques exceptions près [A.C.Hoyez, 2011, A.C.Hoyez et al., 2018]. Même si des dossiers thématiques émergent, interrogeant les pratiques des acteurs de terrain [S.Heymans, 2020], ces approches se fondent généralement sur les retours d'expérience des acteurs de terrain et sur des entretiens.

La question de l'articulation entre les « instruments de l'action publique »² [P.Lacousmes et P.Le Galès, 2005] (Contrats de Ville, Contrats Locaux de Santé...) et leurs acteurs avec les périmètres d'action associés (territoires de santé, quartiers prioritaires de la politique de la ville) est peu traitée [N.Haschar-Noé, E.Salaméro 2014, N.Haschar-Noé, 2016 ; S.Fleuret, 2016]. Même si les travaux mettent en lumière la difficulté des élus locaux à accepter les périmètres des territoires (bassins de vie) proposés par la politique de santé pour appliquer les contrats Locaux de Santé [N.Haschar-Noé, E.Salaméro, 2016]. Des travaux récents dans le domaine des sciences politiques ou de la sociologie tentent de mieux comprendre la

² « Appliqué au champ politique et à l'action publique (...) un instrument (d'action publique) constitue un dispositif technique à vocation générique porteur d'une conception concrète du rapport politique/ société et soutenu par une conception de la régulation » [P.Lacousmes et P.Le Galès, 2005].

réorganisation des soins primaires [P. Hassenteufel et al., 2020] ou font état de l'importance des « territoires d'action » faisant sens au niveau local et qui apparaissent distincts des territoires administratifs officiels [Fournier. C, Clerc. P 2021.a ; Fournier. C, Michel. L, Morize. N, Pitti. L, Suchier. M et al., 2021.b]. Ces mêmes travaux mettent en lumière les tensions existantes qui portent sur « la pertinence » des périmètres d'intervention proposés par l'État et ce que les acteurs locaux considèrent comme des territoires, c'est-à-dire des lieux dans lesquels leurs actions répondent aux besoins des populations. Néanmoins, le plus souvent, ces travaux traitent d'un des instruments de l'action publique (Contrats Locaux de Santé, Atelier Santé Ville) et de leur périmètre spécifique. En réalité, plusieurs acteurs peuvent intervenir dans un même périmètre, voire même hors des périmètres établis par les politiques publiques [N.Haschar-Noé, E.Salaméro 2014]. Ces actions s'inscrivent dans des lieux et des espaces spécifiques qui se construisent sur une stabilité temporaire entre des modalités de coordination entre acteurs et des réponses spécifiques aux besoins des populations.

La question de la coordination des acteurs, leurs adaptations aux populations et à leurs territoires constitue donc un enjeu important des politiques publiques. Si la mise en place de la territorialisation nécessite des « ajustements aux configurations d'acteurs, à leurs interdépendances et relations de pouvoir et aux territoires « vécus », autrement dit un apprentissage de l'action collective en santé publique » [N.Haschar-Noé, E.Salaméro, 2016] ; elle nécessite aussi de tenir compte des différentes mailles dans lesquelles s'insèrent les projets et initiatives des acteurs locaux. Cette question se trouve d'ailleurs au centre des travaux de recherches les plus récents qui montrent la nécessité d'une coordination dans un contexte « d'urgence sanitaire » lié à la Covid-19 en France [Fournier. C, Clerc. P 2021.a ; Fournier. C, Michel. L, Morize. N, Pitti. L, Suchier. M et al., 2021.b]. Néanmoins, l'étude des initiatives de coordination des acteurs dans un contexte ultra-marin a été peu effectuée [Leneuve-Dorilas.M, Bernard.S, Bapaume.A, Cape.M-N, Deudin.A-S, Louis.A, 2020].

Cette thèse s'inscrit dans la perspective de ces différents travaux et elle s'ancre en Guyane, un des territoires d'outre-mer français.

Située sur la côte nord de l'Amérique du Sud, la Guyane se distingue de ses pays limitrophes le Suriname (à l'ouest) et le Brésil (à l'est) par les « frontières naturelles »³ du fleuve Maroni (à l'ouest) et du fleuve Oyapock (à l'est). Avec une superficie de plus de 83 000 km², et éloignée de 7841 kilomètres depuis Paris sous un climat tropical équatorial humide, la Guyane ne représente pas moins de 15% du territoire Français. En effet, devenue l'un des Départements français d'Outre-Mer (DOM) par la loi de départementalisation du 19 mars 1946⁴, elle est depuis 2016 devenue un Département et Région d'Outre-

³ En réalité les fleuves en Guyane ne sont pas perçus par les populations comme des frontières mais comme des voies de communication d'échanges : il existe « une culture du fleuve ». Il n'est pas rare que des familles vivent de part et d'autre du fleuve. [Sénat, 2011, p.18]

⁴ LOI n° 46-451 du 19 mars 1946 tendant au classement comme départements français de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane française [Légifrance, 1946]

Mer (DROM)⁵ et dispose d'une collectivité territoriale unique⁶ (succédant au département de la Guyane et à la région de Guyane dans tous leurs droits et obligations). Par ailleurs, et depuis 1992, elle est l'une des neuf Régions Ultrapériphériques de l'Europe (RUP). La Guyane se place ainsi en « hypo-insularité » [T.Nicolas, 2005] dans la mesure où ses spécificités : géographiques, sociales, culturelles et économiques font partie des facteurs qui définissent une certaine distance entre cette région et le territoire hexagonal.

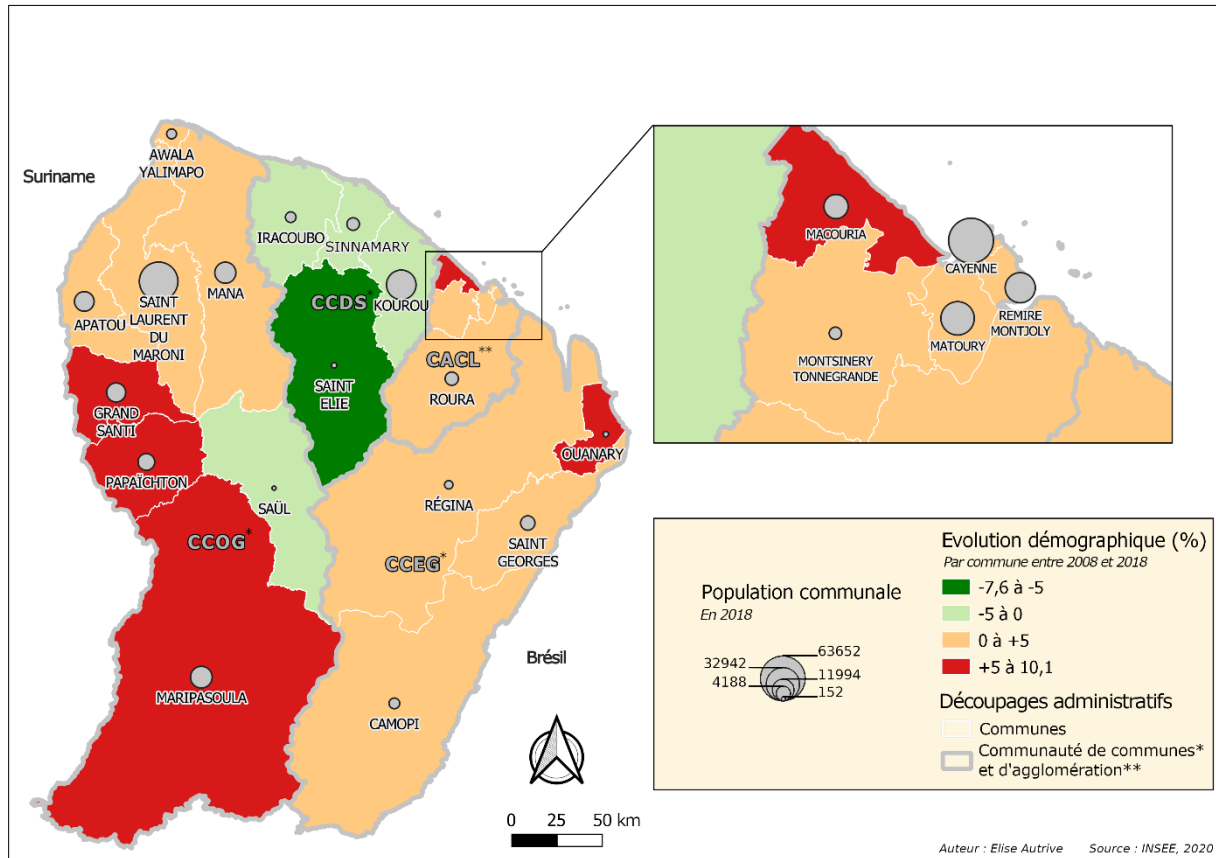
Comptant 283 540 habitants au 1er janvier 2019 [Insee, 2020.c], elle est la région Française la moins densément peuplée avec en moyenne 3,3 habitants par km² en 2018 [Insee, 2021.a] masquant cependant de grandes différences entre le littoral et l'intérieur. La croissance démographique est portée par une population jeune (la moitié de la population a moins de 25 ans) et une fécondité élevée (3,63 enfants par femme en Guyane contre 1,87 au niveau national) [Insee, 2021.a]. Bien que des similitudes existent (difficultés économiques et sociales) entre les départements d'outre-mer, une grande diversité existe aussi entre eux. A l'inverse de la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe appartenant aux Antilles Françaises se placent en situation insulaire au sein de l'archipel Caraïbe et se caractérisent par des superficies réduites et fortement peuplées. La Martinique constitue le département d'outre-mer dont le Produit Intérieur Brut par habitant est le plus élevé. La Guadeloupe est marquée par l'activité touristique et l'agriculture, contrairement à la Guyane [Sénat, 2000.a]. Les habitants des DOM en 2017 ont globalement un niveau de vie plus faible que dans l'Hexagone. Les inégalités socio-économiques sont plus marquées à Mayotte, puis en Guyane, et le sont moins dans les Antilles et à la Réunion. Ces inégalités sont rendues visibles pour de multiples indicateurs : taux de chômage, taux de pauvreté monétaire (quatre personnes sur dix en sont affectées à la Réunion, une sur deux en Guyane, trois quarts des personnes à Mayotte). Il existe également une forte représentation de la part des prestations sociales dans cette prise en charge de cette précarité, en Guyane, ces prestations représentaient 70% du revenu disponible des ménages au niveau de vie le plus modeste (inférieur au 1^{er} quintile de niveau de vie) en 2017 [Insee, 2020.d]. Les indicateurs sanitaires en Guyane, sont, quant à eux, souvent inférieurs à d'autres régions françaises avec une densité de médecins pour 100 000 habitants plus de 35 % inférieure à celle de l'Hexagone [Insee, 2017]. Dix pour cent de la population guyanaise est à plus de 24 minutes du premier généraliste au-delà des centres-villes [Insee, 2017]. Ces différences entre la Guyane et l'Hexagone masquent aussi des inégalités territoriales internes entre le littoral et l'intérieur. Dans le territoire de l'intérieur couvert par la dense forêt amazonienne, les communes plus difficilement accessibles et enclavées, se concentrent le long des fleuves frontaliers. A l'inverse, le littoral (où se situe les trois principales villes de Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni) largement ouvert s'étendant sur 300 kilomètres environ du nord à l'ouest concentre la majorité des habitants et activités de la région [Insee, 2016 ; V. Morel, 2012]. Dès les lendemains de la Seconde Guerre Mondiale, le premier préfet Robert Vignon (1947-1976) notait que « (...) toute la vie est pratiquement rassemblée sur Cayenne, qui draine

⁵ D'après la LOI n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral (1), en ligne, URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030109622/>>

⁶ D'après la LOI n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique (1), en ligne, URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024403725>>

la moitié de la population du territoire. » [R.Vignon, 1985, p 23]. Aujourd'hui encore, la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL) incluant Cayenne, concentre plus de la moitié de la population guyanaise (carte 1) (soit 144 501 habitants sur les 276 128 habitants en 2018)⁷.

Carte 1 : L'ouest de la Guyane et l'agglomération de Cayenne en forte croissance démographique. Nombre d'habitants par commune et taux d'évolution annuel moyen de la population 2008/2018 (en %) en Guyane, source : Insee, 2020.b



Cet ensemble d'indicateurs masquent pourtant une proportion importante de personnes omniprésentes mais « invisibilisées »⁸ [C.Moliner, 2015 ; C.Gasquet, A-C.Hoyez, A.Millot, 2019] parce qu'elles sont migrantes, sans papiers et en difficulté.

Le peuplement de la Guyane depuis le milieu du 18^{ème} siècle est étroitement lié à des politiques successives de peuplement reposant sur des flux migratoires trans-nationaux⁹ (annexe 2, F.Piantoni, 2009.a,

⁷ La Communauté de Communes de l'Ouest Guyanais (CCOG) comptait 94 667 habitants en 2018, la Communauté de Communes des Savanes (CCDS) comptait 29 843 habitants, la Communauté de Communes de l'Est Guyanais (CCEG) comptait 7 107 habitants [Insee, 2020.b]

⁸ Dans le sens où elles sont invisibles socialement auprès des pouvoirs publics. Ou bien leur situation de précarité est invisibilisée au sein du système médico-social par la prise en charge de dispositifs « spécifiques » tels que la Permanence d'Accès aux Soins de Santé [C.Moliner, 2015 ; C.Gasquet, A-C.Hoyez, A.Millot, 2019].

⁹ Migrations planifiées forcées ou spontanées, Colons européens d'origine paysanne (expédition de Kourou, 1763-1765), ressortissants africains (esclavage 1765-1831), ressortissants de France hexagonale, de l'actuel Laos, Vietnam, et Cambodge mais aussi de Canton du Gabon, du Liban, de Pologne et de Madère (relance de l'économie après l'abolition de l'esclavage, 1848 et 1870), ressortissants de France hexagonale, Maghreb du Laos, Vietnam, Cambodge (transportation, déportation, 1852-1939) ressortissants des Petites Antilles : Sainte-Lucie, Dominique, Guadeloupe,

M.Noucher et al., 2020). Depuis les années 1980, l'essentiel du flux migratoire provient des pays voisins et plus pauvres, Brésil, Suriname, et Haïti [Insee, 2021]. Bien que résidant sur le territoire guyanais, beaucoup de ces migrants n'ont pas toujours la possibilité d'accéder aux soins de santé en raison de droits non ouverts à l'assurance maladie et en raison de « la méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations et, parfois, des acteurs locaux » [ARS Guyane, PRAPS, p11, 2019]. Ces constats portant sur « la complexité des démarches administratives à effectuer et la méconnaissance des droits de cette population par les intéressés mais aussi par les professionnels de santé » ont été observés ailleurs qu'en Guyane : par exemple en Île de France [A.Guisao C.Jangal, M.Quéré, A.Laporte, F.Riou, 2017]. Plus récemment l'arrivée de « nouveaux migrants venus de Syrie et de Cuba [Ofpra, 2020]¹⁰ en Guyane, illustre aussi l'absence d'infrastructures adaptées [France.Info, 2021], tels que les Centres d'Accueils pour Demandeurs d'Asile (CADA)¹¹ pour assurer l'hébergement, le suivi administratif (demande d'asile) et social (couverture santé) ainsi qu'une aide financière alimentaire.

Porter une attention particulière à une problématique mêlant territorialisation sanitaire et migration est intéressante en Guyane, dans la mesure où l'offre globale de soins est caractérisée par « une offre de soins insuffisante et fragile » [Inspection Générale des Affaires Sociales, 2021, p.25] et par une offre en prévention et promotion de la santé « (...) comme les autres, confrontée à une pénurie de porteurs de projets » [H.Duplan, A.Sanna, C.Rousseau, C.De Bort, 2019, p.701]. Cette « situation de tension, faute de moyens » [ARS Guyane, 2018] du système de santé, invite les acteurs des soins de santé (soins, médico-social, prévention, social) à faire preuve de capacités d'adaptations. Parmi elles, figure entre autres, des « actions innovantes » [H.Duplan, A.Sanna, C.Rousseau, C.De Bort, 2019, p.701] « d'aller-vers » en équipes-mobiles (composées de professionnels de santé et de médiateurs) en réponse aux besoins des populations. Cependant, certaines sources [Regards Santé, 2017 ; IGAS, 2020] font aussi état d'une « coordination » de ces acteurs et des actions à renforcer, notamment dans le champ de la prévention.

Malgré ces constats portant sur les difficultés rencontrées par les acteurs il manque une connaissance précise des liens existants entre les acteurs des soins de santé, et les territoires et dans lesquels ils s'inscrivent à un niveau local. Pourtant le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie affirmait que c'est en « s'appuyant sur les dispositifs existants et à ce niveau local que peuvent se concrétiser les actions de prévention et de promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés, axés sur les populations les plus vulnérables » [HCAAN, 2019, p.18]. La question de la structuration et de la capacité d'adaptation des acteurs aux populations étant centrale, ce travail a pour objectif de mieux comprendre, à un moment donné, la territorialisation sanitaire (coordinations et initiatives

Martinique(ruées aurifères, 1880-1930), communautés de réfugiés Hmong (Plan vert, 1975) [F.Piantoni, 2009.a, M.Noucher et al., 2020].

¹⁰ Les premières demandes de protection internationale selon les principales nationalités pour l'année 2020 en Guyane étaient à 64%le fait de ressortissants d'Haïti (plus de 2 000 demandes d'asile), 14% de Syrie (332 demandes), 10% de Cuba (270 demandes), 7% d'autres nationalités, 4% de République Dominicaine, 2% d'Apatriques (Palestiniens et Libanais) [Ofpra, 2020, p. 18-19-21-37]

¹¹ Néanmoins une PADA (Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile ou SPADA) existe à Cayenne. La PADA assure un pré-accueil assuré par la CRF en Guyane. Ensuite la personne est orientée vers la Préfecture puis l'OFFI.

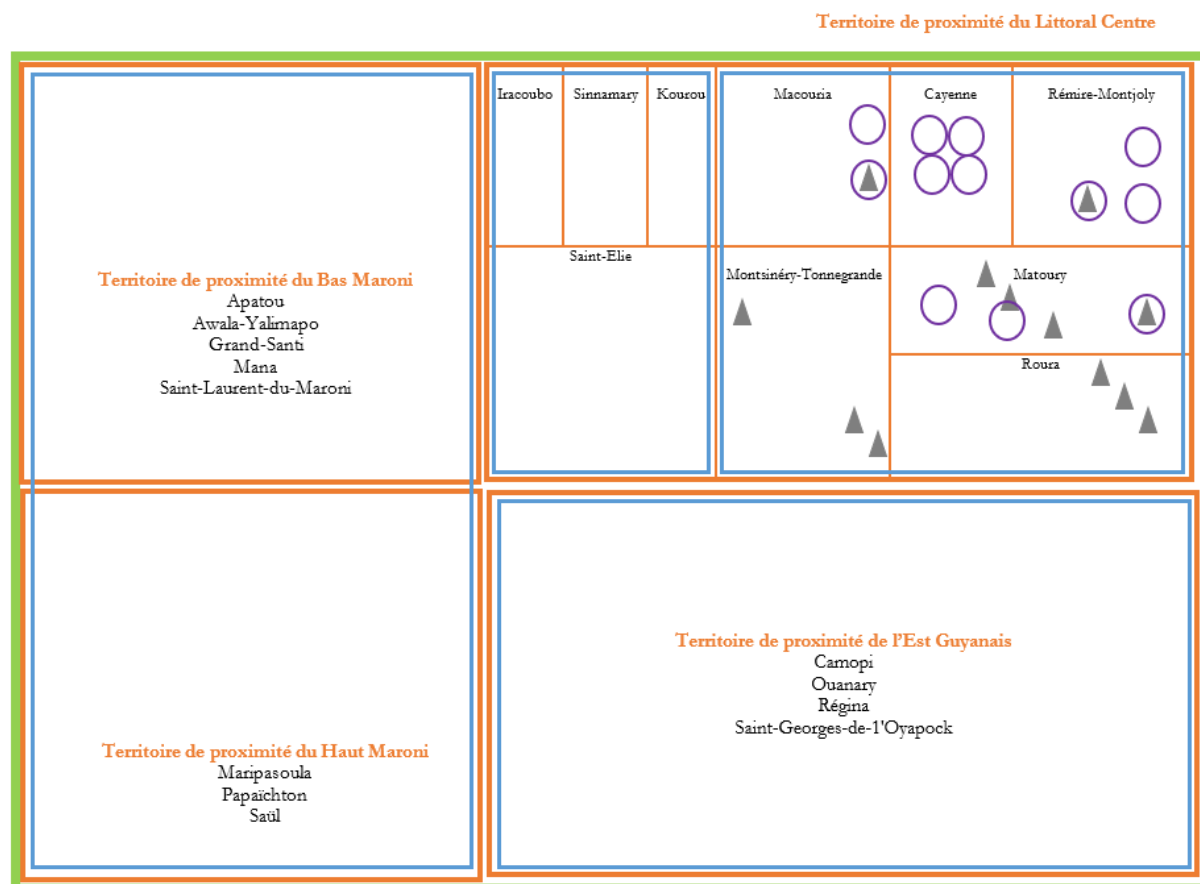
locales) des acteurs des soins de santé dans la prise en charge des populations vulnérables, notamment migrantes dans la Communauté d'agglomération Centre Littoral (CACL).

En Guyane, (figure 2), la politique de santé est conduite sur un territoire de santé unique, la région. Elle est divisée en quatre territoires de proximité établis par l'ARS. Les périmètres des intercommunalités de la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) et la Communauté de Communes Des Savanes (CCDS) ayant des compétences en matière de politique de la ville (incluant la santé) et de cohésion sociale, s'entremêlent au périmètre du territoire de proximité du Centre Littoral. En ce qui concerne plus spécifiquement la CACL, les espaces dans lesquels les instruments de l'action publique se déploient ne couvrent pas de la même manière les six communes. D'un côté les Contrats Locaux de Santé (CLS), outil de contractualisation entre l'Etat (Préfet), l'ARS, et les communes sont établis pour les communes de Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury et Macouria. De l'autre les Contrats de Ville un autre outil de contractualisation entre les communes/intercommunalités, l'Etat et ses partenaires sont constitués par l'ARS, les opérateurs publics de protection santé (Caisse Générale de Sécurité Sociale de Guyane (CGSS)), les opérateurs ayant des compétences en action sociale (Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) des communes), et des associations. Cependant, ces deux types de contrats peuvent se déployer uniquement dans les quatre communes ayant des mailles définies en Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) : les communes de Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Macouria, dans la mesure où les QPV sont au centre des périmètres d'intervention des Contrats de ville, mais aussi des CLS qui « doivent également trouver une application particulière dans les QPV » [Légifrance, 2009.a]. Cela signifie que dans ce contexte, des acteurs étant dans des cadres de contractualisation différents (CLS, Contrats de ville) peuvent intervenir sur un même maillage. En parallèle, d'autres mailles existent et se superposent. Par exemple, la maille de gestion des Centres de Protection Maternelle et Infantile sous tutelle de la Collectivité Territoriale de Guyane s'imbrique avec le territoire de santé (soit la région) de l'ARS, néanmoins les PMI peuvent avoir leurs propres « secteurs géographiques » d'intervention¹².

Dans ce contexte, la territorialisation de la politique de santé publique donne lieu à « un brouillage » [C.Clavier, 2009] du partage des compétences entre l'État, les collectivités locales et les acteurs partenaires investis, mais aussi des périmètres dans lesquels s'insèrent ces multiples acteurs.

¹² L'entretien mené auprès de la PMI Barrat à Cayenne témoignait de compétences par « secteurs géographiques », c'est-à-dire les cantons de la commune de Cayenne (annexe 1).

Figure 2 : Des mailles superposées dans la CACL, sources : ARS Guyane, 2016 ; site des intercommunalités, Sig.ville.gouv.fr (n.d), E.Autrive à partir des données de l'Audeg, 2018.a.b



Légende :

Périmètres : **Territoire de santé (régions)** - **Territoires de proximité** - **Communes** - **Communautés de Communes/ d'Agglomération** - **Quartiers prioritaire de la politique de la ville** - **Quartiers spontanés**

Compétences	Territoire de santé (ARS) (Région Guyane)	Communes	Territoire de proximité du Centre Littoral (ARS)	CACL (Intercommunalité)	QPV (Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Macouria)	Quartiers spontanés (Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Montsinéry-Tonnegrande, Roura)
Politique de Santé (Sanitaire, Médico-Social, Prévention de la santé)	X X (département)	X (via CLS) X (Pmi)	X X		X (via Contrats de ville) X (Prévention)	X
Droits à la santé	X					
Politique de la ville		X (via CLS)			X (via Contrats de ville) X X	X
Accompagnement Social		X (CCAS)			X	X
Mobilité				X		
Eau et assainissement				X		

Acteurs : **ARS** – **Collectivité Territoriale de la Guyane** – **CGSS** – **CACL** – **Municipalités** – **Professionnels de santé** – **Acteurs associatifs**

Dans ce contexte, la thèse cherche premièrement à comprendre la vision organisationnelle des acteurs de la sphère politique (Agence Régionale de Santé, Politique de la ville). L'hypothèse sous-jacente est que les acteurs politiques ont des visions différenciées de la structuration par rapport aux acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux).

Deuxièmement, elle propose de rendre compte de l'organisation relationnelle « réelle » des acteurs des soins de santé en analysant leurs modalités relationnelles (liens de collaborations) dans la prise en charge des populations vulnérables. L'hypothèse d'une différenciation entre acteurs, certains ayant une fonction d'opérateur constituant des nœuds importants dans le système sanitaire et social destiné à prendre en charge ces populations, est centrale dans la thèse.

Troisièmement, elle cherche à étudier les modalités de localisation des acteurs de terrain en les mettant en parallèle avec les périmètres établis des politiques publiques (territoires de santé, quartiers prioritaires de la politique de la ville). Dans la mesure où « la construction du territoire est dominée par le rôle de l'État qui « contrôle, maintient son intégrité [...] exerce une autorité, une compétence » [selon P. et G. Pinchemel, 1997 in A.Moine, 2005] et que les acteurs locaux « façonnent le territoire » [opsit] ; l'hypothèse de travail considère que la territorialisation actuelle impulsée par les acteurs pris dans leurs diversités de structurations locales, serait issue d'un « bricolage » [C.Lévi-Strauss, 1962 ; R.Lajarge, 2000] : produisant des territorialisations diverses qui sont les résultats, au niveau local, d'une hybridation entre la déclinaison de normes nationales et des formes de régulation des acteurs locaux.

Quatrièmement, cette thèse envisage de mieux comprendre les territorialisations produites par les acteurs en les mettant au regard des pratiques d'accès aux soins de santé et à caractère social des populations. En effet, il paraissait important d'interroger les populations vivant dans les quartiers spontanés de la CACL sur leurs recours aux structures et leurs déterminants d'accès. Cette démarche permet ainsi de tester l'hypothèse d'une adéquation entre la structuration de la prise en charge et de ses lieux par les acteurs sanitaires et sociaux et les pratiques des populations vulnérables.

En raison de données officielles ne faisant pas état de toute l'offre de soins de santé dans les bases de données disponibles auprès de l'ARS Guyane (depuis 2016) ; mais aussi, en l'absence d'informations sur les liens pouvant exister entre les acteurs des soins de santé, il a semblé nécessaire de mettre en place une importante collecte de données sur le terrain. Par la diversité des sources d'information et des données collectées, l'enjeu méthodologique principal fut de pouvoir associer des données qualitatives et quantitatives qui visent à se compléter. Parmi les options méthodologique, cette thèse fait le choix de s'appuyer en grande partie sur « l'analyse de réseau »¹³ qui fut fondée au début du 20^{ème} siècle par le sociologue Georges Simmel [P.Mercké, 2011, p.8]. Plus que de saisir les relations sociales entre les acteurs, il s'agit de visualiser et de

¹³ La notion de « réseau » recouvre différents sens (réseau routier, sanguin, hydrologique...), et la rend difficile à cerner. La notion de « réseau social », inventée par John Barnes en 1954 [J.A Barnes, 1954] puis développée en 1957 par le psychologue Stanley Milgram, elle peine à trouver une définition faisant consensus [F. Maillochon, 2012]. Toutefois, simplement défini, un « réseau social » - non sous le sens des réseaux en ligne sur internet – peut se définir comme un « entrelacement » [P.Mercké, 2011, p.8] entre des acteurs ou « un ensemble de relations entre un ensemble d'acteurs » [M.Forsé, 2008].

décrypter la structure des relations sociales qui résultent des interactions entre les acteurs. Ainsi, différente de l'analyse d'UN réseau, « L'analyse DE réseau désigne un ensemble de méthodes, de notions et de concepts fondés sur la théorie des graphes pour étudier un phénomène relationnel donné » [L.Beauguitte, 2016, p.1] Selon les disciplines, la terminologie de réseau et de graphe sont souvent des synonymes, sauf pour les mathématiciens [opsit] où le graphe ne désigne qu'un objet mathématique. En outre « le réseau ne devient que réseau » en tant que tel si les sommets et / ou les liens ont des attributs¹⁴. Ainsi le réseau ne se réduit pas seulement à un ensemble de relations. L'analyse de ces relations, dite « analyse structurale », permet avec une série de mesures issues de la théorie des graphes de révéler une/des structure(s) relationnelle(s) similaires, dissimilaires du réseau. Initialement utilisée en sociologie, l'analyse de réseaux sociaux est mobilisée dans de nombreuses disciplines, et depuis les années 2000 dans les recherches dans le champ de la santé. Un ensemble de travaux propose, d'une part, d'identifier à l'aide de bases de données d'enregistrement des patients les types d'établissements mobilisés dans la prise en charge de certaines pathologies [N.Le Meur, 2017 ; C.Gandré, L.Beauguitte, M.Coldefy, 2018]. D'autre part, certaines études cherchent à déterminer les collaborations existantes entre établissements ou professionnels de santé [U. Srinivasan, S.Uddin, 2015 ; N.Khosla et al., 2015 ; M.W.Schoen et al., 2014] ou étudient le lien entre les caractéristiques structurelles du réseau et les résultats cliniques des patients [M.L.Barnett et al., 2012]. Ces études mobilisent avant tout des mesures de degrés (entrants, sortants), ou bien de transitivité. Un petit nombre d'études s'inscrit dans l'analyse de la dynamique des partenariats [J.Lewis, 2008] à partir d'entretiens. La mobilisation de l'analyse de réseau pour étudier les données obtenues par les entretiens et des questionnaires constitue une plus-value pour l'étude de ce sujet dans la mesure où elle permet d'une part de visualiser la structuration globale des relations entre les acteurs, et les recours aux soins des populations à ces acteurs. D'autre part, elle permet par des mesures d'approfondir les interactions des acteurs en révélant des fonctions et rôles spécifiques d'acteurs dans cette structuration.

Ainsi, et d'une part des séries d'entretiens ont été menées auprès de l'ARS Guyane et des acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux) de la CACL. Étudiés à l'aide de l'analyse de réseau (théorie des graphes), les mesures permettront de visualiser et d'apporter une compréhension de la structuration des acteurs. Les éléments discursifs permettront d'appréhender le contexte et de mieux interpréter l'état de la structuration des acteurs rendue visible par l'analyse de réseau. D'autre part, les questionnaires passés auprès de populations vulnérables habitant dans des quartiers spontanés ont aussi été réalisés et seront aussi étudiés par une analyse de réseau. Elle permettra de visualiser et d'identifier, pour différents types de soins, les principaux acteurs des soins de santé et les raisons pour lesquelles les populations y ont eu recours. Enfin, les cartographies permettront de faire un état des lieux de l'offre et des actions existantes et de saisir les mailles territoriales (territoire de santé, quartiers de la politique de la ville, quartiers spontanés) dans

¹⁴ Dans un réseau, les sommets représentent alors un nœud du graphe soit un acteur (ex : structure, dispositif, soit un individu) selon le type de données. Les liens représentent une arête du graphe soit une relation caractérisée par une nature (ex : prise en charge des populations entre les acteurs, un recours d'un individu pour un type de soins vers un acteur) selon le type de données.

lesquelles elles s'inscrivent. Associées avec l'analyse de réseau elles donnent des pistes de réflexion pour comprendre la localisation des acteurs.

Globalement, cette thèse se compose de trois parties. La première intitulée « Etat de l'art, positionnement de la recherche et approche du processus de territorialisation en Guyane Française », regroupe trois chapitres. Dans le premier, il s'agit de poser et mettre en parallèle l'évolution des réformes des politiques de santé et de la ville à partir des prémices de la loi de décentralisation de 1982. L'objectif du second chapitre est de poser et d'articuler les concepts clefs de la « territorialisation sanitaire » et de « l'accès » mobilisés dans cette étude. Dans le troisième chapitre, il s'agira de présenter le contexte Guyanais sous le prisme de la mise en place de son organisation sanitaire des années 1945 à aujourd'hui, et de poser les enjeux de « l'accès » aux soins des populations vulnérables et migrantes dans la communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL).

La seconde partie intitulée « de la méthodologie aux analyses » est composée de trois chapitres. Le chapitre quatre expose la méthodologie et les données collectées issues d'un premier travail de terrain réalisés auprès d'acteurs de la politique de santé (ARS) et d'acteurs prenant en charge des populations. Le cinquième chapitre rend compte de la méthodologie employée pour « cibler » des populations vulnérables et migrantes, puis de la méthode de collecte des données par questionnaires menée lors d'un second travail de terrain passé auprès des populations en situation de vulnérabilité habitant dans des quartiers d'habitat spontanés. L'objectif du sixième chapitre est de présenter l'originalité méthodologique de cette étude qui s'appuie en partie, sur des types de données qualitatives en les traitant à l'aide de l'analyse de réseau.

Enfin, la troisième et dernière partie intitulée « La territorialisation sanitaire au prisme de l'« accès » », se compose de cinq chapitres. Elle se constitue des analyses des données et des résultats. Le septième chapitre présente la vision portée par l'ARS de Guyane sur la structuration des acteurs des soins de santé qui composent les opérateurs de la politique de santé qu'elle organise en région. Le chapitre huit se concentre sur la structuration des acteurs des soins de santé qui interviennent dans la prise en charge des populations vulnérables. Le neuvième chapitre s'intéresse plus particulièrement aux modalités et enjeux du déploiement de l'offre mobile sur le territoire. Le chapitre dix présente les populations interrogées au prisme de leurs multiples facettes de vulnérabilité. Enfin, le chapitre onze aborde les recours et les renoncements à certains types de soins de santé et aides à caractère social et tente de les croiser avec les analyses précédentes menées sur les acteurs.

Partie I

La territorialisation sanitaire : État de l'art, positionnement de la recherche et contexte en Guyane Française

L'organisation actuelle du système de santé en France prend racine dans la loi de réorganisation des hôpitaux et des hospices civils du 21 décembre 1941 [Légifrance, 1941] et son application par décret le 17 avril 1943 [Légifrance, 1943]. L'hôpital est à partir de ces dates considéré comme un établissement sanitaire et social et marque la fin du modèle de l'hôpital/hospice publics nés deux siècles précédents. A la fin de l'année 1958, dans les villes qui disposent de facultés ou d'école de médecine et de pharmacie, les centres hospitaliers seront associés à ces activités, donnant naissance aux « centres hospitaliers et universitaires » [Sécurité sociale, 1958.a]. Parallèlement à cette structuration hospitalière, la Sécurité Sociale naît de l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 [Sécurité sociale, 1945.a]. A cette époque, le Régime Général permet de protéger les travailleurs et leur famille contre « les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille » avant de se réformer pour s'étendre progressivement à toute la population du pays [Sécurité sociale, 1945.b]. En 1956 naît le premier Code de la Sécurité Sociale [Sécurité sociale, 1956] structurant les ordonnances de 1945. Les directions régionales de la Sécurité Sociale contrôlent alors la gestion des caisses primaires et des caisses d'allocations familiales. Le système de sécurité sociale en France et l'extension de sa protection à tous est une sorte d'hybridation [A.Catrice-Lorey et M.Steffen, 2007] entre deux modèles : le « bismarckien »¹⁵ et le « beveridgien »¹⁶.

Les réformes se poursuivent, et l'année 1964 marque la première des étapes¹⁷ de la réorganisation et attributions des services extérieurs de l'Etat chargés de l'action sanitaire et sociale [Légifrance, 1964] appelés plus tard « services déconcentrés » [V.P.Comiti, 2002,p.60]. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et leurs déclinaisons départementales, les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) sont alors créées.

Il faudra attendre la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 créant le « Service Public Hospitalier » (SPH) [Légifrance, 1970] et la « Carte Sanitaire » pour proprement parler de « *planification sanitaire* »

¹⁵ Le modèle bismarckien assure : une assurance, les financements par cotisations, il est destiné aux travailleurs, assure un revenu de remplacement pour ceux qui ne peuvent plus travailler, une gestion du système confiée aux intéressés ou à leurs représentants (les syndicats)

¹⁶ Le modèle beveridgien assure : une assistance et solidarité, un financement par contributions publiques ou par impôt, il est destiné à tous (universel), assure un minimum vital pour tous, une gestion du système assurée par le pouvoir public.

¹⁷ La transformation des services extérieurs de l'Etat se déroule en 4 étapes : l'unification en 1964 et 1977, la rationalisation en 1977, la scission en 1985, et la coordination en 1994 et 1996. [V.P.Comiti, 2002, p.60]

[M.Nogues, B.Azema, 1996]. Cette Carte Sanitaire « sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service public hospitalier » (Article 47). Organisée à l'échelle nationale, elle vise « à réguler et « (...) assurer une évolution plus équilibrée et homogène du parc hospitalier après plusieurs années de développement soutenu mais inégalement réparti sur le territoire » [Sénat, 2013]. Ainsi, 256 secteurs sanitaires sont alors répartis en 21 régions ; la psychiatrie faisant quant à elle l'objet d'un découpage spécifique [F.Bourdillon, 2005]. Ainsi, « La planification hospitalière reposait sur des indices de besoins, l'inventaire des équipements existants et un régime d'autorisation pour les activités de soins (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.) et pour les équipements lourds » [opsit]. Ce premier outil de planification sanitaire visant davantage l'égalité que l'équité des services sur le territoire s'est avéré finalement très quantitatif et rigide [M.Coldefy et V.Lucas-Gabrielli, 2008]. L'organisation du secteur hospitalier reste fortement structurée par l'Etat.

Néanmoins, les années 1980 amorcent une première étape en matière de transferts de compétences et de pouvoirs au profit des acteurs se plaçant à des échelles subordonnées de l'Etat : régions, départements, communes. Alors ministre de l'Intérieur et de la Décentralisation, Gaston Deferre, prépare la grande réforme de l'acte I de la décentralisation. Promulguée le 2 mars 1982, la loi relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, complétée par la loi du 22 juillet 1982 peut être considérée comme étant l'« acte de naissance » du processus de décentralisation, entendu comme « l'accroissement des attributions et de l'autonomie des acteurs périphériques par rapport au niveau central » [D.Polton, 2004]. En France, et d'une façon générale, la décentralisation [P-L.Bras et al., 2009] concerne « l'attribution de pouvoirs et de responsabilités à des collectivités locales administrées par des instances élues ou à la décentralisation vers des autorités administratives » Cette définition large, regroupe cependant des processus distincts¹⁸ [P-L.Bras et al., 2009] dont les objectifs visent à mieux prendre en compte les situations régionales ou locales. Des programmes contractuels entre l'Etat et les collectivités territoriales sont alors développés dans divers champs tels que l'action sociale, le logement, l'éducation...

S'il faudra attendre la décennie 1990 pour que les régions soient prises en compte pour définir la Carte Sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire, dès la fin des années 1970 et le début des années 1980 sont apparus les premiers programmes de « développement social urbain ». Cette « politique de développement social des quartiers coïncida avec l'entrée en vigueur des lois de décentralisation de 1982-1983 » [T.Kirszbaum, 2017]. Dès lors, la politique de la ville se structure dès les années 1980, en réponse aux émeutes dans le quartier des Minguettes, à Vénissieux (banlieue de Lyon). Le développement de cette politique de la ville émerge à la suite de deux constats : l'accumulation de difficultés sociales, économiques

¹⁸ -La déconcentration : attribution de pouvoirs à des échelons subordonnés de l'administration d'État ;

-La délégation : attribution de pouvoirs à des institutions indépendantes ou relativement indépendantes de l'administration d'État ;

-La dévolution : attribution de pouvoirs à des autorités locales élues ;

-La privatisation : prise en charge par le secteur privé de certaines fonctions. P-L. Bras et al. (2009)

et environnementales qui persistent sur les territoires¹⁹ urbains infra-communaux ; sans qu'aucun acteur public ou privé ne puisse agir avec efficacité sur ces territoires [Fabrique, Territoires, Santé, 2020]. En 1984, le Comité Interministériel des Villes (CIV) - l'organe décisionnel de la politique de la ville - arrête les orientations, définit les programmes et répartit les moyens. Le 21 décembre 1990 le ministère de la ville est créé. L'intérêt pour les populations des territoires « en difficulté » devient une priorité de toutes les politiques publiques avec la loi interministérielle de « lutte contre les exclusions » de 1998 [Légifrance, 1998]. Cette loi est marquante à deux égards. D'une part elle considère « les personnes en situation d'exclusion/ de précarité » dans l'action des politiques publiques, et d'autre part, elle vise l'instauration d'un « ressort géographique le plus approprié à la prévention et à la lutte contre les exclusions ». Elle permet alors l'émergence de nouveaux niveaux et périmètres d'actions : agglomérations, communes, quartiers infra-urbains. « En recentrant son intervention sur des territoires, l'action publique a donné au projet local une place déterminante » [O.David, 2014]. Dans les périmètres concernés, une frange de la population en situation d'exclusion/de précarité est rendue visible mais une partie des publics restent difficilement appréhendés, puisque « invisibles ». Des études plus récentes [ONPS, 2015 ; MDM, 2014, A.C Hoyez, 2011] mettent en avant l'« invisibilité » des publics migrants par exemple : « la question de la santé des migrants (...) n'est pas toujours identifiée à part, les problèmes spécifiques aux populations migrantes étant « dilués » dans ceux de l'ensemble des populations vulnérables ». Ce manque de visibilité est premièrement « justifié par leur situation illégale, qui les place logiquement dans de grandes difficultés pour accéder à des droits ou prestations sociales », [ONPS, 2015, p.32] ; et deuxièmement, par leur « dispersion » ou leur localisation dans « des interstices ou dans des marges » du territoire [MDM, 2014, p.71, p.87].

Ces difficultés en termes d'identification sont également associées à des problèmes de définition. Les notions de « populations en situation « d'exclusion », [M.H.Soulet, 2005], « de précarité », ou « de pauvreté » sont aujourd'hui peu à peu remplacés dans le champ de la santé [C.Adam, 2017, p.92] par la notion de populations en situation de vulnérabilité, « populations vulnérables » [C.Adam et al.,2017]. Cette notion sera utilisée dans ce travail puisqu'elle permet d'intégrer les facteurs d'une situation de vulnérabilité plus larges que, par exemple, celui de la précarité monétaire.

L'amélioration de la situation des populations « vulnérables » [C.Adam et al.2016], est un point important des politiques publiques : de la ville et de la santé avec de multiples acteurs concernés. L'enjeu central pour ces acteurs qui agissent à différents niveaux de compétences et différents périmètres d'actions est d'agir ensemble sur des projets. Cette dynamique de projet, mêlant de multiples acteurs et modes d'actions différents sur des périmètres en constante transformation, peut être appréhendée sous le terme de la territorialisation des politiques publiques²⁰. Ce terme recouvre l'idée de l'accroissement des

¹⁹ Les ORS (Observatoires Régionaux de Santé) créées en 1982 contribuent par ailleurs à une meilleure connaissance (quantitative et qualitative) de l'activité des établissements sanitaires et des inégalités de santé et d'accès aux soins sur les territoires [Sénat, 2013]

²⁰ La définition de la territorialisation se confond parfois avec les politiques de décentralisation, de déconcentration ou d'aménagement du territoire [P-H. Bréchat, 2016], en réalité « l'objet des trois politiques publiques que conduit l'État sont trois politiques de territorialisation qui se développent et se chevauchent » [opsit]

transferts des compétences de la part de l'Etat central (national) vers des acteurs qui agissent à des niveaux inférieurs (région, département, commune, quartier). Cette territorialisation sous-entend une capacité des acteurs agissant à des niveaux inférieurs à s'organiser en tenant compte des contextes locaux. Si ce processus a été enclenché²¹ dans les années 1980 par la politique de la ville avec le ciblage « d'espaces physiques et sociaux spécifiques » [J.De Maillard, 2011] ; la territorialisation de la politique de santé débutera plus tardivement. Elle sera amorcée notamment avec la Loi HPST de 2009, et sera renforcée avec la loi de modernisation du système de 2016. Ainsi, même si chaque politique a ses spécificités, il convient également pour la politique de la ville et la politique de santé de s'articuler entre elles à travers une « instrumentation d'action publique ». Elle renvoie à l' « ensemble des problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » [P.Lacoumes et P.Le Galès, 2005, p.12]. La question de l'articulation des politiques publiques renvoie alors à la question de la coordination de ces dernières à travers les outils mis en place. Ces outils sont appréhendés comme étant des moyens de coordination entre « acteurs ».

Sans retracer toute l'histoire et les différentes conceptions de ce terme [V.Nosedá, J-B.Racine, 2001], la notion « d'acteur » sera définie ici comme étant « individuel » (une personne) ou « collectif » (ensemble de personnes qui agissent dans un champ, par exemple les acteurs de la politique de la ville). Deux types seront plus particulièrement utilisés. D'une part, les « acteurs politiques » qui contribuent à organiser la politique de santé à une échelle régionale, locale : les acteurs de la politique de santé (Agence Régionale de Santé), les acteurs de la politique de la ville (communauté d'agglomération, municipalités). D'autre part, il s'agit des « acteurs des soins de santé ». Par acteurs de soins de santé²², nous entendons ici l'ensemble des acteurs qui concourent à « la santé » d'un individu au sens de l'OMS²³. Ils renvoient donc aux « acteurs du soin » et aux « acteurs du social ». Cette conception renvoie à terminologie des « soins de santé primaires » de l'OMS dont la première définition, posée en 1978, a évolué [A.Crismer et al., 2016]. A l'heure actuelle « les soins de santé primaires » (SSP) tels que définis par l'OMS²⁴ en 2018 « constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des

²¹ Des auteurs évoquent une non territorialisation de la politique de la ville dans la mesure où cette dernière « n'aurait que » ciblé et établi une liste des quartiers (ZUS) sans regarder ces derniers comme étant une partie incluse dans un tout. De cette manière la politique de la ville aurait « introduit la question territoriale dans les politiques mais est restée en même temps a-territoriale » [D.Behar, 2001].

²² Ce terme a été posé dans un contexte où derrière les terminologies employées, les acteurs qui s'y réfèrent peuvent varier. Par exemple, si l'on s'intéresse à l'organisation de l'Agence Régionale de Santé, les pôles de directions portent différentes missions et « segmentent » les acteurs. Les premiers peuvent se classer dans le sanitaire, l'offre de soins, c'est-à-dire les établissements hospitaliers, et les professionnels libéraux. Les seconds acteurs peuvent se rapporter au champ du médico-social, c'est-à-dire les structures en capacité d'héberger et d'accompagner des patients « spécifiques » (personnes âgées, personnes atteintes d'un handicap). Et le troisième groupe d'acteurs peuvent se référer à la prévention et promotion de la santé, c'est-à-dire les acteurs qui exercent des soins de prévention pour la vaccination, par exemple les PMI, le dépistage... Néanmoins et si l'on se réfère à au Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (Finess), derrière le terme « sanitaires et sociaux » la classification de ce fichier fait apparaître des acteurs qui agissent dans la prévention. Dans ce cas le terme « sanitaire et sociaux » ne recouvre pas exactement les mêmes acteurs.

²³ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [OMS, 1946].

²⁴ Les SSP incluent « les soins primaires » dits de « première ligne » [A.Crismer et al., 2016].

populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations » [OMS,2018]. Elle paraît pertinente dans cette étude car la santé et l'approche sur les soins de santé primaires sont plus larges que l'absence de maladie. De ce fait l'approche n'est pas seulement centrée sur des activités de soin mais aussi sur des activités qui préviennent l'apparition de maladies (prévention et promotion de la santé) et qui concourent au maintien de la santé de l'individu : l'accès à une couverture sociale, la fourniture adéquate de nourriture, un apport en eau et une hygiène de qualité suffisante... [A.Crismer et al., 2016]. Puisque, généralement les populations vulnérables, et plus particulièrement migrantes ont des besoins qui outrepassent le soin, leur prise en charge globale nécessite donc des « acteurs du soin » ; mais aussi des « acteurs sociaux » qui travaillent sur des domaines d'activités connexes [A.C.Hoyez, 2011] ; tels que l'accompagnement social, la proposition d'aides à caractère social (aides alimentaires, vestimentaires...). L'ensemble de ces « acteurs sanitaires²⁵ et sociaux » sont donc compris sous le sens des « acteurs des soins de santé ».

Cette première partie sera organisée en trois chapitres. Ils ont pour objectif de poser les cadres de ce travail en apportant l'ensemble des éléments, contextuels et conceptuels nécessaires à sa compréhension. Le premier chapitre vise à retracer la construction du processus de planification sanitaire (1945) notamment à partir de la loi de décentralisation (années 1980) jusqu'à la territorialisation sanitaire actuelle. Dans cette perspective, la construction de la politique de santé et de la ville seront mises en parallèle, en portant une attention particulière aux outils mis en place pour les populations vulnérables à un niveau local. En effet, ces deux politiques voient leurs programmes et outils d'actions sur le territoire de plus en plus reliés. Le second chapitre exposera les différentes notions centrales mobilisées dans la thèse, à savoir celles « d'accès aux soins », de « populations vulnérables », et de « territorialisation sanitaire ». Ce triptyque est au centre de cette étude. Il s'agira de questionner la territorialisation sanitaire en interrogeant les conditions de l'accès des populations vulnérables.

Enfin, le troisième chapitre montrera la pertinence de cette étude en Guyane, plus particulièrement au sein de la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) dont Cayenne est la ville principale.

Dans un contexte régional éloigné des autres régions de France et riche de spécificités, géographiques, culturelles, économiques, la mise en application des politiques pensées depuis l'hexagone pose des défis au système de santé guyanais. La nécessité d'améliorer le système de santé en Guyane et de prendre en considération les spécificités Guyanaises locales a été rendu visible dans l'actualité scientifique et dans les médias, en particulier à l'occasion du mouvement social de Guyane en 2017 et réaffirmé lors de la pandémie de Covid-19 [France. Info, 2017 ; M.Leneuve-Dorilas et al., 2020 ; France culture, 2020].

²⁵ Ici lorsque les acteurs sanitaires seront évoqués ils comprendront les acteurs apportant « du soin » qu'ils soient curatifs ou préventifs.

Chapitre I

Entre politique de santé et politique de la ville : découpages et modes de coordination

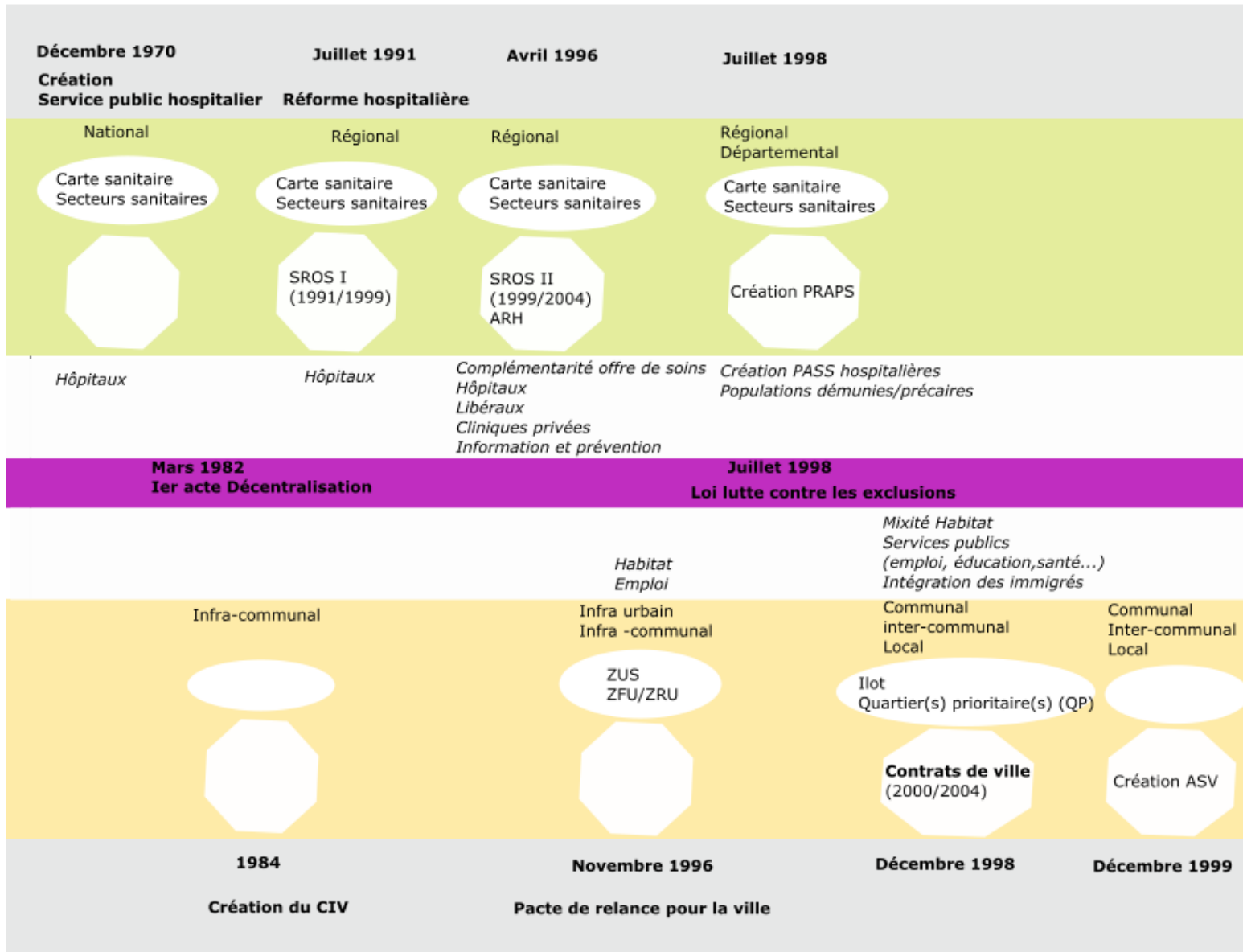
Ce premier chapitre a pour objectif de rendre compte de l'évolution de la politique de santé et de la ville. Dans la mesure où toutes deux visent l'amélioration de la santé des populations, il s'agira d'exposer la déclinaison des politiques pensées à un niveau national, à un niveau local, mais aussi de saisir les dynamiques et les enjeux induits par la multiplication des acteurs investis dans leur mise en œuvre. En portant une attention particulière aux dispositifs mis en place pour les populations vulnérables, il s'agira dans ce chapitre de mettre en valeur les points d'articulation de la politique de la ville et de santé en termes de coordination et de découpage des périmètres d'action sur la base d'une chronologie. Cette évolution, débutant dans les années 1980, expose les outils de coordination et les découpages respectifs de ces deux politiques, et s'attachera aussi à mettre en lumière leurs « points de convergence ».

Enfin, l'approche par les outils permet d'interroger le processus de « coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions » destinée à « atteindre des buts propres discutés et définis collectivement » [P. Le Galès, 2013, p. 458].

1 – La multiplication des acteurs et des périmètres d'intervention (1990 – 2008)

1.1 Des années 1990 à 2002 : l'émergence de nouveaux outils et de nouveaux acteurs

Figure 3 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville entre 1970 et le début des années 2000



Légende :

- Politique de santé (PS)
- Politique interministérielle (PI)
- Politique de la ville (PV)

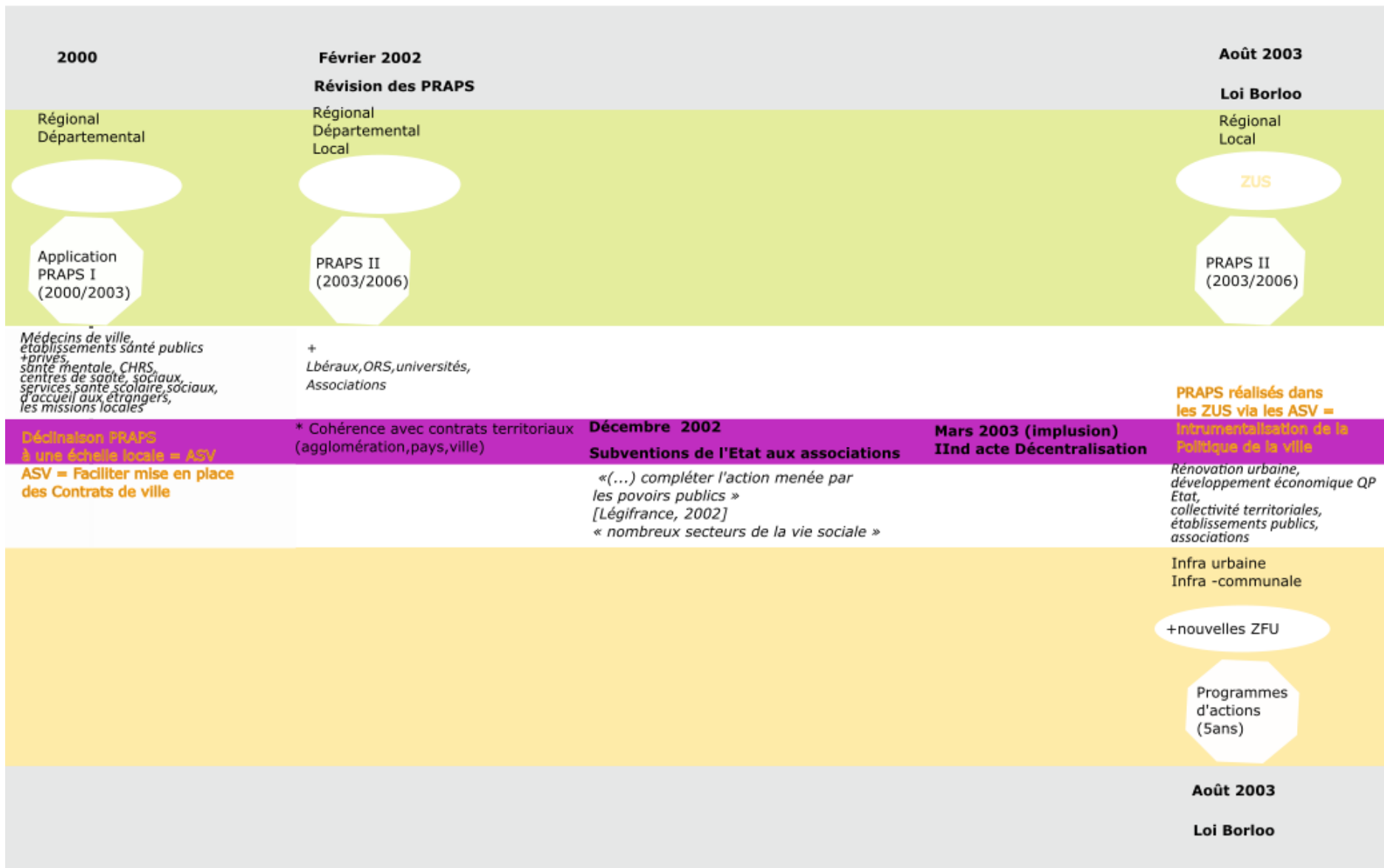
Dates Evénements

Niveaux

- Périmètres/ Découpages
- Outils de coordination

Champs des activités concernées

Outil articulé politiques de santé/ ville



Au niveau national et dans le domaine sanitaire, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 [Légifrance, 1991] portant sur la réforme hospitalière place les régions en tant que référence pour définir la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire. Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), nouvel outil de planification de l'organisation sanitaire viennent compléter la Carte Sanitaire. Les SROS de première génération (SROS I : appliqués de 1994 à 1999), naissent dans les Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (DRASS) dans un contexte de contraintes médico-économiques [T.Lernout et al., 2007]. Ils permettent de compléter la carte sanitaire en incluant des éléments « (...) de mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante » (Article L.712-2.). Ces études permettent désormais de tenir compte des spécificités régionales et des besoins des populations pour la redéfinition des « secteurs sanitaires » dont le nombre est réduit à 152 secteurs sur la base de données plus fines que celles utilisées pour la carte sanitaire de 1970 [Sénat, 2013]. Les prémices de ce niveau régional dans la planification sanitaire se concrétise par la création en avril 1996 des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) [Légifrance, 1996.a]. Le premier Schéma Régional de l'Organisation des Soins est révisé avec le SROS II. La redéfinition du SROS pour 5 ans (1999 - 2004) passe par une attention renouvelée des besoins des populations mais également par « (...) une meilleure maîtrise des dépenses de santé » [Légifrance, 1996.a, Article 61]. Afin d'améliorer « la prise en charge du patient », des « réseaux de soins » peuvent être créés afin de « favoriser la coordination et la continuité des soins » [Légifrance, 1996.a, Article 29] entre le secteur hospitalier, les professionnels de soins libéraux et le domaine médico-social. La maîtrise des dépenses de santé passe aussi par une coordination des « activités des établissements de santé publics et privé ». Refondé en raison « de besoins non satisfaits » [Légifrance, 1998.e] le SROS II amorce un changement double : celui de l'échelle « adéquate »²⁶ et de l'implication coordonnée d'acteurs en dehors du champ hospitalier pour répondre aux besoins²⁷. Toutefois, « peu de régions ont revu leur découpage dans le cadre du SROS de deuxième génération » [M.Coldefy et V.Lucas-Gabrielli, 2008].

La fin des années 1990 et le début des années 2000 : une prise en compte croissante des populations en situation d'exclusion : l'émergence des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Dans le même temps, en novembre 1996²⁸- [Légifrance, 1996.b], la politique de la ville et du développement social urbain réaffirme les objectifs de diversité de l'habitat et de mixité sociale de la loi de 1991 [Légifrance, 1991] afin de lutter contre les phénomènes d'exclusion dans l'espace urbain. La politique de la ville s'empare

²⁶ « (...) l'échelon régional apparaît comme le plus pertinent » [opsit]

²⁷« Nous devons partout où cela sera possible mettre en place des complémentarités hospitalières, des liens indispensables avec les médecins libéraux et les cliniques privées, des réseaux d'équipes de soins centrées sur les malades, sans oublier l'information et la prévention. » [opsit].

²⁸ Lors de la loi relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville dite « loi PRV » [Légifrance, 1996.b]

alors des difficultés que peuvent rencontrer les populations appréhendées comme étant exclues à un niveau plus fin que la région en favorisant une première multiplication des découpages d'intervention de l'action publique. La politique de la ville est en effet la première à mettre en place « des dispositions dérogatoires du droit commun (...) en vue de compenser les handicaps économiques ou sociaux des zones urbaines sensibles (...) » (Légifrance, 1996.b, article 1^{er}) pour les habitants qui y vivent. Ces dérogations s'appliquent aux territoires infra-urbains et inter-communaux définis comme prioritaires. En 1996, les 718 Zones Urbaines Sensibles (ZUS)²⁹ définies en France hexagonale et les 33 zones en outre-mer sont « ...caractérisées par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi. (...) Dans les départements d'outre-mer et la collectivité territoriale de Mayotte, ces zones sont délimitées en tenant compte des caractéristiques particulières de l'habitat local ». La prise en compte des populations en situation d'exclusion, ne cesse alors de croître. En atteste la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions [Légifrance, 1998] qui devient « une priorité de l'ensemble des politiques publiques » [opsit].

Avant que les SROS II ne soient appliqués (en 1999), cette loi et son décret du 29 décembre 1998 cherchent en effet à enrichir l'organisation sanitaire régionale avec des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) [Légifrance1998.b]. Ces programmes illustrent d'une part, la prise en considération des populations en situation d'exclusion par la politique de santé puisqu'ils visent à améliorer l'accès des populations en situation « de précarité/ les plus démunies » [Légifrance, 1998] aux dispositifs de prévention et de soins. La politique de santé vise alors à apporter des réponses aux besoins des populations en situation précaire/démunie et faire reculer les inégalités sociales en matière de santé. Ces PRAPS doivent prendre en considération les populations immigrées. Ainsi, dans le cadre des PRAPS et de la loi de lutte contre les exclusions, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) seront mises en place dans « les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (...) adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits » » [opsit, Article 76]. En outre, ces programmes établis à partir d'une analyse préalable « (...) dans chaque département, de la situation en matière d'accès aux soins et à la prévention des personnes démunies. » [Légifrance, 1998.b], ajoutent un échelon supplémentaire à l'organisation sanitaire : celui du département. Nouvel échelon au sein duquel « les situations locales particulières et les expériences existantes » seront les

²⁹ Deux zones géographiques prioritaires (ZRU et ZFU) « sont emboîtées dans les zones urbaines sensibles (ZUS) caractérisées par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi. Les (416) zones de redynamisation urbaine (ZRU) correspondent à celles des zones urbaines sensibles définies qui sont confrontées à des difficultés particulières, appréciées en fonction de leur situation dans l'agglomération, de leurs caractéristiques économiques et commerciales et d'un indice synthétique. Dans les DOM et la CT de Mayotte elles correspondent à des zones urbaines sensibles qui sont confrontées à des difficultés particulières, appréciées en fonction du taux de chômage, du pourcentage de jeunes de moins de vingt-cinq ans et de la proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme. Les (100) zones franches urbaines (ZFU) sont créées dans des quartiers de plus de 10 000 habitants particulièrement défavorisés au regard des critères pris en compte pour la détermination des zones de redynamisation urbaine. Dans les communes des DOM les ZFU sont créées dans des quartiers particulièrement défavorisés au regard des critères pris en compte pour la détermination des zones de redynamisation urbaine des communes de ces départements. [Légifrance, 1996.b]

fondements de base des actions coordonnées de « prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi (...) pour améliorer la santé des personnes démunies ». [Légifrance, 1998.b, Article 71].

Dans ce contexte et dans les espaces urbains concernés, les périmètres dans lesquels se réalisent les actions se multiplient par la superposition des découpages issus de la politique de la ville et de la politique de santé. Dans le même temps, les différents acteurs³⁰ sont de plus en plus nombreux et sont amenés à se coordonner et agir dans la mise en œuvre des actions auprès de la santé des personnes démunies. Face à l'émergence des acteurs dans les périmètres de la politique de la ville, les Contrats de Ville apparaissent quelques mois plus tard lors de la Circulaire du 31 décembre 1998 (appliqués de 2000 à 2006). Ils constituent l'outil unique de la contractualisation pour la politique de la ville, soit « (...) le cadre par lequel l'Etat, les collectivités locales et leurs partenaires s'engagent à mettre en œuvre, de façon concertée, des politiques territorialisées ». Le contrat doit comporter des programmes d'action au niveau de la commune et de l'agglomération mais aussi des interventions sur des sites prioritaires définis localement tels que les « îlot, quartier, ensemble de quartiers » [Légifrance, 1999.a, Article 1]. Il s'agit de mener à bien les objectifs de lutte contre les exclusions : mixité de l'habitat, diversification des fonctions des quartiers d'habitat social, égalité des citoyens devant le service public (éducation, santé, culture, justice, accès au droit), prévention de la délinquance et la tranquillité publique, mais aussi et nouvellement l'intégration des immigrés et de leurs familles.

Tandis que les mailles de l'action publique deviennent de plus en plus fines et les champs opérationnels concernés de plus en plus vastes, les interventions des acteurs engagés dans la prévention et la lutte contre les exclusions doivent se coordonner. Les Contrats de Ville s'érigent comme le « (...) cadre d'une véritable recomposition de l'action publique de lutte contre les processus de ségrégation urbaine et sociale » [opsit].

Entre 1999-2003 : les modalités d'une convergence d'objectifs entre la politique de santé et la politique de la ville au niveau local : le rôle des Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) et des Ateliers Santé Ville (ASV)

L'année 1999 est dédiée à l'élaboration des « Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins » (PRAPS) de première génération. Ces PRAPS seront appliqués en 2000 et articulent les actions menées à l'échelle régionale et infra-départementale en faveur de la lutte contre les exclusions. En ce sens, le Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999 a précisé les orientations de la politique de la ville

³⁰ « (...) les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions » [Légifrance, 1998 (Article 71)].

en matière de santé. Le CIV décida donc la mise en place, au sein des Contrats de Ville, des « Ateliers Santé Ville » (ASV). Inspirés de la démarche des PRAPS, ils sont créés « (...) pour faciliter l'émergence d'un lieu de coordination local entre tous les acteurs de santé des villes engagées dans les contrats de ville 2000/2006 ». C'est pourquoi les ASV doivent s'articuler avec les PRAPS. Pour ce faire, les ASV doivent s'inspirer des priorités régionales et se réaliser au travers d'une version localisée des PRAPS soit « (...) des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente définie par le diagnostic territorial » [I. ville.gouv.fr, 2000] qui devrait « (...) favoriser une articulation dynamique entre la politique de la ville et la politique de santé. » [opsit]. Dans ces ASV tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux doivent être impliqués : « (...) les médecins de ville, les établissements de santé publics et privés, les structures de santé mentale, les CHRS, les centres de santé, les centres sociaux, les services de santé scolaire, les services sociaux d'accueil aux étrangers, les missions locales » [opsit].

L'année 2000 sera donc marquée par une première « association imbriquée » des objectifs de la politique de la ville et de la politique de santé via leurs outils (ASV/PRAPS) respectifs en vue de lutter contre la précarité et les exclusions. Les PRAPS, en tant qu'outil de lutte contre les exclusions, issu de la loi du 29 juillet 1998, sont révisés en 2002 à la suite du programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (juillet 2001), mais aussi à la suite de la loi du 4 mars 2002 (Légifrance 2002.b, Article 3) dans laquelle les pouvoirs publics instaurent les principes d'une politique de prévention accessible à tous. Les moyens alloués aux « actions santé-précarité » sont renforcés [Solidarites-sante.gouv.fr, 2002]. Dès lors, les PRAPS II (appliqués de 2003 à 2006) seront améliorés qualitativement. Ils devront répondre « à l'enjeu de cohérence au sein de la politique régionale de santé » mais aussi « s'intégrer dans les projets et contrats territoriaux (contrats d'agglomération, contrats de pays, contrats de ville) » [opsit]. Visant une incarnation « dans la proximité », ces PRAPS sont également touchés par l'implication grandissante de plusieurs catégories d'acteurs tels que les professionnels de santé libéraux, les Observatoires Régionaux de la Santé, les universités... mais aussi par le concours « fondamental » [Légifrance, 2002.a] des associations qui « elles seules sont à même d'accompagner au quotidien les personnes et les familles ». Désormais, les professionnels de santé « doivent être davantage sensibilisés et associés à cette nécessité d'accompagner, d'aller vers les personnes les plus démunies, en très étroite collaboration avec les associations. »

Par ailleurs, la place grandissante des associations dans les actions de proximité des pouvoirs publics, avait déjà été affirmée en 2000³¹. La circulaire du 24 décembre 2002 relative aux subventions de l'Etat aux associations cadre les partenariats (financiers) que l'Etat ou les établissements publics placés sous sa tutelle peuvent entretenir avec les associations. Elles occupent dorénavant une « place essentielle dans de nombreux secteurs de la vie sociale » et « sont fréquemment conduites à compléter l'action menée par les pouvoirs publics » [Légifrance, 2002.c]. Par ailleurs, leurs actions sont reconnues des pouvoirs publics comme « inspirant même à ces derniers de nouvelles formes d'intervention » [opsit].

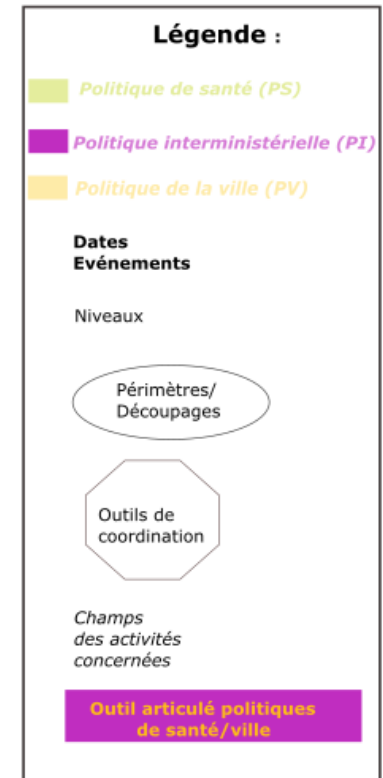
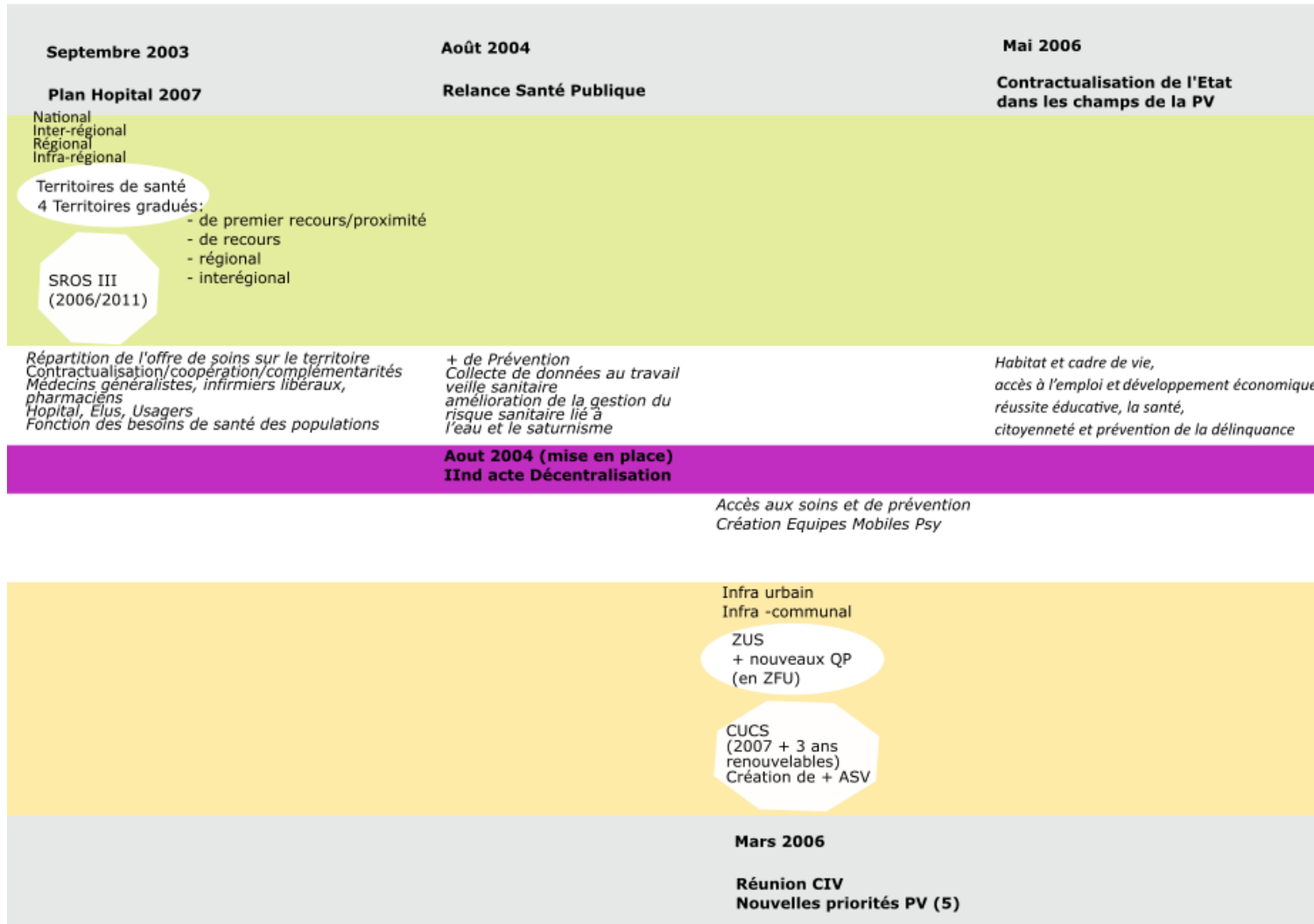
³¹ Se reporter à la première Circulaire du 1er décembre 2000 relative aux conventions pluriannuelles d'objectifs entre l'Etat et les associations, en ligne, URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000219642/>>

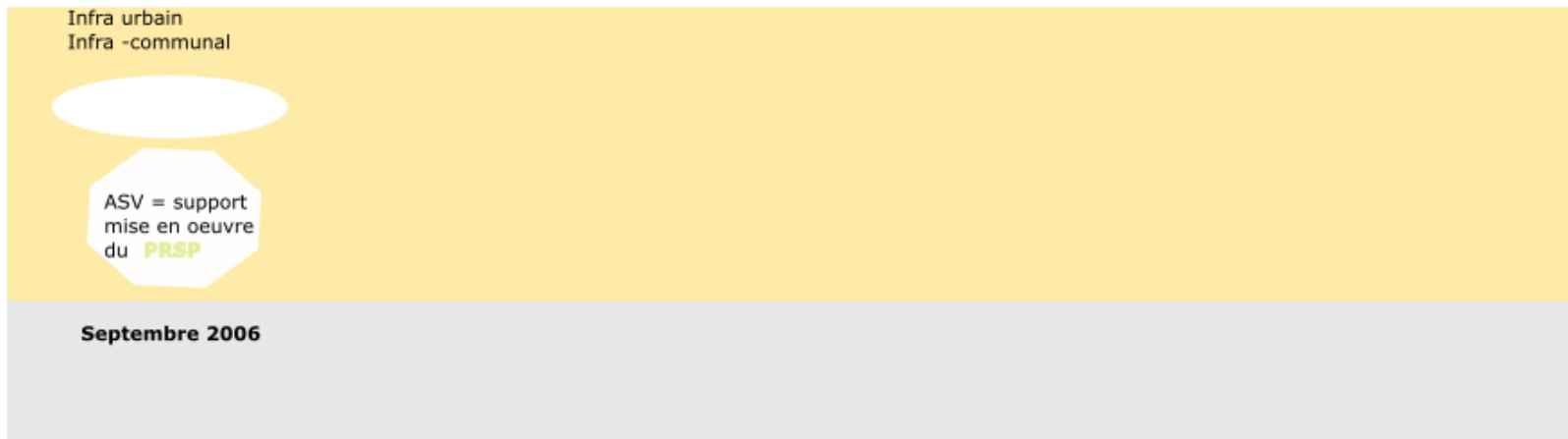
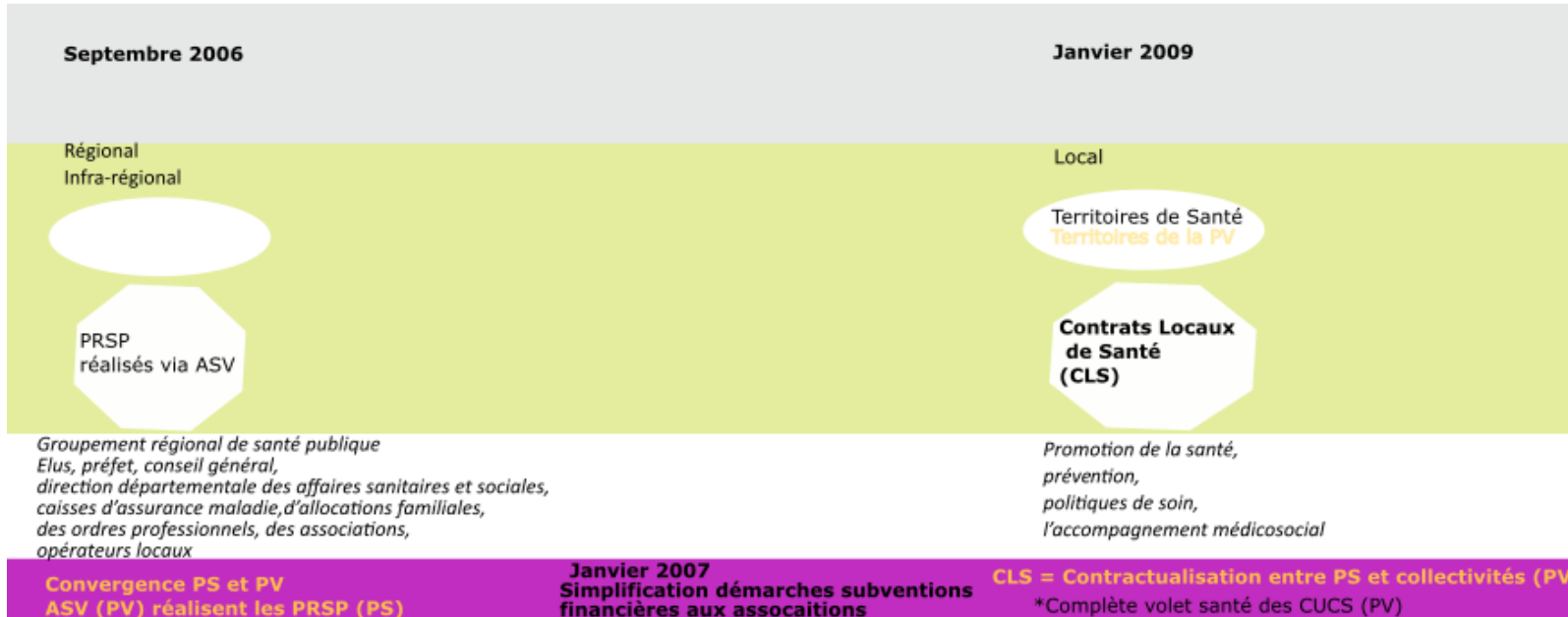
Dorénavant les PRAPS II devront s'établir en cohérence et avec une double proximité : celle liée à « l'aller vers » les populations, et celle liée aux actions de santé menées à différents échelons territoriaux. Avec les PRAPS II les actions devront être « au croisement des politiques territoriales et de la politique de santé »³², cela traduit donc l'imbrication renforcée du domaine social dans le domaine sanitaire afin d'aborder de manière globale la problématique de la santé et de la précarité.

1.2 De 2003 à 2008 : le développement d'une dimension territoriale locale pour répondre aux besoins de santé des populations : Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) et Contrats Locaux de Santé (CLS)

³² A cet égard, la fiche 4 « territorialisation » est marquante dans le guide de 12 fiches thématiques : « méthodologie et articulation avec les autres dispositifs » présent en annexe de la circulaire

Figure 4 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la décennie 2000





Annoncé en conseil des ministres le 20 novembre 2002, le plan de modernisation de l'hôpital « Plan Hôpital 2007 » visait à moderniser l'hôpital selon trois axes : la relance de l'investissement, la modification du mode de financement, la simplification des outils de la planification [Vie publique, 2002]. Ce plan concrétisé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 [Légifrance, 2003.b] réforme « profondément les règles de planification, d'autorisation et de coopération » [Légifrance, 2004.d]. La carte sanitaire est alors supprimée au profit d'un outil unique de planification : les SROS. Les SROS II sont alors révisés pour les SROS III (circulaire du 5 mars 2004) qui seront appliqués de 2006 à 2011.

Quatre priorités se déclinent pour leur refonte qui vise à passer « d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. » [M.Coldefy et V.Lucas-Gabrielli, 2008]. Ainsi le transfert des compétences est réalisé au niveau régional (ARH). Les secteurs sanitaires sont alors remplacés au profit des « territoires de santé » pour l'organisation des soins. Ces territoires de santé sont alors définis après une « évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé », et « Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national ». Dans le détail, chaque territoire de santé se fonde sur trois « objectifs quantifiés de l'offre de soins³³, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation » [Légifrance, 2003.b]. Les périmètres sont définis plus précisément par des méthodes existantes [M.Coldefy et V.Lucas-Gabrielli, 2008] : aire d'attraction théorique autour des structures d'offre de soins existantes, ou sur les méthodes fondées sur les flux réels d'utilisation des services ; plus rigides qu'auparavant (encadré 1).

Encadré 1 : Les trois objectifs des territoires de santé de 2003

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 - La répartition des activités de soins sur le territoire. Ainsi sur « chaque territoire et pour chaque ensemble cohérent d'activités, sera définie une gradation des soins qui repose sur l'identification de différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau interrégional ».</p> <p>2- L'accessibilité des activités de soins « qui peuvent être déclinés en termes de couverture horaire et de temps d'accès ».</p> <p>3- La détermination des volumes d'activités de soins à réaliser par territoire de santé dans la mesure où il n'existe plus la carte sanitaire indiquant les indices de besoins définis en nombre de lits aux niveaux national et régional. Ce dernier point concerne surtout les activités en service hospitalier dont « l'activité sera prévue et évaluée en fonction de volumes qui pourront s'exprimer en termes de séjours, venues ou nombre d'actes, en fourchettes » [Légifrance, 2005.a].</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La définition de ces territoires gradués aboutit dans l'ensemble à 4 niveaux de soins gradués, plus ou moins « emboîtés » [M.Coldefy et V.Lucas-Gabrielli, 2008] qui se déclinent au niveau régional et inter-régional. Le niveau de proximité ou de premier recours correspond à un exercice collectif et interprofessionnel

³³ Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont précisés dans le BO de septembre 2005 par la Circulaire DHOS/O no 2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins, en ligne, URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080025.htm>>

Les objectifs quantifiés sont conçus en trois dimensions complémentaires : maillage et gradation des activités de santé sur le territoire ; organisation de l'accessibilité, définition, pour chaque territoire, de volumes d'activité.

(médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens...) sur lesquels s'organise la permanence des soins. Il permet d'assurer des services polyvalents et coordonnés et faciliter une continuité de la prise en charge que les praticiens isolés ont de plus en plus de difficulté à assurer. Le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et correspond au bassin de desserte de l'hôpital pivot de secteur. Il assure la prise en charge des urgences et dispose d'un plateau technique 24 heures sur 24 pour des spécialités chirurgicales. Le niveau régional comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux : la chirurgie spécialisée telle la chirurgie cardiaque et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation ainsi que « l'unité de soins palliatifs ». Le niveau interrégional comprend des spécialités couvertes par des équipements ou structures suprarégionaux (zones « frontières » ou à cheval sur deux régions et qui reflètent des territoires de projet ou d'acteurs) telle que la prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie, sont des activités qui nécessitent une approche inter-régionale. [Légifrance, 2004.d].

Le territoire de santé est conçu comme un espace d'appui aux complémentarités et coordinations entre les différents acteurs de santé. La contractualisation (contrats d'objectifs et de moyens d'un ou commun à plusieurs établissements) et les coopérations entre établissements publics, privés et professionnels de santé libéraux pour assurer la couverture des besoins de la population sont recommandées afin d'aboutir à des complémentarités d'acteurs pour organiser la permanence des soins [Légifrance, 2004.d]. Dans ce contexte, le territoire de santé est aussi conçu comme un territoire de concertation large avec l'ensemble des acteurs de santé concernés tels que les élus, les établissements, les professionnels, les usagers [Légifrance, 2004.d] équivalant à des territoires de « démocratie sanitaire ». Profondément remodelé le SROS III amorce ainsi véritablement la montée « de la dimension territoriale » comme support de l'organisation de l'offre des soins (territoires de santé), de concertation (territoires de démocratie sanitaire), de recours aux soins (territoires gradués et complémentaires), sans oublier une montée de la contractualisation entre acteurs (initialement amorcée par la politique de la ville en 1998).

La période 2004 – 2007 : croiser les interventions des politiques sociales et de santé au niveau régional et local : les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)

Impulsée sous le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin par la loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 [Légifrance, 2003.a] relative à l'organisation décentralisée de la République, le deuxième acte de décentralisation vise à compléter les lois du 1er acte de décentralisation amorcé en 1982 et à renforcer l'autonomie des collectivités en leur déléguant de nouvelles compétences. Cette loi sera suivie de nombreuses lois organiques jusqu'à loi n° 2004-809 du 13 août 2004 [Légifrance, 2004.e] relative aux libertés et responsabilités locales qui précise les différents transferts de compétence vers les collectivités locales (régions, départements et groupements de communes) résultant de la réforme constitutionnelle dans de

diverses domaines (développement économique, tourisme, enseignement, logement et action sociale...). En avance de quelques mois sur l'acte II de la décentralisation, la politique de la ville resserre ses efforts afin de lutter contre les écarts entre les quartiers défavorisés (classés en ZUS) et le reste du territoire. Ainsi, la Loi du 1 août 2003 [Légifrance, 2003.c] d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine dite Loi Borloo porte sur différentes thématiques (rénovation urbaine, développement économique des quartiers prioritaires, procédure de rétablissement personnel, dispositions diverses). Concernant les périmètres d'intervention, cette loi ajoute de nouvelles Zones Franches Urbaines (ZFU) dont la délimitation se fonde sur « les espaces situés à proximité du quartier, si ceux-ci sont de nature à servir le projet de développement d'ensemble du dit quartier » (Article 24). Afin de réduire les inégalités sociales et les écarts de développement entre les territoires, le projet de loi [Sénat 2003] définit la mise en place de programmes d'action de 5 ans dans les zones urbaines sensibles. Ils doivent être élaborés et mis en œuvre par « l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics respectifs, par décisions concertées ou par voie de conventions » [opsit]. Ces programmes sont alors pensés en un premier lieu à une échelle locale et en transversalité par les multiples acteurs concernés (collectivité territoriales, établissements publics, associations...), afin « d'adapter des services aux réalités locales et aux attentes des usagers ». L'évaluation de ces derniers se fera sur une série d'indicateurs et d'éléments d'évaluation qui ont vocation à être transmis au nouvel Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS), par les différents acteurs qui les conduisent.

La politique de la ville intervient dorénavant en support des programmes de prévention³⁴ puisque les PRAPS (politique de santé) se concrétisent dorénavant dans les ZUS via les ASV (politique de la ville). En quelques sortes, la politique de la ville devient instrumentalisée au profit de la réalisation des programmes issus de la politique de santé nationale à une échelle locale. En effet, les ASV sont l'outil de réalisation des objectifs des PRAPS à une échelle locale, tandis qu'ils étaient initialement – inspirés des PRAPS – et mis en place à l'initiative de la politique de la ville. C'est pourquoi, certains auteurs s'interrogent sur la fin d'une politique de la ville³⁵ et considèrent cette loi comme une mise en place « d'une politique nationale de la ville ou, pour être plus exact, une politique nationale des ZUS » [R.Epstein, 2005]. Les objectifs de la politique de la ville sont « définis dans la loi, laquelle ne laisse que peu de marge pour leur modulation par les partenaires locaux ». En effet, les contrats de ville flexibles « laissent place à des dispositifs rigides et centralisés, dont les interventions sont précisément délimitées par des textes législatifs et réglementaires annoncée par une loi » qui dorénavant (re) centralise ses objectifs sur les quartiers uniquement inclus dans les ZUS.

Dans cette perspective, la loi du 9 août 2004 amorce la relance des objectifs à mener en matière de politique de santé publique³⁶ [Sénat, 2004]. Elle vise à remédier à la méconnaissance de cette discipline par une formation des professionnels de santé. Il s'agit de mettre en place un système de planification afin de

³⁴ Par ailleurs le développement de la médiation dans le domaine de la santé sera encouragé [Légifrance, 2003.c]

³⁵ R. Epstein (2005) « Acte II, scène première : la fin de la politique de la ville ? Au crible de la loi Borloo », Informations sociales, 2005/1 (n° 121), p. 88-97. DOI : 10.3917/inso.121.0088, en ligne, URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-informations-sociales-2005-1-page-88.htm>>

³⁶ Cette loi se fonde sur les principes d'une politique de prévention émis dans la loi du 4 mars 2002

« remédier à la faiblesse du dispositif institutionnel français en matière de prévention » (collecte de données au travail, veille sanitaire, amélioration de la gestion du risque sanitaire lié à l'eau et le saturnisme...) [opsit]. La politique de la ville s'empare ainsi du développement de « l'accès à la santé » puisque lors de la réunion du CIV le 9 mars 2006, l'accès aux soins et la prévention deviennent l'une des 5 priorités affirmées³⁷ dans la mise en place des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) venant remplacer les Contrats de Ville (échus en 2006) [Délégation Interministérielle à la Ville, 2006].

Les CUCS (appliqués au 1^{er} janvier 2007 et d'une durée de 3 ans renouvelable) se fondent sur les périmètres des ZUS préexistants auxquels seront ajoutés 15 nouveaux quartiers prioritaires (en ZFU). En matière d'accès aux soins et de prévention « 160 nouveaux ateliers santé ville pourront être soutenus en 2006 pour favoriser la mise en place de politiques locales de santé publique » et l'accessibilité de l'offre de soins en particulier pour les adultes en souffrance psychique. Cette démarche sera facilitée par l'intervention d'Equipes Mobiles de Psychiatrie – Précarité (EMPP). [CIV, 2006], qui sortent de la PASS des hôpitaux pour aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le développement « d'une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur la santé », tant par la politique de la ville que par la politique de santé, sera confirmée par la Circulaire interministérielle du 4 septembre 2006 [Bulletin Officiel, 2006]. Cette dernière est importante dans la mesure où « la politique de santé et la politique de la ville convergent pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines » [opsit]. Les ASV s'inscrivent alors comme « l'une des déclinaisons territoriales des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP) » qui seront nouvellement créés. Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), créé par un groupement régional de santé publique dans chaque région, est un cadre structurant de l'intervention en santé publique et comprend l'ensemble des priorités partagées dans l'espace régional et infra régional. « La « territorialisation » des politiques de santé constituant un très fort enjeu pour les années à venir » [opsit] ; les acteurs impliqués dans la réalisation de la politique de santé publique au niveau régional sont nombreux « élus, préfet, conseil général, direction départementale des affaires sanitaires et sociales, caisses d'assurance maladie, caisse d'allocations familiales, des ordres professionnels, des associations³⁸ et des opérateurs locaux, comme les réseaux de santé par exemple » [Légifrance, 2006]. Néanmoins utilisé comme tel dans cette circulaire « la territorialisation » ne revêt pas de définition précise et réfère plutôt à une coordination d'acteurs sur la thématique de la santé publique.

Ainsi, après avoir été considérés comme des outils de réalisation des PRAPS à une échelle locale (1999), puis des outils de réalisation des programmes issus de la politique de santé (échelle nationale) à une échelle

³⁷ L'intervention de l'Etat en faveur des quartiers en difficulté et de leurs habitants sera centrée sur cinq champs prioritaires : 1- l'accès à l'emploi et le développement économique, 2- l'amélioration de l'habitat et du cadre de vie, 3- la réussite éducative et l'égalité des chances, 4- la citoyenneté et la prévention de la délinquance, 5- l'accès à la santé [CIV, 2006]

³⁸ Par ailleurs, la volonté de donner une nouvelle impulsion au partenariat entre l'Etat et les associations, est renouvelée en janvier 2007. Déjà évoquée un an plus tôt, la circulaire vise à une simplification des démarches concernant l'obtention et la gestion des subventions financières [Légifrance, 2007]

locale (loi Borloo de 2003), les ASV inscrivent désormais leurs actions sur un niveau local dans la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional (PRSP).

Un nouvel outil interministériel pour agir au niveau local et coordonner l'action : les Contrats Locaux de Santé (CLS)

La place croissante qui sera accordée au niveau local dans le champ de la santé se prépare comme l'illustre le Comité Interministériel des Villes (CIV) tenu quelques temps après l'annonce du Plan Espoir Banlieues (PEB) en juin 2008. Lors de ce comité, la création de « Maisons de santé » pluriprofessionnelles dans les quartiers prioritaires [Vie publique, 2008] est annoncée. La lettre-circulaire interministérielle du 20 janvier 2009 [Solidarites-sante.gouv.fr, 2009] annoncera quant à elle la création des Contrats Locaux de Santé Publique (CLSP). Ainsi, comme la politique de de la ville en 1999 la politique de santé se dote alors de son outil de contractualisation. Aux côtés des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) en général portés par les ASV, les CLS constituent un nouvel outil « de développement local » par lequel les objectifs « portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial » inclus dans le futur Projet Régional de Santé (PRS) seront mis en œuvre, via une contractualisation possible entre les futures Agences Régionales de Santé (ARS) notamment avec les collectivités territoriales [Légifrance, 2009.a].

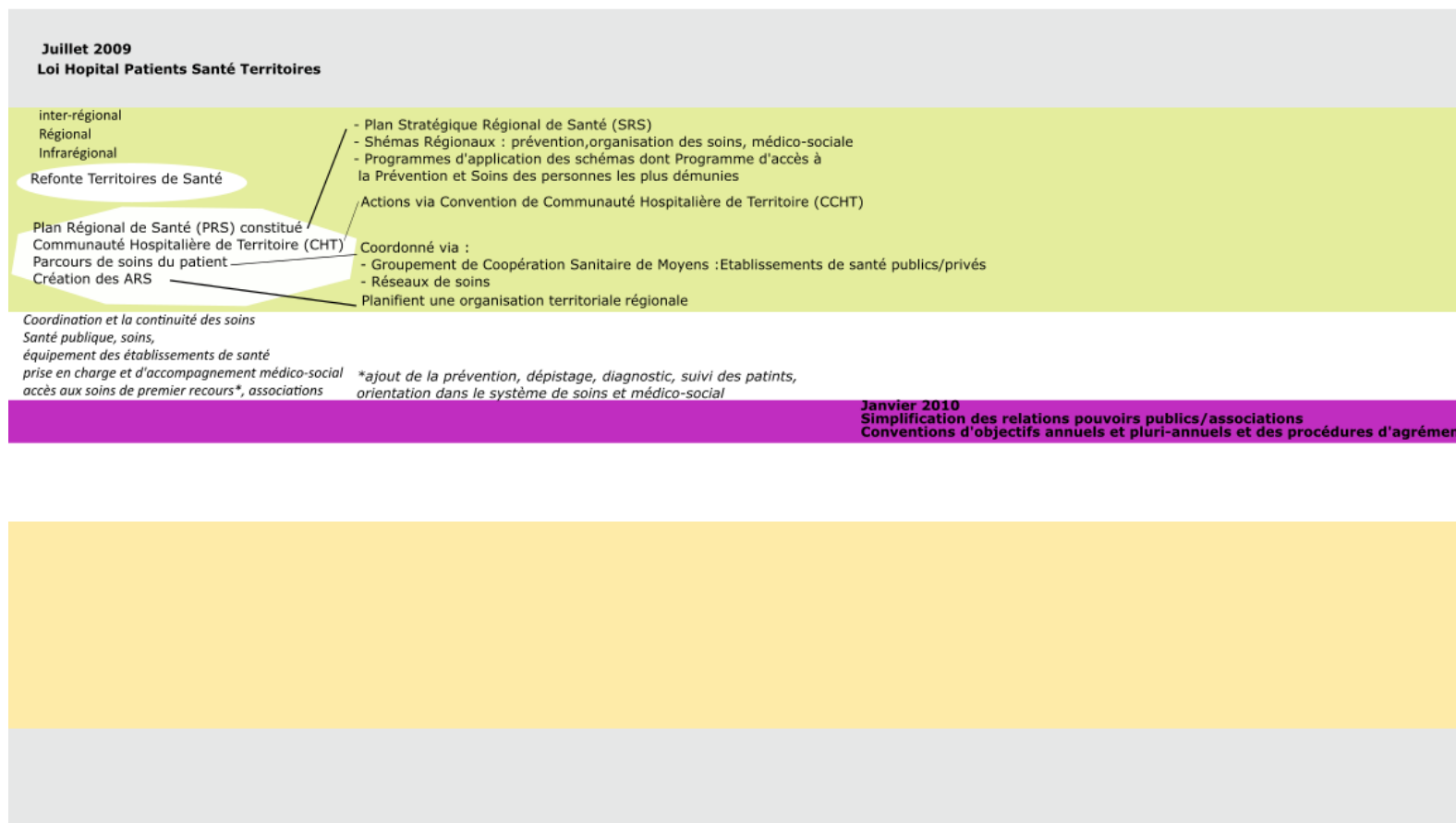
Ces CLS -invitent à un « dialogue social territorial » [J.Garnier, 2012] dans la mesure où ils cherchent à coordonner « l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées. » [Légifrance, 2009.a]. Toutefois, derrière le « dialogue territorial » qu'implique cet instrument de contractualisation entre l'Etat et la politique de la ville les CLS doivent « trouver une application particulière dans les territoires de la politique de la ville » en complétant si possible le volet santé des CUCS qui furent reconduits en 2010.

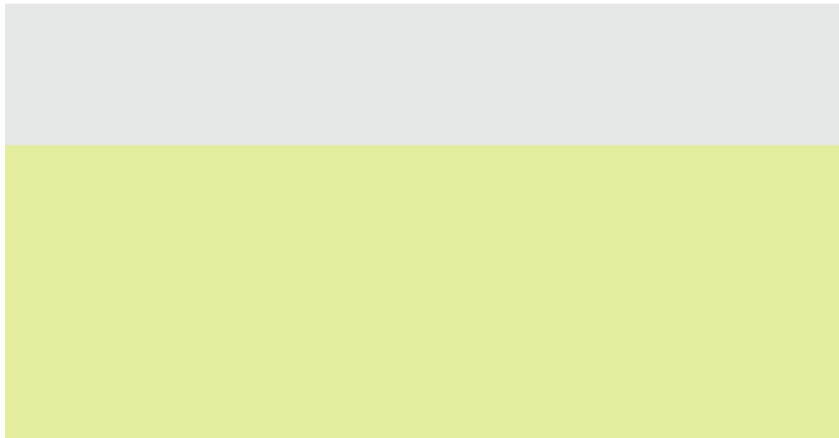
Ces CLS peuvent aussi être envisagés comme un moyen d'assoir les priorités des ARS dans la mesure où ils permettent d'agir sur les territoires à une échelle locale en « soutenant et amplifiant les initiatives locales », en s'appliquant « à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS ». Certains auteurs [N.Haschar.Noé, 2014, N.Haschar.Noé et E.Salaméro, 2016, 2017] montrent ainsi que les CLS constituent « (...) un terreau de tensions et de résistances, de négociations et de compromis sur de nombreux points : tant sur le diagnostic sanitaire du territoire et la pertinence du périmètre choisi que sur ses contenus et ses modalités de gouvernance territoriale ». Si les CLS constituent une opportunité de faire valoir la « légitimité politique (...) des interventions en santé des acteurs locaux »; pour l'ARS, ils « constituent un instrument de territorialisation de type *top down* lui permettant d'affirmer son *leadership* sur les questions sanitaires et médico-sociales et de mettre en œuvre, en contexte budgétaire contraint, ses objectifs prioritaires et schémas régionaux » [N.Haschar-Noé et E.Salaméro, 2014].

2 - Des années 2009 à 2015 : organiser la coordination des acteurs et simplifier les découpages

2.1 La Loi HPST : ancrer la décentralisation, et amorcer la coordination : les parcours de soins

Figure 5 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la réorganisation du système de santé (2009)





Contrats de Villes

Etat et établissements publics (y compris ARS), communes et EPCI à fiscalité propre, départements, régions, communes, autres organismes : habitations à loyer, protection sociale

Inter-communal
Infra urbain

QPV

Contrats de Villes (inter-communaux) (2015-2020) *Egalité entre les territoires, réduction écarts de développement entre les quartiers défavorisés, améliorer les conditions de vie de leurs habitants. Développer la prévention, promouvoir l'éducation à la santé, favoriser l'accès aux soins*

Février 2014

Réunion CIV
Nouvelles priorités PV (5)

Légende :

 Politique de santé (PS)

 Politique interministérielle (PI)

 Politique de la ville (PV)

Dates

Événements

Niveaux

 Périmètres/
Découpages

 Outils de
coordination

Champs
des activités
concernées

 Outil articulé politiques
de santé/ville

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) annoncée le 21 juillet 2009 [Légifrance, 2009.b] a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé, elle s'inscrit dans la dynamique « d'enracinement d'une décentralisation arrivée à maturité » [Collectivites-locales.gouv.fr, 2018], visant une simplification du paysage institutionnel local, un renforcement de la démocratie locale, une adaptation des structures à la diversité des territoires [opsit]. Cette réforme fait suite au rapport préparatoire à la création des ARS de 2008 [Solidarites-sante.gouv.fr, 2008] qui faisait état « d'un cloisonnement et de l'éparpillement des compétences et des structures, de manque de lisibilité des actions menées, d'une insuffisante articulation entre niveaux national et territorial, d'une mauvaise intégration entre les politiques de santé et de soins et la maîtrise des dépenses, d'un déficit de démocratie sanitaire » [Solidarites-sante.gouv.fr, 2008]. Cette loi s'organise alors sur quatre axes respectifs, la modernisation des établissements de santé (hôpital), l'accès à tous à des soins de qualité (patients), la prévention et la santé publique (santé), l'organisation territoriale du système de santé (territoire). Globalement, quatre mesures sont communes à tous ces axes de travail : la prise en compte des territoires et des besoins des populations, la coopération, la complémentarité et la coordination entre les établissements et/ou les acteurs qui s'inscrivent dans le champ de la santé.

Les ARS, nouvellement créées, ont alors pour mission « de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional : des objectifs de la politique nationale de santé, des principes de l'action sociale et médico-sociale, des principes fondamentaux » [Légifrance, 2009.b, Article 118].

Elles planifient une organisation territoriale régionale de leurs actions au travers du Projet Régional de Santé (PRS), constitué de 3 documents majeurs³⁹. Les ARS définissent alors, les « territoires de santé » de leurs actions « pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. » [Légifrance, 2009.b, Article 118]. Les ARS sont également tenues de favoriser les « moyens nécessaires pour soutenir des actions individuelles ou collectives. Ces activités sont destinées à développer des « comportements favorables à la santé » (promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique et sportive ainsi qu'à la lutte contre les addictions, éducation thérapeutique du patient). L'organisation des soins est graduée, néanmoins les différents niveaux de recours sont enrichis par des missions de santé, plus que sur des statuts d'acteurs et par des exigences de proximité. Ainsi l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades sont définis par « la proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de

³⁹ 1 – Un plan stratégique régional de Santé : fixant les orientations et objectifs de santé pour la région

2 – De schémas régionaux de mise en œuvre en matière : de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale. Tels que le Schéma régional de prévention, le Schéma régional d'organisation des soins, le Schéma régional d'organisation médico-sociale.

3- De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la Prévention et aux Soins des Personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé [Légifrance, 2009.b, Articles 116 à 122].

parcours, de qualité et de sécurité ». Les soins inclus dans ce premier niveau de recours, aussi appelés « soins de premier recours ou soins primaires » [Irdes, 2020] sont de quatre ordres (encadré 2).

Encadré 2 : Les soins de premier recours ou soins primaires définis dans la loi HPST de 2009

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.

Les acteurs de santé mobilisés dans ce premier niveau de recours sont les médecins traitants et les centres de santé fonctionnant en collaboration avec d'autres professionnels de santé. Enfin, la télémédecine fait son entrée comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. » L'un des changements majeurs porte sur les établissements de santé qui peuvent être appelés à assurer en tout ou partie un service public, désormais « découpé » en 14 missions⁴⁰ (Légifrance, 2009.b, Article 1). La coopération s'applique également aux établissements de santé publics. Ces derniers peuvent conclure une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) afin de mettre en œuvre une stratégie et gestion commune de certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements, grâce à la télémédecine. De plus des établissements médico-sociaux peuvent être inclus dans le CHT s'ils participent aux actions menées dans le cadre d'une Convention de Communauté Hospitalière de Territoire (CCHT). A travers ces outils, l'apport majeur de la loi HPST est basé sur la volonté de développer une offre de soins graduée, accessible à tous, et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Un des faits saillant de la loi HPST est l'apparition du « parcours de soins du patient ».

⁴⁰ « Art.L. 6112-1.-Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

« 1° La permanence des soins ;

« 2° La prise en charge des soins palliatifs ;

« 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

« 4° La recherche ;

« 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

« 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

« 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

« 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

« 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

« 10° Les actions de santé publique ;

« 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

« 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

« 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

« 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Afin de le mettre en place, les établissements de de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif peuvent participer « à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux » mais également avec les autres professions et institutions ainsi que les associations compétentes qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion (sociale) et la discrimination. Parmi les acteurs pouvant être coordonnés dans « le parcours de soins du patient », la place des associations est réaffirmée de par la circulaire du 18 janvier 2010. Cette dernière clarifie les règles relatives aux relations financières et simplifie les conventions d'objectifs une nouvelle fois (après 2000-2002-2007). Désormais, un modèle unique de convention d'objectifs (annuelle ou pluriannuelle) a été élaboré pour constituer un nouveau cadre de référence pour la délivrance de subventions aux associations ; et vise la mise en place d'une procédure dématérialisée de demande d'agrément.

Comme pour la politique de santé, l'enjeu est de « moderniser » et de simplifier la politique de la ville. La loi de programmation pour la Ville et la Cohésion urbaine du 21 février 2014, dite « loi Lamy » [Légifrance, 2014.a] renouvelle la politique de la ville, qui, depuis la loi Borloo de 2003 n'a pas connu de changements majeurs.

2.2 La loi Lamy 2014 : « une refondation » de la politique de la ville : les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) et les Contrats de ville

Le processus de réforme lancé en octobre 2012 par une concertation nationale avec pour mot d'ordre « Quartiers : engageons le changement ! » visait à d'aboutir à des « propositions relatives à la révision de la géographie prioritaire, la définition d'un nouveau cadre contractuel articulant les volets urbain et social de la politique de la ville, et à la mobilisation des politiques de droit commun en faveur des quartiers dits prioritaires » [R.Epstein, 2014]. L'une des mesures⁴¹ porte sur la refonte des périmètres d'actions. « Les zonages, multipliés », de la politique de la ville (ZUS, ZRU, ZFU, auxquels il fallait ajouter les zones définies par les CUCS [Sénat, 2017] sont « source de complexité et utilisent des instruments de natures différentes » comme le rappelait l'étude d'impact jointe au projet de loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine en 2013 [Assemblée nationale, 2013]. La critique majeure portée à l'encontre de cette multiplicité de découpages portait sur le fait qu'elle « (...) réduise la lisibilité et ne favorise pas les synergies susceptibles d'accroître l'efficacité de ces dispositifs » [opsit]. C'est pourquoi, ces découpages sont simplifiés par un zonage unique : les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV). Ces derniers situés en territoire urbain se caractérisent dorénavant par : « un nombre minimal d'habitants ; un écart de développement économique et social apprécié par un critère de revenu des habitants⁴² » [Légifrance, 2014.a, Article 5].

⁴¹ La loi est dotée de 4 mesures phares : « la participation des habitants au cœur de la réforme, une cartographie des concentrations urbaines de pauvreté, un contrat de ville unique et global à l'échelle intercommunale, un nouveau programme de renouvellement urbain » [Cohesion-territoires.gouv.fr, 2019]

⁴² « Cet écart est défini par rapport, d'une part, au territoire national et, d'autre part, à l'unité urbaine dans laquelle se situe chacun de ces quartiers, selon des modalités qui peuvent varier en fonction de la taille de cette unité urbaine. » [Légifrance, 2014, Article 5]. Une identification par carroyage a été menée, plus de renseignements sur cette méthode sur le rapport du [Sénat, 2017]

« Dans les départements et collectivités d'outre-mer, ces quartiers peuvent être caractérisés par des critères sociaux, démographiques, économiques ou relatifs à l'habitat, tenant compte des spécificités de chacun de ces territoires » [opsit]. La liste de ces quartiers dans l'hexagone et l'outre-mer est fixée par des décrets respectifs au 30 décembre 2014 [Légifrance, 2014.b.c] et devront rentrer en application le 1^{er} janvier 2015⁴³.

La simplification vise aussi la contractualisation. Les CUCS sont dorénavant remplacés par « des Contrats de Villes (différents de ceux de 1998 puisque) conclus à l'échelle intercommunale » [Légifrance, 2014.a] Sur la base d'un projet de territoire coproduit et partagé à l'échelle intercommunale, les signataires d'un contrat de ville (d'un plan d'action de 6 ans, établis en 2014 et rentré en vigueur de 2015-2020) sont nombreux : l'Etat et ses établissements publics (ARS y compris), les communes et établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre concernés, les départements, les régions ; mais peuvent également être signés par d'autres organismes tels que : les organismes d'habitations à loyer les organismes de protection sociale... [opsit].

Dans la mesure où la politique de la ville est désormais définie comme « une politique de cohésion urbaine et de solidarité, nationale et locale, envers les quartiers défavorisés et leurs habitants (...) en tenant compte de la diversité des territoires et de leurs ressources » elle vise à agir dans 10 thématiques afin « d'assurer l'égalité entre les territoires, de réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et d'améliorer les conditions de vie de leurs habitants » grâce aux contrats de ville. Parmi ces thématiques figure « Développer la prévention, promouvoir l'éducation à la santé et favoriser l'accès aux soins » [Légifrance, 2014.a, article 1].

Ainsi, les représentants du pilotage de la politique de santé, les ARS, sont tenues⁴⁴ de contribuer à la réalisation des objectifs de la politique de la ville par l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des contrats de ville. Dans le même temps la démarche et le suivi des CLS (outil de contractualisation de la politique de santé) est relancée [Solidarites-sante.gouv.fr, 2014]. Cette coordination placée en tant qu'enjeu central de l'action politique conduit à l'élaboration d'outils spécifiques.

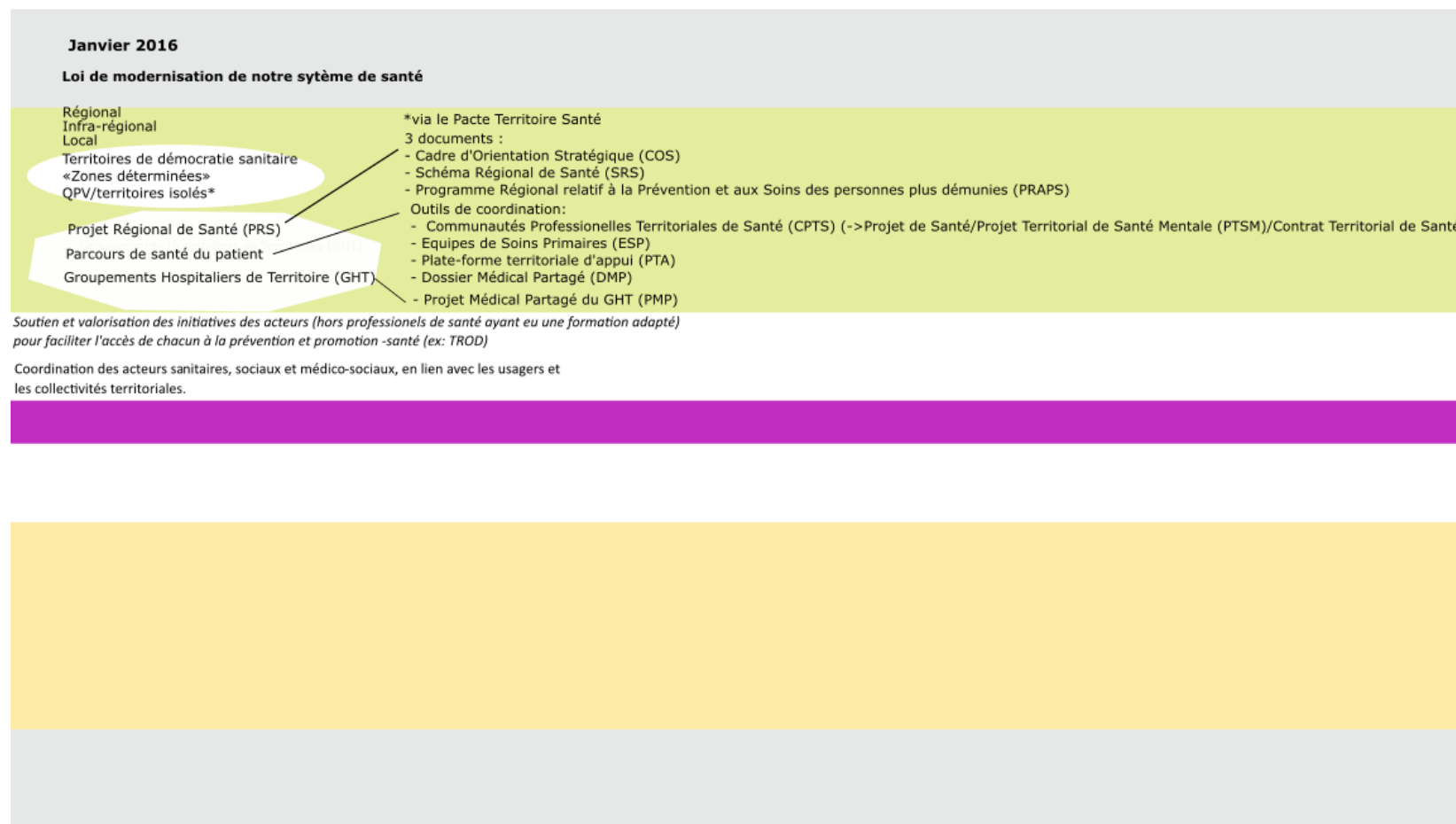
3 - Développer l'intersectorialité et renforcer la coordination locale afin de faire correspondre les territoires aux besoins des populations (2016-2019)

⁴³ « Ce sont ainsi 1 514 quartiers prioritaires qui ont été retenus et qui ont remplacé 2 492 quartiers couverts par un Cucs lesquels couvraient 741 des 751 ZUS. Ainsi, 6 quartiers sur 10 ont été retenus dans la nouvelle géographie prioritaire, 9 sur 10 pour les ZUS et 4 sur 10 pour les Cucs. » [Sénat, 2017]

⁴⁴ Pour rappel les ARS disposent également de leur outil de contractualisation : les CLS (aux côtés des anciens CUCS) par lequel les objectifs « portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial » sont mis en œuvre par contractualisation possible entre ARS et collectivités territoriales.

3.1 La loi de santé de 2016 : développer la coordination de nouveaux territoires

Figure 6 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la modernisation du système de santé (2016)



« La modernisation du système de santé » amorcée avec la loi du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 [Légifrance, 2012], aboutit à la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Légifrance, 2016.a]. Elle intervient dans un contexte où « L'allongement de la durée de vie et le développement des maladies chroniques changent les besoins des patients, qui doivent être pris en charge plus longtemps, avec souvent l'intervention de plusieurs professionnels de santé différents. L'organisation de notre système de santé, encore trop cloisonnée et complexe, n'est plus adaptée pour relever ces défis. » [Ministère des solidarités et de la santé, 2015]. Elle est organisée sur 5 axes principaux⁴⁵. Le premier comprend le soutien et la valorisation des initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé. Parmi les acteurs nouvellement impliqués, ceux qui sortent du statut de professionnels de santé à savoir le « personnel ayant reçu une formation adaptée et relevant de structures de prévention et associatives » (Article 39)⁴⁶. Le second axe vise à promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé avec la mise en place d'Equipes de Soins Primaires (ESP). Elles sont désormais le cadre des soins de premier recours. Elles sont organisées autour des médecins généralistes de premier recours, des centres de santé- comme la loi HPST de 2009- auxquels viennent s'ajouter les médecins spécialistes de premier (et de second recours). Afin de mieux coordonner l'action de ces professionnels en ESP qui fonctionnent sur la base d'un « projet de santé », ces derniers sont invités à se constituer en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Elles visent à regrouper des professionnels de santé regroupés possiblement sous la forme d'une ou de plusieurs équipes d'ESP et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Ces mises en place visent une coordination renforcée des acteurs afin que les patients puissent suivre non pas des « parcours de soins » énoncés dans la loi HPST de 2009, mais des « parcours de santé », avec une coordination des professionnels de santé plus large⁴⁷.

Plus particulièrement, ces derniers visent à mieux structurer d'une part, « le parcours de santé des patients chroniques, des personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie » [Ministères des solidarités et de la santé, 2015]; et d'autre part, « à mieux structurer les soins de proximité, à encourager, reconnaître et valoriser les initiatives des acteurs de terrain, pour au final adapter l'organisation de notre système de santé au plus près des territoires en tenant compte de leurs spécificités » [opsit]. En rapport avec ces parcours de santé, les « Plateformes Territoriales d'Appui » (PTA) appliquées le 4 juillet 2016, sont créées par les ARS sur la base « des initiatives des acteurs du système de santé relevant des

⁴⁵ Renforcer la prévention et la promotion de la santé, faciliter au quotidien les parcours de santé, innover pour garantir la pérennité de notre système de santé, renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire, mesures de simplification ; son titre liminaire est de rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée.

⁴⁶ Par exemple, le dépistage de maladies infectieuses transmissibles au moyen d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) peut dorénavant être réalisé par plus d'acteurs. Par les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) remplaçant les CDAG, mais aussi les organismes de prévention sanitaire, les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CARRUD), les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) mais aussi les associations habilitées.

⁴⁷ Ces parcours visent « par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » (Légifrance, 2016, Article 1, Art. L. 1411-1.).

secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. » [Légifrance, 2016.b]. Elles cherchent à apporter une réponse aux professionnels dans la prise en charge du patient au parcours de santé « complexe »⁴⁸ à travers trois types de services : l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires ; l'aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient ; et le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination [Ministère des solidarités et de la Santé, 2016].

Par ailleurs, les missions du service public hospitalier segmentées en 14 missions avec la loi HPST de 2009, sont désormais organisées en « blocs » [Irdes,2019]⁴⁹ afin « d'ancrer l'hôpital dans son territoire » [Légifrance, 2016, chapitre 5] notamment par la création des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT). Ces groupements ont vocation à conduire les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient à partir du Dossier Médical Partagé (DMP) [Ministères des solidarités et de la santé, 2015].

Les derniers axes visent à renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire à travers la formation continue des professionnels de santé⁵⁰ ; et à structurer le Projet Régional de Santé (PRS) autour de 3 documents majeurs⁵¹. Désormais le PRS ne s'applique plus sur des « territoires de santé » mais sur des « zones déterminées ». L'ARS délimite « les territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région ». Ils comprennent des « zones » caractérisées « par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ; des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé ». Le Schéma Régional de Santé (SRS)

⁴⁸ « Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux » [Légifrance, 2016, Article 74]

⁴⁹ Art. L. 6112-1.-Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

« Art. L. 6112-2.-I.-Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

« 1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ;

« 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente dans les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ;

« 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;

« 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

⁵⁰ Des actes de soins sont accordés à des professionnels de santé, par exemple les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) peuvent être pratiquées par les sages-femmes afin de favoriser leur accès.

⁵¹ 1-Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.

2-Le Schéma Régional de Santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

3- Le Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des personnes les plus démunies. Vis-à-vis de la loi de 2009, le SRS simplifie les « schémas régionaux de mise en œuvre en matière : de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale » puisqu'il est contenu dans un unique document : le PRAPS, qui devient un document à part entière.

précise et fixe pour ces zones « les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins (...) et des services médico-sociaux ; (...) » afin que dans les zones définies par les critères précédents soient « mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé » [Légifrance, 2016, articles L. 1434-3, L. 1434-4 et L. 1434-9].

En somme, les objectifs des PRS de cette loi de 2016 prennent notamment en considération la dimension territoriale des inégalités et comptent sur la coordination des professionnels de santé pour assurer la prise en charge des patients par l'accès aux soins de proximité tout en tenant compte de leurs spécificités. En effet, ils doivent concourir à améliorer les parcours de santé des personnes ayant des maladies chroniques, une situation de handicap, une perte d'autonomie ; et un accent est porté sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins (article 158, L. 1434-2).

3.2 Des années de transition vers une intégration des politiques sociales dans la politique de santé

Figure 7 : Découpages et coordination des politiques de santé et de la ville lors de la transition modernisation du système de santé/ transformation du système de santé (2017-2018)



Alors que la loi de modernisation du système de santé ne date que de deux ans, une « Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 » est adoptée officiellement par décret par le gouvernement le 29 décembre 2017 [Légifrance, 2017]⁵². Réaffirmée le 13 février 2018 [Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.a], la « Stratégie Nationale de transformation du Système de Santé 2018 -2022 » fait état d'un investissement insuffisant dans la prévention, de la difficulté d'accès aux soins dans certains territoires, de la complexité et du cloisonnement du système de santé [opsit, p.7]. En parallèle, la politique de la ville est en voie de « refondation » [Légifrance, 2019.b]. Le « Pacte de Dijon » (16 juillet 2018) vise à clarifier « les responsabilités exclusives et partagées » entre l'Etat et les collectivités territoriales en faveur d'une politique de cohésion urbaine et sociale au sein des QPV [Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, 2018, p.1]. Tandis que les 86 communautés et métropoles signataires affirment leurs souhaits de renforcer leurs responsabilités concernant le pilotage et la mise en œuvre des politiques en faveur des quartiers prioritaires de la ville ; l'État réaffirme quant à lui son rôle en matière : « de sécurité, de justice, d'éducation, de logement, d'emploi, de santé et de lien social, et s'engage à accompagner au plus près les collectivités dans la mise en œuvre de leurs prérogatives. » [opsit].

La « feuille de route » en matière de cohésion urbaine est adressée 6 mois plus tard aux préfets par la circulaire du 22 janvier 2019 [Légifrance, 2019.b]. Elle comporte 40 mesures - aux objectifs caractérisés « de plus ou moins » réalisés à cette date- qui portent sur 6 programmes (sécurité et prévention de la délinquance, logement et cadre de vie, renforcement et lien social, éducation et petite enfance, emploi et insertion professionnelle renforcement du lien social) subdivisés en thématiques.

La question de la santé est présente dans les thématiques de travail. D'une part, il est prévu de favoriser l'installation de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), et - conjointement avec les collectivités territoriales et les ARS - de mettre en place des CLS sur l'ensemble du territoire afin de lutter contre le non-recours aux soins. D'autre part, l'Etat et ses acteurs en lien tels que les ARS, s'engagent à favoriser l'accès à des soins de proximité « en développant la coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière, et les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ».

Les actions relatives à ces programmes s'appliquent dans le cadre des contrats de ville existants (depuis décembre 2014 et devant se terminer fin 2019) qui ont été prorogés jusque fin décembre 2022 par la loi du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 [Légifrance, 2018, Article 181]. Néanmoins, dans la mesure où les contrats doivent être rénovés, il est demandé aux acteurs (présidents des EPCI, maires, préfets, autres collectivités...) de tenir compte de la « différenciation en fonction des territoires » [Légifrance, 2019.b] puisque les « quartiers prioritaires recouvrent des réalités et des besoins différents ».

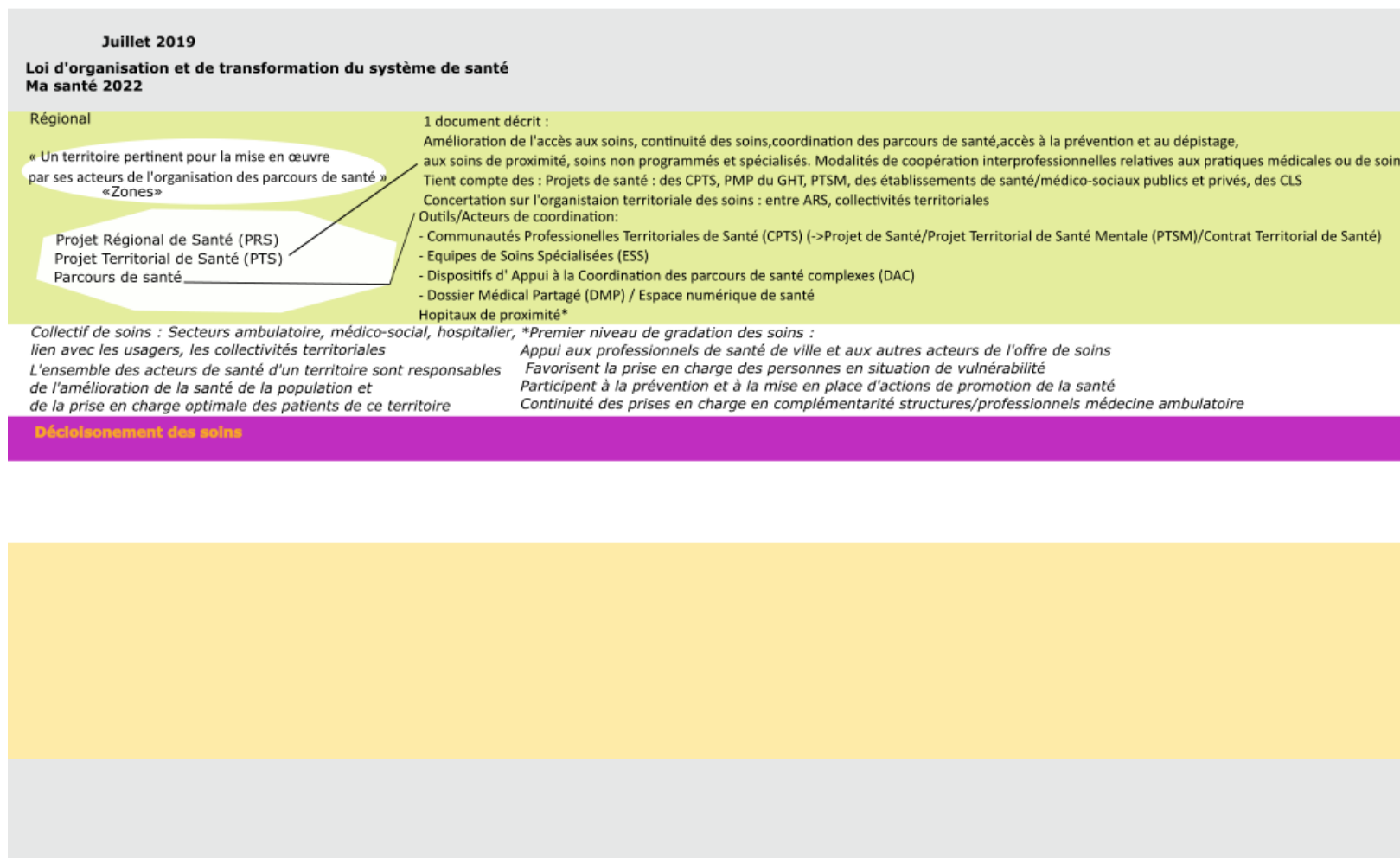
Entre temps, lors de son discours du 18 septembre 2018 [Elysée, 2018] adressé aux professions de santé, le président de la République, E. Macron, faisant état d'un système qui « prévient mal » et qui « reste

⁵² Elle porte sur 4 axes prioritaires : « Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ; Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ; Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers » [Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017].

atomisé, cloisonné, déséquilibré, avec de trop nombreux professionnels de ville qui exercent encore de manière trop isolée, des établissements de santé trop souvent en concurrence les uns avec les autres, des secteurs de la ville et de l'hôpital qui ne se parlent pas assez », a donné des orientations pour le projet de loi « Ma Santé 2022 ».

3.3 L'année 2019 : La loi « Ma santé 2022 », (2019) : décloisonner et coordonner les actions au niveau local

Figure 8 : Découpages et coordination lors de la transformation du système de santé (2019-2022)



La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est annoncée le 24 juillet 2019. Elle met en œuvre les mesures présentées quelques mois plus tôt (septembre 2018)⁵³ sur le projet « Ma Santé 2022 » et se fonde sur trois axes principaux : décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé ; créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ; développer l'ambition numérique en santé (axes supplémentaires : mesures diverses, ratifications et modifications d'ordonnances).

Si cette loi refonde l'accès aux études médicales (suppression du numéris clausus) dans l'axe un ; l'axe deux met l'accent sur « la coordination ». La loi s'attache en effet au développement d'un « collectif de soins » entre professionnels des secteurs hospitalier, ambulatoire, et médico-social, [Vie publique, 2019] afin de mieux structurer l'offre des soins au sein des territoires. Ce « collectif de soins » est à l'image des Equipes de Soins Spécialisées (ESS) qui devront être mises en place avec un ensemble d'acteurs, soit les professionnels de santé constitués autour de médecins spécialistes, dont les équipes de soins primaires (ESP) qui choisissent d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire. Ces acteurs se structurent sur la base « de projets de santé » qui s'inscrivent dans « un Projet Territorial de Santé » (PTS). Si la loi n'évoque plus une « Territorialisation de la politique de santé » - jusqu'alors présente dans l'élaboration des PRAPS II (2003-2006), des SROS III (2006-2011), ou bien encore dans la loi de modernisation du système de santé - en 2016 - les PTS doivent tenir compte de plusieurs « projets de santé » déjà initiés. Le « Projet Territorial de Santé » (PTS) (encadré 3) est établi et mis en œuvre après « un diagnostic territorial partagé » par des CPTS, des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux, afin de coordonner leurs actions. Ces PTS doivent tenir compte des « projets de santé » des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁵⁴, du projet médical partagé des GHT, des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et les CLS.

Ainsi, et dorénavant, ce sont « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire » qui sont « responsables de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire » [Légifrance, 2019.a, article 20]. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexes (DAC), nouvellement créées, visent une coordination plus large des acteurs impliqués dans le champ de la santé (encadré 3). Ils constituent toujours - comme les PTA de 2016 - des appuis à la coordination des parcours de santé « complexes » pour « les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et (...) des structures qui les emploient (...) afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé. » (Article 23). Toutefois, un changement s'observe dans leur gouvernance : elle doit être équilibrée entre les secteurs du sanitaire et du social (encadré 3). En somme, les PTS établis devront être le résultat de diverses coordinations d'acteurs pensées au travers de leurs « projet de santé » mais ils doivent être aussi les cadres qui replacent les besoins de santé du patient au cœur du système. En atteste premièrement la constitution de « territoires pertinents » qui seront ceux où peuvent

⁵³ Ministère des Solidarités et de la Santé (2018.c)

⁵⁴ Les « communautés professionnelles territoriales de santé » sont mentionnées à l'article L. 1434-12. Toutefois aucune définition précise de ces CPTS n'est décrite dans la loi.

s'appliquer l'organisation des parcours de santé ; et deuxièmement la constitution de « parcours » de santé / de soins / de vie » qui correspondent à trois niveaux, gradués, de prise en charge [Solidarites-sante.gouv.fr .2021] fondés sur les soins primaires ou dits de premier recours. Cette approche sur les parcours, correspond à un « virage ambulatoire représentant le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires constituées autour d'eux, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville – cabinets libéraux, maisons et centres de santé – et les établissements hospitaliers, médico-sociaux et sociaux. » [opsit].

Encadré 3 : Des outils de coordination des acteurs réformés (PTS et PTA) et de nouveaux outils : les ESP, les DAC, 2019

Les **Equipes de Soins Primaires (ESP)** rassemblent des professionnels de santé autour « (...) de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale » ayant décidé « d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires » (Article 18).

Le **Projet Territorial de Santé (PTS)** « décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins, de la continuité des soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins de proximité, aux soins non programmés et aux soins spécialisés, sur tout le territoire. Il peut également décrire les modalités de coopération interprofessionnelle relatives aux pratiques médicales ou de soins. » (Article 22)

Les PTS **se basent** sur des projets initiés tels que : « (...) des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire prévu, du projet territorial de santé mentale, des projets médicaux des établissements de santé privés, des projets des établissements et services médico-sociaux et des contrats locaux de santé. » (Article 22)

Les parcours de santé « visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » [Légifrance, Code de la santé publique, 2019, Article L1411-1].

La gouvernance des **Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)** est dorénavant « (...) équilibrée des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, intégrant notamment des représentants des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé. » alors qu'en 2016 les PTA étaient mises en place seulement en cas échéant de l'ARS, par un acteur ou le professionnel sanitaire, social ou médico-social [Légifrance, 2016.b]

Ces articulations au niveau local passent aussi par le développement d'une « offre hospitalière de proximité ». Celle -ci constitue le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, et se doit d'être ouverte sur les soins de ville et le secteur médico-social afin d'orienter les patients selon des besoins « qui le nécessitent » [Légifrance, 2019, Article 35]. Déstabilisée en 2009 (division en missions de service publics), puis restructurée en 2016 (en blocs), l'organisation hospitalière est désormais tournée vers le décloisonnement des soins (encadré 3). Dorénavant les « hôpitaux de proximité » sont tenus de réaliser quatre objectifs (encadré 4), tout en tenant compte des projets de santé, des communautés professionnelles territoriales de santé, mais aussi en coopération avec d'autres structures et professionnels (ambulatoire, services médico-sociaux) De cette manière, l'offre de premier recours correspond aux médecins traitants (avec d'autres médecins spécialistes) qui sont intégrés au sein d'ESS ; et à leur niveau « les hôpitaux doivent

se recentrer sur leur mission première : les soins et non l'hébergement » [Solidarites-sante.gouv.fr .2021], d'où l'inclusion désormais de l'offre de ville et du secteur médico-social.

Enfin, « la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité » vise à être renforcée. A l'image du remplacement des termes « exclusion », « précarité » au profit de « vulnérabilité » [M.H Soulet, 2005, C. Adam et al., 2017], le terme de « personne en situation de vulnérabilité » de la loi de 2019, remplace celui de « personnes les plus démunies » présent dans la loi de 2016. Cela illustre de la nécessité d'intégrer de manière plus globale un ensemble d'acteurs de divers secteurs : soins, médico-social, prévention, promotion de la santé, médiation social... qui concourent à la santé de ces populations. Par exemple, cette loi réforme à cette occasion le code de l'action sociale et des familles [Légifrance, 2019.c, Livre III, Chapitre VIII, Articles L348-1 à L348-4] en matière de « projets de création, de transformation et d'extension des centres d'accueil pour demandeurs d'asile » (Article 61).

Encadré 4 : Les « hôpitaux de proximité » une nouvelle relation avec l'offre de premier recours définie en ville et avec le secteur médico-social, 2019

4 objectifs pour les hôpitaux de proximité :

- « Apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, lorsque la prise en charge nécessite un cadre hospitalier.
- Favoriser la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant.
- Participer à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire.
- Contribuer à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, en fonction de l'offre présente sur le territoire » [opsit].

Conclusion du chapitre I

Depuis la décentralisation amorcée dans les années 1980, les acteurs investis dans le champ de la santé et leurs découpages d'intervention n'ont cessé de croître.

Une première phase s'étendant des années 1980 aux années 2000 montre que lors de cette période l'organisation des soins passe du niveau national au niveau régional. En 1991, la carte sanitaire est composée de secteurs sanitaires définis sur les régions et l'outil de coordination des soins : le SROS, permet de prendre en compte les besoins et l'offre de soins existants en région. En 1996, les ARH sont créées et sont chargées de favoriser la complémentarité des soins entre le secteur hospitalier, auprès des professionnels de soins libéraux et le domaine médico-social, et les SROS II sont refondés en ce sens afin d'améliorer la prise en charge des patients. En parallèle, la politique de la ville porte son attention sur un niveau plus fin que la région : les quartiers. Elle est la première à s'emparer des difficultés que peuvent rencontrer les populations en situation « d'exclusion ». En 1998, la lutte contre les exclusions devient commune à toutes les politiques publiques. Politique de la ville et de santé placent alors « la santé » des populations « exclues », « précaires », « démunies » soit les populations en situation de « vulnérabilité », au centre de leurs préoccupations avec les contrats de ville. Cependant, ces politiques agissent à de différents niveaux. Les établissements hospitaliers (en région) se dotent de leur service de la PASS, tandis que la politique de la ville crée des ASV dans le cadre des contrats de ville qui doivent s'inspirer des priorités régionales pour se réaliser à un niveau local (les quartiers). L'objectif d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention des populations démunies converge alors entre ces deux politiques.

Une seconde phase s'étendant des années 2003 à 2008, correspond à une phase d'accélération des transformations. Elle place le territoire comme support de l'action publique. En 2003, la politique de santé met en place un découpage du territoire régional en des territoires de santé gradués (4 niveaux de soins) pour favoriser l'accessibilité à l'offre de soins. Elle ne garde qu'un outil unique de planification : les SROS qui se basent plus sur les besoins des populations que sur l'offre hospitalière. La politique de la ville se positionne également en matière de santé puisque l'accès aux soins et la prévention deviennent l'une des 5 priorités affirmées dans la mise en place des CUCS (2007) et des ZFU. Ainsi, au sein de ces CUCS, les objectifs de la politique de santé régionale peuvent être réalisés dans les périmètres des quartiers de la politique de la ville (ZUS). Un accent est porté en matière de politique de santé publique et des actions d'aller-vers émergent vers les populations précarisées et souffrant de pathologies psychiques via les EMPP (2006). Ainsi, en 2006, la politique de santé et la politique de la ville convergent pour reconnaître la nécessité de prendre en compte la situation de certains territoires où se concentrent des difficultés sociales et urbaines ; et le développement « d'une approche préventive dans tous les secteurs ayant un impact sur « la santé » est au centre des attentions. Au niveau local, le développement des CLS (portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médicosocial) en 2007 aux côtés des CUCS constituent des indicateurs de ces transformations. En tant qu'outil de contractualisation de la

politique de santé, les CLS sont en général portés par les ASV de la politique de la ville. Cette période marque la réalisation d'objectifs de santé pensés à un niveau régional à un niveau local à côté des objectifs à dimension sociale, et ce, par la contractualisation possible entre les futures Agences Régionales de Santé (ARS) avec les collectivités territoriales.

La troisième phase est plus longue et se déroule de 2009 à 2015. L'objectif est de simplifier les multiples découpages établis par la politique de santé et de la ville ; et d'ancrer la réflexion sur le territoire pour établir ces politiques. En 2009, les ARS sont créées en région. Ces dernières fixent des « territoires de santé » infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. L'organisation des soins est cadrée par trois documents majeurs inclus dans le PRS (plan stratégique régional de santé, schémas régionaux, programmes de déclinaison des schémas). Cette loi vise à mettre en place une coordination entre les hôpitaux (CHT/CCHT) et les professionnels de santé (réseaux des soins) pour une meilleure prise en charge du patient. L'enjeu central est alors celui de l'accès aux soins, en particulier de premier recours qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours. La définition du niveau de premier recours revalorise la place du médecin traitant et des centres de santé offrant des soins de santé primaires (prévention et santé publique, accès aux médicaments, orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, éducation pour la santé, article L. 1411-11). L'apport majeur de la loi HPST est donc la mise en place d'un « parcours de soins » coordonné des patients qui s'exerce entre les professionnels exerçant en ville, les services médico-sociaux mais aussi institutions et associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion. Peu de temps après, la politique de la ville amorce elle aussi une simplification de son organisation (2014). Les CUCS sont remplacés par un outil unique de contractualisation, les « contrats de ville » coproduits et signés entre les ARS, et autres acteurs tels que la région, le département, les organismes de protection sociale... Les multiples périmètres d'intervention de la politique de la ville sont simplifiés en périmètres uniques : les quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville. Désormais, la réalisation des objectifs de cette politique de la ville définie de « cohésion urbaine et de solidarité dans les quartiers défavorisés » se fixe notamment en matière de santé - et dans la lignée des objectifs de la loi HPST - de « développer la prévention, promouvoir l'éducation à la santé et favoriser l'accès aux soins » ; les ARS doivent jouer un rôle important dans cette intégration.

Une quatrième phase se déroule depuis la toute fin 2016 jusqu'à aujourd'hui. En 2016, « la modernisation » du système de santé rime avec « la territorialisation » du système de santé dans un contexte où l'organisation des soins est encore trop cloisonnée. L'organisation des soins est fondée sur des « zones déterminées » par l'ARS sur lesquelles s'appliquent un PRS réformé composé de 3 documents majeurs : le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), le Schéma régional de Santé (SRS), et un document prend part entière dans ce PRS : le Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des personnes les plus démunies. Ce dernier document marque l'accent sur l'amélioration de l'accès de ces populations. Dans ce sens, la place de la prévention et la promotion de la santé est revalorisée ainsi que la place des acteurs médico-sociaux (CeGiDD, CSAPA, CARRUD) et des acteurs tels que les associatifs qui exercent dans ce champ (avec des TROD par exemple). Ainsi, de nouveaux outils apparaissent autour de la notion de coordination des professionnels et de la complémentarité des soins afin que les patients puissent

suivre désormais des « parcours de santé », à dimension plus globale avec un accès à : la prévention, aux soins, aux acteurs du médico-social, et du social. Désormais l'accès aux soins de premier recours, se fonde sur les Equipes de Soins Primaires (ESP) composées de médecins généralistes de premier recours, des centres de santé, et nouvellement des médecins spécialistes de premier (et de second recours) qui fonctionnent sur la base d'un « projet de santé ». Pour les parcours dits « complexes », les PTA sont créés sur l'initiative des acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social afin de favoriser l'information et l'orientation des populations vers ces acteurs à dimension plus sociale.

Alors que les acteurs investis sont de plus en plus nombreux, il devient nécessaire en 2018, de clarifier « les responsabilités exclusives et partagées » entre l'Etat et les collectivités territoriales, notamment sur la politique de cohésion urbaine et sociale au sein des QPV. Une feuille de route en matière de cohésion urbaine implique l'Etat et les collectivités territoriales et la question de « la santé » est présente dans les programmes à mettre en place -conjointement- au sein des Contrats de Ville prorogés jusqu'en 2022. La volonté de la mise en place des CLS sur le tout le territoire et l'accès aux soins de proximité (coordination médecine de ville/hospitalière) est renforcée.

Un an après ce pacte, la loi de transformation du système de santé fait son apparition (2019) dans un contexte où il est constaté que le système de santé « prévient mal » et « reste atomisé, cloisonné, déséquilibré, (...) avec des secteurs de la ville et de l'hôpital qui ne se parlent pas assez » [Elysée, 2018]. Un « virage ambulatoire » est annoncé et vise la réorganisation du système de santé : décentré sur l'hôpital et recentré sur les « parcours » (de soins, de santé, de vie) ou la place des soins de premier recours/soins primaires est prépondérante. Ainsi, la loi s'attache ainsi un développement d'un « collectif de soins », imagé par les Equipes de Soins Spécialisées (ESS) qui incluent le médecin traitant, les ESP mais aussi de manière équilibrée les acteurs médico-sociaux. Ces ESS et les acteurs des soins de premiers recours⁵⁵ favorisent ainsi la mise en place de ces parcours dans le cadre de projets de santé s'inscrivant plus globalement dans un PTS. La dimension d'application territoriale de ces PTS est floue : elle est laissée aux acteurs du territoire puisqu'elle doit « s'appliquer sur des territoires pertinents pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé » Enfin pour les parcours de santé complexes, les PTA ne sont plus évoquées au profit des DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) qui visent à accompagner l'ensemble des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur un spectre plus large allant de « l'accueil, l'analyse de la situation de la personne (...) à la planification des prises en charge » [Légifrance, 2019.a, Art. L. 6327-2].

Si quatre périodes peuvent se distinguer depuis les années 1980 concernant l'évolution de la politique de santé et de la ville, leurs points communs sont premièrement la multiplication des acteurs et des périmètres d'action investis dans le champ de la santé et deuxièmement la volonté de coordonner ces acteurs, de différents domaines d'activités, afin d'améliorer ou de favoriser l'accès à des soins de santé.

⁵⁵ Tels que définis dans l'article L. 1411-11 de la loi HPST de 2009 : « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. »

Sur les périodes qui s'étendent de 2016-2019, et dans un contexte de territorialisation sanitaire affirmé, le patient et « son accès » aux soins sont replacés au centre des attentions pour l'organisation des soins. Coordination et complémentarité des acteurs de santé sur un territoire deviennent les maîtres mots : les parcours de santé doivent alors être établis de manière globale et accentués en ce sens pour la prise en charge des populations vulnérables. Ils passent par : la prévention, la promotion de la santé, les soins et l'accompagnement social (2019). Soit, en somme, par les acteurs investis dans les soins de premier recours/soins primaires qui deviennent la pierre angulaire de tous les systèmes santé [Irdes, 2020, p.5]. Ainsi « l'accès » aux soins de santé devient une notion centripète pour les politiques de la ville, de santé ; les acteurs des soins de santé et les populations qui à leur manière agissent pour « l'accès ».

Après avoir retracé l'évolution de la politique de santé et de la ville qui contribuent à l'amélioration de cet accès aux soins des populations, il convient de s'intéresser d'une part à ce que cette notion recouvre et quelles en sont les spécificités pour les populations vulnérables. D'autre part, il conviendra de s'intéresser aux interfaces générées entre ces différentes sphères (politiques, acteurs des soins de santé, populations) afin de développer l'accès : premièrement sous les articulations des modalités de coordination des interventions des acteurs, et deuxièmement sous l'angle des périmètres d'action hérités ou en construction (Chapitre 2).

Chapitre II

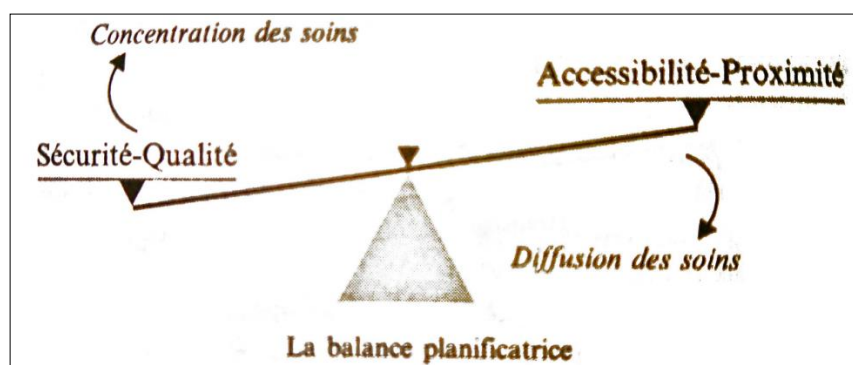
« L'accès » : une composante centrale pour les politiques publiques, les acteurs des soins de santé et les populations

« (...) la poésie du bricolage lui vient aussi, et surtout, de ce qu'il ne se borne pas à accomplir ou exécuter ; il « parle », non seulement avec les choses, comme nous l'avons déjà montré, mais aussi au moyen des choses : racontant, par les choix qu'il opère entre des possibles limités, le caractère et la vie de son auteur. Sans jamais remplir son projet, le bricoleur y met toujours quelque chose de soi. »

C.Lévi-Strauss, 1962, « La pensée sauvage »

La loi de HPST de 2009 place « le territoire » et la « coordination des acteurs » au centre des attentions en vue d'améliorer « l'accès aux soins » des populations. Les critères de « proximité » et de « qualité » exigés par « l'accès aux soins de premier recours » sont les éléments constitutifs de « la balance planificatrice » (figure 9). Telle que définie par Emmanuel Vigneron (2001), elle illustre que la planification sanitaire trouve son équilibre par le(s) lien(s) qui existe(nt) entre le « territoire » et les critères exigés pour « l'accès aux soins ». Elle vacille ainsi, d'une part entre « sécurité et qualité » (concentration des soins) et d'autre part entre « accessibilité et proximité » (diffusion des soins) [J.Raynaud, 2013].

Figure 9 : La balance planificatrice, de E.Vigneron, 2001, p.18



Toutefois, une offre bien qu'elle soit « de proximité » ne rime pas toujours avec « l'accès » [Ministère des solidarités et de la santé, 2012]. « Si certaines personnes sont en mesure d'effectuer des déplacements pour obtenir les services qu'ils souhaitent, d'autres seront limitées par leur capacité à se rendre dans une structure sanitaire par leurs propres moyens, l'existence de dispositifs collectifs de déplacement ou la gratuité de transports sanitaires » [L.Chambaud, 2018].

Ainsi, la question de « l'accès » à l'offre de soins de premier recours (et y compris l'accès aux droits relatifs à une couverture sociale) est devenue centrale dans la territorialisation des politiques publiques et tient de plus en plus compte des spécificités et des besoins des populations. En atteste un accès renforcé par des acteurs de soins, médico-sociaux, sociaux, institutionnels et associatifs... qui sont invités à renforcer leur coordination afin d'être complémentaires dans le cadre de « parcours de soins » (2009) puis de « parcours de santé » du patient (2016) ; puis de plus en plus ouverts entre la médecine de ville, le médico-social et le social (2019).

Cette question de « l'accès » est d'autant plus centrale pour des populations qui rencontrent des difficultés spécifiques : en situation de précarité, souffrant d'une maladie chronique, de handicap physique, psychique, sans droits de couverture sociale ouverts... Pour elles, un accès ne se fonde pas uniquement sur la seule dimension de l'accessibilité spatiale mais également en fonction de dimensions qui réfèrent à des accessibilités financière, sociale, culturelle... voire de « proximités » entre des services de soins. Dans ce contexte, les besoins identifiés peuvent outrepasser le strict champ des soins. C'est pourquoi d'ailleurs, la nouvelle loi de santé de 2019 en France vise à développer des parcours de santé incluant le recours à des soins primaires (prévention, dépistage, soins, médicaments, orientation des patients, éducation à la santé, tels que définis en 2009) tout en décloisonnant de plus en plus les parcours en complémentarité avec les acteurs du médico-social et du social. Il s'agit, par ailleurs, et dans les faits pour ces populations d'accéder alors à des « aux soins de santé primaires » tels que définis par l'OMS⁵⁶.

Dans la mesure où « l'accès aux soins » de premier recours/primaires des populations est une notion fondamentale dans les politiques publiques ; cette notion sera mobilisée comme point d'ancrage dans l'étude de la territorialisation sanitaire.

Le concept d'« accès aux soins » est multidimensionnel [V.Lucas-Gabrielli, A.Pierre, L.Com-Ruelle, M.Coldefy, 2016], bien que sa définition puisse être nuancée selon les disciplines et les auteurs⁵⁷. « L'accès », comprend deux aspects : « l'accès aux soins réel » c'est-à-dire un recours effectif aux soins, mesurable (par le nombre d'actes effectués dans un service de santé par exemple) et « l'accessibilité aux soins » c'est-à-dire un potentiel d'accès aux services. Ainsi « La proximité est une composante de cette accessibilité, mais non

⁵⁶ « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. » (A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, copublié par l'OMS et l'UNICEF, p.2) [OMS, 2018, OMS 2018.b].

⁵⁷ Par exemple en économie de la santé, l'accès aux soins est considéré comme une condition de l'équité [L.Rochaix, S.Tubeuf, 2009]. Pour l'OMS « l'accès aux soins » comprend « une couverture sanitaire universelle » [L.Chambaud, 2018]. Selon Emmanuel Vigneron, « Le critère pertinent pour l'équité en matière sanitaire est davantage l'accessibilité que la distance : accessibilité économique, sociale et culturelle (prise en charge en grande partie aujourd'hui par la CMU), accessibilité physique, qui ne se réduit pas à la proximité, même si elle en est un élément déterminant » [E.Vigneron, 2001 in J.Raynaud, 2013].

la seule » [V.Lucas-Gabrielli, N.Nabet, F.Tonnellier, 2001]. Dans cette perspective, « l'accès aux soins » serait composé d'une dimension se référant l'accessibilité spatiale mais aussi de dimensions aspatiales [M. F Guagliardo, 2004] qui renvoient « classiquement » [L.Chambaud, 2018] à l'accessibilité financière, sociale ou encore culturelle.

Ainsi, ce deuxième chapitre a pour premier objectif d'exposer les notions associées à « l'accès » aux soins de santé, et de saisir les spécificités des déterminants de ce dernier, d'une façon générale à l'égard de populations vulnérables (dans le cadre de ce travail, les personnes migrantes). Le second objectif de ce chapitre est d'exposer la notion de « territorialisation » sanitaire telle que définie par la politique de santé, en mettant l'accent sur les différents niveaux et les différentes sphères d'acteurs concernés par l'adaptation de l'offre de services de santé aux besoins des populations d'un territoire en particulier, et à un moment donné [J-M Amat-Roze, 2011, p.17 ; S.Fleuret , 2015, p.1].

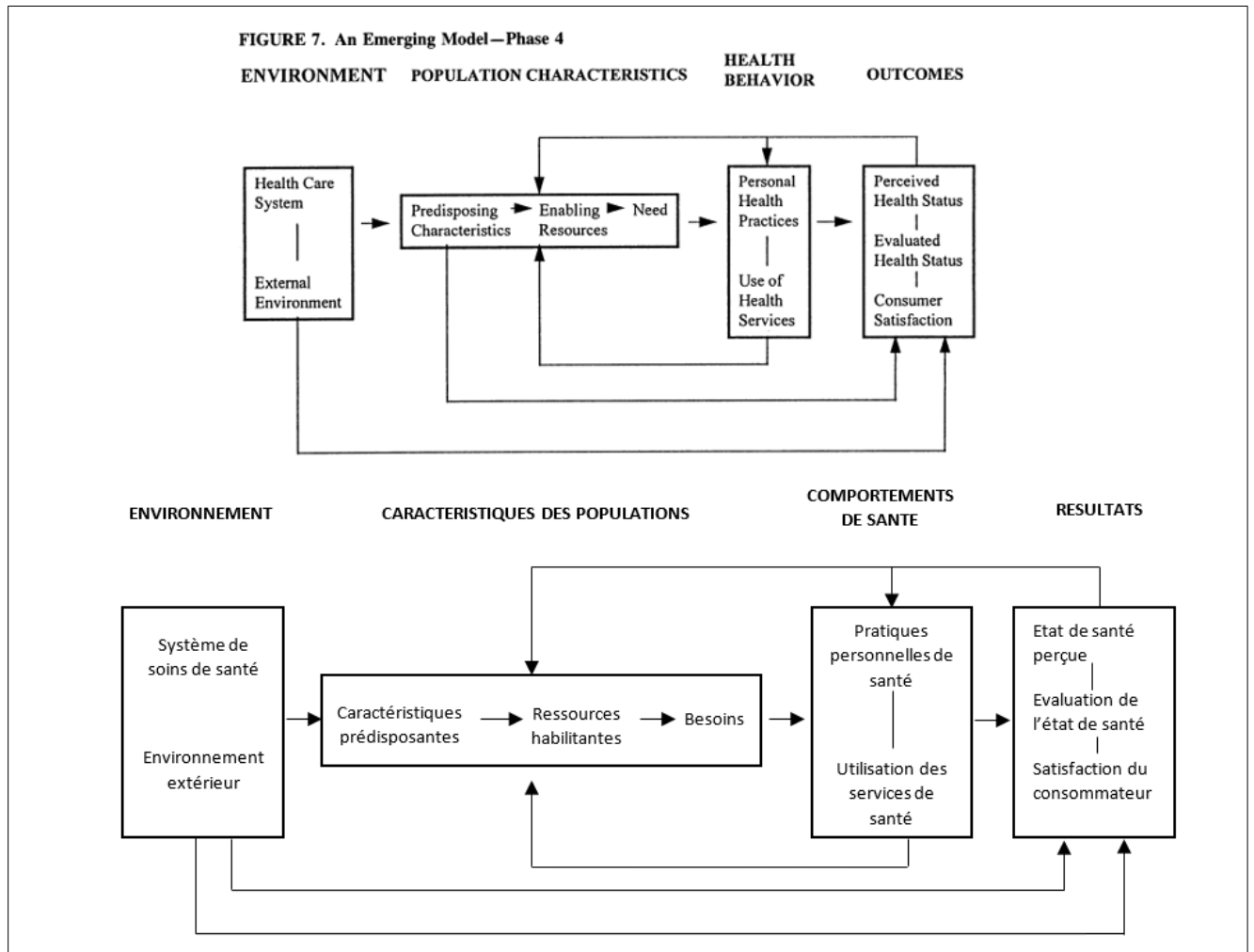
1 - Comprendre les modalités de l'accès aux soins de santé pour comprendre la territorialisation sanitaire

1.1 Quels modèles pour comprendre l'accès ?

Le concept d'accès aux soins a déjà été travaillé [Aday. L.A et Andersen. R.M, 1974 ; R.M Andersen, 1995, R.Penchansky, J.W.Thomas, 1981, 1984 ; J.Frenck., 1992 ; M.F.Guagliardo, 2004] et connu des progressions dans sa définition [OMS, 201.b; J-F.Leveque et al., 2013 ; E.Saurman, 2016 ; R.Lopez Barreda el al., 2019].

Premier modèle conceptuel plaçant les services de santé en interface avec les « usagers », le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé de Lu Ann Aday et Ronald Andersen (1974). Ce modèle propose d'intégrer la notion d'accès aux soins à la politique de santé, ici considérée comme un moyen d'affecter les prestations de santé et la population à risque afin d'aboutir à des changements dans l'utilisation des services de soins de santé et dans satisfaction des usagers avec ces services. Vingt ans plus tard, un des auteurs révisera ce modèle [R.M Andersen, 1995] (figure 10).

Figure 10 : Modèle de l'accès aux soins de L.A Aday et R.M Andersen, revu par R.M Andersen, 1995



Source : Ronald M. Andersen (1995) « Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter ? », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, No. 1 (Mar., 1995), pp. 1-10, American Sociological Association, URL: < <http://www.jstor.org/stable/2137284> >, traduction E. Auvrive.

Il contient désormais 4 composantes majeures :

1. L'environnement : la politique de la santé et l'environnement extérieur
2. Les caractéristiques de la population : prédispositions, conditions de vie, besoins de soins, les caractéristiques du système de prestation de soins
3. Les comportements de santé : pratiques personnelles et l'utilisation des services de soins
4. Les résultats : perception de l'état de santé, évaluation de l'état de santé, la satisfaction du consommateur.

« Ce modèle dépeint les multiples influences sur l'utilisation des services de santé et, par la suite, sur l'état de santé. Il comprend également des boucles de rétroaction montrant que le résultat, à son tour, affecte les

facteurs prédisposants ultérieurs et le besoin perçu de services ainsi que le comportement en matière de santé. » [R.M.Andersen, 1995, p.7]. En résumé, ce modèle accorde une place plus importante aux caractéristiques spécifiques de la population et place la satisfaction liée à « l'utilisation » (Use) des services de santé comme une composante majeure de l'accès aux soins.

Cette approche est cependant discutée par T.C Ricketts, L. J Goldsmith (2005) qui la considèrent trop « statique »⁵⁸. En fonction de l'utilisation des services de santé, la perception liée à la satisfaction des patients peut changer et affecter ainsi leurs utilisations. Par ailleurs, le système de santé lui aussi peut évoluer pour s'adapter aux patients. Selon eux « (...) pour atteindre l'objectif politique d'un accès égal, équitable ou efficace, nous devons accorder la priorité à ces parties dynamiques du processus ». Or, le modèle accorde de l'importance « (...) à des éléments plus statiques des ressources et de la structure »⁵⁹. R. Penchansky et J.W.Thomas (1984) considèrent aussi que le terme « d'accès » reste imprécis en raison de sa confusion avec les termes (de services) « d'accessibles et de disponibles » ; et que certains auteurs du modèle de l'accès tombent dans cet écueil. Selon eux, Aday et Andersen définissent plutôt des caractéristiques de facteurs qui influencent l'entrée ou l'utilisation des services de soins plutôt que les facteurs qui définissent l'accès aux soins en lui-même⁶⁰.

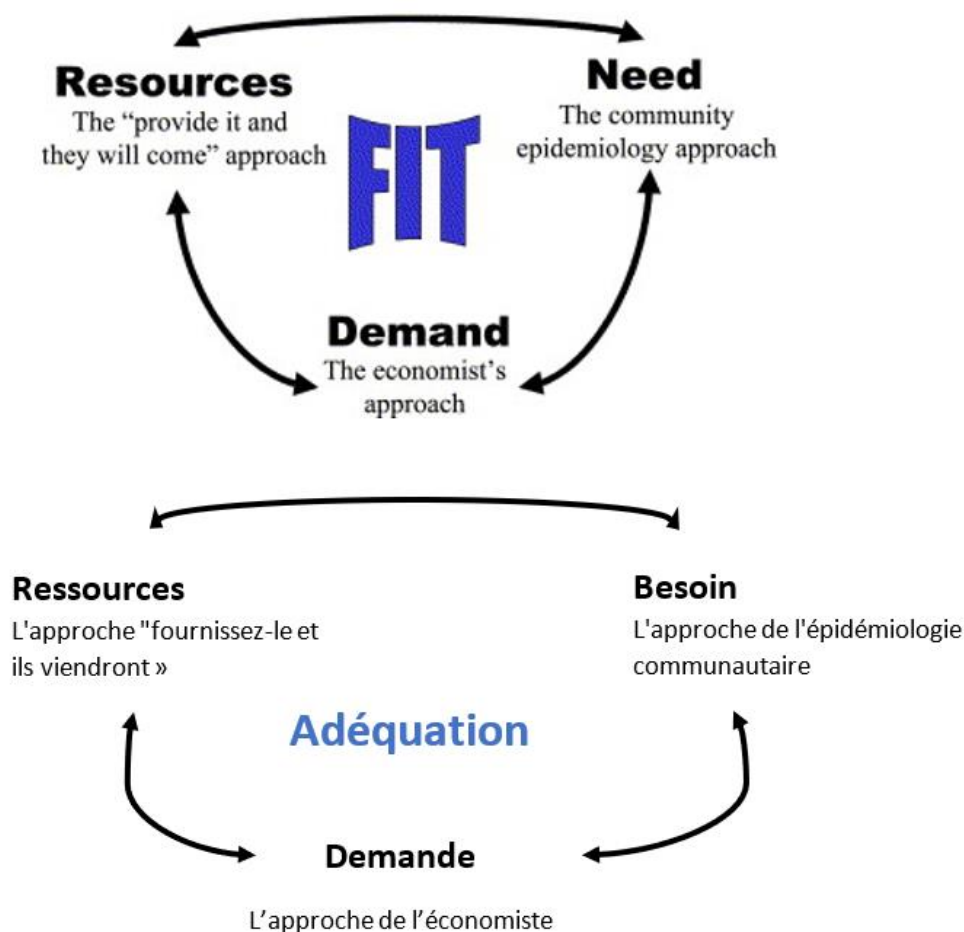
Ainsi le modèle de Roy Penchansky et J.William Thomas (1981) propose de définir en somme « l'accès » comme étant le résultat d'un degré « d'adéquation » (Fit) entre les usagers et le système (figure 11). « L'accès est considéré comme le concept général qui résume un ensemble de domaines plus spécifiques de l'adéquation entre le patient et le système de soins de santé » [R. Penchansky et J.W.Thomas, 1981].

⁵⁸ « They tend to relate to discrete events where a person is in need of services, seeks them out and receives some form of care, advice, or therapy, and the outcome is measured. At the population level, it is relatively fixed variables that are considered, such as overall insurance coverage, ratio of practitioners to population, and organizational characteristics such as staffing, hours, or physical amenities. In reality, people have many opportunities to react to needs or perceived needs, and their reaction depends largely on how they anticipate the system will react to them, how much they trust the system, and how much benefit they feel they will derive from using health care » [T.C Ricketts, L.J Goldsmith (2005), p277]

⁵⁹ Achieving a policy goal of equal, equitable or effective access will require that we give primary consideration to these dynamic parts of the process and pay less attention to the more static elements of resources and structure [T.C Ricketts, L.J Goldsmith (2005), p280].

⁶⁰ A few authors equate access with entry into or use of the system; examples are "... the first barrier to access .. ." or "... access refers to entry into." While access is more often employed to characterize factors which influence entry or use, opinions differ concerning the range of factors included within access and whether access is seen as characterizing the resources or the clients [R. Penchansky et J.W.Thomas, 1981, p.127].

Figure 11 : Modèle de l'accès aux soins de R.Penchansky et J.W.Thomas, 1981, d'après T.C Ricketts et L.J Goldsmith, 2005



Source : T.C. Ricketts, L.J. Goldsmith (2005) « Access in health services research: The battle of the Frameworks », *Nursing Outlook*, Volume 53, Issue 6, pages 274-280, ISSN 0029-6554, en ligne, URL :< <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2005.06.007>>, traduction : E. Autrive

Le modèle de R. Penchansky et J.W.Thomas (1981) détermine cinq dimensions (sous-ensembles de critères) de l'accès situées à l'interface entre les services de santé et les usagers. Elles sont les paramètres de l'adéquation entre les usagers et le système : la disponibilité (availability), l'accessibilité (accessibility), la commodité (accommodation), l'abordabilité (affordability), et l'acceptabilité (acceptability) (encadré 5). Ces critères établissent une relation forte entre les services de santé et les usagers. « L'accès est présenté ici comme un concept général qui résume un ensemble de dimensions plus spécifiques décrivant l'adéquation entre le patient et le système de soins de santé »⁶¹ [R.Penchansky et J-H.Thomas, 1981, p.1].

⁶¹ « Access is presented here as a general concept that summarizes a set of more specific dimensions describing the fit between the patient and the health care system. » [R.Penchansky et J-H.Thomas, 1981, p.1].

1. **La disponibilité (availability)** réfère au rapport de l'offre à la demande. Il s'agit de la relation entre le volume et le type de services (ressources) existantes vis-à-vis du volume d'utilisateurs et de leurs types de besoins (basiques ou spécifiques).
2. **L'accessibilité (accessibility)** réfère à l'accessibilité spatiale au lieu de soins. Elle est définie comme la relation entre localisation du lieu de services de santé et celle des utilisateurs. Elle tient compte du mode de déplacement des utilisateurs, du temps de déplacement, de la distance (physique) et du coût de déplacement.
3. **La commodité/adéquation (accommodation)** est la manière dont les services de santé sont organisés pour accueillir les utilisateurs ; et la capacité d'un utilisateur à s'adapter à cette offre de services. Cette dimension comprend, le système de rendez-vous, les heures de fonctionnement des services : horaires d'ouverture pour les consultations, horaires des guichets pour la prise de rendez-vous en présentiel ou par téléphone.
4. **L'abordabilité (affordability)** se réfère à la capacité financière. Elle réfère au rapport entre le prix des services de santé et la capacité de l'utilisateur (ou de son assurance maladie existante) à payer (en fonction de ses revenus et/ou de l'assurance). La perception, la connaissance des utilisateurs de la valeur du service par rapport à son coût total sont également des éléments de l'abordabilité.
5. **Enfin l'acceptabilité (acceptability)** est la relation qui oscille entre les attitudes et pratiques des utilisateurs et les prestataires des services de santé. Elle se réfère aux caractéristiques (sexe, âge, religion, croyances etc...) pouvant affecter l'attitude et la pratique de l'utilisateur vis-à-vis du service de santé ; mais également de l'attitude et la pratique du prestataire de services (prestation de soin acceptée ou refusée selon la couverture sociale du patient, coût...) vis-à-vis de l'utilisateur.

Le concept de R. Penchansky et de J.W Thomas constituera l'une des entrées de ce travail dans la mesure où ses critères de définition de l'accès aux soins s'orientent vers des dimensions plurielles de l'accès qui se posent à l'interface entre les services de soins et les utilisateurs. Dépassant des critères souvent étudiés de l'accès (spatiaux et financiers), la disponibilité, la commodité, l'acceptabilité appellent à considérer les dimensions faisant appel au fonctionnement des services, mais aussi aux barrières sociales et culturelles pour les professionnels et les utilisateurs. Ces critères semblent comme nous le verrons, pertinents dans l'étude de « l'accès » à des soins de santé des individus en situation de vulnérabilité.

Toutefois, malgré la prise en compte d'une plus grande complexité dans la compréhension de « l'accès » aux services de soins, ces critères peuvent paraître incomplets. Des études [Santé publique France, 2007] montrent en effet que des personnes en situation de vulnérabilité (ici considérées comme précaires ou/et en situation de migration), si elles ont théoriquement le droit d'accéder à des soins et/ou à une protection sociale, n'ont pas accès aux soins. Confrontés à des difficultés liées à la compréhension du système de santé, à l'administration, parfois discriminante [E. Carde, 2009], à la barrière de la langue [A. Tran Ap, 1992 ; S. Fleuret, A-C Hoyez, 2011], aux représentations différentes de la maladie... ces populations

nécessitent une attention visant à accroître leur connaissance du système et leur capacité à se rendre dans des services. C'est pourquoi, le modèle de l'accès de Emily Saurman (2015), incluant une sixième dimension au modèle de R. Penchansky et J.W Thomas (1981) : celle de la sensibilisation (awarness) peut être utile à prendre en compte (figure 12).

Figure 12 : Modèle de l'accès aux soins d'après E. Saurman, 2015, p.37

Table 1. The dimensions of access.		
Dimension of access	Definition	Dimension components and examples
Accessibility ^a	Location	An accessible service is within reasonable proximity to the consumer in terms of time and distance.
Availability ^a	Supply and demand	An available service has sufficient services and resources to meet the volume and needs of the consumers and communities served.
Acceptability ^a	Consumer perception	An acceptable service responds to the attitude of the provider and the consumer regarding characteristics of the service and social or cultural concerns. For instance, a patient's willingness to see a female doctor may determine whether a service is acceptable or not.
Affordability ^a	Financial and incidental costs	Affordable services examine the direct costs for both the service provider and the consumer.
Adequacy ^a (Accommodation)	Organization	An adequate service is well organized to accept clients, and clients are able to use the services. Considerations of adequacy include hours of operation (after-hour services), referral or appointment systems, and facility structures (wheelchair access).
Awareness ^b	Communication and information	A service maintains awareness through effective communication and information strategies with relevant users (clinicians, patients, the broader community), including consideration of context and health literacy.

^aThe five dimensions of access identified by Penchansky and Thomas.⁶
^bA sixth dimension that may influence access.

Dimensions de l'accès	Définition	Composantes de la dimension et exemples
Accessibilité. a	Localisation	Un service accessible se trouve à proximité raisonnable du consommateur en termes de temps et de distance.
Disponibilité. a	Offre et demande	Un service disponible dispose de suffisamment de services et de ressources pour répondre aux volume et besoins des consommateurs et des communautés desservies.
Acceptabilité. a	Perception du consommateur	Un service acceptable répond à l'attitude du prestataire et du consommateur en ce qui concerne les caractéristiques du service et les préoccupations sociales ou culturelles. Par exemple, la volonté d'un patient de voir un médecin de sexe féminin peut déterminer si un service est acceptable ou non.

Accessibilité financière. a	Financière et accessoire coûts	Les services abordables examinent les coûts directs à la fois pour le service fournisseur et le consommateur.
Adéquation. a (commodité)	Organisation	Un service adéquat est bien organisé pour accepter les clients, et les clients sont capables d'utiliser les services. Les considérations relatives à l'adéquation comprennent les heures des systèmes de fonctionnement (services après les heures de travail), d'orientation ou de rendez-vous, et des structures d'accueil (accès aux fauteuils roulants).
Sensibilisations. b	Communication et informations	Un service maintient la sensibilisation grâce à une communication efficace et des stratégies d'information avec les utilisateurs concernés (cliniciens, patients, le communauté élargie), y compris la prise en compte du contexte et de la littératie en matière de santé ⁶² .
a. Les cinq dimensions de l'accès identifiées par Penchansky et Thomas. b. Une sixième dimension qui peut influencer l'accès.		

Source : E.Saurman (2015) « *Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access* », *Journal of Health Services Research & Policy*, 2016;21(1):36-39. doi :10.1177/1355819615600001, en ligne, URL :< <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1355819615600001>>, traduction : E.Aufrive

La sensibilisation fait référence aux stratégies de communication et d'information utilisées par un service de santé aux acteurs concernés : les professionnels de santé, les usagers, la communauté élargie..., tout en prenant en considération le contexte et les connaissances en matière de santé. Cette dimension de sensibilisation est cruciale pour l'accès aux soins des populations éloignées du système puisque « Aucun service de soins de santé peut être efficace si elle ne répond pas au contexte ou si la population visée ne sait pas qu'elle existe » [E.Saurman, 2015, p.3]. Elle l'est tout autant pour les professionnels de santé qui dans certains contextes (régionaux, locaux) ou en raison des spécificités du soin pour les patients qu'ils accompagnent (handicap, précarité...), ne connaissent pas l'ensemble des services existants pour le soutien et l'orientation du patient [DGOS, 2012 ; Ars Pays de la Loire, 2019].

Concernant la sensibilisation des populations, les champs de la santé publique, de la santé communautaire, et de la promotion de la santé (figure 13) sont plus particulièrement concernés. Leur prise en compte est particulièrement importante dans un contexte où des populations peuvent avoir méconnaissance des services et certaines représentations/croyances en matière de santé. « Santé publique » et « la santé communautaire » visent toutes deux à améliorer la santé des populations. Bien que la première

⁶² « La littératie en matière de santé est la mesure dans laquelle les individus ont la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations sanitaires de base nécessaires pour prendre des décisions appropriées en matière de santé. » [HRSA, 2019]

ait recours à des mesures interventionnelles parfois coercitives [V.Ridde, 2007], la seconde met au centre de ses interventions la dimension émiq⁶³ et les initiatives en santé qui sont du ressort de la participation des populations. Quant à la « promotion de la santé », comme d'autres politiques, elle vise une réduction des inégalités sociales de santé reposant sur l'empowerment⁶⁴.

Si ces trois domaines visent à « sensibiliser » les populations à l'existence de services de santé comme l'entend E. Saurman, ils visent également à les rendre mieux informés et plus autonomes concernant le « contrôle » de leur santé. C'est pourquoi, pour améliorer l'accès « Il devient nécessaire que les acteurs comprennent que la planification sanitaire ne se résume pas à un exercice technique et qu'elle peut aussi être un outil pour impulser le changement social. Cette responsabilité d'actions et de plaidoyer doit être dévolue au champ de la promotion de la santé » [V.Ridde, 2007].

Figure 13 : Tentative de distinction entre la santé publique, la santé communautaire et la promotion de la santé, source : V. Ridde, 2007

	Processus	Finalité
Santé publique	Technocratique	Améliorer la santé des populations
Santé communautaire	Participatif	
Promotion de la santé	Empowerment	Réduire les inégalités sociales de santé

Toutefois, cette dimension de la « sensibilisation » est utile si et seulement si les personnes déterminent et osent utiliser le service dont ils ont connaissance de l'existence. Il y a donc un pas supplémentaire entre la connaissance que peut avoir un individu sur une localisation et horaires de fonctionnement d'un service, sa capacité à déterminer si se rendre dans ce service répondra à ses besoins et les satisfera, et enfin la réalisation de l'acte. L'aboutissement de ces différentes étapes, peut être entendue sous la notion de « capabilité » (capability).

Développée par Amartya Sen [A.Sen, 1979, 1995, 1999, 2002], « L'approche par les capabilités est un cadre théorique qui implique deux revendications normatives fondamentales : premièrement, la revendication que la liberté d'atteindre le bien-être est d'une importance morale primordiale, et deuxièmement, que la liberté d'atteindre le bien-être doit être comprise en termes de capabilités des

⁶³ Soit une vision centrée sur les populations. L'accent est mis sur la compréhension des conditions sociales et structurelles qui peuvent induire telles ou telles pratiques en santé problématiques ; et sur des réflexions pouvant constituer des solutions appliquées et sur la construction d'une définition du problème.

⁶⁴ La démarche de l'empowerment via la promotion de la santé « consiste à mettre en oeuvre un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé qu'auparavant, et d'améliorer celle-ci (OMS, 1986). » [V.Ridde, 2007]

personnes, c'est-à-dire leurs possibilités réelles de faire et d'être ce qu'elles ont raison de valoriser » [I.Robeyns, 2016]. Toutefois A. Sen ne définit pas la liste des capacités et ce qui est entendu par « santé ».

Ainsi, des auteurs ont approfondi cette notion pour proposer une liste des « capacités » [M.C. Nussbaum, 2000, 2011] d'un individu. Cette approche a d'ailleurs été utilisée pour évaluer le bien être des individus dans le champ de la santé et dans les politiques publiques [P.Anand, G.Hunter, R.Smith, 2005], même si d'autres auteurs remettent en question cette notion dans l'utilisation des évaluations liées à la santé [R. López Barreda, J.Robertson-Preidler et P.Bedregal García, 2019]. Par exemple, Per-Anders Tengland (2020) affirme que « Ni Amartya Sen ni Martha Nussbaum n'ont explicitement formulé une théorie de la santé pour accompagner leurs théories des capacités » [P-A Tengland, 2020, p.25]. Si l'objet de P.A Tengland (2020) n'est pas d'approfondir la liste des capacités (internes et externes) d'un individu, il peut paraître important de retenir que P.A Tengland va plus loin dans la définition des capacités en distinguant « la capacité » de sa réalisation : « Les capacités sont les conditions requises pour qu'une personne puisse faire ou être quelque chose ; ce sont ses « libertés substantielles » ou ses possibilités réelles (immédiates, ou pratiques). Un fonctionnement est ce qu'une personne (en fait) est ou fait (ou ressent)⁶⁵. La distinction cruciale entre une capacité et un fonctionnement est que, dans le premier cas, l'individu a une possibilité (réelle) de faire ou d'être (ou de ressentir) quelque chose, et que, dans l'autre, il a réalisé la capacité et est ou fait (ou ressent) cette chose » [P.A Tengland, 2020].

C'est pourquoi, « La principale raison pour laquelle l'approche par les capacités soutient qu'il est préférable de se concentrer sur les fins plutôt que sur les moyens, est que dans leurs aptitudes les gens diffèrent la conversion des moyens en opportunités (capacités) ou en résultats (fonctionnements) valables (Sen 1992 : 26-28, 36-38).⁶⁶ » [I. Robeyns, 2016].

En somme, faisant écho à la « sensibilisation » de E. Saurman, « la sensibilisation » serait envisagée comme un moyen pour qu'un individu soit en « capacité » (externe) d'avoir connaissance d'un lieu de soins par exemple ; puis l'aptitude à déterminer si le service⁶⁷ est adéquat au besoin de soins et le fait d'avoir décidé et d'y recourir réellement serait l'aboutissement « d'un fonctionnement » (interne) de cette capacité.

Dans cette même perspective, la conceptualisation de l'accès de J-F Levesque et al. (2013) s'inscrit comme étant « centrée sur le patient ». L'accès est considéré « comme la possibilité d'identifier les besoins en matière de soins de santé, de rechercher des services de santé, d'atteindre, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé, pour que le besoin de services soit effectivement satisfait » [J-F Levesque et al.,

⁶⁵ « Capabilities are conditions required for a person to do or be (or feel) something (Sen 1979, 1995, 1999 ; Nussbaum 2000, 2011) ; they are his or her “substantial freedoms” (Sen in Nussbaum 2011, p. 20), or her or his real (immediate, or practical) possibilities. A functioning is what a person (in fact) is or does (or feels; Ibid.; Sen 1995, 1999) » [P.Tengland, 2020, p.25]

⁶⁶ « The main reason why the capability approach holds that it is better to focus on the ends rather than the means, is that people differ in their ability to convert means into valuable opportunities (capabilities) or outcomes (functionings) (Sen 1992 : 26–28, 36–38). » [I.Robeyns, 2016]

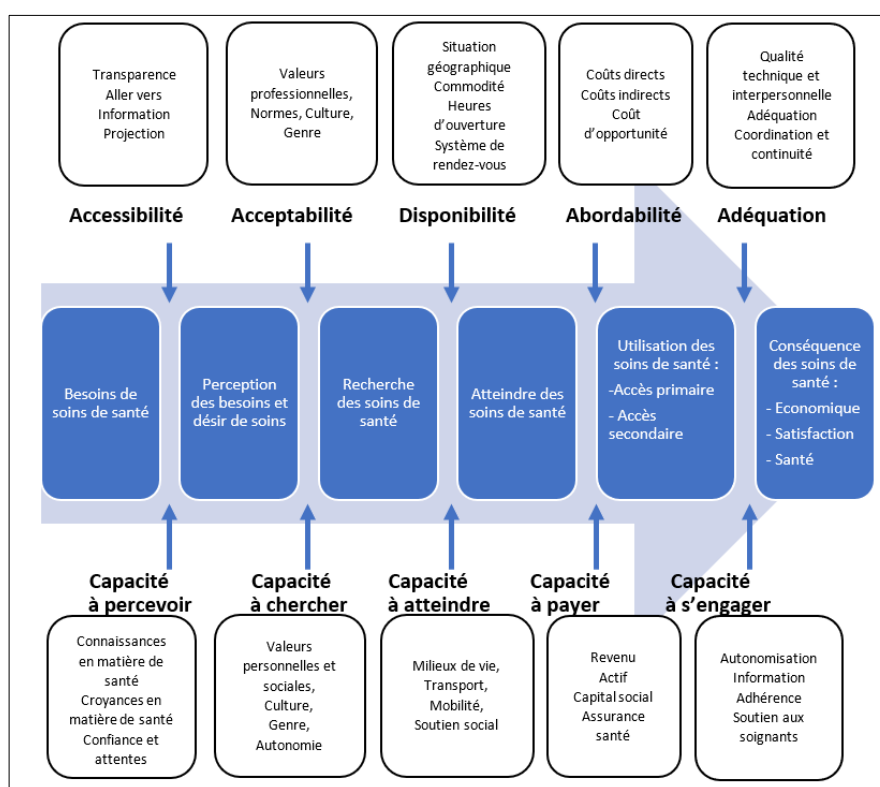
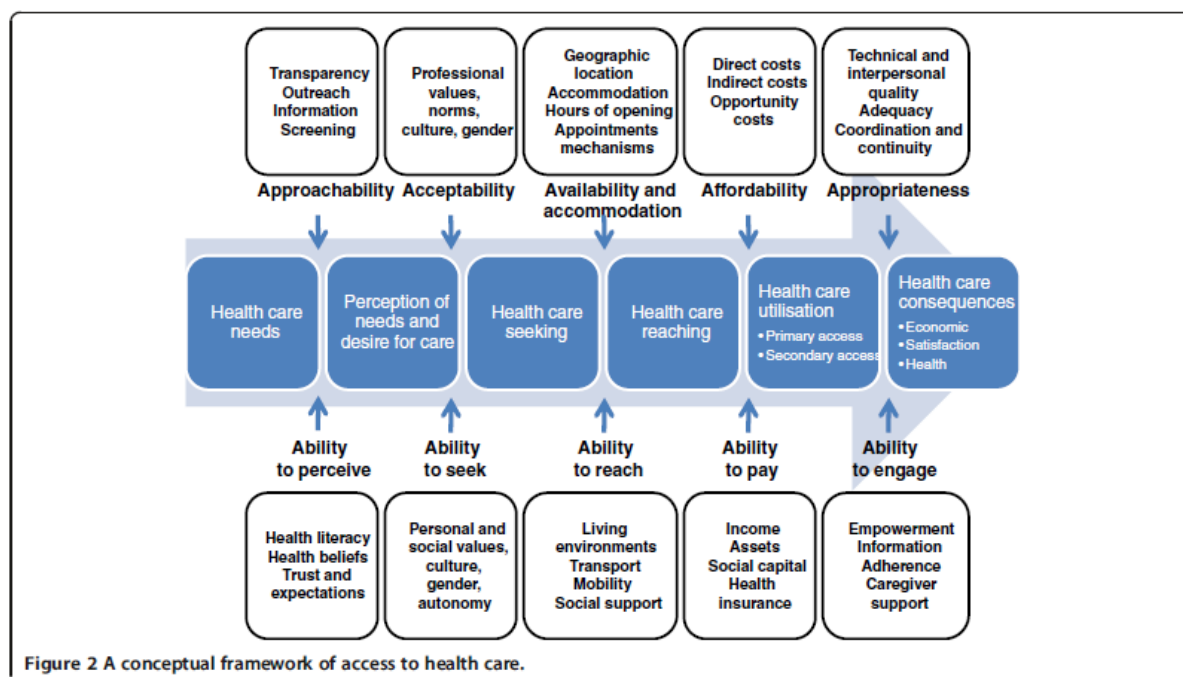
⁶⁷ E.Saurman décrit un « service de santé » adéquat par les heures d'ouverture systèmes d'orientation ou de rendez-vous, et la structure des installations adaptées

2013, p.9]. Cette conceptualisation reprend les cinq dimensions de l'accès de R. Penchansky et J.W. Thomas (1981) : l'accessibilité ; l'acceptabilité ; la disponibilité, l'abordabilité ; l'adéquation. Toutefois, une capacité corollaire se décline pour chacune de ces cinq dimensions : « la capacité de percevoir ; la capacité à chercher ; la capacité à atteindre ; la capacité de payer ; et la capacité à s'engager. ». L'auteur au lieu d'envisager « l'accès » sous une déclinaison de dimensions de l'accès liées au service de santé, envisage une description supplémentaire, soit des dimensions opportunes, les possibilités favorables à l'accès.

Une nuance conceptuelle est à signaler dans la définition de l'accessibilité. A la différence de R.Penschansky et J.W Thomas pour lequel l'accessibilité est uniquement une mesure de la distance spatiale, pour J-F. Levesque et al., l'accessibilité, « décrit la nature des services qui offrent cette possibilité ». De fait, les cinq dimensions qui se réfèrent à l'offre et la demande sont englobées dans l'accessibilité. Ainsi l'auteur distingue « accessibilité » et « possibilités » et positionne l'accès comme la réalisation des possibilités, soit un accès réalisé. L'auteur démontre qu'il ne s'agit pas seulement de considérer les dimensions des services de santé pour qu'un accès soit réalisé, mais aussi les capacités des individus à percevoir, à chercher...

La figure de J-F Levesque et al., (2013), considère ainsi l'accès en tant que processus (figure 14). De multiples étapes sont à franchir entre la capacité de l'individu à percevoir son besoin de santé jusqu'à la capacité de s'engager, soit jusqu'au résultat produit : la santé, la satisfaction... Ces étapes représentent « des transitions cruciales où les obstacles à l'accès peuvent être révélés » [opsit, p.4]. Toutefois, ces dimensions « séquentielles » ne sont pas totalement indépendantes. D'une part, « elles s'influencent souvent les unes les autres et agissent à différents moments au cours d'un épisode de la maladie et des soins » [opsit, p.9] : « la disponibilité peut interagir avec le caractère abordable des transports en influençant l'accès aux services de santé » [opsit, p6]. D'autre part, certaines de dimensions individuelles peuvent être réalisées et un obstacle peut exister dans une seule dimension. Par exemple, les dimensions de l'accessibilité géographique et financière peuvent être franchies sans que la capacité de s'engager corollaire à la dimension de l'appropriation ne soit effectivement réalisée. Incluant un jugement sur l'adéquation du service proposé, elle peut différer selon les groupes de populations. En somme, l'accès centré sur le patient est donc « perçu comme résultant de l'interface entre les caractéristiques de personnes, de ménages, d'environnements sociaux et physiques et les caractéristiques des systèmes de santé, des organisations et les fournisseurs » [opsit, p.4].

Figure 14 : Approche conceptuelle de l'accès aux soins de J-F Levesque et al., 2013



Source : Levesque, JF., Harris, M.F. & Russell, G. (2013) « Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations », *Int J Equity Health* 12, 18, en ligne, URL : <<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>>, traduction : E.Autrive

Le fait de considérer « la conjonction entre des ressources (dispositions et capacités à agir), des fragilités (possibilité d'être affecté ou blessé dans son équilibre et/ou son intégrité) et un environnement marqué par la précarisation de masse et le recul des protections » assigne alors, « un rôle déterminant au contexte dans lequel s'opèrent ces articulations » dont la résultante serait « la vulnérabilité » [C.Lévy-Vroelant, M.Joubert, C.Reinprecht, 2015]. Ainsi « Parler de vulnérabilité c'est parler d'exposition, de menace, de risque, de réduction de préjudice et de capacité » [C. Adam, 2017].

1.2 Les populations en situation de vulnérabilité : spécificités des déterminants de l'accès

« La notion de « vulnérabilité » vient de plus en plus remplacer le terme « d'exclusion » [M.H Soulet, 2005], de « précarité » ou de « pauvreté » dans le champ de la santé [C. Adam, 2017, p.92]. Même si elle est critiquée [B.Clark, N.Preto, 2020], cette notion plus large sort d'une simple lecture monétaire ou de droits pour entrer dans une analyse globale de l'individu et de des rapports divers au monde qui l'entoure »⁶⁸ [opsit]. « Cette évolution serait plus particulièrement à l'œuvre chez les intervenants de première ligne conduits à développer d'autres grilles de lecture et de compréhension que celles qui sont habituellement utilisées en visant à faire évoluer leurs cadres d'action » [C.Lévy-Vroelant, M.Jubert, C.Reinprecht, 2015]. Pris sous un sens commun le terme « « vulnérabilité » trouve son origine dans l'idée de blessure. Est vulnérable celui qui peut être blessé, par extension celui qui par ses insuffisances, ses imperfections, ses faiblesses, peut donner prise à des attaques » [P.Puig, 2018]. De ce fait, une personne en situation de vulnérabilité (absolue ou relative, tout comme durable ou passagère) peut inclure : « les personnes âgées, les personnes démunies ou à faibles ressources, les personnes dépendantes, les parents isolés, les femmes battues, les malades, les sans-abris, les nomades, les détenus, les réfugiés, les victimes... » [opsit]. Finalement tout individu ou collectivité peut être en situation de vulnérabilité singulière ou plurielle.

Néanmoins, si l'on cherche à définir des « populations vulnérables » dans le champ de la santé publique, cinq facteurs décrits par C. Adam (2017) peuvent être à l'origine d'un état de vulnérabilité (encadré 6).

⁶⁸ L'agence Nationale de la recherche a en 2008 lancé un appel à projets thématique "Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social", ouvert à toutes les disciplines des sciences humaines et sociales [ANR, 2008]. Les objectifs étaient entre autres, de rapprocher les disciplines travaillant sur la santé et le social, de favoriser le renouvellement des catégories et outils d'analyse, des méthodes de travail ainsi que des terrains d'investigation de ces populations. Le bilan de cet appel a eu lieu lors d'un colloque en fin d'année 2013 [ANR, 2013]

- 1 – « Un habitat précaire ou déficient que l'on peut aussi réduire au concept d'habitat pathogène.
- 2 - La dépendance physique, psychique ou liée à une addiction.
- 3 - Une difficulté de communication ou de compréhension (patient ne parlant pas le français ou malentendant).
- 4 - L'exposition à des violences directes ou indirectes.
- 5 - L'absence de droits d'accès aux dispositifs de protection sociale. »

Christophe Adam propose d'ajouter trois capacités :

- 1 – « L'inscription du patient dans un réseau réel ou virtuel et l'existence d'une proximité sociale, de liens.
- 2 - L'absence de troubles majeurs du comportement ou la capacité intrinsèque individuelle de régulation ou de modération,
- 3 - La référence à un idéal, à une idéologie ou à un mysticisme qui porte une espérance ou un déni »

Avec ce cadrage, les facteurs menant à une « situation de vulnérabilité » se précisent. Néanmoins restant vastes, « la question de la santé des migrants (...) n'est pas toujours identifiée à part, les problèmes spécifiques aux populations migrantes étant « dilués » dans ceux de l'ensemble des populations vulnérables⁶⁹ » [A.C Hoyez, 2011]. Cela étant, il s'agira de s'intéresser dans ce travail aux populations en situation de vulnérabilité et en situation migratoire, parfois « invisibles ».

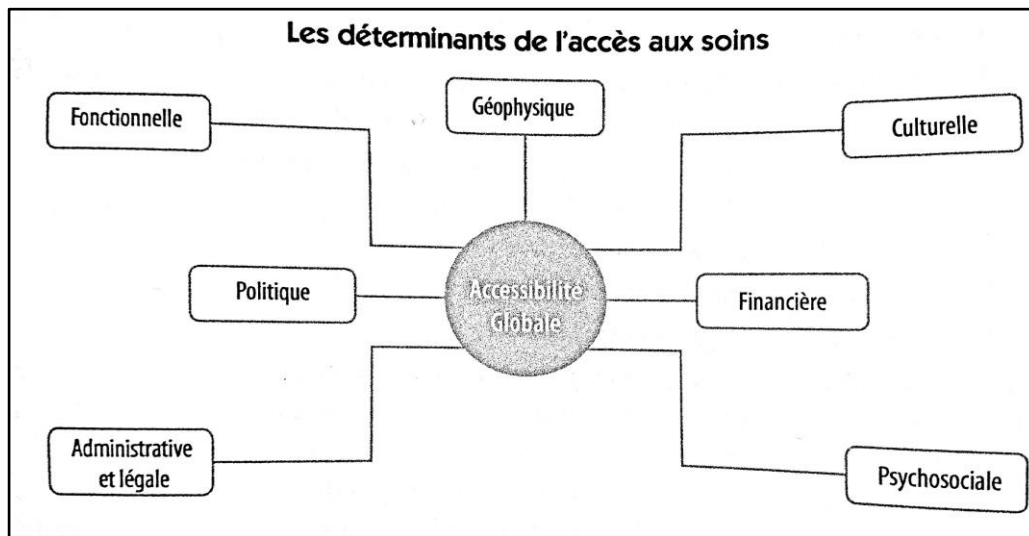
Dans un autre travail, Pierre Micheletti dresse, par exemple, dans son étude sur les Roms (2001), quelques-uns de ces facteurs à l'origine d'un état de vulnérabilité, dans des déterminants de l'accès aux soins (figure 15). Certains s'apparentent à des dimensions de « l'accès aux soins » des modèles de R.Penchansky et J.W Thomas et de E. Saurman tels que : le déterminant: « géophysique » (accessibilité spatiale), la dimension financière (abordabilité), culturelle (acceptabilité), fonctionnelle (commodité)⁷⁰ Toutefois, il y ajoute des déterminants plus spécifiques et propres à des populations en situation de vulnérabilité, en l'occurrence migrantes, qui s'apparentent aux notions de capacité et de capabilité :

1. La dimension psychosociale qualifiant la santé mentale comme une entrave potentielle à des structures de soins.
2. La dimension administrative et légale qui fait référence aux difficultés que peuvent constituer les lourdeurs administratives et les contraintes légales et réglementaires en particulier pour les personnes venant d'un autre pays ou parlant mal la langue du pays d'accueil.
3. La dimension des décisions politiques qui excluent certaines populations de tout ou d'une partie du système de soins.

⁶⁹ Le terme de « populations vulnérables » au lieu de « situation de vulnérabilité » est plus utilisé pour la fluidité du texte. Le caractère mouvant (de la situation) de vulnérabilité est considéré.

⁷⁰ P. Micheletti (2001) ne cite pas celui de la disponibilité référant au rapport de l'offre à la demande.

Figure 15 : Les déterminants de l'accès aux soins des populations vulnérables, de Pierre Micheletti, 2011



Les approches de ces auteurs - dans la définition d'un état de vulnérabilité et des déterminants de l'accès aux soins des populations vulnérables - sont utilisées pour cadrer cette recherche pour deux raisons. Premièrement, elles permettent de considérer les dispositifs d'accès aux soins de santé mis en place qui s'adressent à des populations caractérisées par les dimensions d'un état de vulnérabilité (habitat précaire, difficulté à parler la langue barrières administratives...) [La santé de l'homme, 2007]. Deuxièmement, ces définitions ont l'avantage de « regrouper » aux côtés des dimensions proposées « classiquement » de l'accès (accessibilité spatiale, abordabilité financière, acceptabilité culturelle, commodité fonctionnelle, disponibilité de l'offre par rapport à la demande) des dimensions spécifiques de l'accès des populations en situation de vulnérabilité qui font appel aux capacités (connaissance des moyens) et aux capabilités (réalisation du moyen).

Les spécificités liées à ces populations ont, d'une façon générale, été progressivement prises en compte ou intégrées dans les politiques publiques. En France, la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions fait de « La lutte contre les exclusions un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation. » [Légifrance, 1998, Article 1]. Ainsi, en parallèle de la mise en place, déjà abordée, des « quartiers prioritaires » ainsi que des PASS dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), la Couverture Mutuelle Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) furent instaurées en 1999 dans l'hexagone et les DOM.

D'une part, en agissant sur le déterminant financier, la CMU devait faire disparaître l'Aide Médicale Départementale (AMD)⁷¹ et ainsi unifier tous les résidents de France dans une protection maladie « universelle », égale pour tous. Toutefois la loi 99-641 du 27 juillet 1999 maintient deux dispositifs. Tandis

⁷¹ L'AMD est créé et ouverte à tous sans conditions de résidence en France en 1983, puis fût accordée sous condition de régularité de séjour en 1993 lors de la loi « Pasqua » [CNLE, 2009].

que la CMU « (...) garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais. » [Légifrance, 1999.b], l'AME, quant à elle, est réservée aux étrangers en situation irrégulière. Aujourd'hui l'AME est accessible aux étrangers en situation irrégulière en France (hors Mayotte) démunis financièrement, en séjour irrégulier, résidant en France (hors Mayotte) de façon stable c'est à dire depuis plus de 3 mois [Améli, 2020].

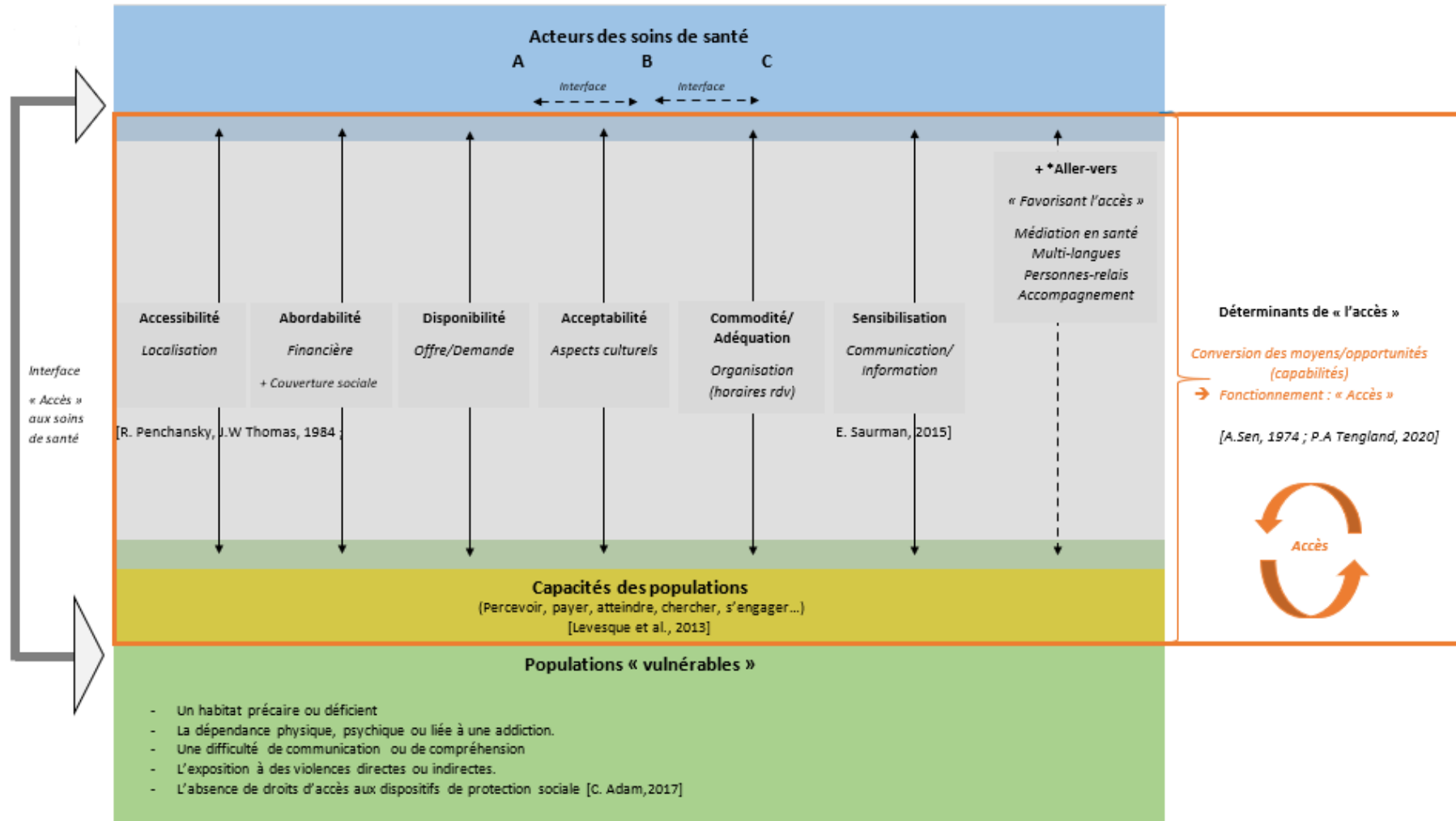
Encore faut-il convertir ce « moyen » mis à disposition à sa « fin » ... Le rapport de l'Observatoire de de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins Du Monde en France en 2017, montrait que parmi les personnes reçues dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) lors de leur première visite, 42,8% étaient éligibles au droit à l'AME, toutefois seules 5,2% des personnes avaient des droits effectifs [MDM, 2018, p.58]

D'autre part, concernant les dispositifs tournés vers les populations en situation de vulnérabilité, la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion aboutit à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (EMPP) [Légifrance, 2005]. Ces équipes mobiles visent à répondre à un public large : « aux personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes », qu'il s'agisse de publics très désocialisés et/ou de personnes ayant une maladie mentale en situation de précarité. Elles nécessitent un travail entre partenaires puisqu'elles sont « (...) un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins de droit commun et du dispositif social, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés » [opsit]. Aujourd'hui, les acteurs des soins de santé, qu'ils soient institutionnels, privés ou associatifs, sont nombreux à avoir développé cette initiative. Par exemple, dans le secteur institutionnel, des PASS mobiles existent [CH Agen – Nérac, 2020] dans des structures hors de l'hôpital. Cependant, avant la création des équipes mobiles, des actions « d'aller-vers » étaient déjà observés dans les années 1990 en France, comme, par exemple, à Marseille en matière de Réduction des Risques (RDR) par des précurseurs associatifs, Médecins du Monde [A.Marchant, 2013]. Cette démarche de sensibilisation, « d'aller-vers » (« d'outreach ») en plus d'aller « au-devant » (des populations) appellent également ces initiatives à aller « auprès » (des lieux de vie et des populations) et « avec » (en accompagnant) les publics concernés [P.Chauvin, 2012]. Un peu différente des équipes mobiles telles que définies dans la circulaire de 2005, « l'outreach » n'est pas seulement une pratique visant à fournir des services sociaux et médicaux à des populations échappant à l'offre de soin existante, c'est aussi l'idée de recruter, dans les équipes d'intervention, des usagers, anciens ou actifs (souvent substitués), en raison de leur connaissance des produits, des pratiques de consommation et des lieux d'approvisionnement. » [A.Marchant, 2013]. Ainsi, professionnels de santé, médiateurs socio-sanitaires mais aussi « personnes-relais » peuvent travailler ensemble en direction des publics vulnérables. Les associations prennent une place grandissante [S.Fleuret, 2006 ; C.Marival, 2001] dans les actions sanitaires et sociales. La force de ces dernières tient à leur présence au plus près des populations auprès d'auxquelles elles agissent, dans les structures où sur leurs lieux de vie.

Ces acteurs agissent afin de réduire les inégalités de santé au sein d'espaces appelés « area-based interventions » [L.A.O'Dwyer et al., 2007]. Dans ce contexte, « Le territoire, précisément, est devenu une des instances privilégiées d'où peuvent émerger ces innovations sociales venant du bas. » [J.Garnier, 2012] où les réalités des personnes rencontrées sont prises en compte : dimension matérielle des conditions de vie telles que l'habitat, l'accès aux ressources primaires (eau, électricité), moyens de mobilité .

La figure 16, tente de synthétiser les notions abordées. Deux niveaux sont visibles : les acteurs des soins de santé qui exercent en structure (fixe) et/ou dispositifs (mobiles) ; et les populations. Les acteurs et les populations sont en interface, en raison des possibilités de « l'accès » proposées par les acteurs, et les populations en raison des soins de santé qu'ils visent à atteindre. Les déterminants de l'accès de R.Penchansky et de J.M Thomas (1981, 1984) se réfèrent à des caractéristiques de l'accès « décrivant l'adéquation entre le patient et le système de soins de santé » auprès « des actions d'aller-vers » qui constituent également l'un des paramètres d'adéquation entre les populations et le système de santé. Aux côtés des déterminant précédents, figure le déterminant de la « sensibilisation » de E. Saurman, et « les capacités » identifiées par J-F. Levesque centrées sur les populations. Dès lors, services de soins de santé et populations sont en interface de par « l'accès ». Un accès « réalisé » est ici la résultante de la transformation au sein de l'interface acteurs/populations : des moyens/opportunités proposées des services de santé, et des capacités des individus en acte.

Figure 16 : Synthèse des notions abordées sur les déterminants de « l'accès » aux soins : une interface acteurs des soins de santé/ populations



Nota Bene : Acteurs des soins de santé incluant, les structures comprises comme des services en structure fixe, les dispositifs compris comme des services en actions mobiles

2 - Interroger le développement de l'« accès » par les acteurs

Depuis la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009), quatre axes sont au cœur des politiques sanitaires : la modernisation des établissements de santé, l'accès à tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, l'organisation territoriale du système de santé. Ces orientations apparaissent aussi dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dont l'ambition est marquée par la volonté d'aboutir à une transversalité entre acteurs soit, entre les différentes activités et secteurs de la santé. La loi « Ma santé 2022 » (2019) insiste sur ce point et invite au « décloisonnement » entre les différents acteurs agissant en matière de santé : entre structures (publiques, privées, associatives...), et leurs champs d'interventions (sanitaire, médico-social, prévention, social).

Ces transformations s'accompagnent d'une nouvelle terminologie de l'action : la territorialisation⁷². Même si dans les textes de loi, la définition n'est pas précise (article 58, loi du 26 janvier 2016), elle vise à adapter l'offre de services de santé aux besoins des populations d'un territoire donné, à un moment donné [J-M Amat-Roze, 2011, p.17 ; S. Fleuret, 2015, p.1] selon deux modalités. D'une part, il s'agit de penser l'offre de services de santé (sanitaire, médico-social, en prévention, promotion de la santé et d'accompagnement social) en tenant compte des spécificités des besoins des populations. D'autre part, en cherchant à renforcer la coopération, la complémentarité et la coordination entre les établissements et/ou les acteurs de santé, il s'agit de réduire les inégalités sociales et territoriales, de renforcer la prise en charge des patients et d'améliorer l'accès des populations vulnérables à la prévention et aux soins.

Dans ce contexte, l'accès aux soins, en particulier celui de premier recours, devient central, impliquant des transformations à la fois organisationnelles et en termes de découpages opérationnels. En effet, aujourd'hui la santé n'est plus seulement l'affaire de l'Etat Central mais aussi d'autres acteurs agissant à un niveau régional et local (par exemple: ARS à travers les territoires de santé), les collectivités territoriales (par exemple : Protection Maternelle et Infantile), les communes (par exemple: Centre Communal d'Action Social) sans compter les objectifs de la politique de la ville qui s'appliquent dans les QPV, et les acteurs associatifs dont les actions - reconnues par l'Etat en 2002 - « sont fréquemment conduites à compléter l'action menée par les pouvoirs publics » [Légifrance, 2002.a] - dans le champ de la santé et notamment en direction des populations vulnérables.

Ces populations, exclues, en situation de vulnérabilité sont notamment celles qui, dès les années 1980, avaient retenu l'attention des actions menées par la politique de la ville. Ces populations devenues « une priorité de l'ensemble des politiques publiques » depuis la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions amènent alors la politique de santé et la politique de la ville à travailler ensemble via des outils (Ateliers Santé Ville, Contrats Locaux de santé), sur des objectifs communs dans des périmètres d'actions qui relèvent de la politique de la ville (Zones Urbaines Sensibles puis Quartiers

⁷² Elle ne se confond pas avec la planification sanitaire « qui concilie un équilibre entre les besoins et les demandes de santé d'une population donnée sur un territoire donné » [P-H. Bréchat, 2016].

Prioritaires de la Politique de la Ville, 2015) qui s'insèrent dans des périmètres d'actions issus de la politique de santé (Territoires de santé, 2009, territoire de démocratie sanitaire⁷³, 2016). Sans s'étendre sur la possible instrumentalisation de certains outils de la politique de la ville par la politique de santé [Haschar-Noé, 2014], la mise en place de ces nouveaux « territoires » par les acteurs constitue un défi pour l'action politique parce qu'ils deviennent à la fois des supports des outils de l'organisation sanitaire mais aussi les modes de légitimation de l'action publique locale. « Le « territoire » monte en puissance. Mais quel territoire ? » [J.M Amat-Roze, 2011].

L'usage croissant de la notion de « territoire » s'accompagne d'un flou conceptuel majeur (Y. Pesqueux, 2009). Dans le champ de la santé, ce flou s'exprime dans la terminologie et les méthodes utilisées pour définir les « territoires » sur lesquels intervenir. Alors que les lois de santé définissent en 1970 des « secteurs sanitaires », basés sur les indices (de besoins, d'équipement existant) ; en 2004 ils sont remplacés par « des territoires de santé » qui tiennent compte de l'échelle régionale et des spécificités des régions. Les zonages sont alors définis par une aire d'attraction théorique autour des structures d'offre de soins existantes, et quatre niveaux de territoires gradués sont créés pour définir l'organisation des soins. De même en 2009, la loi invite les ARS à définir de nouveau des « territoires de santé pertinents » (infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux) pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social. En 2016, la loi n'évoque plus « les territoires » mais une définition de « zones déterminées » sur lesquelles sont fixées « la répartition des activités et des équipements » déterminés par les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins et des services médico-sociaux... Enfin la loi « Ma santé 2022 » évoque la mise en place « d'un territoire pertinent » pour la mise en œuvre par ses acteurs de l'organisation des parcours de santé » et une coordination des acteurs par le « Projet Territorial de Santé (PTS) » établi et mis en œuvre après « un diagnostic territorial partagé » entre « (...) des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ainsi que par des établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux ». Il en est de même pour les actions de la politique de la ville qui se définissent au fil du temps dans les ZUS puis dans les QPV. Ces lois attestent que le territoire se fait toujours le support de l'organisation des soins, mais sa définition est mouvante au cours du temps.

De quelle manière ces multiples acteurs et ces « territoires » d'intervention se structurent-ils ? Très schématiquement en France (figure 17), aux différentes échelles : nationale, régionale, locale sont associés des acteurs aux différents niveaux de compétences.

⁷³ La terminologie « territoire de santé » de 2009 laisse place au « territoire de démocratie sanitaire » en 2016 (Art. L. 1434-9). Ces « zones déterminées » à une échelle infrarégionale doivent couvrir tout le territoire de la région. Elles fixent notamment la répartition et les besoins d'implantations des soins de premier recours (professionnels de santé) et de second recours (acteurs médico-sociaux et sociaux) (Art. L. 1434-11 et Art. L. 1434-12)

A ce stade, un bref éclaircissement sur la terminologie employée entre « échelles » et « niveaux » semble nécessaire. La question de l'emploi de la terminologie des échelles et des niveaux en géographie est loin d'être tranchée et les définitions des auteurs varient au gré des paradigmes dans les Sciences Sociales [N.Verdier, 2004]. En géographie, les débats sont relancés dans les années 1980 à l'apparition « des acteurs ». « Chaque type d'acteur ayant son échelle la coexistence des acteurs entraîne la formation d'un espace stratifié » [opsit]. Le modèle n'est pourtant pas aussi simple puisque ces acteurs ne vivent pas en harmonie : « on s'aperçoit que l'interférence des champs d'action des acteurs débouche rapidement sur une problématique conflictuelle de l'espace ». Il existe dès lors des contradictions entre les différentes échelles qui peuvent remettre en cause la stratification. » [N.Verdier, 2004, p.25]. L'échelle n'est plus qu'une représentation géométrique de l'espace mais aussi, une représentation du rapport que les sociétés entretiennent avec cette forme géométrique⁷⁴.

Concernant le « niveau », Christian Grataloup en propose deux sens, il : « (...) peut être un stade dans une échelle. Ce peut aussi être une instance, une structure dans un système social : on parle ainsi de superstructure et d'infrastructure comme de niveaux du fonctionnement social » [C.Grataloup, 1979, p.76]. Selon S.Déry, « il est maintenant reconnu que les niveaux géographiques sont socialement construits. [S.Déry, 2006, p.3]. Finalement l'échelle et le niveau se confondent dans la mesure où l'un et l'autre peuvent être socialement construits : « L'articulation de cette échelle logique avec l'échelle spatiale est un problème-clé de la géographie. » [C.Grataloup, 1976, p.76]. L'auteur propose alors de donner des contours à ces termes selon les démarches employées. S'il s'agit d'une démarche non spatiale « Les niveaux d'analyse sont donc non spatiaux ; on a une hiérarchie d'instances. On peut parler ainsi de superstructure et d'infrastructure, de domination de modes de production par un autre. » [opsit, p.77]. S'il s'agit d'une découpe empirique de « (...) l'espace en aires en ayant plus ou moins en tête une idée d'autonomie. C'est le cas de la région traditionnelle, celle de l'école française de géographie. (...) Dans ce cas, l'échelle est bien évidemment spatiale (...) ». Nuançant son propos l'auteur signale toutefois que tout le problème réside dans la mise en rapport de ces deux démarches. « On ne peut purement et simplement déduire l'espace d'une société de son fonctionnement général, démarquer son échelle spatiale de son échelle non spatiale (ses différents niveaux d'analyse). On ne peut pas non plus construire une échelle spatiale *ex nihilo*. La résolution de la contradiction passe par l'élaboration d'un système explicatif de l'espace d'une société, d'une échelle spatiale sociale, d'une vraie échelle géographique. » [opsit, p.77].

L'échelle et le niveau pouvant être socialement construits il sera préférentiellement employé le terme « d'échelle » nationale, régionale, locale lorsqu'il renvoie à l'idée d'une échelle spatiale, soit d'une découpe empirique d'espaces aux échelles emboîtées. Tandis que le « niveau » national, régional, local renverra plutôt à l'idée d'un fonctionnement. Néanmoins, un niveau de fonctionnement d'acteurs peut s'inscrire dans une échelle. Un « niveau » pourra aussi correspondre à un « niveau d'organisation » d'un acteur en particulier, pouvant être inclus auprès d'autres acteurs ayant leur propre niveau d'organisation à une même échelle (par

⁷⁴ Par ailleurs l'échelle est aussi comprise comme une conception du temps [Braudel, 1949, in N. Verdier, 2004, p28]. Dès lors qu'il s'agit d'étudier une échelle (spatiale) ou un niveau d'organisation à différents pas de temps, la notion d'échelle spatio-temporelle est employée.

exemple : à l'échelle locale : les professionnels de santé et les populations se situent à la même échelle mais n'ont pas les mêmes niveaux d'organisation concernant ce pour quoi ils agissent : l'accès aux soins).

Par ailleurs, il sera employé le terme de « maille » pour désigner l'idée d'une appropriation de l'espace « (...) produisent, par définition, des partitions » [R.Brunet et al., 1993 in A.Tchékémian, 2017, p.2] ; plus fines à une échelle locale. La « maille » en tant que contour inscrit dans un espace, est l'un des objets du « maillage »⁷⁵ désignant un ensemble de formes : « L'espace est « parti » de mailles » [R.Brunet et al., 1993 in A.Tchékémian, 2017, p.2]. Ainsi, les mailles administratives ne correspondent pas nécessairement aux mailles produites par les pratiques des acteurs et des populations...

En effet, sur la figure 17, en théorie, l'organisation du système de santé est « emboîtée » : les outils appliquent les normes au sein de mailles d'intervention qui sont associés à des niveaux d'organisations d'acteurs. Le passage d'un niveau territorial à un autre révèle que les lois pensées par les ministères à un niveau national sont déclinées par des acteurs agissant à un niveau régional à un niveau local. Si, d'un côté l'organisation de ce système apparaît « faiblement décentralisé, de l'autre, il se présente comme fortement territorialisé » [O.Renaudie, 2020]. En effet, chacun des acteurs, contenus dans un même niveau, peuvent adapter leurs normes et mailles d'intervention. Le « risque » est alors une superposition des mailles d'intervention des politiques publiques. Dans ce cas, « À dire vrai, il serait sans doute plus convenable d'évoquer une territorialisation différenciée selon les politiques de santé concernées » [D.Tabuteau, 2009]. L'enjeu crucial de la territorialisation sanitaire dépasse donc la question de l'emboîtement ou la superposition de mailles, mais pose la question de leurs articulations sur le territoire.

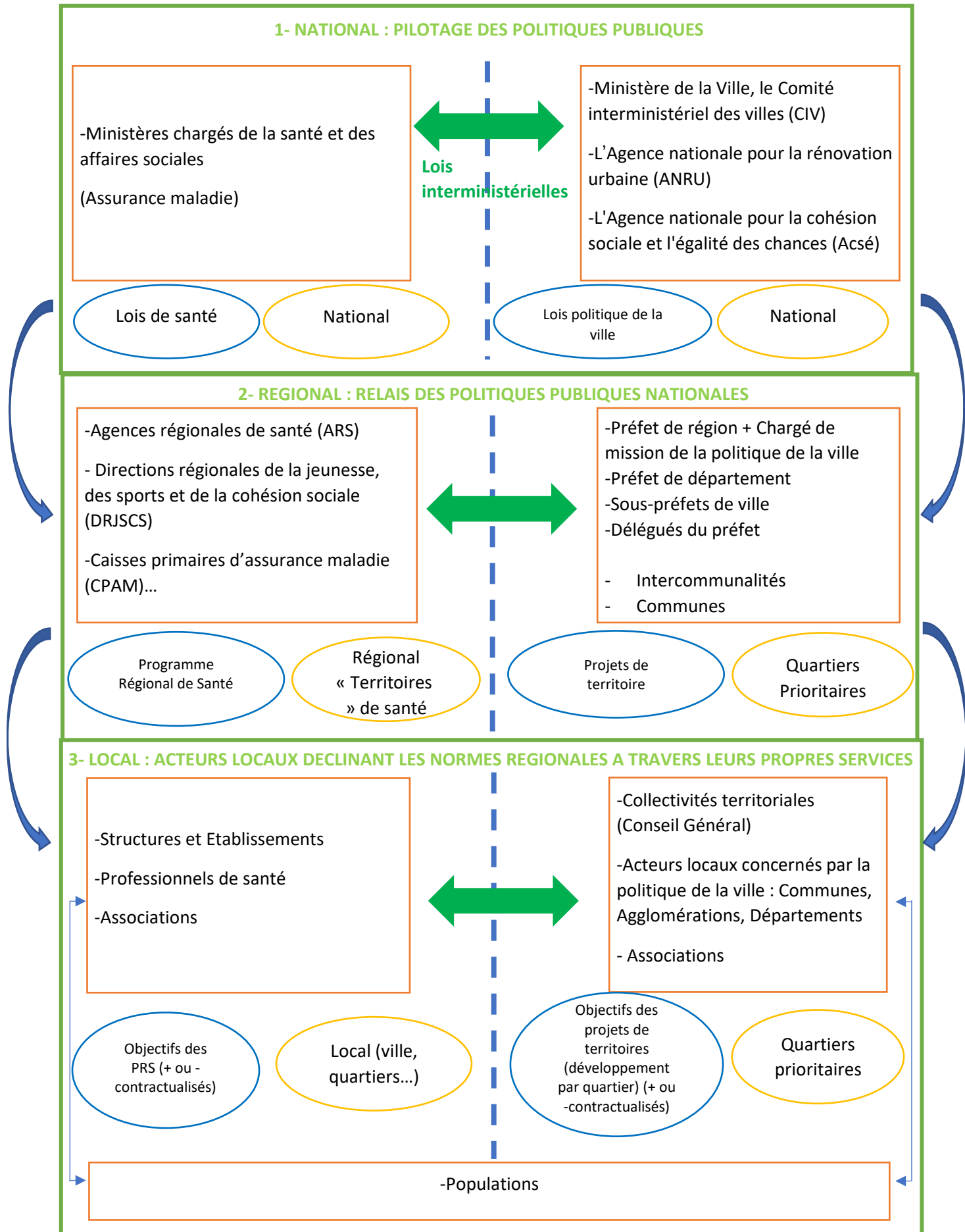
Cet « enchevêtrement de compétences » [P.Loncle, 2009] parallèle à la multiplication des acteurs investis dans le champ de la santé, mais aussi de cette multiplication des périmètres⁷⁶ d'interventions des politiques publiques forment certes un « puzzle sanitaire » [Tabuteau. D, 2009] mais soulèvent en somme deux questions :

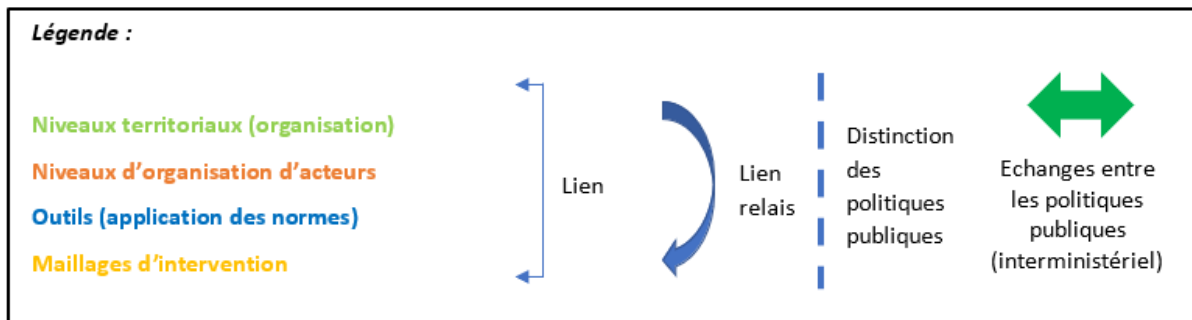
- Premièrement, celle de la déclinaison des normes nationales (lois et périmètres d'intervention) au niveau local. Cette déclinaison nécessite la définition « d'un territoire », de « périmètres d'intervention » qui soient adéquats pour les multiples acteurs y intervenant et les populations qui y vivent. L'articulation des interventions des acteurs sur le terrain qui font sens avec les besoins des populations est un enjeu à relever dans des périmètres d'action hérités des politiques publiques ou ceux, en construction, issus d'une dynamique ascendante des acteurs locaux en matière de santé.
- Deuxièmement, celle de la coordination des acteurs mobilisés dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité dans ces multiples mailles déployées.

⁷⁵ « Un maillage est une partition d'une zone géographique divisée en unités contiguës dont la forme et la taille peuvent être régulières ou irrégulières. », p.9 [D.Pumain, 2010]

⁷⁶ Par périmètre il est compris ici deux éléments : les périmètres spatiaux qui s'appliquent à une portion de l'espace (zonages) ; et les périmètres aspatiaux qui s'appliquent à certains services (missions délimitées)

Figure 17 : Les politiques publiques : Des échelles et des niveaux d'organisation emboîtés, superposés ?





En réalité, en matière d'organisation sanitaire, chaque acteur ne peut se suffire à un niveau d'organisation et à un maillage d'intervention. Depuis les années 1980, les acteurs qui organisent la politique de santé et politique de la ville sont amenés à s'associer et donc à associer leurs niveaux de fonctionnement respectifs à un niveau d'organisation commun. En effet, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins des populations, des lois sont pensées à un niveau d'organisation national sous un prisme interministériel, et la politique de santé et de la ville s'incarnent à une échelle régionale commune. Si ces politiques peuvent agir en commun, chacun des acteurs a toutefois et également son propre niveau d'organisation voire échelle inférieure d'intervention. Ainsi si certains niveaux d'organisation territoriaux (par exemple : national) peuvent rassembler des niveaux d'organisation d'acteurs distincts (par exemple : politique de santé et de la ville) ; ce n'est pas pour autant que leur niveau d'organisation territorial régional ou local s'appliquera toujours en commun. C'est pourquoi, chaque acteur peut avoir un niveau d'organisation en commun au sein d'un niveau territorial dans lequel il s'insère, mais aussi garder également ses « sous » niveau d'organisation et d'échelle singuliers. Ainsi ces actions peuvent générer à la fois des interfaces horizontales entre acteurs de différents niveaux territoriaux ; mais aussi entre acteurs d'un même niveau organisationnel territorial (interfaces verticales).

2.1 La territorialisation sanitaire : un système complexe

Si comprendre un territoire implique en premier lieu de reconnaître ses multiples composantes, il revient de ne pas les considérer comme des couches successives qui le constitueraient en ensemble, mais en tant que sous-systèmes d'un système complexe [A.Moine, 2006]. Un système complexe sous-entend la présence de sous-systèmes dans lesquels il existe en et entre eux des relations s'établissant au sein d'interfaces (figures 19, 20). Ainsi, si la compréhension d'un territoire, de ses spécificités, de son organisation, de son fonctionnement passe par l'identification de ces composantes (sous-systèmes) et de leurs relations internes; elle passe également par la compréhension des relations unissant ces différentes composantes. Dans la mesure où toute organisation, tout fonctionnement impliquant une action ; et toute action un acteur, « Le territoire est plus qu'un espace approprié, il est agi » [A.Moine, 2006] par un ensemble d'acteurs. Ainsi, la compréhension du fonctionnement d'ensemble du système de ces acteurs qui façonnent

un territoire : institutionnels, pouvoirs publics, usagers... passe par la compréhension de leur relations internes ; mais également des relations externes qui peuvent exister entre ces composantes. De cette manière, l'ensemble des relations peuvent être incluses dans le processus de la territorialisation tel que défini par Robert.D Sack (1986). La territorialisation est « (...) un moyen par lequel des individus ou des groupes construisent et maintiennent des organisations spatiales. Elle procède de stratégies qui en définissent le degré et la fonction, en relation avec des formes d'organisation sociales spécifiques, mais aussi en relation avec d'autres formes d'action auxquelles elle est presque toujours associée pour conforter ses objectifs et atteindre ses fins » [R. Sack,1986 in A.Dubresson et S.Jaglin, 2005].

James.C Scott a dans les années 1990 développé une définition de la territorialisation proche de celle de R.Sack : « Un objectif commun de la territorialisation est de gouverner les personnes et les ressources localisées et autour du territoire » [J.C Scott,1998]. La territorialisation est alors renvoyée à des projets territoriaux spécifiques au sein desquels divers acteurs déploient des stratégies territoriales (territorialité) pour produire des espaces délimités et contrôlés (territoire) pour atteindre certains buts [T. J Basset et D. Gautier, 2014]. Dans cette définition, le territoire est doté de la capacité d'être le support de l'émergence de stratégies d'acteurs [J.C Scott, 1987], et l'espace « constitue un recours et même un levier pour l'action face à des processus de territorialisation dominants posés à l'échelle » de l'Etat [J.C Scott,1998 in J. Rebotier, 2012].

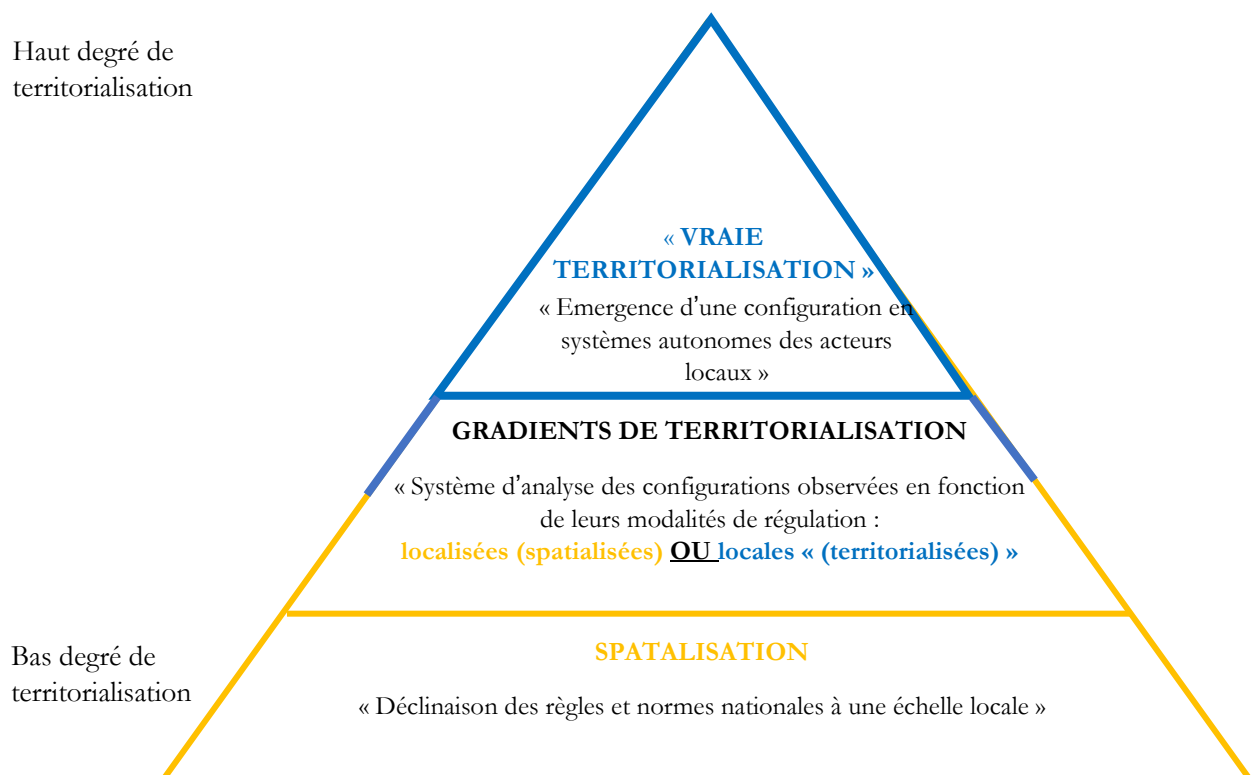
Bien que Largement inspirées de la vision Sackienne, les réflexions telles que celles de Alain Dubresson et Sylvie Jaglin (2005), distinguent le processus de spatialisation de celui de territorialisation. Pour « (...) penser un continuum de situations : nous proposons de les organiser sur une échelle de territorialisation dont les degrés inférieurs relèvent de la spatialisation (par déclinaison contractualisée des règles et normes nationales en fonction des contingences locales) et les degrés supérieurs de la territorialisation proprement dite (par création de systèmes autonomes d'action collective, chacun doté de son propre mode de gouvernance en fonction de valeurs et comportements localisés) » [A.Dubresson, S.Jaglin, 2005]. Dans cette définition proposée, les « bas degrés » de la territorialisation correspondent à la spatialisation qui réfère à « l'unité du cadre d'action » (des normes), et affirme le « pouvoir de régulation⁷⁷ du tout » sur des « dispositifs territorialisés ». A l'opposé, les hauts degrés de territorialisation suscitent « la multiplication de systèmes locaux de régulation mal ou non coordonnés entre eux » [opcit], et réfère donc à de multiples acteurs, locaux, qui ont trouvé leur propre système de régulation adaptés à un contexte spécifique.

Toutefois les auteurs affirment qu'en réalité la situation n'est pas aussi tranchée. En tant que forme inachevée, la territorialisation réfère à un processus, dont les configurations correspondent plutôt à des « gradients de territorialisation » [S.Jaglin, 2003, p.16]. Ces gradients permettent d'une part, « d'analyser les

⁷⁷ « Par régulation, nous désignons l'ensemble des mécanismes (juridiques, économiques, politiques) auxquels recourent les collectivités locales pour stabiliser les antagonismes et assurer la reproduction d'un système social, voire sa transformation. » [A.Dubresson, S.Jaglin,2005,p.339]

configurations observées en fonction de leurs modalités de régulation « localisées (spatialisées) ou locales (territorialisées) » [Dubresson.A, Jaglin.S, 2005, p.345] et d'autre part, de s'interroger sur le rôle de ces modalités de régulation (spatialisées ou territorialisées) dans l'action collective et de leurs incidences sur leur « capacité à fonctionner et à être gouvernées en tant que systèmes ». En somme, un processus de territorialisation serait plus ou moins abouti au gré des situations et des échelles : celle « de degré supérieur » serait ainsi le résultat de l'émergence d'une configuration en systèmes autonomes des acteurs locaux (figure 18).

Figure 18 : Illustration des Bas et Hauts degrés de territorialisation de S.Jaglin et R.Dubresson, 2005



Le positionnement de ce travail s'inscrit dans les perspectives des définitions de la territorialisation données par R.Sack (1983,1986) et de A.Dubresson et S.Jaglin (2005). La recherche cherche à prolonger la réflexion fondée sur l'opposition être spatialisation (déclinaison de normes nationales à l'échelle locale) et la « vraie » territorialisation (émergence d'une configuration en systèmes autonomes d'acteurs locaux) de R.Dubresson et de S.Jaglin. L'hypothèse étant que ces deux logiques seraient inextricablement liées dans le processus de territorialisation, dans la mesure où les stratégies d'acteurs se définissent à partir de « formes d'organisations déclinées des normes » (spatialisées) et « des formes d'action issues des acteurs ». En effet, les « (...) acteurs qui interviennent au sein d'un territoire, se positionnent en permanence les uns par rapport aux autres, à la fois en fonction de leurs prérogatives réciproques (lorsqu'ils en ont en tant qu'élus par exemple), et/ou de leurs objectifs communautaires, et/ou personnels et enfin en fonction de « coutumes » [A.Moine, 2004,

p.34]. Dans ce contexte, « (...) se recouvrent plus ou moins des champs de compétence, des aires d'action ou d'influence, mais aussi c'est ainsi qu'apparaissent des zones d'incertitude » [A. Moine, 2004, p.34]. Ainsi, des zones d'incertitude nées de tensions « horizontales », c'est-à-dire entre les acteurs de même niveau, peuvent se créer, et produire des organisations nées des acteurs eux-mêmes. C'est pourquoi nous faisons le postulat que les acteurs « se bricolent » [R. Lajarge, 2000] des coordinations et des périmètres d'interventions. Ces « réalités organisatrices » [E. Morin, 1991] qui façonnent les actions des acteurs au sein d'un territoire réunissent inextricablement « le pouvoir » et « l'organisation » au sein d'interfaces.

Etymologiquement, une interface est définie comme « une surface à la frontière entre deux parties de matière ou d'espace ». Elle représente par ailleurs « une surface de contact entre deux milieux » [Cnrl, 2020]. Employé de la physique à la biologie, en passant par l'informatique ; l'usage de ce terme en géographie s'est développé dans les années 1980 [M. Redon, 2011]. La notion d'interface s'inscrit dans la lignée des questions portant sur la différenciation spatiale. Cette notion d'interface permet ainsi d'aller plus loin pour comprendre le territoire. Parce qu'elle fait intrinsèquement référence à une mise en contact d'au moins deux composantes distinctes, elle invite à comprendre les relations qui s'érigent entre elles. L'interface est ainsi définie par R. Brunet, R. Ferras, H. Théry (1992, p.258) comme un « Plan ou une ligne de contact entre deux systèmes ou deux ensembles distincts » ou bien encore comme « l'une des interspatialités caractérisée par la mise en contact de deux espaces » par J. Lévy et M. Lussault (2003, p.522). Si l'interface « est un lieu doté de pouvoirs spécifiques de régulation », qui sont la conséquence de régulations exercées par les centres des systèmes territoriaux qu'elle relie ; elle est aussi un lieu où s'expriment des complémentarités, mais aussi des différences ou des tensions entre des modes de régulation différents » [De Groupe de Recherches « Interfaces », 2008].

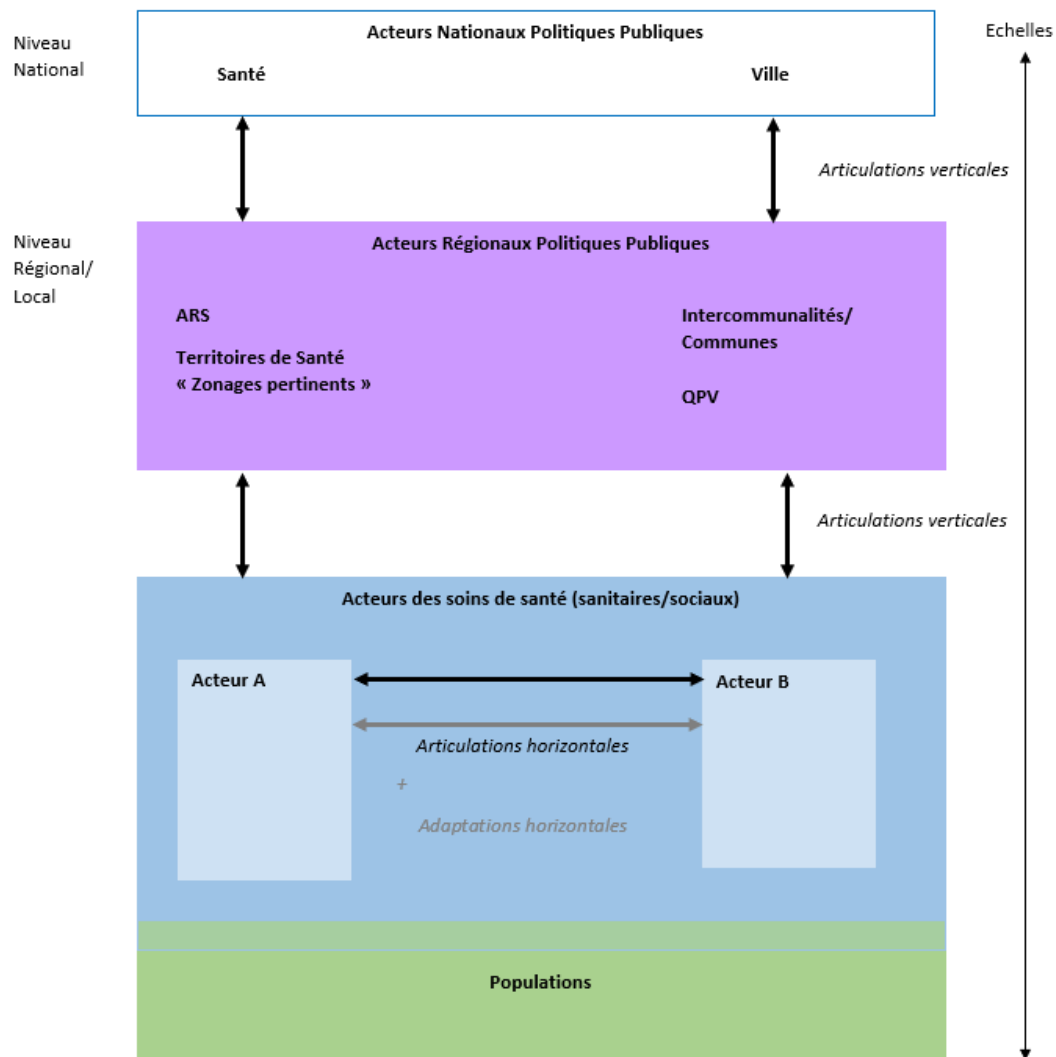
Ainsi, dans cette recherche, il sera considéré que l'interface naît de la discontinuité entre les composantes, parce que « Le territoire (...) est agi » [A. Moine, 2006] par un ensemble d'acteurs qui « développent leurs activités et leurs relations sociales » [M. Denis, 2016]. De ce fait, plus qu'une superposition de multiples acteurs aux périmètres d'intervention sur le territoire, cette approche par les interfaces permet de prendre en compte les relations, les articulations, et les adaptations qui se jouent entre ces composantes d'acteurs. En effet, puisque l'interface assure la mise en relation des composantes, elle est l'interstice au sein duquel les acteurs peuvent travailler dans les périmètres définis, travailler entre eux, mais aussi produire de *nouveaux territoires*⁷⁸ avec des adaptabilités qui leurs sont propres.

C'est pourquoi, les interfaces sont appréhendées sous le prisme de leur « verticalité » - l'articulation entre composantes de niveaux différents (exemple : acteurs politiques/ acteurs des soins de santé /populations) - et sous le prisme de leur « horizontalité » - soit de l'articulation entre acteurs d'une composante de même niveau (exemple : différents acteurs des soins de santé) (figure 19).

⁷⁸ Se reporter à l'ouvrage de Lampin-Maillet C., Pérez. S., Ferrier J-P., Allard P, (coord.) (2010), « Géographie des interfaces. Un nouveau vison des territoires », éditions Quae, pp.165

En outre, dans un contexte de territorialisation sanitaire, en plus d'une articulation verticale entre niveaux, et d'une articulation horizontale entre acteurs d'un même niveau les acteurs doivent faire preuve d'« adaptabilités » horizontales⁷⁹. L'adaptabilité horizontale se fonde sur la capacité des acteurs locaux à décliner leurs objectifs et actions dans le cadre de normes et de maillages imposés, mais aussi, à décliner leurs propres objectifs qui, pour certains, ne s'inscrivent pas dans des périmètres d'actions préétablis afin de s'adapter aux populations.

Figure 19 : Des interfaces contenant des articulations et adaptations



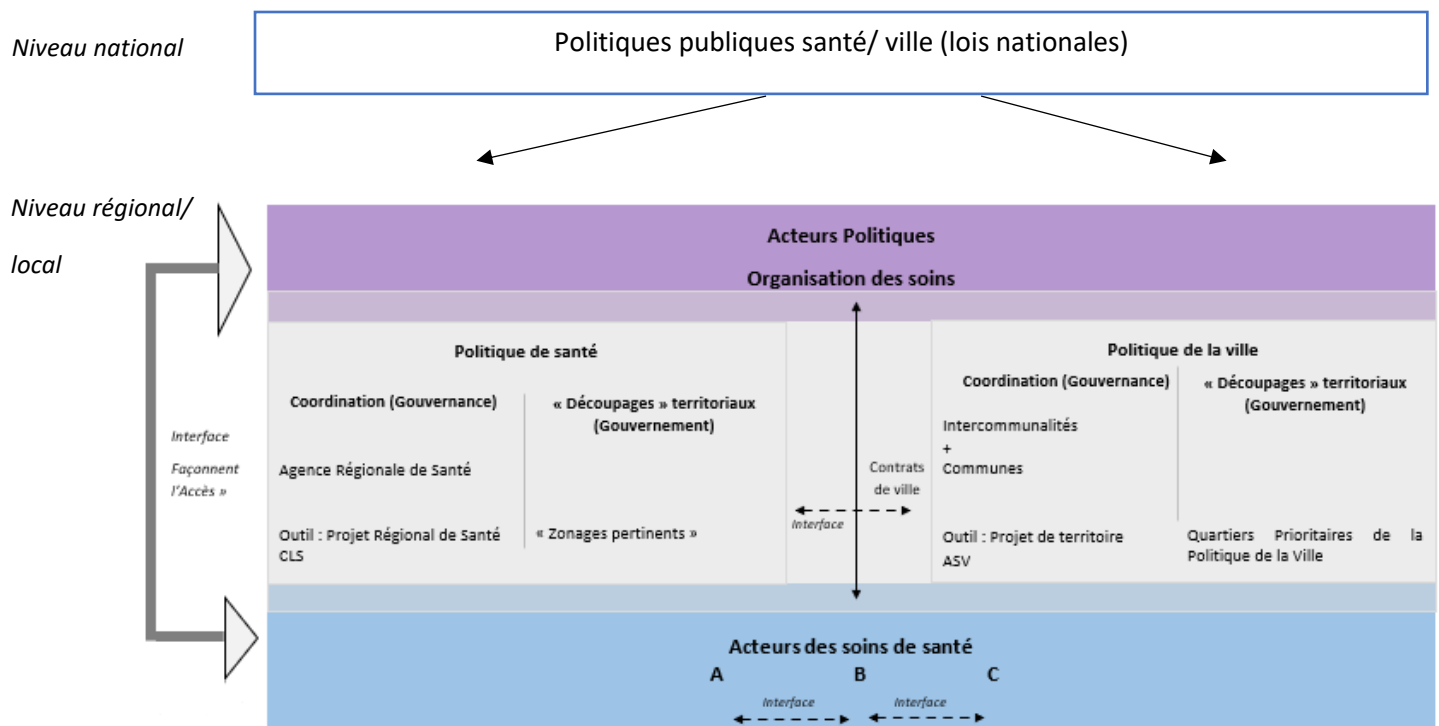
De cette manière, les niveaux d'organisation et des acteurs et les maillages qui s'y réfèrent ne sont pas toujours emboîtés, superposés. Ils sont aussi articulés voire adaptés des acteurs (figures 19 et 20) qui ont leurs propres champs d'activité attachés à des objectifs et périmètres d'actions convergents ou divergents. C'est pourquoi à travers ces interfaces peuvent se créer d'une part, des lieux dans lequel s'établissent des

⁷⁹ Dans la mesure où la territorialisation « procède de stratégies qui en définissent le degré et la fonction, en relation avec des formes d'organisation sociales spécifiques, mais aussi en relation avec d'autres formes d'action auxquelles elle est presque toujours associée pour conforter ses objectifs et atteindre ses fins », selon R.Sack (1986)

consensus, des coordinations d'acteurs en vue de la réalisation d'actions sur le territoire, et d'autre part, des lieux au sein desquels se jouent des jeux de pouvoirs, de domination entre les acteurs lorsqu'ils ne partagent pas, ou n'ont pas conscience d'avoir un objectif en commun.

Cette « complexité du système interface » [Lampin-Maillet. C et al. 2010] peut elle-même être plus approfondie en interrogeant le processus de « qui part de son identification (origine du différentiel sur lequel elle émerge), en précise les fonctions (échange, régulation, mais aussi transfert) avant de décrire les différents mécanismes internes à l'interface (attracteur, sélecteur, adaptateur et commutateur). Cette grille de lecture aboutit à un « score d'interfacité » et un « degré d'interfacité » qui permettent une typologie des interfaces selon ce gradient : fonction de continuité, interfaces « significatives », interfaces puissantes. » [M. Redon, 2011]

Figure 20 : Synthèse des notions abordées : des interfaces acteurs politiques/ acteurs des soins de santé



Sans aller vers des mesures d'interfaces, mais néanmoins dans cette perspective (figure 21), nous faisons donc l'hypothèse qu'il existerait des ensembles de formes d'organisations, issues des pratiques « bricolées » d'acteurs de santé et « productrices de nouveaux territoires » [C.Lampin-Maillet, S.Pérez, J-P.Ferrier, P.Allard, 2010, p.165]. Puisqu'ici, les acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux) s'intègrent dans le cadre de périmètres d'action réglementaires, et adaptent leurs actions aux besoins des populations, en partie ou tout en dehors de ces périmètres préétablis. En somme, la territorialisation sanitaire en cours serait le résultat d'une hybridation variable de deux logiques. L'une relevant de ce que A.Dubresson et S.Jaglin (2005)

définissent comme la spatialisation (en tant que déclinaison de règles et de normes de l'échelle nationale vers le local) et la territorialisation (la régulation autonome⁸⁰).

En matière de santé, la première logique correspond, par exemple, à la déclinaison des périmètres normés des lois nationales de santé vers des territoires de santé par région en vue d'améliorer l'accès aux soins des populations ; ou bien encore à la déclinaison des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville. Les acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux) sont également en interface avec politiques publiques régionales dans la mesure où ces dernières agissent sur l'organisation des soins. Ces acteurs doivent ainsi « faire avec » les périmètres des territoires qui leur sont imposés. La seconde logique, repose sur la capacité des acteurs sanitaires et sociaux à faire émerger leurs propres périmètres d'action hors des cadres préétablis afin de mener leurs missions d'amélioration de l'accès aux soins des populations. Néanmoins, ces acteurs des soins de santé sont également « soumis » à des périmètres normés (territoires de santé, QPV). C'est pourquoi, nous pouvons considérer que les types de territoires déployés par les acteurs sont les fruits d'adaptations variables de ces acteurs aux normes.

Cette « territorialisation bricolée »⁸¹ serait ainsi le produit de la rencontre entre les normes (mailles établies) et le niveau d'action individuel des acteurs ; mais aussi le produit de la rencontre entre les acteurs d'un même niveau d'organisation (exemple : local) qui définissent stratégiquement leurs périmètres d'actions respectifs. Ces périmètres pouvant être communs aux acteurs s'ils ont conscience d'agir différemment pour une même cause : l'amélioration de l'accès aux soins des populations.

En fonction de ces propositions, plus qu'un continuum entre « hauts » et « bas » degrés de territorialisation, tel que proposé par S.Jaglin et A.Dubresson (2005), cette territorialisation en cours est composée d'ensembles de formes d'organisations différenciées issues « du bricolage » des acteurs.

Dans un contexte d'enchevêtrement de compétences (Loncle, 2009), en parallèle d'une multiplication des acteurs investis dans le champ de la santé, soulève deux questions : premièrement, celle des modalités de coordination des acteurs mobilisés dans la prise en charge des populations vulnérables et deuxièmement, celle de l'adaptation des périmètres des interventions des acteurs au regard des besoins des populations. Ce questionnement implique d'appréhender le territoire comme étant « agi » [Moine, 2006] par un ensemble d'acteurs qui "développent leurs activités et leurs relations sociales" [Denis, 2016], en fonction de règles et de normes. Comme le soulignent S. Jaglin et A. Dubresson (2005), en reprenant les travaux de R.D Sack (1986), la territorialisation procède de stratégies individuelles et collectives en relation avec des formes d'organisation répondant à des objectifs à atteindre. Pour les acteurs, l'enjeu est en effet de délimiter et

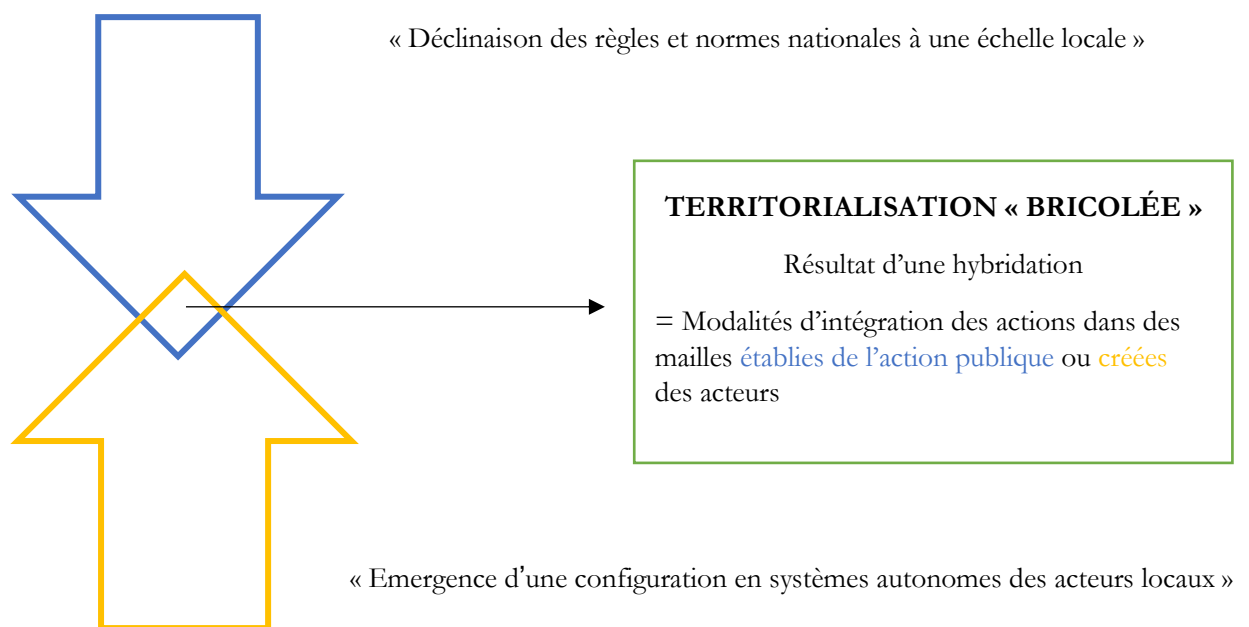
⁸⁰ S. Jaglin et A. Dubresson désignent par « régulation » : « l'ensemble des mécanismes (juridiques, économiques, politiques) auxquels recourent les collectivités locales pour stabiliser les antagonismes et assurer la reproduction d'un système social, voire sa transformation.

⁸¹ Ceci renvoie à la distinction entre l'ingénieur et le bricoleur de Claude Lévi-Strauss. Le bricoleur à « sa première démarche pratique est pourtant rétrospective : il doit se retourner vers un ensemble déjà constitué d'outils et de matériaux, en faire, ou en refaire, l'inventaire ; enfin et surtout, engager avec lui une sorte de dialogue, pour répertorier, avant de choisir entre elles, les réponses possibles que l'ensemble peut offrir au problème qu'il lui pose.(.) il les interroge pour comprendre ce que chacun d'eux pourrait « signifier », contribuant ainsi à définir un ensemble à réaliser, mais qui ne différera finalement de l'ensemble instrumental par la disposition interne des parties », [C.Lévi-Strauss (1962) « La pensée sauvage », Chapitre premier, La science du concret, p.34]

d'affirmer « un contrôle » sur des populations et des ressources sur un territoire [Sack, 1986, p.19, in Jaglin, Dubresson, p.6] et il est au cœur du processus contemporain de territorialisation. La régulation territoriale reposerait alors sur les modalités d'articulation entre deux logiques d'échelle. La première, « descendante », correspond à la déclinaison de normes nationales adaptées des acteurs à une échelle locale. Il s'agit, par exemple, du découpage réglementaire des territoires de santé par région, ou bien encore des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville. La seconde, « ascendante », repose sur une dynamique impulsée par des acteurs au niveau local qui interagissent avec ces normes produites. Il s'agit, en matière de santé, des acteurs qui doivent "faire avec" les périmètres préétablis et "faire pour" les besoins des populations dans ou en dehors de ces périmètres. L'articulation de ces deux logiques régulatrices produit en somme des modes de territorialisation issues de pratiques diverses et « bricolées » par les acteurs de santé (figure 21).

De fait, la territorialisation n'est pas seulement issue « d'une régulation autonome des acteurs », mais elle implique de la part des acteurs de multiples adaptations « bricolées ». Une adaptation à des normes et règles établies (organisation et périmètres) ; une adaptation aux populations qu'ils visent à atteindre dans des périmètres situés en ou hors des périmètres établis des politiques publiques, une adaptation des acteurs entre eux qui se situent à une même échelle d'intervention (le local). En ce sens, il n'existe pas un modèle de territorialisation unique reproductible sur n'importe quel territoire et même au sein d'un territoire ; mais plutôt l'existence de formes de territorialisation (figure 22).

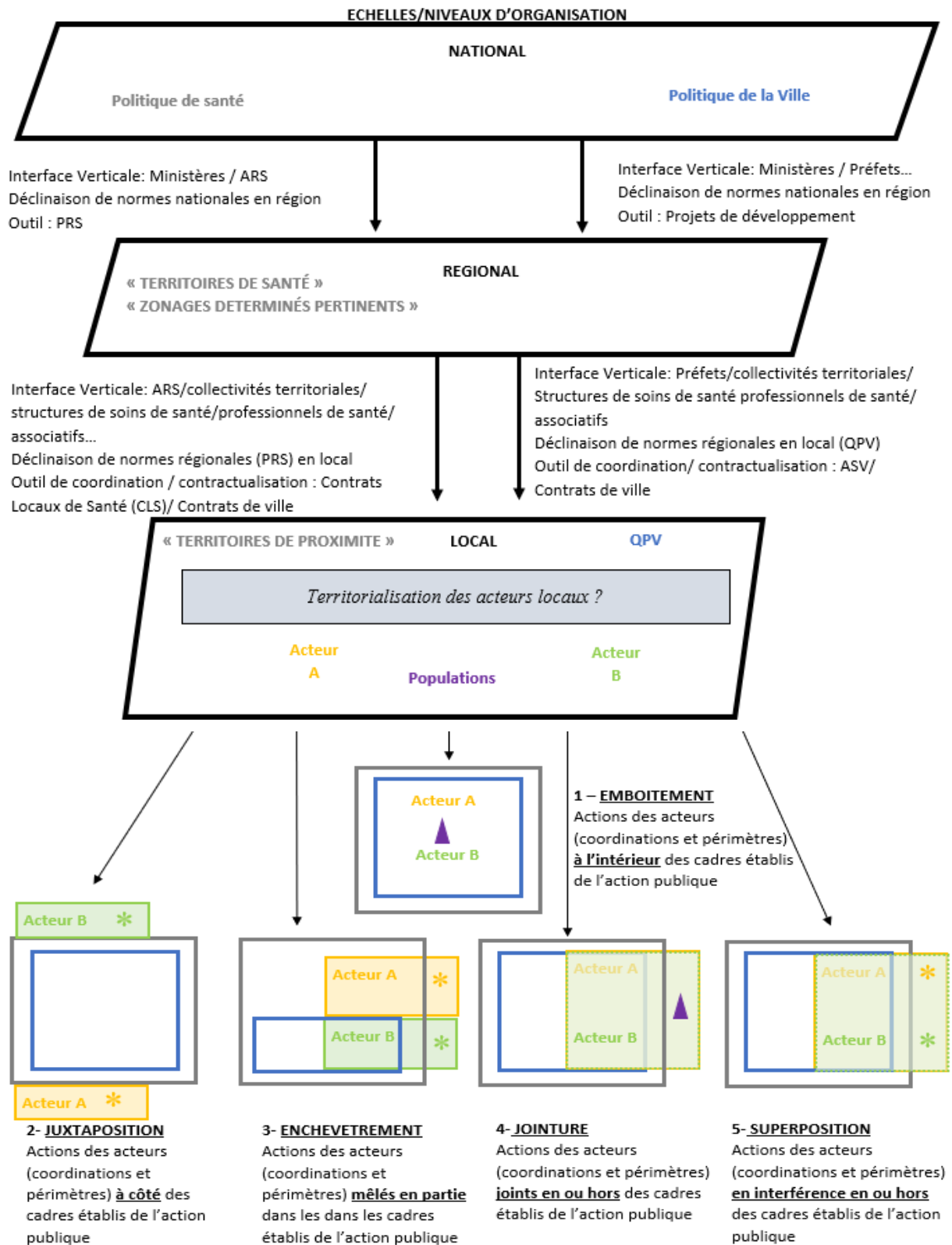
Figure 21 : Une territorialisation « bricolée »

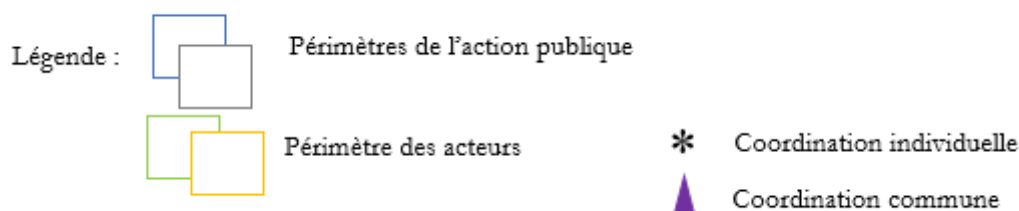


Afin de préciser notre propos et passer à un point de vue mésoscopique, il est proposé de mieux comprendre ce que recouvre « les formes de territorialisation » qui peuvent être un moyen de mieux saisir les recompositions d'acteurs et territoriales en cours.

2.2 Comprendre les recompositions sanitaires locales via les interfaces

Figure 22 : Des formes de territorialisation à un niveau local ?





Dans cette figure 22 sont présentes les échelles et niveaux sur lesquels sont organisés les acteurs. Les interfaces verticales se situent entre des acteurs qui appartiennent et agissent aux différents niveaux et échelles (national, régional, local). Les interfaces horizontales se situent entre les acteurs établis sur un même niveau d'organisation (exemple : local).

Les interfaces verticales entre les niveaux national, régional et local sont notamment issues de la déclinaison des normes des acteurs de la politique de santé et de la politique de la ville à des niveaux régionaux et locaux en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations. Cette déclinaison de normes est productrice d'espaces à l'échelle régionale dans la mesure où la politique de santé nationale est déclinée en région par les « territoires de santé » émis par les ARS. Quant à la politique de la ville, les déclinaisons des orientations nationales passent par les projets de développement qui s'inscrivent dans les périmètres des QPV. Cette mise en tension « verticale » des acteurs qui agissent à de différents niveaux et échelles crée de premières « zones d'incertitudes », dans la mesure où l'enjeu est de décliner des « territoires pertinents » à un niveau local pour réaliser les objectifs des politiques publiques. Concernant les interfaces horizontales, elles se situent à l'intérieur des différents niveaux, puisqu'elles traduisent les relations de coordination pouvant exister entre les acteurs qui interviennent à un niveau semblable mais qui se structurent différemment selon les injonctions/attentes - cadrées par les contrats - de la politique de santé et de la politique de la ville.

Plus particulièrement, au niveau local, il existe une interface horizontale entre les politiques de la ville et de la santé qui sont amenées à fonctionner ensemble. Par exemple les Contrats Locaux de Santé (CLS, 2006) de la politique de santé donnent la possibilité au ARS de contractualiser avec les collectivités locales, les intercommunalités, les communes. Tandis que les Contrats de Ville (2014) donnent la possibilité aux acteurs de la politique de la ville de contractualiser avec l'Etat et les établissements publics, ARS y compris, pour améliorer l'accès aux soins de santé des populations. Pour les acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux) : institutionnels ou associatifs qui rentrent dans le cadre de ces contractualisations (exemple : Contrats de Ville), cela les conduit à intervenir (théoriquement) de manière coordonnée auprès des populations se trouvant à la fois dans « les territoires de santé pertinents » et dans les QPV, soit dans les périmètres définis des politiques publiques (1- Emboîtement).

En outre, les acteurs des soins de santé - qu'ils soient professionnels dans des structures institutionnelles ou associatives - sont amenés à suivre les prérogatives de chacune de ces deux politiques tout en devant répondre aux besoins des populations pour lesquelles ils interviennent. C'est précisément sur ce point que peuvent naître des tensions « horizontales » dans la mesure où ces acteurs peuvent porter

des valeurs, des missions, qui outrepassent les périmètres définis des politiques publiques dans la mesure où les populations visées ne se situent pas toujours dans les périmètres définis. Entre réponse à ces périmètres d'intervention « imposés » par contractualisation et en réponse à leurs missions propres - lorsque les normes imposées ne répondent pas aux besoins des populations - c'est dans ces tensions que de nouvelles configurations d'acteurs peuvent émerger.

L'hypothèse des formes de cette territorialisation en cours peut être précisée en proposant des « modèles » qui articulent les deux logiques relevées.

Une première forme considère des interventions des acteurs mêlées (3 - Enchevêtrement) dans les périmètres d'interventions des territoires de la politique de santé et/ou de la politique de la ville. Néanmoins des interventions de ces mêmes acteurs peuvent également sortir des périmètres établis de l'action publique. Cette logique correspond à « faire avec » des périmètres préétablis de la politique de santé de la politique de la ville.

Une autre forme, bien que semblable à la précédente, considère des interventions des acteurs en et hors de périmètres cadrés par l'action publique. Néanmoins des interventions de ces acteurs sont ici concertés : une forme de maille (coordination et périmètre) commune existe (4 - Jointure). Cette logique correspond à « faire avec » des périmètres établis de l'action publique, et à « faire pour » les populations qui se situeraient en dehors de ces périmètres de l'action publique. Les acteurs mettent en place de manière conjointe un consensus commun : une maille d'intervention partagée des acteurs (par exemple : coordination des interventions en complémentarité dans des espaces communs).

En revanche, la forme « superposée » bien qu'elle fasse état d'interventions en ou hors des cadres établis manque de coordination entre les acteurs. De fait des actions peuvent avoir lieu en doublon dans les mêmes périmètres (5 - Superposition).

Une dernière forme renvoie à des mailles d'intervention spontanées, totalement hors des périmètres établis de l'action publique (2 – Juxtaposition). Cette configuration en autonomie des acteurs faisant fi des cadres de l'action publique est peu probable dans la mesure où les acteurs sont généralement tout ou en partie dépendants de fonds publics pour financer leurs interventions.

Ainsi, chacun des acteurs ayant des objectifs à réaliser, au niveau individuel et dans le cadre des politiques publiques qui les mettent en lien peuvent produire de « nouveaux territoires » [C.Lampin-Maillet, S.Pérez, J-P.Ferrier, P.Allard, 2010], des mailles aux contours plus flous. De cette manière, la territorialisation sanitaire ne serait pas seulement issue d'une régulation autonome des acteurs, mais aussi d'un entre deux « hybridé », soit d'un « bricolage » des acteurs entre les normes établies (périmètre et coordination) et leurs pratiques adaptées (périmètre et coordination) aux populations du territoire. Ces formes sont source d'innovation pour les acteurs qui en produisant et s'inscrivant dans des mailles hybridées sont censés faire pour les populations incluses dans les périmètres de l'action publique et celles qui n'y sont pas incluses.

En résumé, l'hypothèse de recherche centrale considère qu'il existe une double dynamique des acteurs qui s'articulent différemment dans le temps et dans l'espace. Elle produit des types de territorialisation

différentes. L'analyse revient donc à « photographier » les transformations en cours. Cette double dynamique est celle portée par l'organisation sanitaire qui ne cesse de renouveler les normes visant à mieux définir la structuration des acteurs de manière coordonnée et des périmètres d'intervention « sur le territoire » pour améliorer l'accès aux services de soins des populations et ; celle portée « par le territoire », ses acteurs, ses populations qui structurent les mailles (périmètre et coordination) de cet accès en fonction des besoins et du contexte territorial dans lequel ils se trouvent⁸².

Pour clôturer ce chapitre, la figure 23 propose de résumer les principales interfaces qui s'exercent entre les niveaux : national, régional ; local et leurs composantes : acteurs politiques, acteurs sanitaires et sociaux, populations à travers une notion commune pour lesquels ils agissent « l'accès » aux soins de santé primaires. Ce schéma présente les différentes composantes mobilisées lors de ce travail, notamment à un niveau régional et local. A savoir les acteurs politiques, les acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux) et les populations. Ces composantes sont en interface de par la notion centrale qu'ils partagent « l'accès ».

- Pour les acteurs politiques, leurs interventions s'inscrivent dans le champ de la politique de santé et de la politique de la ville et façonnent l'organisation des soins via les normes (lois) et les découpages (« territoires », secteurs, zonages ...). Les acteurs qui impulsent cette organisation le font pour améliorer l'accès aux soins de santé des populations via l'organisation des soins sur le territoire. Ils sont pour cela en relation avec les acteurs des soins de santé. Une première interface verticale concernant « le façonnage » de l'accès à des services soins est visible.
- Les acteurs des soins de santé sont quant à eux présents dans des structures (fixes) et dispositifs (mobiles) de soins de santé. Ce sont ceux qui proposent des services de soins et se placent en interface avec les populations.
- Les populations (caractérisées de vulnérables) sont celles qui peuvent essayer d'accéder à des services pour répondre à leurs besoins de soins de santé. Elles sont pour cela en relation avec les acteurs des soins de santé. Une seconde interface verticale est visible concernant les déterminants/capacités « d'accès » de cette population aux acteurs des soins de santé.

De cette manière, « l'accès » aux soins de santé constitue un objectif central et partagé des différentes composantes d'un territoire. Il est alors central dans la compréhension des processus en cours de construction des espaces. Ainsi, les interfaces entre les niveaux et composantes qu'ils contiennent permettront d'interroger le processus de territorialisation sanitaire en cours.

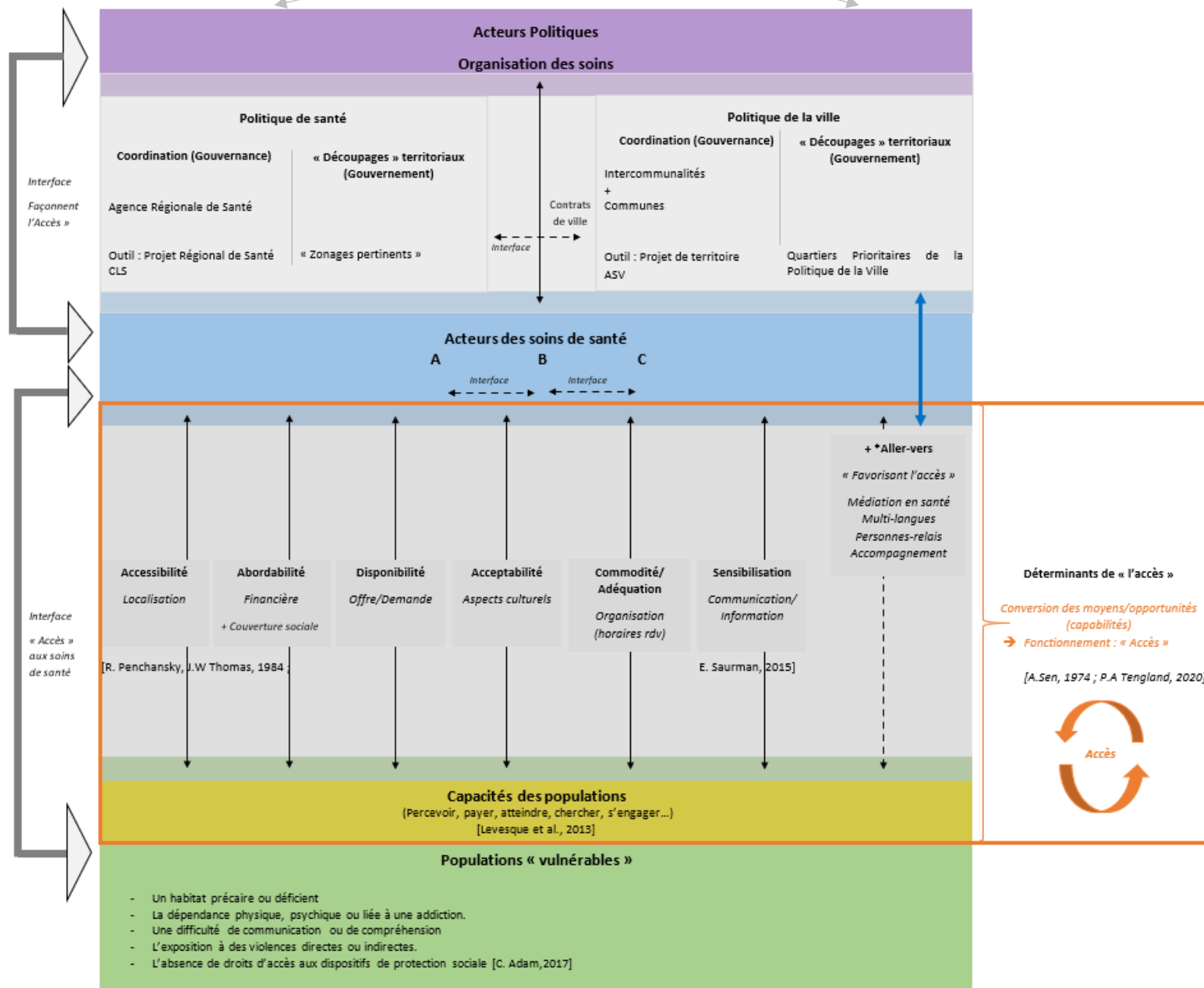
Figure 23 : La territorialisation sanitaire appréhendée par les interfaces générées de « l'accès »

⁸² Zoé Vaillant (2008) relate dans un livre issu de sa thèse, que dans un quartier en grande difficulté socioéconomique de la ville du Port à l'île de La Réunion, le problème de l'alcoolisme est devenu « un tabou collectivement construit » et conduit « à une absence de prise en charge médico-sociale du problème car il n'est plus perçu comme tel mais comme un simple fait, une fatalité »

Politiques publiques santé/ ville (lois nationales)

Niveau national

Niveau régional/
local



Conclusion du chapitre II

« D'une manière générale, les individus qui ont la plus mauvaise santé et/ou un moins bon accès aux soins de santé appartiennent aux populations les plus défavorisées. » [L.Rochaix et S.Tubeuf, 2009]. C'est pourquoi, comme le souligne l'OMS, « (...) le rôle du système de santé devient particulièrement pertinent à travers la question de l'accès, qui intègre différences d'exposition et de vulnérabilité » [OMS, 2010, p.39]. Les politiques publiques destinées à renforcer l'accès aux besoins de santé des populations vulnérables se réalisent dans un contexte où « deux évolutions sont particulièrement marquées dans le champ de la politique sociale en France et dans l'ensemble des domaines qui ont à voir avec la prise en charge des situations de vulnérabilité sociale » [G.Frigoli, 2009]. Il s'agit premièrement de la « montée du local », soit « l'accroissement de l'autonomie conférée aux acteurs locaux dans la conception et la mise en œuvre de l'action publique »; et deuxièmement, dans la réponse aux situations de vulnérabilité sociale, la promotion du « cas par cas », généralement via les « acteurs de terrain » (travailleurs sociaux, agents administratifs, conseillers d'insertion, etc.) censés adapter des principes généraux aux situations particulières auxquelles ils font face [opsit]. Dans le cadre de ces recompositions qui touchent les politiques d'action publique de la santé et du social, de nombreux acteurs impliqués doivent se coordonner. Ainsi, « des partenariats locaux sont invités par l'État central à se former afin de produire une définition conjointe et circonstancielle des objectifs et des moyens adaptés au territoire concerné » [G. Frigoli, 2009]. Toute la difficulté réside alors pour ces acteurs d'agir ensemble, de façon coordonnée, dans un contexte où les injonctions et attentes des politiques publiques cherchent à s'adapter pour répondre aux besoins des populations. La montée des outils de contractualisation des politiques de santé (CLS) et de la ville (contrats de ville) sont des exemples de cette mise en relation « normée » des acteurs de la politique de santé (ARS) et de la ville ; mais aussi des acteurs de terrain qui, dans le cadre de contractualisations avec ces derniers, doivent décliner les objectifs de santé régionaux à une échelle locale, notamment en intervenant au sein des QPV. Toutefois, lorsque les acteurs sont confrontés à une réalité qui dépasse ces périmètres d'actions normés, la question qui se pose est celle qui réfère à leurs marges de manœuvres, individuelle ou collective, en matière d'organisation et de structuration. Ces mises en contact à la fois entre des acteurs, mais aussi sur des portions du territoire, constituent des opérateurs de la construction d'interfaces destinées à faciliter l'accès aux soins de santé des populations vulnérables.

Si ces interfaces entre acteurs peuvent aboutir à une remise en cause et à une fragilisation des structures d'interventions [C.Lévy-Vroelant, M.Joubert, C.Reinprecht, 2015] ; cette mise en relation d'acteurs issus de différents champs disciplinaires peut être un « espace des possibles » au sein duquel des projets communs peuvent émerger. Entre injonctions des politiques publiques, et besoins des populations, les acteurs des soins de santé doivent « faire avec » les conditions imposées et « faire pour » répondre aux besoins des populations les plus vulnérables.

Dans cette double dynamique, les formes de la territorialisation sont issues de bricolages entre normes et découpages imposés des politiques publiques, mêlés avec plus ou moins des pratiques et des périmètres d'interventions produits des acteurs des soins de santé. Dans la mesure où la nature même de la territorialisation passe par « son appréhension à partir de réalités spatiales et des processus afférents » [J.M Amat-Roze, 2011], considérer ce « bricolage » des acteurs donne l'opportunité de comprendre la structuration des actions de ces acteurs dans les cadres préétablis, mais également de mieux comprendre des formes d'organisations d'acteurs qui sortent tout ou en partie de ces cadres. C'est en laissant place à l'hypothèse de l'existence d'actions hybrides, entre une inscription tout ou en partie dans des déclinaisons de normes d'une échelle régionale à locale et/ou d'une inscription dans une liberté d'action et d'organisation autonome ; que peuvent s'observer l'émergence de formes de territorialisation. Cette question est d'autant plus prégnante puisque « les populations vulnérables et précaires sont aussi celles qui sont difficilement couvertes par les enquêtes en population générale [J.-M.Firdion et al., 1998]. Elles représentent donc « un vrai défi en matière de disponibilité et de qualité des données d'enquête (OMS, 2001) » [L.Rochaix, S.Tubeuf, 2009].

Dans cette perspective, le travail d'enquête de cette étude se déroule en Guyane Française et plus particulièrement dans la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL). Dans le prochain chapitre, il s'agira de présenter le contexte Guyanais sous le prisme de la mise en place de son organisation sanitaire des années 1945 à aujourd'hui, de poser les enjeux de « l'accès » aux soins de santé et les adaptations aux populations vulnérables, et migrantes, qui s'imposent aux politiques publiques de santé et de la ville pensées depuis l'hexagone.

Chapitre III

Les enjeux de la planification et de la territorialisation sanitaire en Guyane Française aux défis de l'accès aux soins de santé des populations

En matière d'organisation sanitaire, les départements et régions d'outre-mer⁸³ (DROM), dont fait partie la Guyane, « ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie » [Dress, 2019, p.50]. Pourtant « envisagées globalement (...) par facilité » [Sénat, 2011], la Guyane, la Martinique et la Guadeloupe « sont trois réalités profondément différentes, qu'on ne peut traiter de la même manière » [opsit]. Si « les Antilles, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires », la Guyane est quant à elle située sur le continent sud-américain. En ce sens, le rapport de la Dress sur les établissements de santé en 2019 affirmait que « l'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, pour sa part, d'une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une activité et des capacités hospitalières comparables à celles de la métropole, tandis qu'en Guyane, à la Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités hospitalières, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées. » [Dress, 2019, p.10].

L'histoire hospitalière en Guyane fut étroitement associée, dans un premier temps, à celle des bagnes coloniaux dont elle fit partie, officiellement, de 1854⁸⁴ à 1938⁸⁵. En effet, « La Guyane apparut très tôt comme une terre choisie pour se débarrasser de personnes indésirables en métropole » [O.Krakovitch,

⁸³ La Loi n° 82-1171 du 31 décembre 1982 portant organisation des régions de Guadeloupe [Légifrance, 1982.b] de Guyane, de Martinique et de la Réunion fait de ces départements des régions mono-départementales dans lesquelles un conseil général et un conseil régional gère chacun des compétences différentes.

La Loi constitutionnelle n°2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République [Légifrance, 2003] donne aux départements et régions d'outre-mer la possibilité de se doter d'une collectivité unique exerçant les compétences départementales et régionales.

En 2010 un référendum est organisé en Guyane, après avoir rejeté le 10 janvier une transformation de la Guyane en collectivité d'outre-mer, les électeurs ont approuvé le 24 janvier, la création d'une collectivité unique [Vie publique, 2018]. La Loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique [Légifrance, 2011], crée la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG), régie par l'article 73 de la Constitution qui exerce les compétences attribuées à un département d'outre-mer et à une région d'outre-mer et toutes les compétences qui lui sont dévolues par la loi pour tenir compte de ses caractéristiques et contraintes particulières (Art. L. 7111-1.) La collectivité territoriale de Guyane succède au département de la Guyane et à la région de Guyane dans tous leurs droits et obligations (Art. L. 7111-2).

Après des élections territoriales organisées en décembre 2015 en même temps que les élections régionales, la Collectivité Territoriale unique de la Guyane (CTG) est entrée en vigueur le 1er janvier 2016 [Légifrance, 2015].

⁸⁴ Les départs pour Cayenne avaient commencé, cependant, deux ans auparavant, avec les décrets du 8 décembre 1851 (4 jours après l'Insurrection) et de mars 1852 [O.Krakovitch, 1985].

⁸⁵ Décret relatif au bague du 17 Juin 1938 proposé par le député Guyanais Gaston Monnerville. Il faut attendre 1946 pour voir la même décision appliquée à la relégation. Et ce n'est qu'en 1953 que la colonie voit un dernier convoi organiser le rapatriement de ses ultimes forçats. [J-L.Sanchez, 2019]

1985]. Le bagne de Guyane, créée en 1854, sous Napoléon III, s'érige en « vaste complexe carcéral » [C.Debédant, 2019], par rapport aux ports (Rochefort, Brest, Toulon...) qui étaient des lieux d'enfermement des condamnés jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle. Les avantages de « l'envoi dans cette terre lointaine » signifiaient « la disparition, sans retour possible, de la population dangereuse, le remplacement, avantageux pour la mise en valeur d'une colonie qui ne voulait pas démarrer, des esclaves libérés en 1848 par une autre main-d'œuvre aussi peu coûteuse » [O.Krakovitch, 1985]. La Guyane fût marquée par le fonctionnement du bagne « sans interruption de 1887 à 1938 ; le dernier retour se situe en 1953 seulement » [opsit]. L'organisation hospitalière en Guyane ainsi que des établissements a été fortement marquée par cette double politique du bagne et de la colonisation.

A Cayenne, un premier hôpital fut construit (1716-1717) à l'emplacement actuel des Douanes [Ministère de la culture, 2020.a]. Il fut ensuite transféré en 1821 dans un nouveau bâtiment en bois monté près de la place des Palmistes (rues Léopold Héder et Fiedmont) puis agrandi en 1823. La parution du Bulletin Officiel de la Guyane Française pour l'année 1827 [Gallica.bnf.fr, 2017.a, p.141], met en lumière une ségrégation divisant « l'hôpital des blancs » et celui « des noirs » [opsit, p.142]. D'emblée, les objectifs sont « de réduire autant que possible les dépenses de l'hôpital de Cayenne, sans toutefois nuire au bien-être du malade », en raison d'un trop grand nombre d'employés « noirs et négresses (...) qui excède les besoins du service (...) qui tendent à augmenter sans but utile le prix auquel ressort la journée de malade » [opsit, p.141]. De fait, le nombre de personnes dites « noirs, négresses, de négrillons et de négrittes affectés au service de l'hôpital de Cayenne demeure fixé à trente-huit ».

Non loin de ce dernier établissement, sur Camp Saint Denis⁸⁶ (avenue d'Estrées) alors « atelier colonial » (1827) [Gallica.bnf.fr, 2017.a, p.243], de nouveaux bâtiments furent construits en 1836 « pour y accueillir des enfants d'esclaves pour leur éducation morale et religieuse » [Ministère de la Culture, 2003]. En 1847, le Camp Saint Denis, composé de bâtiments en bois, accueillait des militaires malades [opsit]. Le 22 juin 1850, un arrêté [Gallica, 2017.b, p111] signale que jusqu'alors « l'établissement du camp St-Denis, affecté. Jusqu'ici aux salles d'asile, peut, également, au moyen d'un complément d'installation, recevoir les infirmes, les vieillards et les indigents malades ». Ainsi « Indépendamment de sa destination primitive (asile) qui est maintenue, l'établissement du Camp Saint Denis servira de succursale à l'hospice civil qui sera ultérieurement créé dans l'hôpital militaire » le 30 décembre 1851 [Ministère de la culture, 2003]. L'hospice fut démoli en 1956 puis reconstruit [G.Lasserre, 1979.b] et devint l'hôpital saint Denis de Cayenne (inauguré en 1965) jusqu'en 1990.

Quant à l'hôpital général, il s'est doté progressivement de bâtiments entre 1830^{87 88} et les années 1850 [Ministère de la culture, 2020]. En 1853, les bâtiments de l'hôpital général furent ainsi agrandis pour

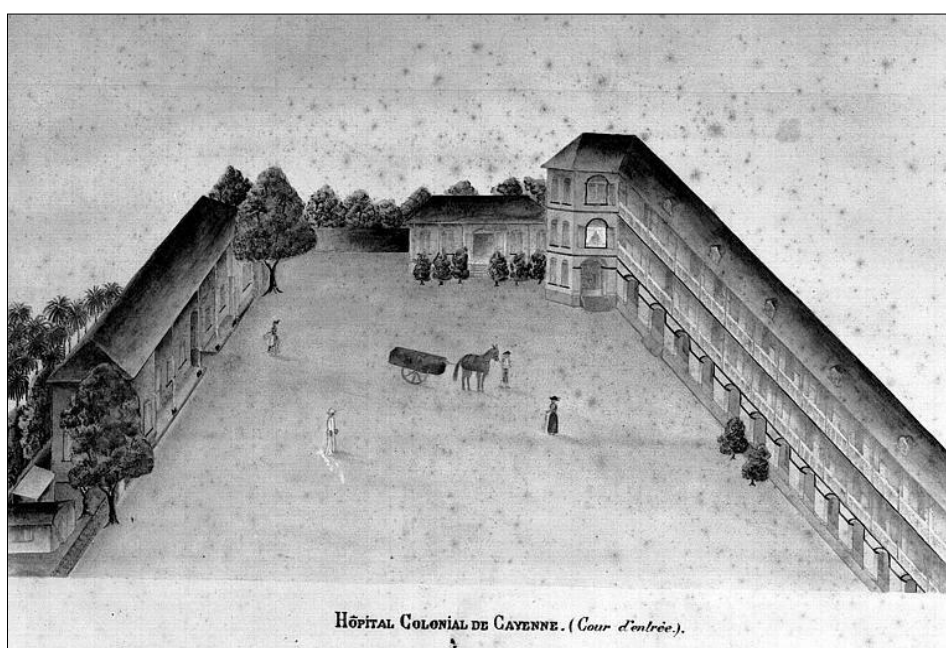
⁸⁶ Le Camp saint Denis prend cette dénomination à partir de 1827 dans le Bulletin Officiel de la Guyane Française pour l'année 1827 [Gallica.bnf.fr, 2017.a, p.243]

⁸⁷ Quelques années plus tôt, en 1823 le bâtiment fut surélevé et alors agrandi de deux ailes qui lui confèrent ainsi un plan en U. Dans l'aile nord furent installées une chapelle et la communauté des Sœurs de Saint-Paul de Chartres chargée des soins aux malades.

⁸⁸ La [Ville de Cayenne, 2020] indique une mise en service en 1836 de « l'ancien hôpital militaire (Jean-Martial) », mais d'après les archives du [Ministère de la culture, 2004], c'est en 1850 qu'une partie du Camp Saint Denis (hôpital militaire) est transféré dans l'hôpital général.

En novembre 1933, la fusion entre hôpital colonial et civil est acceptée et des dispensaires seront créés dans chaque chef-lieu des « principales communes » [Gallica.bnf.fr, 2016.c, p.3]. « L'aménagement de l'hôpital en établissement confortable et moderne, le-maintien de l'hospice au Camp Saint-Denis, la création de dispensaires au chef-lieu et dans les principales communes donneront à l'Administration les moyens de poursuivre avec la collaboration des Municipalités, un programme méthodique d'hygiène et d'assistance qui - disons-le sans embages - ne pourra aboutir sans un sérieux effort de la part des Maires et des intéressés eux-mêmes. » [Gallica.bnf.fr, 2016.a, p.3]. C'est en 1946 que l'hôpital général (colonial) fût rebaptisé « l'hôpital Jean-Martial » [Ministère de la culture, 2004]⁸⁹ (image 2).

Image 2 : Dessin aquarellé de la cour d'entrée, Hôpital colonial de Cayenne, non daté, source : Ministère de la culture (2020.b)



Hors de Cayenne, à l'ouest de la Guyane, la ville de Saint Laurent du Maroni (SLM) accueillait en 1858, trois secteurs : le quartier officiel, la ville coloniale et le quartier du camp de la transportation auquel se rattachait l'hôpital [Ministère de la culture, 2017.a]. La ville de SLM est créée « pour et par le bagne » [Ville de Saint Laurent du Maroni, 2019]. En 1880, son appellation devint la « Commune pénitentiaire du Maroni » et il fallut attendre les années 1949-1950 pour que la ville s'inscrive dans « une commune de plein exercice », libre [opsit].

⁸⁹ Une dernière partie de l'hôpital général (colonial) fût construite dans les années 1960- 1970. Toutefois les services hospitaliers de l'hôpital J.Martial ont progressivement été déplacés. Si les archives du [Ministère de la culture, 2004] indiquent que ce n'est que en 1991 que les services furent transférés dans les nouveaux bâtiments du site de « la Madeleine » ; le CH de Cayenne [CHAR, 2010] indique plutôt une que le site de la Madeleine s'est structuré progressivement depuis les années 1970 et que c'est en 1992 qu'il accueillit le service de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

L'hôpital de Cayenne (du site de la Madeleine) prit ensuite, en 2000, le nom de « Centre Hospitalier Andrée Rosemon » [CHAR, 2010].

Un premier établissement hospitalier existait dans les années 1870 [Ministère de la culture, 2017.a]. Toutefois, « l'hôpital André Bouron » fut reconstruit vers 1896 [Commune de Saint Laurent du Maroni, 2005, p.61] puis démolit entre 1910 et 1912 [opsit, p.63], après la construction d'un nouvel hôpital. Inauguré en 1913, ce dernier comprend deux parties distinctes séparée par un mur : l'hôpital pénitentiaire et l'hôpital libre. Le premier, composé de quatre bâtiments, reçoit exclusivement des condamnés et le second, composé de deux bâtiments, des fonctionnaires et des particuliers » [J-L.Sanchez, p.48].

Enfin, au large de Kourou⁹⁰, aux Îles du Salut⁹¹, l'administration pénitentiaire y instaura le bagne en 1854. Sur l'Île Royale⁹² où sont transportés « les forçats les plus dangereux ou qui nécessitent une surveillance particulière » [J-L.Sanchez, 2020, p.28], un hôpital est édifié à la place d'une série de cases en bois de 1862-1863 [Ministère de la culture, 2017.b]. « Certainement le point le plus salubre du bagne, elle comprend un important hôpital » [J-L.Sanchez,2020, p.28].

Avant la départementalisation de 1946, les autres informations disponibles sont parcellaires⁹³. Il devait exister une maison de santé à Cayenne en 1784 d'après les mémoires de Jacau de Fiedmond⁹⁴ [Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr, 2020.c], et une Maison de Santé à Sinnamary en 1782 [Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr, 2020.d]. Entre les années 1800 et le début des années 1900, alors que la loi relative à la « protection de la santé publique » de février 1902 est promulguée [Gallica.bnf. 2017.g, p.332] des médecins, infirmiers, sage-femme sont nommés...⁹⁵ Entre les deux guerres, un document du « service local » sur « le compte des recettes et des dépenses pour l'exercice de de 1922-1930 » permet de donner des éléments d'informations quant à la présence du personnel médical dans les services sanitaires existants [Gallica.Bnf.fr, 2011, p.58-61] (annexe 3).

Après avoir retracé en bref les débuts de l'installation de structures sanitaires en Guyane, ce chapitre retracera l'évolution de l'organisation sanitaire en Guyane à partir de la départementalisation de cette région en 1946. Il s'attachera d'une part à faire ressortir les spécificités de cette région d'outre-mer du point de vue de la mise en application des réformes sanitaires pensées depuis l'Hexagone et de ses populations. D'autre part, ce chapitre présentera l'intérêt de la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) comme terrain d'étude.

⁹⁰ Kourou est une ville du littoral, elle se situe entre les villes de Cayenne et de Saint Laurent du Maroni.

⁹¹ Les Îles du Salut forment un petit archipel de trois îles au large de Kourou : l'Île Royale, l'Île Saint Joseph et l'Île du Diable.

⁹² A partir de 1896, l'Île Saint-Joseph accueille les locaux de la réclusion cellulaire. L'Île du Diable est destinée aux déportés politiques. [J-L. Sanchez, p.28]

⁹³ Pour consulter les Bulletins Officiels de la Guyane Française (1827- 1948), Gallica.Bnf.fr, en ligne, URL :< <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb32732137k/date.r=>>

⁹⁴ Mémoires écrites avant les années 1782 et 1784 puisque Jacau de Fiedmond était gouverneur du 28 janvier 1766 au 15 décembre 1781 (décès). La première construction de la maison de santé de Sinnamary est issue d'une donation du gouverneur Fiedmond en 1778 [B.Rossignol et P.Rossignol, 2017,p.41]

⁹⁵ Un Bulletin Officiel de la Guyane Française paru en 1914 aurait pu donner plus d'informations sur le nombre d'hôpitaux, de hospices, de lits... mais il n'est pas complet [Gallica.Bnf.fr, 2017.f] « Bulletin officiel de la Guyane française,1912 », en ligne, URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9780749c/f602.image.r=hopital>>

1 - Des carences en matière d'offre et d'accès aux services de soins de santé en Guyane : de la départementalisation à la territorialisation sanitaire (1946 - 2016)

A partir du 31 août 1947, le premier préfet de la Guyane, Robert Vignon (nommé de 1947 à 1955)⁹⁶ applique la politique de départementalisation⁹⁷. Dans ses mémoires, il rend hommage et se revendique des principes d'administration édictés par Félix Eboué pour l'Afrique : « Je m'étais pénétré – comment ne pas le faire en Guyane – des instructions données en Afrique par le grand guyanais Félix Eboué. Il conseillait de respecter les cadres originels, les classes dirigeantes nées, de fournir aux indigènes des armes, des outils, tout ce qui pouvait les aider à améliorer leur alimentation et leurs conditions de vie, une instruction élémentaire, des soins médicaux. » [R. Vignon, 1985, p.212]

Jusqu'à la fin de son mandat en juillet 1955 [S.Guyon, 2013], ce préfet cherchera à améliorer la situation en matière de politique d'aménagement, d'assainissement, de réseaux de communications⁹⁸. L'un des enjeux est notamment de réduire les maladies infectieuses, parasitaires et vectorielles qui atteignaient grandement les populations⁹⁹. Interpellé par les problématiques sanitaires (paludisme, fièvre jaune, lèpre...), il essaie de venir en aide à la santé des populations en favorisant la réalisation des projets du Docteur Hervé Floch [R.Vignon, 1985, p.281] arrivé en Guyane en 1938. Il fut fondateur et directeur de l'Institut Pasteur de la Guyane Française et de l'Inini¹⁰⁰ en 1940 (venant remplacer l'Institut d'Hygiène et de Prophylaxie de la Guyane créée en 1914) [Institut Pasteur, 2020].

1.1 Les années 1950 : les premiers grands projets pour améliorer la santé des populations et développer l'offre de soins primaires

Au début de son investiture (1947), R.Vignon relate dans ses écrits des éléments permettant d'imaginer la situation sanitaire de la Guyane, et plus particulièrement sur l'Île de Cayenne¹⁰¹ tant en matière d'état de santé des populations que d'organisation des soins.

⁹⁶ R.Vignon sera également les années qui suivirent Sénateur de la Guyane (1963-1971), mais aussi conseiller général d'Iracoubo (1961 à 1973) et sera le premier élu de Maripasoula (1969-1976) à l'époque village nouvellement créé.

⁹⁷ Loi N° 46-451 du 19 mars 1946 érigeant les « vieilles colonies » en départements.

⁹⁸ AC GUYANE « Histoire de la Guyane, de 1946 à nos jours. », en ligne, URL : <<http://webtice.ac-guyane.fr/histoire/spip.php?article80>>

⁹⁹ En 1939, les décès enregistrés sont liés à 47% aux maladies transmissibles (paludisme, infections intestinales, lèpre, tuberculose, maladies vénériennes, grippe). Les décès liés à ces maladies représentent 12 à 13% dans les années 1950. [S.Bourgarel, 1994, 1994.a, 1995.a]

¹⁰⁰ Le territoire de l'Inini fut créé par décret en septembre 1930 [Gallica.2016.b, p.316]. Il est une ancienne subdivision de la Guyane qui comprend toute l'étendue du territoire Guyanais sauf sa bande côtière et avait pour chef-lieu Saint-Élie. En 1951, le territoire de l'Inini est transformé en arrondissement disposant d'une administration spéciale, celle-ci est supprimée en 1969, l'arrondissement étant alors partagé en communes avec des conseils municipaux et des maires élus et pourvu d'un sous-préfet. [J-C Giacottino, 1985, p.52] et se reporter à l'annexe 12.

¹⁰¹ L'Île de Cayenne est composée des communes de Cayenne, Rémire-Montjoly et de Matoury. L'île de Cayenne est le nom donné à cette péninsule, puisque située entre les estuaires de la rivière de Cayenne à l'ouest et du fleuve du

Du point de vue de l'état de santé des populations, la mortalité totale et la mortalité infantile étaient très élevées puisque l'indice démographique était négatif : « Jusqu'en 1950, la population n'augmentait pas, elle diminuait lentement chaque année ». Selon R. Vignon, les raisons sont liées à l'isolement et la dispersion des villages, à l'absence des voies de communication, d'activités économiques qui provoquaient un « (...) paupérisme extrêmement grave, des maladies de carence, comme la lèpre, les grandes endémies tropicales comme le paludisme s'y développaient à l'état aigu et subsistaient en permanente menace, comme la fièvre jaune. » [R.Vignon, 1985, p.280]. En matière d'offre de soins, « Le corps médical était concentré à Cayenne, avec cependant un représentant à Saint Laurent. Les médecins guyanais étaient dans le secteur privé, les médecins militaires avaient la responsabilité des hôpitaux. Les sœurs dirigeaient une clinique privée avec la collaboration des médecins locaux » [op. cit., p.280]. « Le service de santé est concentré à Cayenne et à Saint Laurent. Les communes sont totalement abandonnées et les difficultés de communication avec le chef-lieu aggravent leur isolement. Toute la vie est pratiquement rassemblée sur Cayenne, qui draine la moitié de la population du territoire. Et pourtant, les conditions de vie y sont plus que médiocres » [op. cit., p.23]. L'eau et l'électricité ne sont distribuées que quelques heures par jour. Les débris présents sur la voirie ne sont nettoyés que par des urubus¹⁰². Les routes ne sont pas goudronnées et peu de voitures circulent. R.Vignon en conclut donc que « Tout l'équipement sanitaire de la ville est à revoir » [op. cit., p.23].

Dans un premier temps, l'action publique en Guyane s'est focalisée sur l'aménagement sanitaire du littoral [Inpes,2009] des villes et de leur périphérie (l'Île de Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni) qui concentrent une grande partie de la population guyanaise. En matière d'offre de soins et de prévention, R.Vignon proposa à son arrivée (1947) « la création d'une douzaine de secteurs médicaux ruraux » au Conseil Général qui fût acceptée. Alors qu'un arrêté de mai 1948 porte sur la création d'un « Conseil Départemental d'Hygiène » [Gallica.bnf.fr, 2017.g, p.332], le projet de budget départemental pour l'exercice de 1948 et proposé par R.Vignon en février 1949 [Gallica.bnf.fr, 2019] permet de retracer l'organisation hospitalière et ces secteurs médicaux (image 3, annexe 4). Les établissements hospitaliers Jean Martial et son annexe à Saint Denis sont identifiés à Cayenne ainsi que l'hôpital André Bouron à Saint Laurent du Maroni. La Guyane est alors divisée en cinq secteurs sanitaires, eux-mêmes sous divisés sur les 12 communes de la bande littorale. Le reste du territoire étant le territoire de l'Inini (tableau 1). La présence de « filles de salles » réparties sur chacune des communes laisse à penser qu'il existe alors 12 services de santé (dispensaires ?).

Mahury à l'est ; ainsi qu'au Nord par l'océan atlantique, au Sud par la rivière du Tour de l'île (reliant la rivière de Cayenne et le fleuve du Mahury). Une carte de la Guyane française avec la distinction de l'île de Cayenne est due à Jacques Bellin (1703-1772), un cartographe affecté au ministère de la Marine française [Bibliothèque numérique mondiale, 2020].

¹⁰² L'Urubu noir présent en Guyane est aussi appelé Vautour urubu ou vautour noir ou bien encore « Korbo » en créole. Elle est l'une des espèces d'urubus charognards vivant sur le continent américain.

Image 3 : Répartition du personnel des services de santé au projet de budget départemental en recettes et en dépenses pour l'exercice de 1948 et proposé par R. Vignon en Février 1949 (extrait), source :Gallica.bnf.fr, 2019, p.56-60¹⁰³

PERSONNEL		PERSONNEL		PERSONNEL	
(A) Etablissements hospitaliers (Hopital « Jean Martial » et annexe St-Denis)				(D) Secteur Sanitaire n° 3 (Cayenne et environs)	
1 médecin commandant 4 ^e échelon (2 enfants).....		B) Secteur sanitaire n° 1 (Maroni-Mana) :		a) Cayenne	
1 lieutenant d'administration 2 ^e échelon (3 enfants).....		1 médecin-capitaine 2 ^e échelon (1 enfant) à Mana.....		1 infirmier principal de 1 ^{re} classe.....	
3 adjudants chefs infirmiers :		1 sergent-infirmier 4 ^e échelon (2 enfants).....		1 infirmière sage-femme stagiaire de 2 ^e année.....	
4 de 8 ^e éch. (4 enfants).....		5 infirmières sage-femmes à St-Laurent :		1 planton, gardien du Dispensaire.....	
4 de 7 ^e éch. (marié).....		4 de 4 ^e classe.....		Allocation à 3 médecins civils de l'A.M.....	
4 de 6 ^e éch. (2 enfants).....		4 de 5 ^e classe.....		Indemnité au médecin chargé de la visite des fonctionnaires.....	
1 adjudant infirmier 5 ^e échelon (2 enfants)		2 stagiaires de 1 ^{re} année.....			
2 médecins civils :		1 auxiliaire.....		b) Remire	
1 principal de 1 ^{re} cl.....		1 Manipulateur stagiaire de 2 ^e année à Saint-Laurent.....		1 infirmière sage-femme de 4 ^e classe.....	
4 de 2 ^e classe.....		1 Infirmier aide-médecin de 5 ^e classe à Mana.....		1 infirmier aide-médecin de 5 ^e cl à recruter	
30 infirmières sages-femmes :		1 infirmière sage-femme de 5 ^e cl. à Mana.....		1 Fille de salle au dispensaire.....	
1 ppale hors classe.....		1 monitrice visiteuse à Mana.....			
4 de 3 ^e cl.....		1 infirmier journalier à Saint-Laurent.....		c) Tonate	
4 de 1 ^{re} cl.....		Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....		1 Infirmier aide-médecin de 5 ^e classe.....	
4 de 4 ^e cl.....		2 filles de salle (1 à St-Laurent et 1 à Mana)		1 Infirmière sage-femme de 5 ^e cl à recruter	
5 de 5 ^e classe dont 1 en disponibilité.				1 Fille de salle au dispensaire.....	
4 stagiaires de 2 ^e année.....					
40 stagiaires de 1 ^{re} année.....		c) Secteur sanitaire, n° 2 (Kourou-Sinnamary-Iracoubo) :		d) Roua	
4 auxiliaires dont 1 détaché à la « Goutte de Lait ».....		4 Médecin-capitaine 2 ^e échelon (1 enfant) à Sinnamary.....		1 Infirmière sage-femme de 4 ^e classe.....	
3 infirmiers aide médecins :		1 infirmier aide-médecin de 2 ^e classe à Sinnamary.....		Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....	
2 ppaux de 1 ^{re} cl et 1 détaché en Inini		1 infirmière sage-femme de 5 ^e classe à Sinnamary.....			
4 de 1 ^{re} classe.....		1 Monitrice-visiteuse à Sinnamary.....		F) Secteur sanitaire n° 5 (Oyapoc)	
2 expédit-compt. de 6 ^e cl.....		4 Infirmier aide-médecin de 2 ^e classe à Iracoubo.....		1 Médecin capitaine 2 ^e échelon (1 enfant).....	
2 dames-employées dactylographes de 5 ^e cl dont 1 en disponibilité.....		4 infirmière auxiliaire à Kourou.....		2 Infirmières sages-femmes :	
1 gardien de bureau hors classe.....		3 Filles de salle (Kourou-Sinnamary-Iracoubo).....		4 de 4 ^e classe à St-Georges.....	
7 auxiliaires (1.....		Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....		1 auxiliaire à Ouanary.....	
1 dentiste (allocations).....				2 Filles de salle (1 à St-Georges, 1 à Ouanary).....	
Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....				Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....	
Gens de service.....					
Honoraires des aumôniers.....					
Indemnités de caisse et de magasin.....					
Indemnités de vivres.....					
Prévision pour prise en charge de l'Hopital « André Bouron ».....					
Prévision pour avancement et amélioration de la situation des fonctionnaires.....					
(1) 1 lingère					
4 expéditionnaires-comptables					
4 magasinier					
4 planton					

¹⁰³ Il a été souhaité de cartographier l'ensemble des secteurs sanitaires les plus anciens de la Guyane exposés dans ce travail (1948, 1979, 1994) afin de comparer leurs évolutions sur le territoire. Toutefois, deux difficultés sont apparues. La première est que pour l'année 1948 les contours n'auraient pu être qu'arbitraires dans la mesure où nous disposons seulement des noms des communes et elles sont comprises dans un unique arrondissement, celui de Cayenne à côté de celui de l'Inini en 1952 (se reporter à la cartographie de F.Piantoni en annexe 12). Concernant l'année 1979 et l'année 1994, un géoréférencement a été effectué entre ces cartes et un fond de carte de l'actuelle région Guyane par des points de calage. Toutefois il en résulte que les secteurs sanitaires étaient bien trop déformés par rapport aux cartes originales. En raison de ces difficultés, les secteurs sanitaires figurant sur les documents et cartes ont été retranscrits sous forme de tableaux.

Tableau 1 : Secteurs sanitaires en Guyane, d'après le projet de budget départemental en recettes et en dépenses pour l'exercice de 1948, source : Gallica.bnf.fr, 2019, p.56-60

Secteurs sanitaires de Guyane en 1948	Communes incluses (12 secteurs médico-ruraux)
Secteur sanitaire n°1 « Maroni -Mana »	Mana Saint Laurent du Maroni
Secteur sanitaire n°2 « Kourou -Sinnamary – Iracoubo »	Kourou Sinnamary Iracoubo
Secteur sanitaire n°3 « Cayenne et ses environs »	Cayenne Rémire-Montjoly Tonate Roura
Secteur sanitaire n°4 « Approuague »	(Régina)
Secteur sanitaire n°5 « Oyapoc ¹⁰⁴ »	Saint Georges de l'Oyapock Ouanary
Le reste de la Guyane est le territoire de l'Inini	

D'après R.Vignon, « Des médecins contractuels furent recrutés pour une durée limitée mais renouvelable. Des dispensaires furent construits, du personnel infirmier recruté, du matériel de transport acheté » [R.Vignon, 1985, p.280]. Périodiquement R.Vignon réunissait les médecins de secteur et les médecins de Cayenne pour « (...) bien préciser leur rôle. Celui-ci n'était pas seulement de soigner les maladies, mais d'effectuer un travail de prophylaxie et de dépistage en profondeur » [R.Vignon, 1985, p.280]. « La prophylaxie des maladies vénériennes¹⁰⁵ fut entreprise énergiquement » [R.Vignon, 1985, p.281]. L'instauration d'un carnet de santé pour les enfants fût mis en place. Le médecin de secteur devait alors à la fois être « agent d'exécution et agent d'information ». A la suite d'un du passage de trois mois d'un « spécialiste de l'organisation mondiale de la santé à Cayenne » [opsit], la prévention de la santé est amorcée et la « Protection Maternelle et Infantile, l'hygiène scolaire, le contrôle dentaire » prirent place.

Ainsi, le Service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) fut mis en place en 1956 à Cayenne où il existe un centre de PMI principal (rue du Lieutenant Becker) et deux centres de PMI secondaires (Mirza et Zéphir) fonctionnant à temps partiel [G.Lasserre et al., 1979.b]. Afin de lutter contre les endémies tropicales qui ont « pour cause premières des carences alimentaires, les PMI distribuèrent « (...) des aliments concentrés aux mères allaitant leurs bébés et surveilla l'alimentation des enfants déjà sevrés » [R.Vignon, 1985, p281].

¹⁰⁴ Orthographié de cette façon dans le document de 1949

¹⁰⁵ Les maladies vénériennes sont appelées également les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST)

L'arrivée de « l'arsenal des lois sociales » en Guyane, et de l'assistance aux personnes, jusque-là « ignorées en Guyane » [R.Vignon, 1985, p.282] en 1948 a apporté une aide aux catégories sociales les plus précaires. En effet, les textes de loi du 11 mars 1932 et les décrets du 31 octobre et du 22 décembre 1938 régissent l'application des prestations familiales dans les D.O.M. Cependant, les dispositions de la loi du 22 août 1946 et les textes modificatifs qui l'ont complétée, ont été applicables en France hexagonale mais n'ont jamais été réellement étendus aux départements d'outre-mer. Certaines allocations sont alors appliquées dans les D.O.M. mais suivent des modalités différentes de celles appliquées dans l'hexagone et dans des conditions moins avantageuses [Sénat, 1982, p.47]. Toutefois, les lois sociales ont incité le retour de médecins en Guyane et le nombre de spécialistes s'est enrichi. [R.Vignon, 1985, p.281].

Concernant les « dispensaires spécialisés » [G.Lasserre, 1979.b], anti-hansénien, ils sont confiés depuis 1962 à l'Institut Pasteur. Les médecins léprologues exerçaient alors dans les centres : de Cayenne (construit depuis 1957, traitements toute la semaine), de Sinnamary (1956, traitements tous les trois jours) où ils sont aidés par des religieuses. Le reste du temps des médecins est consacré aux centres : de Kourou, d'Iracoubo et à l'hôpital de St-Laurent (un jour par semaine). Quant au « sanatorium hansénien »¹⁰⁶ à l'Acarouany (située sur la rive gauche de la rivière Acarouany sur la commune de Mana), fondé en 1833, puis modernisé en 1948¹⁰⁷, il devint en 1966 un centre de rééducation fonctionnelle et fut confié en 1974 au Centre Hospitalier (CH) de Cayenne puis, en raison de coûts trop importants, au département depuis le 1^{er} avril 1978 [G.Lasserre, 1979.b]. Concernant les hôpitaux de Cayenne et de Saint Laurent du Maroni, ils furent gérés « (...) comme en métropole, par des commissions administratives composées d'élus et de notables » [R.Vignon, 1985, p.281]. Seuls les soins liés à la lutte contre la tuberculose et les hospitalisations psychiatriques étaient en retard [R.Vignon, 1985, p.281].

Entre 1955, fin du mandat de R. Vignon et les écrits de S. Bourgarel dans les années 1990, une description exhaustive de l'organisation des soins en Guyane entre les années 1960 - 1970 est beaucoup plus délicate. Les descriptions présentées se fondent toutefois sur un fond d'archives aux Archives Territoriales de Guyane¹⁰⁸ (documents datant de 1973-1985), des éléments recensés dans un ouvrage de G. Lasserre et al., en 1979 (.b) et sur un rapport du Sénat de 1982.

¹⁰⁶ Le terme « sanatorium » réfère à une maison de santé ; tandis que le terme « hansénien » ou maladie de « hansen » réfère à la maladie de la lèpre.

¹⁰⁷ « Il comprenait des services collectifs où étaient soignés les malades impotents (30) et un village de 60 pavillons où les malades valides pouvaient mener une vie de famille et également apporter leurs services à une exploitation agricole moderne. Cependant de 110 pensionnaires en 1958, les effectifs étaient tombés à 58 en 1972 et à 32 en 1976. Les méthodes de traitement ne justifiaient plus en effet la ségrégation et l'immobilisation en hôpital. » [G.Lasserre et al., 1979.b]

¹⁰⁸ Je tiens à remercier Monsieur Georges Rech, directeur des Archives Territoriales de la Guyane m'ayant transmis les documents souhaités du fond d'archive concerné.

1.2 Les années 1970 : d'une planification sanitaire tardive...

Bien que la création de la carte sanitaire ait été promulguée lors de la loi date de la loi du 31 décembre 1970 créant le « service public hospitalier » [Légifrance, 1970], le « projet d'aménagement de la carte sanitaire en Guyane » fût demandé près de 10 ans plus tard. Soit, le 15 juin 1979 par le Docteur Louis Pelletier alors Président du Syndicat des Médecins Hospitaliers de la Guyane à Monsieur Elie Castor, Président du Conseil Général (et maire de Sinnamary) puis, par ce dernier, au Préfet de la Région Guyane, Monsieur Jean Le Direach le 16 juin 1979 (annexes 5 et 6). En parallèle de cette demande, le Docteur Louis Pelletier adressa le texte d'une motion adoptée à l'unanimité par le Syndicat des Médecins Hospitaliers de la Guyane le 12 juin 1979, au Président du Conseil Général et portant sur la création d'un service d'urgence et de réanimation au Centre Hospitalier de Cayenne.

Les informations issues de documents de « Atlas des départements d'outre-mer » [G. Lasserre et al., 1979.a et .b] permettent de relater l'organisation des sanitaire et sociale en Guyane à la fin des années 1970. Le Centre Hospitalier de Cayenne comprend deux ensembles, d'une part celui de Cayenne (3 hôpitaux), d'autre part l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. Ces différents établissements constituent un organisme unique dit « Centre Hospitalier de Cayenne », public, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. A Cayenne, l'Hôpital Jean Martial compte 248 lits, partagés entre l'hospice (100 lits), l'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et la dermatologie. L'Hôpital Saint-Denis, offre 282 lits et dispose des services de médecine, de chirurgie, de phtisiologie, de léprologie, de pédiatrie, de réanimation et la maternité. Il comporte aussi un centre de transfusion sanguine, un laboratoire d'analyses et une école d'infirmières. Sur le site de la Madeleine, en 1978, un nouveau quartier psychiatrique fût mis en service avec 170 lits et 20 places de jour. Enfin, Cayenne compte 2 cliniques privées : l'Hôpital Saint-Paul, soit une clinique conventionnée par la Sécurité Sociale transférée en 1975 (sur la route de Matoury¹⁰⁹) comptant 81 lits dont 16 en pédiatrie, 25 en médecine générale, 24 en chirurgie et 16 en maternité ; et la clinique « Les Takaris » ancienne clinique Sainte-Catherine, reprise par un groupe de médecins privés [G.Lasserre et al., 1979.b]. Un grand effort de modernisation a été entrepris en 1972 à l'hôpital André Bouron (datant de l'époque du bagne) de Saint-Laurent. A la fin de années 1970 ; il comptait les services de 3 médecins (médecine générale, chirurgien, gynécologue) et 274 lits dont 175 lits à la partie hospice [G.Lasserre et al., 1979.b]. A Kourou, le Centre Spatial Guyanais a ouvert en 1966 une clinique privée, ouverte à tous. Progressivement agrandi, le Centre Médico-Chirurgical de Kourou (CMCK) comptait en 1975 une capacité de 32 lits dont 12 en médecine, 16 en chirurgie et 4 en maternité. Il fut équipé d'une installation radiologique complète et d'un cabinet dentaire ; 2 médecins et 1 chirurgien en assurent le fonctionnement avec 24 agents, dont 14 à titre médical [G.Lasserre et al., 1979.b]. Concernant les équipements sociaux d'aide à l'enfance ou d'aide à la famille, en 1979, ils se situent exclusivement ou majoritairement à Cayenne. L'Institut Médico-Pédagogique

¹⁰⁹ L'hôpital/clinique Saint Paul est tenu depuis 1905 par les religieuses de Saint-Paul de Chartres. Les anciens bâtiments ont été transformés à son déplacement en maison de retraite avec 40 lits pour personnes valides et 10 pour personnes âgées invalides.

de Arago pour les « déficients mentaux », l'orphelinat et les « caractériels délinquants » [opsit] qui sont des structures d'aide à l'enfance sont tous et uniquement installés à Cayenne. De même, les équipements d'aide à la famille, 3 centres sociaux, 4 crèches, et un établissement de la sécurité sociale sont concentrés à Cayenne ; seule une crèche existe à Kourou. En dehors de l'aide à l'enfance et de la famille, l'aide sociale est dispensée par cinq Bureaux d'Aide Sociale Intercommunaux (BASI) : Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni, Saint Georges de l'Oyapock et Maripassoula [G. Lasserre et al., 1979.b].

En dehors de Cayenne, de Kourou et de Saint Laurent du Maroni « la population doit avoir recours à la médecine sociale pratiquée dans les dispensaires polyvalents ou spécialisés » [G.Lasserre et al., 1979.b]. Les dispensaires spécialisés (dits dispensaires B) sont les centres : anti-hansénien précédemment décrits à Cayenne, Kourou, Saint Laurent, auquel s'ajoute également le dispensaire antivénérien de l'hôpital Jean Martial à Cayenne (depuis 1972, auparavant au centre de Daramath), le dispensaire d'hygiène mentale (précédemment rue Schœlcher puis en reconstruction rue Madame Payé) et le dispensaire antituberculeux de Cayenne. Ce dernier est dirigé par un médecin spécialiste disposant d'un camion radio-photo pour le dépistage systématique et pratique la vaccination par le BCG. Pour les dispensaires polyvalents, faisant de la médecine générale et ayant pour certains, tels que Saint Georges de l'Oyapock ou Maripassoula, quelques lits (8 à 10) d'hospitalisation de surveillance ou d'attente d'évacuation vers Cayenne. Le département est divisé en 8 secteurs sanitaires ayant chacun « à leur tête un médecin-chef » [G. Lasserre et al., 1979.b, carte 2].

Le découpage départemental en 8 secteurs sanitaires (tableau 2) est probablement l'aboutissement de la demande du Docteur Louis Pelletier (juin 1979) concernant le « projet d'aménagement de la carte sanitaire en Guyane. Ce découpage est le premier à tenir compte de l'intégralité de la Guyane : les communes du littoral et de l'ancien territoire de l'Inini. En effet, par rapport aux secteurs sanitaires de 1948 où il semble y avoir des centres de santé uniquement dans les secteurs sanitaires du littoral, en 1979, des dispensaires sont visiblement implantés sur les côtes est et ouest, au sein des secteurs sanitaires (carte 2).

Après ces améliorations, bien que la planification sanitaire fût tardive en comparaison de celle de l'Hexagone, la situation des années 1980¹¹⁰ semble toutefois mettre une fois de plus en lumière, un département oublié de l'Etat.

¹¹⁰ En 1980 la Guyane est un département d'outre-mer (depuis 1946). Elle devient une région monodépartementale (région constituée d'un seul département) en 1982, et une collectivité territoriale unique en 2016.

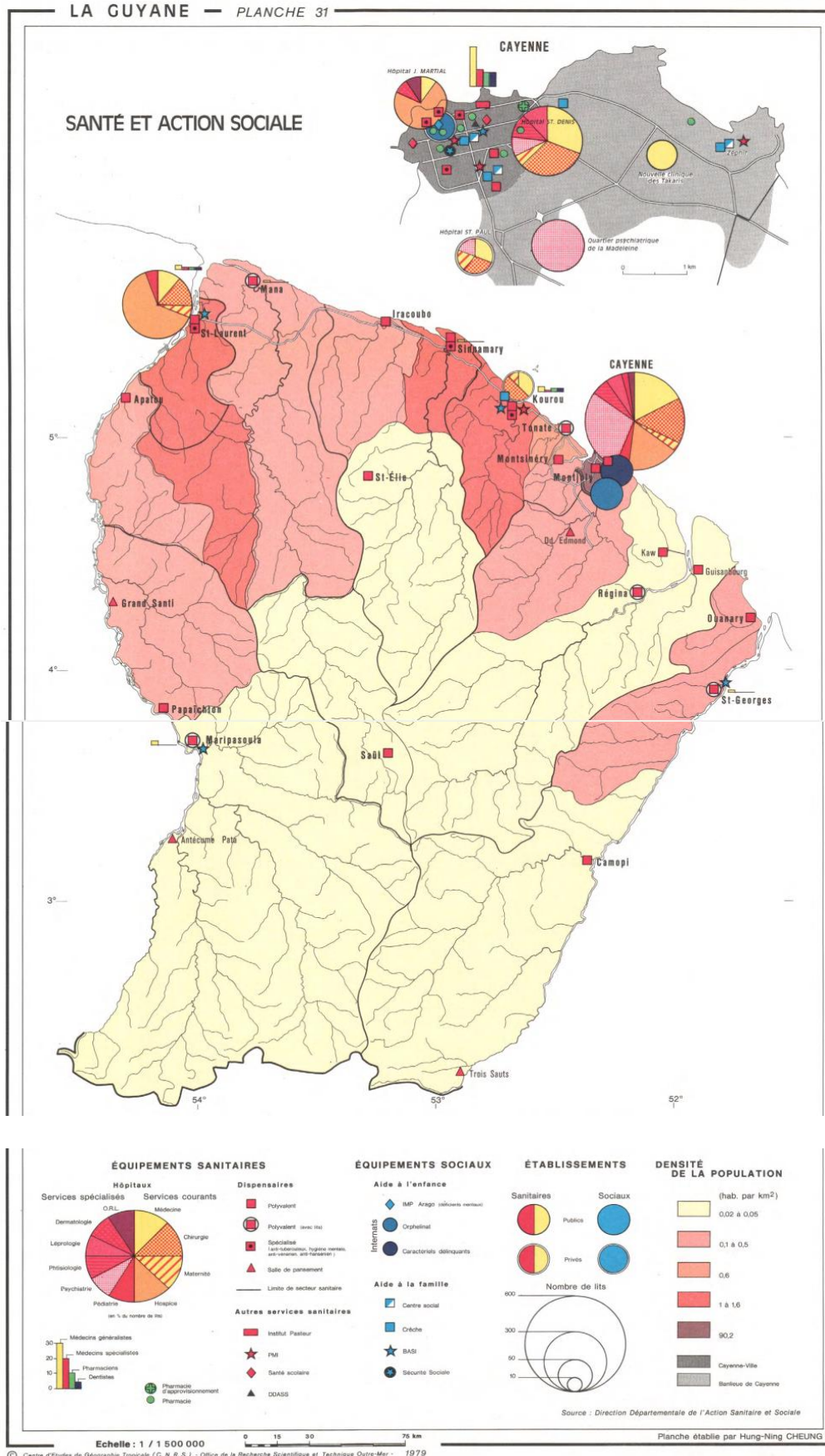
Tableau 2 : Les 8 secteurs sanitaires en Guyane en 1979, s'après G.Lasserre et al., 1979.b

Secteurs sanitaires en 1948	Secteurs sanitaires en 1979	Communes/villes/villages concernés
Secteur sanitaire n°1 « Maroni -Mana » Mana Saint Laurent du Maroni	1- « Secteur sanitaire Saint Laurent »	Ville de Saint Laurent (uniquement) + « Tournées de visites sur le Bas-Maroni » + « Visites de médecine générale au Centre de l' Acarouany »
	2- « Secteur sanitaire Mana » (1975)	Mana
Secteur sanitaire n°2 « Kourou -Sinnamary – Iracoubo » Kourou Sinnamary Iracoubo	3- « Secteur Sanitaire Kourou »	Tonate Montsinéry* Tonnégrande* (*auparavant aux noms dissociés)
	4- « Secteur sanitaire Sinnamary »	Sinnamary Kourou Iracoubo Saint Elie
Secteur sanitaire n°3 « Cayenne et ses environs » Cayenne Rémire-Montjoly Tonate Roura Secteur sanitaire n°4 « Approuague» (Régina)	« Secteur sanitaire Cayenne » (2 sous-secteurs) 5- « Cayenne ville »	Dispensaire de Daramath Dispensaire de Médan (Dans le Quartier de Mirza)
	6- « Cayenne extérieur »	Dispensaires des 5 communes les plus proches de Cayenne (Sans précisions : Rémire-Montjoly, Matoury ?) + Visite 1 fois par mois : Dispensaire de Régina Dispensaire de Kaw Dispensaire de Saül
Secteur sanitaire n°5 « Oyapoc » Saint Georges de l'Oyapock Ouanary	7- « Secteur sanitaire de l'Oyapock »	Dispensaire de Saint Georges de l'Oyapock Dispensaire de Camopi Dispensaire de Trois Sauts
	8 – « Secteur sanitaire de Maripassoula »	« Tournées de visites sur tout le Haut-Maroni » Dispensaire de Maripassoula Dispensaire de Grand-Santi, Dispensaire de Papaïchton, Dispensaire d'Apatou (1974)
	« Salles de pansements »	Antécume Pata Trois Sauts Dégrad Edmond Grand-Santi

Ancien territoire de l'Inini



Carte 2 : Secteurs sanitaires en Guyane pour les dispensaires polyvalents et spécialisés en 1979, source : G.Lasserre et al., 1979.b



1.3 ... à une planification oubliée de l'État dans les années 1980

Le 23 décembre 1981, le Professeur Beylot, Directeur de l'Unité d'Enseignement et de la Recherche des Sciences Médicales de l'Université de Bordeaux est chargé par le Ministre de la Santé, Monsieur Jack Ralite, d'une « mission d'information et de renseignement sur les problèmes de santé de la Guyane ». Il informe Monsieur Elie Castor, le Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Cayenne (CA - CHC), de sa visite programmée (annexe 7) qui débutera le jeudi 7 janvier 1982 et aboutira au lundi 11 janvier 1982 à une réunion de travail avec : le CA - CHC, le préfet, le trésorier payeur général et le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales qui sera suivie d'une réunion de synthèse associant la direction et le président de la commission médicale consultative. Cette visite du représentant du Ministère de la Santé montre que l'ensemble des acteurs, hôpital et élus (départementaux à locaux) de Guyane sont amenés à s'associer lors des discussions portant sur les « problèmes de santé de la Guyane » (annexe 8).

Peu après l'annonce de l'acte I de la décentralisation de Gaston Deferre le 2 mars 1982¹¹¹, Monsieur Louis Le Pelletier alors Président de la Commission Médicale Consultative du CH de Cayenne, correspond le 18 mars 1982 avec Madame la Docteure Broyelle alors Médecin Inspecteur Général de la Santé, après sa récente visite d'inspection en Guyane (lundi 15 mars 1982). Suite à l'entrevue entre ces derniers, Monsieur Le Pelletier réaffirme dans cette lettre, « la position du corps médical de CH de Cayenne » sur six grands points différents qui sont à l'image des difficultés que connaît la Guyane en matière de planification sanitaire.

Pour les acteurs Guyanais, la demande de la construction d'un nouvel hôpital à Cayenne est un point important pour la mise en place d'un système de soins hospitaliers public. Cette demande renouvelée de construction d'un nouvel hôpital à Cayenne engage « la politique de santé et la politique générale du gouvernement » afin de réaliser « une véritable politique hospitalière au niveau de la Guyane et supprimer le déséquilibre existant, entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée dans le département » (annexe 9). De même, il est demandé la reconstruction d'un Centre Médico-Chirurgical de Kourou (CMCK) et l'installation de lits de réanimation à la Clinique privée Saint Paul, afin que soit définie la place de l'hospitalisation privée dans la carte sanitaire de la Guyane.

A ces difficultés en termes d'infrastructures s'ajoutent d'autres besoins en termes de matériel, de coordination et de personnels. Les partenariats sous forme de conventions se mettent en place. Par exemple, le 3 avril 1974 une convention départementale entre le CH de Cayenne et les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est tissée, afin qu'il soit possible de réaliser les examens d'électroradiologie et de laboratoire pour les personnes reçues à la PMI dans le cadre de la « Protection Maternelle et Infantile, la surveillance prénatale et les grossesses à haut risque » (annexe 10).

Concernant le matériel biomédical, dont le début d'équipement (semi automatisation du laboratoire en hématologie, échocardiographie, échographie, matériel de réanimation) fit jusqu'alors fourni par une

¹¹¹ Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. Dans le processus de décentralisation les régions et les départements sont élevés au rang de collectivités territoriales. [Légifrance, 1982.a]

subvention départementale en 1981, il se poursuivra par une seconde subvention prévue en 1982. Toutefois, au regard des besoins le département ne pourra subventionner à lui seul ces équipements ; dans la mesure où le service de radiologie a besoin d'être rééquipé pour un coût de 4 millions de Francs afin de (seulement) « couvrir les besoins en radiographie courante » dont « les conditions sont désastreuses » (annexe 11, p.2). Le besoin en personnel soignant « qui se pose de manière aigüe au CH de Cayenne » est réaffirmé dans un autre point crucial. Pour assurer « les besoins et la sécurité des malades soit garantie », une évaluation de la Commission Médicale Consultative aboutissait au besoin de recruter « 140 agents au titre de l'année 1982 ».

Malgré ces demandes, la Guyane, paraît oubliée de l'Administration Centrale. En effet, le CH de Cayenne n'a pas reçu le télégramme du Ministre de la Santé en date du 17 décembre 1981 portant sur la création de postes médicaux pour l'année 1982. De fait, aucune demande officielle du CH n'a été transmise au ministère alors « qu'il existe des besoins évidents » (annexe 9). Dans cette attente de réponses aux besoins cruciaux, les médecins du CH de Cayenne ont fait savoir qu'ils « déclinaient toutes responsabilités, au cas où des incidents surviendraient en rapport avec l'insuffisance numérique du personnel » (annexe 9)¹¹².

La situation de manque de personnel déjà déplorée en 1982 (image 4) fait écho à la situation contemporaine de la Guyane. Lors des mouvements sociaux de l'année 2017 figurait encore la demande d'amélioration des services de santé. Demande confirmée par le rapport de la Mission de l'Ordre des Médecins en Guyane qui s'en est suivi après ces mouvements afin d'« apprécier les problématiques relatives à l'exercice médical et à l'accès aux soins en Guyane. » [Conseil National des Médecins, 2017].

¹¹² En outre Monsieur Le Pelletier fournit les besoins de postes médicaux arrêtés par la Commission médicale pour la période 1982 -1988 (image 4)

Image 4 : Besoins de personnel médical du CH de Cayenne adressé à l'inspectrice générale du Ministère de la Santé, 1982, source : Archives Territoriales de Guyane

BESOINS EN PERSONNEL MEDICAL						
DU CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE						
DISCIPLINE	CHEFS DE SERVICE		ASSISTANTS-ADJOINTS		ATTACHES	
	EXISTANTS	A CREER	EXISTANTS	A CREER	EXISTANTS	A CREER
MEDECINE	1 temps plein 1 temps partiel	1 temps plein 1985	3 temps partiels	2 Temps pleins 1985	1 Attaché	
CHIRURGIE	2 temps pleins		2 temps pleins	2 temps pleins 1983		
PEDIATRIE	1 temps plein		1 temps partiel	1 temps plein 1982		Néonatalogie 1982
GYNECO-OBSTE	1 temps plein		1 temps plein		2 Attachés	
DERMATO-LEPNE	1 temps plein		1 temps plein			
O.R.L.	1 temps partiel			1 temps plein 1984		
OPHTALMO	1 temps partiel		1 temps partiel			
ANESTHESIE-REA	2 temps pleins		1 temps plein	1 temps plein 1981		
RADIOLOGIE	1 temps plein		1 temps plein			
PNEUMO-PHTISIO	1 temps plein			1 temps plein 1982		
BIOLOGIE	1 temps plein			Exploration Ponct. 2 temps pleins 1982		
CENTRE DE TRANS.		1 temps plein 1982				
URGENCES ACCUEIL		1 temps plein 1985		1 temps plein 1985		
REEDUCATION		1 temps plein				
HOSPICES	1 temps partiel		1 temps partiel			
PSYCHIATRIE	2 temps pleins		1 temps plein	1 temps plein 1984		
LEPROLOGIE	1 temps partiel					

Cette alerte d'une situation fragile, voire d'abandon, en matière de ressources et d'équipement lors de ces correspondances (mars 1982), fait écho au rapport d'information de la délégation de la commission des Affaires sociales portée au Sénat en octobre 1982 [Sénat, 1982]. Il fait état d'infrastructures dégradées de : l'hôpital Saint Denis, l'hôpital Jean -Martial, l'hôpital Magdeleine [Sénat, 1982, p.7]. Inauguré en 1965¹¹³, le site de Saint Denis « dont l'état plus que vétuste n'a pas manqué d'étonner les sénateurs (...) en particulier semble hors d'état de répondre aux besoins qui sont les siens » [Sénat, 1982, p.7 et p.58]. Les sénateurs s'interrogent comment la remise en état « d'un bâtiment aussi délabré est possible, et si elle ne serait pas plus coûteuse que la construction d'un hôpital neuf ». Concernant l'hôpital Jean-Martial « qui a subi récemment quelques travaux d'harmonisation (...) la délégation n'a vu que les bâtiments les plus anciens et les moins bien entretenus » [Sénat, 1982, p.7]. Enfin la visite s'achève par « l'hôpital Magdeleine » (Madeleine) ouvert en 1977 qui comporte les services de psychiatrie et une partie des services généraux ». Ce dernier hôpital avait été annoncé « en 1975, comme devant constituer la première tranche du nouveau centre hospitalier qui devait être construit » [opsit]. Néanmoins, il « semble avoir été mal conçu dès le départ et agrandi au fur et à mesure des besoins (et) apparaît comme un ensemble de bâtiments dépourvus de tout caractère fonctionnel » [Sénat, 1982, p.58]. Les insuffisances de ces équipements « constituent à l'heure

¹¹³ Ce n'est qu'en 1965 que l'hôpital Saint-Denis fût inauguré néanmoins, il fait suite à plusieurs structures d'assistance présentes depuis le 19ième siècle sur le même terrain [Ville de Cayenne, 2020]

actuelle un risque pour la sécurité des malades. »¹¹⁴ [Sénat, 1982, p58]. De fait, le directeur du centre hospitalier (M. Jaccoulet), et les membres du conseil d'administration demandèrent aux sénateurs « la construction d'un hôpital neuf pour remplacer celui de Saint-Denis ». Dans ce contexte, le ministère de la Santé décida de mettre à la disposition du département de la Guyane « un crédit d'études au titre du budget 1982 », et qu'une « partie (...) soit affectée à une étude approfondie du centre hospitalier de Cayenne » qui devrait s'ériger sur le « terrain de la Magdeleine »^{115 116} (actuel CHAR).

Concernant, l'hôpital André-Bouron, à Saint-Laurent-du-Maroni, « il a été laissé dans un certain abandon ». Ce dernier ayant acquis son autonomie le 1^{er} janvier 1982 proposa au conseil d'administration « d'établir un plan de travaux et d'équipement afin que les subventions puissent être dégagées dès le début de 1983 » [Sénat, 1982, p.58].

Malgré le rapport porté au Sénat en 1982, le CH de Cayenne souffrait encore au milieu des années 1980 de dysfonctionnements en raison d'un manque de personnel et de matériel (annexe 11). En effet le 4 mars 1985 le Docteur Hulin, alors chef de service de Réanimation du CH de Cayenne, rapporte au Directeur du CH de Cayenne, que le service d'hémodialyse, dont la demande d'équipement fut effectuée en 1982 et réalisée en 1984, ne compte pas assez de personnel dans la mesure où « l'attribution du personnel de réanimation a été réalisée sans tenir compte de la mise en route des techniques d'hémodialyses ». Cette demande du Docteur Hulin en 1985 fait suite à un important manque de moyens puisque des patients, jusqu'alors évacués en Guadeloupe, Martinique, faute de moyens au CH de Cayenne ne peuvent même plus y être accueillis en raison de la saturation de leurs services. Faute de place dans les Antilles, certains patients dialysés chroniques peuvent être envoyés dans l'Hexagone (deux mois maximum) sans que leur prise en charge secondaire, à leur retour, ne puisse être assurée (annexe 11). Enfin et d'une façon générale, les sénateurs constatent que, tandis que « les patients qui peuvent « payer » ils vont plutôt dans les cliniques privées »¹¹⁷, et les « assurés sociaux » vont dans les cliniques conventionnées, telles que la « Clinique Saint Paul » ; dans lesquelles ils bénéficient « de meilleurs services » et à moindre coût que dans l'offre sanitaire publique [Sénat, 1982] (image 5).

¹¹⁴ Par ailleurs, parmi les nationalités des malades hospitalisés au CH de Cayenne, il est observé entre 1975 et 1980 un taux de variation à la hausse de +16% des patients de nationalité Française admis ; tandis que l'admission de patients d'origine étrangère (dont Brésiliens et Haïtiens) est à la hausse de + 310%. [Sénat, 1982, p.60]. Cette augmentation est également observée dans les PMI.

¹¹⁵« Sur le terrain de la Magdeleine, il semble très difficile de faire partir les squatters qui y sont installés, et, pour l'instant, aucun autre terrain n'est disponible. La seconde difficulté réside dans le manque d'entretien dont souffrent la plupart des hôpitaux. » [Sénat, 1982, p.57]

¹¹⁶ Le CH de Cayenne ou site de « la Magdeleine » s'est étoffé progressivement depuis l'installation de ses quelques services en 1974 : 1977 : Installation du quartier psychiatrique sur le site de la Magdeleine, 1992 : Ouverture du MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) avec plateau technique, 1998 : Ouverture de l'hôpital de jour de médecine adulte... [CHAR, 2010].

Si entre la fin des années 1970 et le début des années 1990 il n'est pas notifié d'ouverture de services dans cet historique du [CHAR, 2010]. Il est possible de déduire que les années 1980 sont dédiées à sa reconstruction à travers un rapport du Sénat datant de 1982 [Sénat, 1982, p.57] et des archives de la visite ministérielle de B.Pons en 1986 [Guyane 1^{ère}, 2017]. C'est en 2000 que ce site change de nom pour le CH Andrée Rosemon (CHAR).

¹¹⁷ A l'époque il est cité : le Centre Médico-Chirurgical de Kourou (C.M.C.K.), et la clinique conventionnée Saint-Paul à Cayenne. [Sénat, 1982, p.59].

Image 5 : Les prix de journée de la clinique Saint-Paul, du C.M.C.K inférieurs aux coûts des hôpitaux publics, source : Sénat, 1982, p.59

Prix de journée	Clinique Saint-Paul	C.M.C.K.	Cayenne	Saint-Laurent
Chirurgie	366	686	890	890
Médecine	305	596	762	762

Dans le reste de la Guyane, après la départementalisation, le système de soins gratuits était organisé « sur la base d'un réseau de dispensaires publics tenus par des médecins fonctionnaires » (carte 3). Le département de la Guyane assurait alors la « lourde charge » [Sénat, 1982, p.59] de ce réseau de dispensaires. La comparaison de la carte (2) des équipements sanitaires et sociaux de 1979 [G. Lasserre et al., 1979.b] avec celle des dispensaires de soins et de prévention de 1982 du Sénat (carte 3) traduit une situation globalement identique. Il est possible de remarquer que certains dispensaires présents en 1979 en tant que « salle de pansements » sont dorénavant des « dispensaires avec infirmiers » à : Grand-Santi, Antécume-Pata, Trois-Sauts ; tandis que certains n'apparaissent plus (Iracoubo) ou apparaissent mais sans précisions concernant le personnel mis à disposition (Saül).

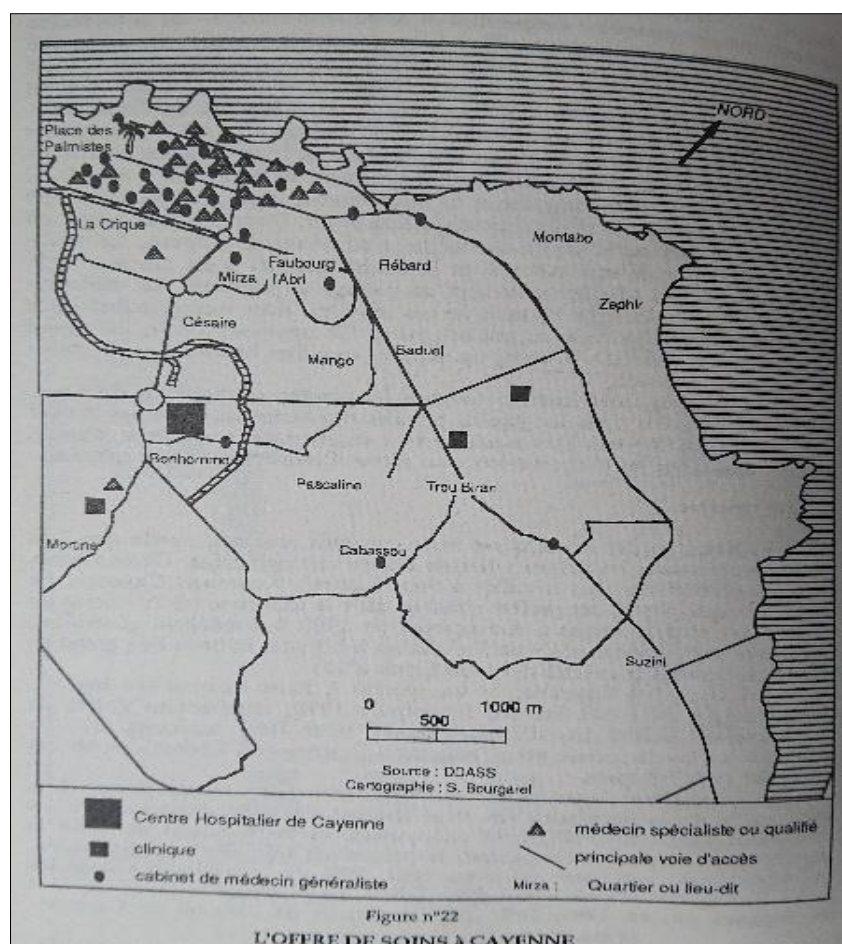
Finalement, ce rapport décrit l'importance du coût des frais médicaux dans les hôpitaux et dans les dispensaires et cherche à les expliquer - « malgré de nombreuses difficultés d'appréciation » - en raison d'une augmentation des consultations liée à l'arrivée d'immigrants [Sénat, 1982, p.61,63]. Les personnes immigrées deviennent ainsi un paramètre financier du système de santé : « Il serait souhaitable que cette immigration soit médicalement filtrée car elle pèse lourdement sur les charges sanitaires et sociales du département. » [Sénat, 1982, p.63]. Au lieu de considérer que les immigrants mettent en lumière les carences du système de santé, ils deviennent porteurs d'un « poids sanitaire » [Sénat, 1982, p.62] et d'une certaine décrépitude « du système de prévention existant en Guyane qui ne suffit pas à protéger la population locale ». L'accent est mis sur les taux de mortalité infantile (30%) et périnatale ils « (...) témoignent de l'urgence de services de P.M.I. » [Sénat, 1982, p.62]. Bien qu'il soit apparu pour les sénateurs en 1982 « indispensable d'accorder une priorité à l'activité de protection maternelle et infantile et à la lutte contre les fléaux sociaux », il aura pourtant déjà fallu attendre dix ans entre le premier plan gouvernemental français de périnatalité annoncé en 1970 et la création du premier plan de prévention périnatale mis en place en Guyane en 1981. D'autres suivirent cependant (1983, 1985, 1990) [ORSG, 2010, p.43].

1.4. Les années 1990 : une mise en application décalée de la régionalisation sanitaire

Les travaux de Sophie Bourgarel réalisés au début des années 1990 font état d'une situation proche de celle décrite précédemment : la concentration des activités de soins, les difficultés de certains services ; auxquels s'ajoute le rôle prégnant des recours aux structures de prévention, en particulier pour les plus vulnérables.

Dans les années 1990, la Guyane comprend sur la frange littorale, deux hôpitaux publics l'un à Cayenne et l'autre à Saint Laurent du Maroni (carte 5) qui rassemblent au total 642 lits (5 lits d'hôpital public pour 1000 habitants - 7 lits pour 1000 habitants si prise en compte du secteur privé) [S.Bourgarel, p.107]. Les médecins généralistes et spécialistes sont plus implantés dans les trois principales villes : Cayenne Kourou, Saint Laurent du Maroni (carte 4).

et l'aide médicale pour soins de ville. Depuis la loi de décentralisation de 1984, les deux dernières sont de la compétence des départements. Selon l'analyse d'Estelle Carde (2009), l'aide médicale « contrairement à la sécurité sociale, est un droit subjectif, c'est-à-dire qu'il est apprécié en fonction de la situation individuelle au lieu d'être défini de façon universelle selon une catégorie juridique. L'égalité de traitement sur le territoire n'était pas assurée et les pratiques variaient fortement d'un département à l'autre. » [C.Izambert, 2010]

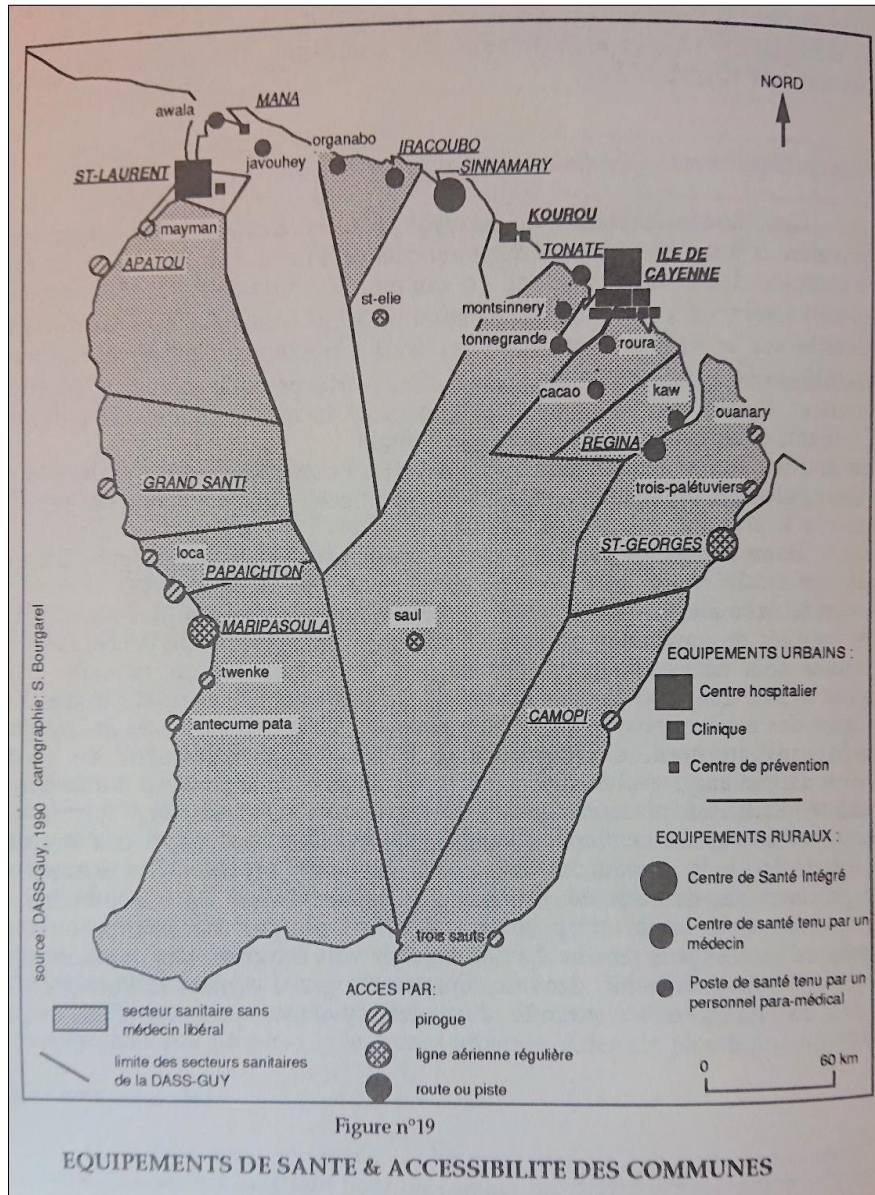


Comparativement au premier découpage en secteurs sanitaires de 1948, porté uniquement sur le littoral ; puis du découpage de 1979 tenant compte de l'ancien territoire de l'Inini, le découpage présenté par S.Bourgarel (1994) identifie 12 secteurs sanitaires¹¹⁹ (carte 5 et tableau 3).qui reprennent souvent les limites communales. D'une part, et en comparaison avec le découpage en 8 secteurs sanitaires de 1979, certains secteurs sont divisés (secteurs 2 et 4 par exemple). Toutefois, certains restent immensément grands (18 360 kms² pour la commune de Maripassoula) dans l'ancien territoire de l'Inini. D'autre part, en comparant la carte des dispensaires et de soins et de prévention de 1982, la carte de S.Bourgarel de 1994 fait état d'une répartition « de centres, de postes de santé ». La répartition de ces structures est relativement identique à celle de 1982. Toutefois, certains dispensaires tenus jusqu'alors par un médecin en 1982, deviennent des « centres de santé intégrés » (Sinnamary). De même, des dispensaires tenus jusqu'alors tenus par un infirmier deviennent des « centres de santé tenus par un médecin » (Régina). La présence des médecins dans ces

¹¹⁹ Etablis par les anciennes DDASS. Il semble toutefois apparaitre 15 secteurs sanitaires sur la cartographie de S.Bourgarel. Toutefois, si l'on se réfère aux anciens découpages, certains secteurs sont divisés en sous-secteurs : Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni (1948, 1982). Dans cette même logique de regroupement de sous-secteurs au sein de 3 secteurs du littoral, il est possible de retrouver 12 secteurs comme mentionné dans l'ouvrage de S.Bourgarel (p.108)

centres, un ou deux, se fait en fonction du volume de la patientèle¹²⁰. Seules les urgences sanitaires « extrêmes » sont hélicoptérées, notamment depuis Grand-Santi. Si le malade est en capacité d'être transporté, ce dernier peut faire des heures de pirogues avant de prendre une ligne d'avion intérieure pour être rapatrié à Cayenne (carte 5).

Carte 5 : Equipements de santé et accessibilité des communes, source : S.Bourgarel, 1994.b, p.102¹²¹



¹²⁰ Par exemple sur le secteur de Maripassoula, plus de 18 000 kms² et 1700 habitants seuls 2 médecins assurent une prise en charge de la patientèle. Les tournées se font généralement en pirogue, entraînant un temps conséquent de déplacement.

¹²¹ En 1974, la Guyane compte 55 000 habitants, dont 34 000 dans l'Île de Cayenne. En 1990, la Guyane est peuplée de 144 000 habitants, dont 60 000 dans l'Île de Cayenne, S.Bourgarel, p.44 La croissance démographique à compter de la décentralisation (1982) jusqu'en 1990 est en augmentation à la hausse dans les communes de Cayenne, Matoury situées sur le littoral ; et dans celles de Mana, Saint Laurent du Maroni, et Apatou situées à l'Ouest.

Tableau 3 : Les secteurs sanitaires en 1994 : plus de secteurs et une division plus fine de l'ancien territoire de l'Inini

Secteurs sanitaires en 1979	Secteurs sanitaires en 1994	Communes/villes/villages concernés d'après les découpages de la DDASS ¹²² visibles sur la carte de S.Bourgarel (Carte 5)
1- « Secteur sanitaire Saint Laurent Ville de Saint Laurent (uniquement) + « Tournées de visites sur le Bas-Maroni » + « Visites de médecine générale au Centre de l'Acarouany 3	1- « Saint Laurent » « Mana »	Awala-Yalimapo Javouhey
2- « Secteur sanitaire Mana » (1975) Mana		
3- « Secteur Sanitaire Kourou » Tonate Montsinéry* Tonnégrande* (*auparavant 2 communes)	2- « Tonate »	Montsinéry-Tonnégrande Saül
4- « Secteur sanitaire Sinnamary » Sinnamary Kourou Iracoubo Saint Elie	3- « Iracoubo » 4- « Sinnamary » « Kourou »	Organabo Saint Elie
« Secteur sanitaire Cayenne » (2 sous-secteurs) 5- « Cayenne ville » Dispensaire de Daramath Dispensaire de Médan (Dans le Quartier de Mirza)	5- « Ile de Cayenne »	Cayenne Rémire-Montjoly Matoury
6- « Cayenne extérieur » Dispensaires des 5 communes les plus proches de Cayenne+ Visite 1 fois par mois : Dispensaire de Régina Dispensaire de Kaw Dispensaire de Saül (Sans précisions : Rémire-Montjoly, Matoury ?)	6 - « Régina » « Roura »	Kaw Cacao
7- « Secteur sanitaire de l'Oyapock » Dispensaire de Saint Georges de l'Oyapock Dispensaire de Camopi Dispensaire de Trois Sauts	7- « Saint Georges »	Saint Georges » de l'Oyapock Trois - Palétuviers Ouanary

¹²² Les archives des anciennes DDASS sont disponibles sur France.Archives.fr. Concernant la Guyane certaines existent mais il n'a pas été retrouvé précisément le découpage des secteurs sanitaires.

8 – « Secteur sanitaire de Maripassoula » « Tournées de visites sur tout le Haut-Maroni » Dispensaire de Maripassoula Dispensaire de Grand-Santi, Dispensaire de Papaïchton, Dispensaire d’Apatou (1974)	8 - « Maripassoula » 9 - « Papaïchton » 10 - « Apatou »	Twenke Antecume Pata Loca Mayman
« Salles de pansements » Antécume Pata Trois Sauts Dégrad Edmond Grand-Santi	11 - « Camopi » 12 - « Grand Santi »	Trois-Sauts

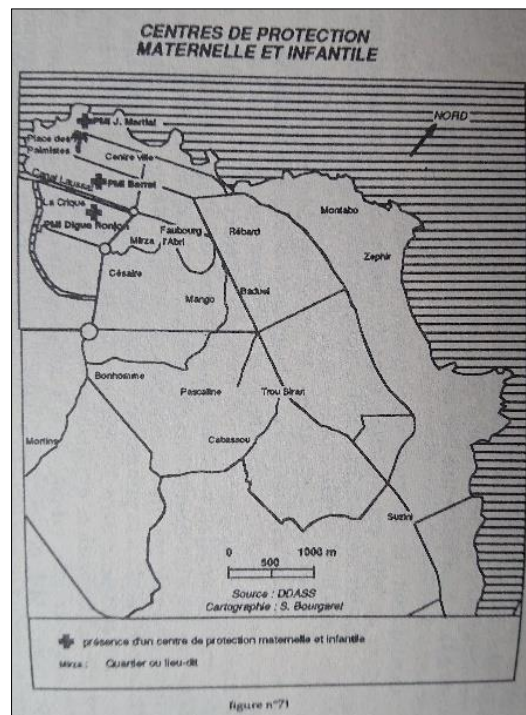
Ancien territoire de l'Inini



Du point de vue de l'activité des structures, S.Bourgarel montre que certaines populations accueillies sont sur-représentées. En 1984, dans les centres de prévention et de vaccination (carte 6) spécialisés (lutte anti vénérienne, tuberculeuse, hansénienne) les immigrants « particulièrement défavorisés » (p.107) représentent « la majorité des consultants » de ces centres. En 1982, concernant les PMI de Cayenne, dont 3 sont situées dans ou à proximité du centre-ville (carte 6) ¹²³(p.195) « 70% des consultations dans les PMI de Cayenne étaient le fait d'étrangères » (p.107).

Le niveau de soins de premiers recours est ainsi au cœur des enjeux pour ces populations.

Carte 6 : Centres de protection maternelle et infantile (PMI) à Cayenne, Source : S.Bourgarel, 1994.b, p.196



¹²³ Des PMI existent ailleurs sur le territoire (ST Georges de l'Oyapock, p.111, Sinnamary, p.113) mais il n'est pas indiqué leur présence dans toutes les communes en Guyane dans l'ouvrage de S.Bourgarel, 1995

Enfin, alors que les SROS de première génération naissent et seront appliqués de 1991 à 1999 dans l'Hexagone, la Guyane n'a pas de SROS I. En 1994 « les mesures applicables sont donc uniquement celles du plan gouvernemental » [ORSG, 2010, p.44]. Il faudra attendre l'arrêté d'octobre 1999 [Solidarité.santé.fr, 1999, p.18] pour que le premier SROS de la Guyane, soit celui de seconde génération fondé dans l'Hexagone (1999-2001) soit appliqué. Un rapport d'information du Sénat, précise d'ailleurs en 2000 que « l'identification des besoins de santé de la population guyanaise se heurte d'emblée à l'insuffisance des systèmes d'information. En effet, très peu de données de morbidité sont disponibles en routine et leur finesse est insuffisante. (...) D'autre part, les caractéristiques démographiques de la population et leur évolution prévisible sont très dépendantes des informations disponibles sur l'immigration, très importante en Guyane et difficile à estimer » [Sénat, 2000, p.12].

1.5 Les années 2000 et le renforcement du service public ? : entre contributions de l'État et des acteurs associatifs

« Au vu des conditions précaires dans lesquelles les soins étaient donnés dans les centres de santé et de leur état de délabrement pour certains, qui faisaient courir un risque médical aux patients, il a été décidé de transférer du département à l'Etat la responsabilité des centres. » [Sénat, 2000, p. 2837]

Ainsi, depuis le 1er janvier 2000, au nom du service public hospitalier et en accord avec le Conseil Général, le Centre Hospitalier de Cayenne assume la responsabilité et la gestion des activités curatives des 21 centres de santé répartis sur le territoire guyanais. Ces centres, sont intégrés au SROS II (1999-2004) dont les résultats « sont partiellement voire pas du tout atteints » [ORSG, 2010, p.45]. Par conséquent les SROS III (2006-2011) ont des recommandations plus précises sur les mêmes orientations stratégiques que les SROS de seconde génération. Toutefois, l'application du SROS III fut difficile puisqu'il avait la particularité de regrouper 16 documents distincts (SROS Chirurgie, Périnatalité, Prise en charge de la santé des populations isolées, VIH..., p.20) dont les dates d'échéance ne coïncidaient pas toujours [Cour des Comptes, 2011, p.17]. Malgré ces nombreux SROS, « sur le plan global de la santé publique¹²⁴, la Guyane est considérée comme un seul territoire de santé (2006-2011) (...) en raison de l'insuffisance d'offre de soins et de sa relative fragilité » [opist, p.17]. Ces SROS sont organisés sur une offre préexistante à l'échelle régionale tout entière et non pas fondés sur les bassins de vie des populations qui sont pourtant la maille d'application de ces schémas.

Si la départementalisation et la décentralisation contribuent à l'émergence des services publics aux missions d'accès aux soins, aux droits, de prévention périnatale en Guyane, un fait remarquable est l'augmentation des acteurs associatifs internationaux et locaux dans les années 2000. La figure 24, issue d'une collecte personnelle, retrace les années de création des principaux services publics et associatifs dans le

¹²⁴ Par ailleurs, en 2011 le Plan Régional De Santé Publique (PRSP) de la Guyane (2006-2009) était arrivé à expiration depuis près de 2 ans. [Cour des Comptes, 2011, p.17]

champ de de la santé concernant la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL). En effet, dans les années 2000 - 2010 aux côtés des services publics créés tels que les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les CCAS ; des acteurs associatifs se déploient eux aussi dans le « champ de la santé pris dans son sens large, c'est-à-dire étendu à l'ensemble du secteur socio-sanitaire » [S.Fleuret, 2006]. Dans le contexte de cette étude, des acteurs portent des missions d'accompagnement social et de médiation, mais ont surtout des missions de prévention et de promotion de la santé pour les populations les plus précaires, dont une partie est immigrée.

Figure 24 : Une présence de structures institutionnelles et associatives en Guyane, un focus sur la CACL¹²⁵

Conseil général (Aujourd'hui CTG)	1946			
Dispensaires (Saül et Camopi)	1947			
Préfecture	1947			
Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS)	1954			
Premier centre de PMI de Cayenne (Becker)	1956			
Création du CIASIC Centre Intercommunal d'Action Sociale de l'île de Cayenne ²	1957			
Hôpital Saint Denis	1965			
Structuration du site de la Madeleine Actuel CH Andrée Rosemon (CHAR)	Années 1970			
Centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) Ronjon	1982			
Création du Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) – Hôpital de la Madeleine - Actuel CH Andrée Rosemon (CHAR en 2000)	1988			
PMI Barrat	1991-1992			
Hôpital de la Madeleine – Service de Médecine Chirurgie Obstétrique - MCO Actuel CH Andrée Rosemon (CHAR), en structuration à compter de cette date	1992			
Office Français de Immigration et de l'Intégration (OFFI)	1995			
Relais Drogues Solidarité (RDS)	1998			
<hr/>				
Service Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) - CHAR	2000			
Fermeture du CDAG du CH de Cayenne	Oct. 2002 -Janv. 2003			
Service PASS – CHAR – Antenne de Balata	2004			
Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) - Rémire Montjoly	2006			
Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (RDS - CARRUD)	2007			
Agence régionale de Santé Guyane (ARS)	2009			
Création de la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG)	2010			
Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) - Cayenne	2010			
Dissolution du CIASIC	2011			
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) - Montsinéry-Tonnégrande	2012			
CCAS Cayenne	2013			
CCAS Rémire-Montjoly	2013			
CCAS Macouria	2014			
CSAPA Roura	2015			
CeGGID (ancien CDAG) - CHAR	2016			

Légende		
	Domaines d'activités	
	Accès aux soins	
	Prévention, Soins, Promotion de la santé	
	Prévention, Promotion de la Santé	
	Prévention, Soins, Périnatalité	
	Médico-Social	
	Accompagnement social	
	Aide alimentaire	
	Accès aux droits	
	Autre	

Aides	1988	
Association de Soutien aux Familles des Malades et de Formations (ASFMF)	1998	
<hr/>		
Arbre Fromager	2003	
Entr' Aides (Autonomie juridique de Aides)	2003	
Samu Social	2004	
La Cimade	2004	
Développement, Accompagnement, Animation et Coopération (DAAC)	2005	+ médiation
Médecins Du Monde (MDM)	2005	
Association Franco-Dominicaine de Guyane (AFDG)	2006	
Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française (CRF - CPS) - (CeGGID, LAT, vaccination)	2006	
Secours catholique	2011	
CRF Plateforme d'Aide Alimentaire (PFA)	2012	
CRF Espace Bébé Maman (EBM)	2013	
Association Guyanaise de Réduction des Risques (AGRARR)	2016	
CRF Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA)	2017	

Ce développement des acteurs associatifs dans le champ de la prévention, de l'accompagnement social et à une échelle locale est à mettre en parallèle avec l'évolution des lois sociales, de la politique d'immigration, de la politique de santé et de la politique de la ville.

¹²⁵ Cette rétrospective est particulièrement ciblée sur la CACL. Les dates indiquées proviennent de multiples sources compilées : données des entretiens réalisés avec les acteurs, articles de presse, historique et/ou rapports existants sur le site des structures, sites d'information légale juridique et financière des entreprises françaises.

Sans détailler l'évolution des lois sociales et de la politique d'immigration, dès le courant des années 1980 - aboutissant à la loi Pasqua de 1993 excluant les étrangers en situation irrégulière de la sécurité sociale - « des restrictions et la mise en place d'obstacles systématique pour l'obtention d'une couverture médicale pour les personnes étrangères pauvres au statut administratif précaire ont affecté l'accès aux soins (...) et ce n'est pas un hasard si en 1986, Médecins sans frontières et Médecins du monde, dont l'action humanitaire était jusque-là exclusivement dirigée vers l'international, ouvraient des dispensaires en France » [C.Izambert, 2010].

En matière de politique de santé publique, le décret du 18 janvier 1988 sur la loi de 1987 [Légifrance, 1988] concernant le dépistage anonyme et gratuit du Virus de l'Immunodéficience Humaine, crée les CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit). La création de ce dernier en 1988 au CH de Cayenne, est à mettre en parallèle avec l'implantation de l'association de lutte contre le VIH, « Aides » en Guyane¹²⁶ cette même année.

Au cours des années 2000 le développement des associations ayant des missions notamment dans la prévention et la promotion de la santé ne cessent de croître. Plusieurs lois peuvent expliquer cette augmentation.

Premièrement, la loi interministérielle du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions qui instaure les PASS et les PRAPS implique « des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. » Cette transformation repose sur divers acteurs : « les collectivités territoriales, les PMI, les organismes de sécurité sociale (...) les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales qui concourent à la mise en œuvre d'actions de lutte contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion [Article 71, Légifrance, 1998]. Le CH de Cayenne se dote alors de son service de la PASS en 2000, puis de son antenne, la PASS de Balata (commune de Matoury), en 2004.

Deuxièmement, et quatre ans après, la circulaire du 19 février 2002 relative à la révision des PRAPS en faveur des personnes en situation précaire invite les associations à élaborer ces PRAPS de 2nde génération. Ainsi, les professionnels de santé sont incités à être davantage sensibilisés et associés à cette nécessité d'accompagner et « d'aller vers » les personnes les plus démunies, et ce, en très étroite collaboration avec les associations. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, encourage aussi le développement de la prévention en santé et accélère le processus d'implication des associations puisqu'elle leur donne désormais la possibilité d'avoir un agrément. Enfin, la loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique en définit les contours. Elle concerne notamment, la prévention des maladies et la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé et par le développement de l'accès aux soins (encadré 7).

Enfin, afin de répondre aux attentes locales, l'Etat simplifie ses relations financières et les démarches de demandes d'agréments avec les associations (2000, 2004, 2007,2010). La loi de janvier 2010 facilite l'accès aux personnes qui sont « en dehors du système classique de dépistage, de soins et d'information » MDM,

¹²⁶ Cette association a été l'initiatrice de la lutte contre le sida dans les DFA [CNS,1996, p.27]

2014, p.51] Par exemple, MDM en Guyane avait été la première association à utiliser les Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) en 2010 en dépit de l'autorisation légale de les utiliser [Médecins Du Monde, 2015, p.51].

En somme, ces lois mettent en lumière une montée en puissance de nouveaux acteurs à une échelle locale investis dans le champ de la santé.

Encadré 7 : Des acteurs associatifs investis dans le champ de la santé publique, Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, source : Légifrance, 2004

« Art. L. 1114-1. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit (...) » [Légifrance, 2004.b]

« La politique de santé publique concerne :

« 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

« 2° La lutte contre les épidémies ;

« 3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

« 4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

« 5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

« 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

« 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

« 8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

« 9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

« 10° La démographie des professions de santé. » [Légifrance, 2004, Article 2]

Entre réformes et constats, les associations qui fleurissent dès 2003 en Guyane, et notamment dans la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) (figure 24) sont spécifiquement impliquées dans les domaines de la prévention et promotion de la santé, de l'accompagnement social, et de la médiation en santé. Certaines anciennement présentes sur le territoire Guyanais se voient octroyées des actions en délégation de service public, c'est le cas des Centres de Prévention Santé (CPS) de la Croix Rouge Française en Guyane [Data.Gouv.fr,2016] dont il est possible de trouver la présence à Cayenne dès les années 1923-1925 au sein d'un « dispensaire, protection de l'enfance » [Gallica.bnf.fr, 2016.c, p.105]. Tandis que d'autres associations humanitaires internationales et nationales s'implantent localement, tel que le CASO de Médecins Du Monde (2005), la Cimade, le Secours Catholique, le Samu Social ; d'autres se créent localement telles que l'Arbre Fromager (2003), l'AFDG (2006), ou bien encore l'association DAAC qui est spécialisée en médiation sociale, culturelle et en santé. Ces associations atteignent une particulière proximité auprès des populations en situation de vulnérabilité en effectuant des actions « d'aller-vers » en prévention, promotion de la santé et accompagnement social.

Si le Conseil National du Sida (CNS) déplorait en 2003 « la faiblesse du secteur associatif et son isolement (...) en Guyane » [CNS, 2003], le CLS de Cayenne en 2016 faisait le constat que les « associations œuvrant dans l'accès aux droits/aux soins, dans la prévention, dans la promotion de la santé sont assez nombreuses sur Cayenne [Ville de Cayenne, CLS, 2016, p.7]. Si « La plupart d'entre elles participent à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique territoriale de santé de Cayenne en direction des quartiers en Politique de la Ville (...) et sont en grande majorité celles qui portent les actions sur le territoire » [Ville de Cayenne, CLS, 2016, p.7], ce constat n'est en fait applicable qu'à Cayenne. En effet, le PRS 2018-2022 de la Guyane faisait le constat que « la Guyane est marquée par le faible nombre des acteurs dans le champ de la prévention collective et un fort turn-over des équipes » [Ars Guyane, 2018.e, COS, p.30].

1.6. Les années 2010 : une territorialisation sanitaire et une politique de la ville en structuration...

La loi de modernisation du système de santé de 2016 a conduit l'ARS Guyane¹²⁷, en concertation avec les acteurs locaux de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Guyane, le Préfet de la Région Guyane, la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG), les communes et communautés de communes, à instaurer des « territoires de démocratie sanitaire » dans la région. L'arrêté du 7 novembre 2016 [ARS Guyane, 2016] indique alors 4 territoires de démocratie sanitaire :

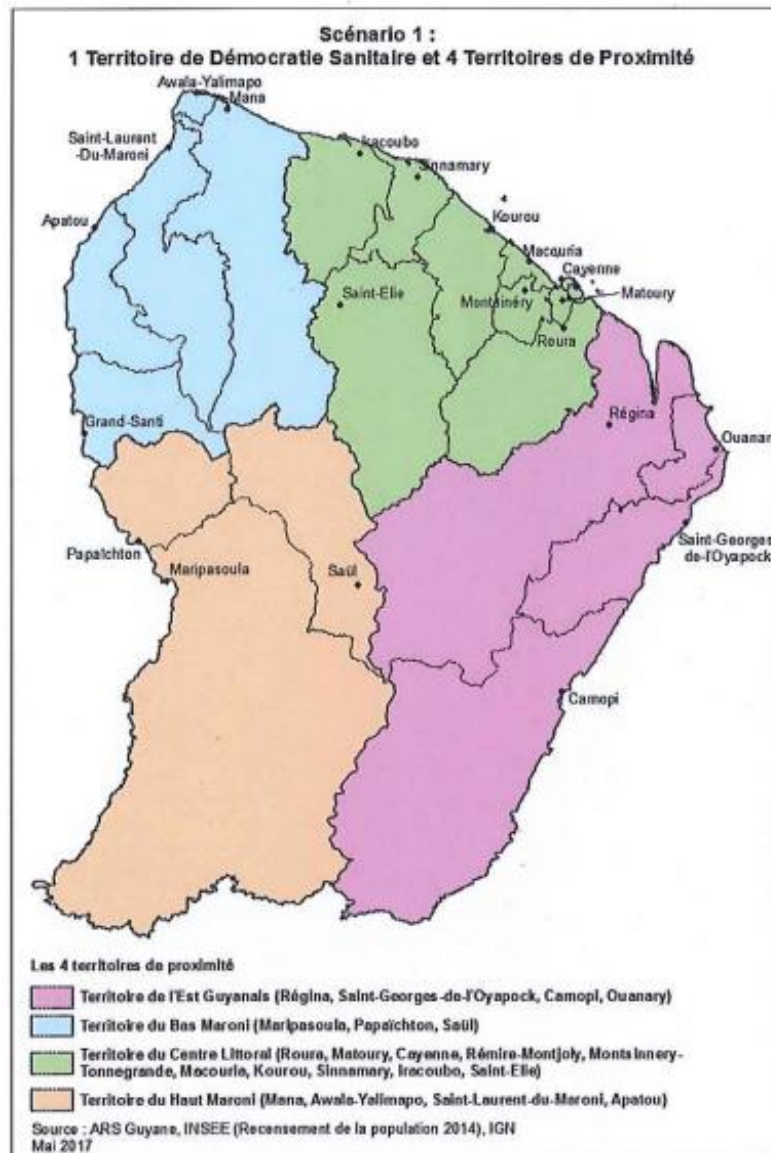
- Le territoire du Littoral Centre : Cayenne, Iracoubo, Kourou, Macouria, Matoury, Montsinéry-Tonnegrande, Rémire-Montjoly, Roura, St-Elie et Sinnamary
- Le territoire du Bas Maroni : Maripasoula, Papaïchton et Saul
- Le territoire du Haut Maroni : Apatou, Awala-Yalimapo, Grand-Santi, Mana et St-Laurent du Maroni
- Le territoire de l'Est Guyanais : Camopi, Ouanary, Régina et St-Georges de l'Oyapock

Courant mars 2017, l'ARS de Guyane a installé trois conseils territoriaux de santé (CTS) sur les quatre territoires de démocratie sanitaire proposés. Toutefois « pour la Guyane, vers fin mai 2017, le nombre de membres requis permettant de valider la forme juridique de chacun des conseils territoriaux de santé n'était pas atteint pour tous les conseils territoriaux de santé » [ARS Guyane, 2017.a]. En conséquence, l'ARS propose un nouveau découpage territorial de la Guyane le 12 juin 2017. Ce dernier est alors composé d'un seul territoire de démocratie sanitaire et donc d'un seul CTS, équivalent à toute la région ; et de quatre sous territoires ou territoires de proximité : Haut Maroni, Bas Maroni, Littoral Centre, Est Guyanais. Ces territoires de proximité correspondent aux anciens territoires de démocratie sanitaire établis en novembre

¹²⁷ L'ARS Guyane a été créée le 1^{er} avril 2010. A sa création, la politique de santé s'applique sur un territoire de santé unique (toute la région) [CRPV, 2010, p.3, p.10].

2016 [ARS Guyane, 2017.a] afin de « favoriser la représentativité des particularismes territoriaux de la Guyane » [opcit]. Ce découpage (carte 7) sera adopté le 4 octobre 2017 [ARS Guyane, 2017.b] et reste identique pour le nouveau PRS de Guyane 2018-2028 [ARS Guyane, SRS, 2018.d].

Carte 7 : Scénario envisagé et adopté pour le nouveau découpage territorial en Guyane, Source : ARS Guyane (2017.b)¹²⁸



Les diagnostics territoriaux du littoral, de l'est et de l'ouest réalisés par l'ARS Guyane [Ars Guyane, 2018.a.b.c], mettent en valeur les spécificités de ces territoires d'intervention. Les priorités d'intervention en matière de santé sur les territoires ne sont pas les mêmes et les financements de l'ARS sont orientés différemment (figures 25, 26, 27, 28). Plus de subventions entre 2015 et 2016 étaient liées à la vaccination

¹²⁸ Il existe une erreur dans la légende de cette cartographie entre les territoires de proximité du Haut Maroni et du Bas Maroni. La représentation surfacique en couleur de ces deux territoires de proximité sont correctes sur la cartographie (Bas Maroni : bleu et Haut Maroni : orange) Cependant les communes correspondantes à ces territoires dans la légende sont inversées. Le Territoire du Bas Maroni inclut les communes de Mana, Awala-Yalimapo, Saint Laurent du Maroni et Apatou. Le Territoire du Haut Maroni inclut les communes de Maripasoula, Papaïchton et Saül.

dans l'est Guyanais (53%), au côté de la prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) (12%). Dans l'ouest Guyanais la grande majorité des subventions étaient liées à la prévention des MST (93%). Sur le littoral les subventions étaient plus diversifiées pour les MST (31%), la vaccination (22%) et la tuberculose (16%). Ces subventions sont le reflet du montant accordé à la structure associative de la CRF en Guyane qui détient une importante mission de dépistage et de prévention avec les centres CeGGID, LAT et vaccination ainsi que le Premier centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (figure 25)

Figure 25 : « Diagnostic territorial Est Guyanais », source : ARS Guyane (2018.c) p,13

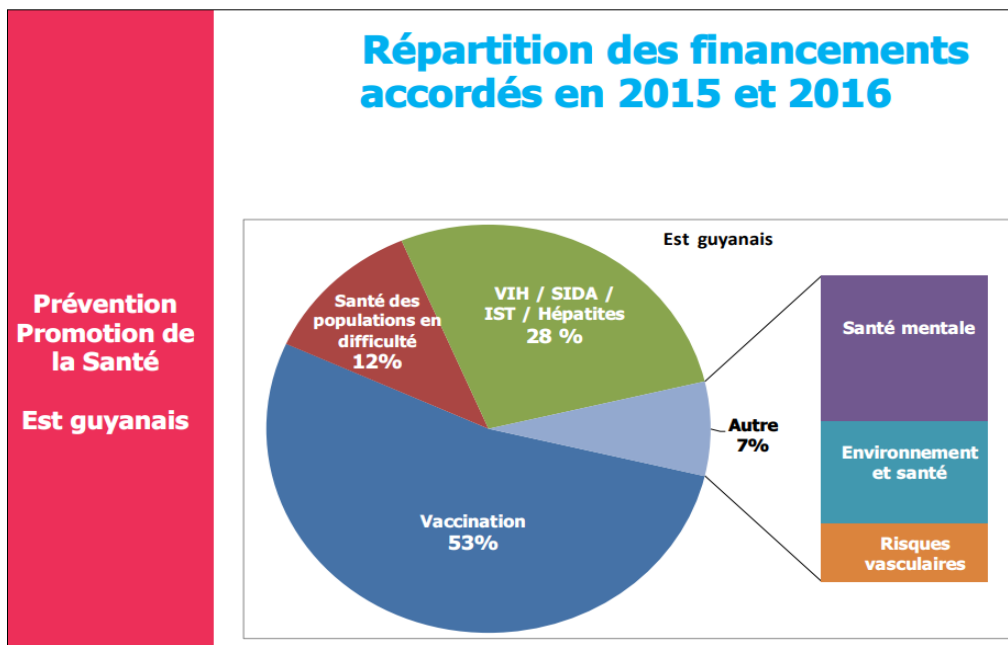


Figure 26 : « Diagnostic territorial Ouest Guyanais », source : ARS Guyane (2018.b), p.14

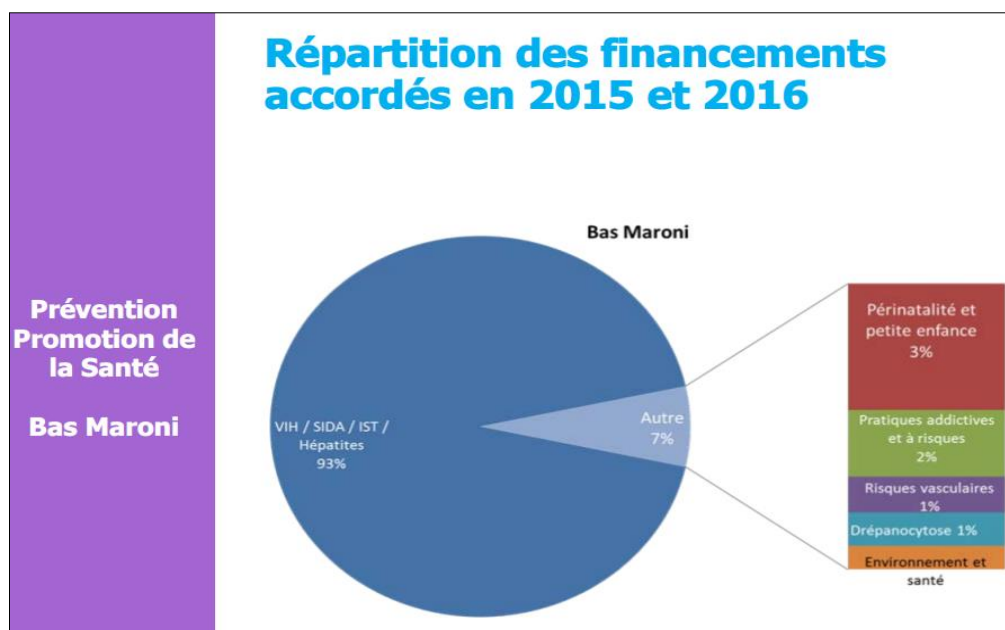


Figure 27 : « Diagnostic territorial Littoral Centre », source : ARS Guyane (2018.a), p13

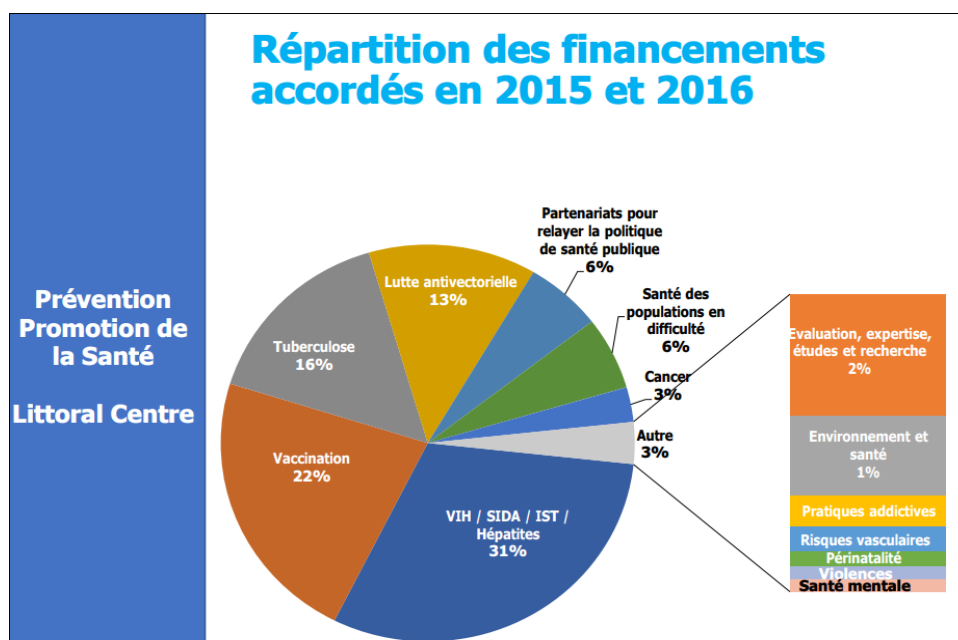
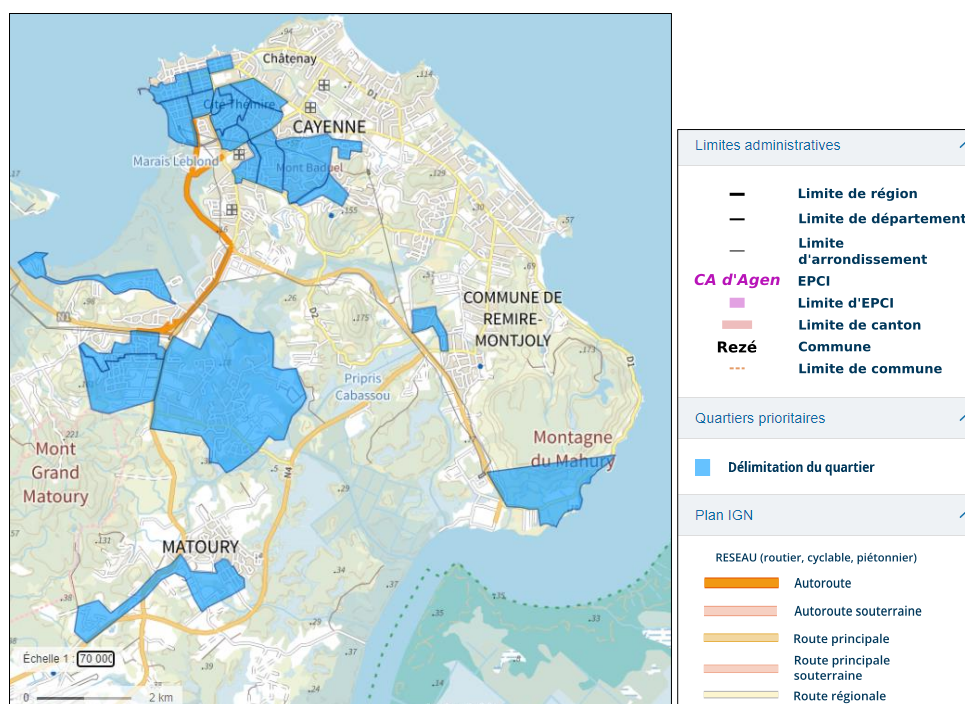


Figure 28 : Montant des subventions accordées par l'ARS Guyane aux promoteurs en prévention et promotion de la santé sur le littoral centre entre 2015 et 2016, source : ARS Guyane, 2018.a, p.15

Promoteurs et actions	Montants accordés
Croix Rouge Française	1 516 434,00
CEGIDD	1 375 234,00
Promotion de la santé des migrants	121 200,00
Institut Pasteur de la Guyane	203 813,00
Appui à la surveillance entomologique et à la lutte antivectorielle en Guyane	203 813,00
ENTR'AIDES GUYANE	201 720,00
.Prévention tout public	
.Accompagnement des personnes vivant avec le VIH	
.Réduction des risques sexuels auprès des travailleurs du sexe	
	185 000,00
Centre Hospitalier de Cayenne (CHAR)	182 900,00
CEGIDD	178 900,00
Urbanisme et maladie de Chagas	4 000,00
ADER (Actions pour le Développement, l'Éducation et la Recherche)	143 300,00
Parlons-en encore	136 000,00
Médecins du Monde	140 000,00
Le CASO hors les murs / Actions de prévention et dépistage fixe et mobile	140 000,00
DAAC (Développement Accompagnement Animation Coopération)	99 643,00
Mayouri santé	77 143,00
Projet OSMOSE	15 000,00
RESEAU KIKIWI	58 499,00
Améliorer la transition dedans/dehors des personnes détenues et ex-détenues	53 139,00
Séances collectives "info-droits" co-animées en binôme pair-professionnel	5 360,00
GPS (Guyane Promotion Santé)	41 103,00
CLS Cayenne : Promotion de l'équilibre alimentaire dans les quartiers de Cayenne	8 000,00
Formation accès aux droits et aux soins / médiation en santé	12 810,00
Promotion de la santé et addictions	8 000,00
Renforcement des compétences psychosociales des enfants et adolescents	10 523,00
APS Villages (Action Prévention Santé Villages)	29 360,00
Actions de prévention des risques sexuels à Iracoubo	15 000,00
Risques liés à la santé mentale et aux addictions	10 000,00

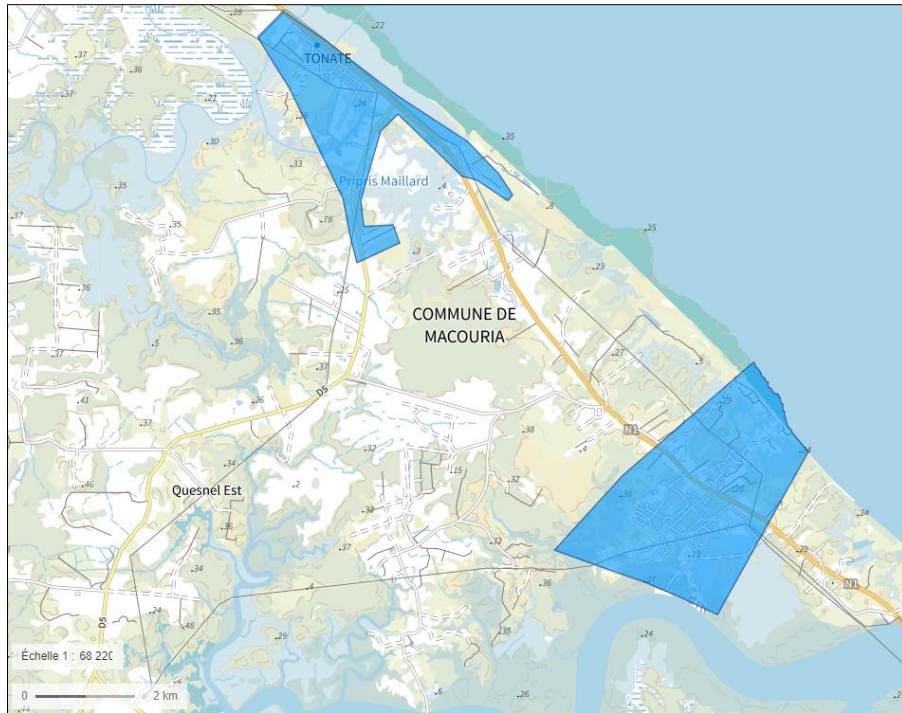
La politique de la ville a fixé, quant à elle, le 30 décembre 2014 [Légifrance, 2014] la liste des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et en Polynésie française. Dorénavant, 32 QPV existent (image 6) au sein de 6 communes guyanaises [Sig.ville.gouv.fr, n.d]. Au sein de ces territoires d'interventions, les communes développent leur CLS aux côtés des ASV. En Guyane, la réalisation ces outils de travail partagés a bénéficié de la collaboration partenariale du Centre de Ressources de la Politique de la Ville (CRPV) de Guyane et l'ARS de Guyane depuis 2011. Bien qu'ils soient officiellement créés par la circulaire de 2004, le CRPV a – en plus de leur ASV¹²⁹ - accompagné des communes à la création de leurs CLS dans les années 2010. Ainsi, les communes de Cayenne en 2014 (signé en 2015), de Matoury en 2012, de Rémire-Montjoly et de Macouria en 2016 se sont dotées d'un CLS. En 2018, trois communes ont été plus spécifiquement accompagnées : Cayenne pour l'évaluation de son Contrat Local de Santé, Macouria pour la première animation de son CLS, Saint-Laurent du Maroni sur la préfiguration de son projet de santé territorial (CLS signé en 2019) [CRPV Guyane, 2018, et 2020.a]. Pour d'autres communes, comme Kourou ou Rémire-Montjoly ayant leur CLS depuis 2016, ils étaient encore à mobiliser et à déployer dans ces communes puisque le CRPV en 2020 les aidait en ce sens [CRPV, 2020.b].

Image 6 : Quartiers prioritaires de la politique de la ville en Guyane, source : Géoportail, 2021

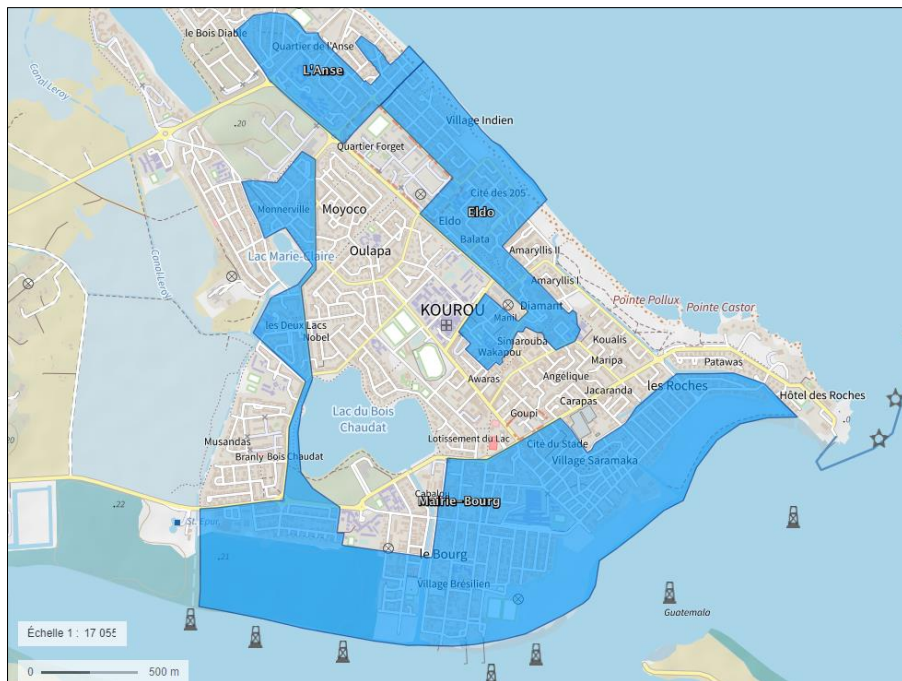


Communes de Cayenne, Matoury, Rémire-Montjoly

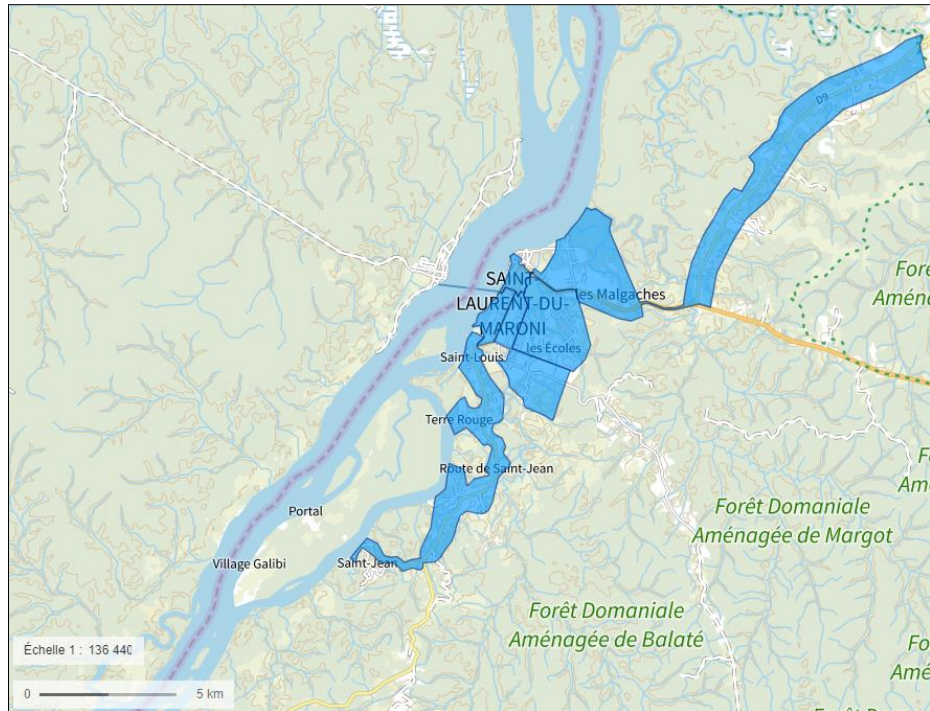
¹²⁹ Les notes de synthèses des diagnostics des ASV de l'Île de Cayenne (Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury) (2004-2005) sont disponibles en ligne, [CRPV, 2005], en ligne, URL :< <https://www.crpv-guyane.org/publication/synthese-du-diagnostic-de-lasv-ile-de-cayenne/>>, de SLM, [CRPV, 2006], en ligne, URL :< https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/Synthese_diagnostic_ASV_SLM.pdf>, de Kourou [CPRV, 2007], en ligne, URL :< https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/ASV_Kourou_diagnostic.pdf>



Commune de Macouria



Commune de Kourou



Commune de Saint Laurent du Maroni

1.7... mais un système de soins public en crise et des difficultés à compenser le « retard structurel »

Concernant les soins tertiaires¹³⁰, la Guyane dispose de trois Centres Hospitaliers publics : le Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) à Cayenne agrandi en 2012¹³¹, le Centre Hospitalier Intercommunal de Kourou (CHK), le nouveau Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais ¹³² (CHOG) à Saint Laurent du Maroni [Finess, 2019.a], à laquelle s'ajoute l'offre sanitaire du secteur privé¹³³. Concernant les soins primaires¹³⁴, les centres de Protection Maternelle et Infantile sont au nombre de 23 (soit un par communes, et 2 pour la commune de Montsinéry-Tonnegrande) (carte 8).

¹³⁰ « La distinction entre soins secondaires et soins tertiaires tient principalement au degré de spécialisation des soins. Cette progression dans la différenciation des compétences et des techniques est généralement corrélée avec la pratique en ville et la pratique à l'hôpital. Le terme « soins tertiaires » est donc souvent utilisé pour décrire des centres hospitaliers offrant les services de soins les plus spécialisés, dont les plus prestigieux sont les centres hospitaliers à vocation d'enseignement et de recherche. » [G.Pouvoirville, 2009]

¹³¹ Ce qui a permis d'augmenter la capacité de la structure de 81 lits, lui permettre d'accueillir un service de chirurgie pédiatrique, un hôpital de jour de gynécologie, une nouvelle cuisine et une nouvelle pharmacie. Puis fin 2013 à l'ouverture d'un nouveau pôle femmes-enfants. [ARS Guyane, 2018.e, COS 2018-2028, p.30]

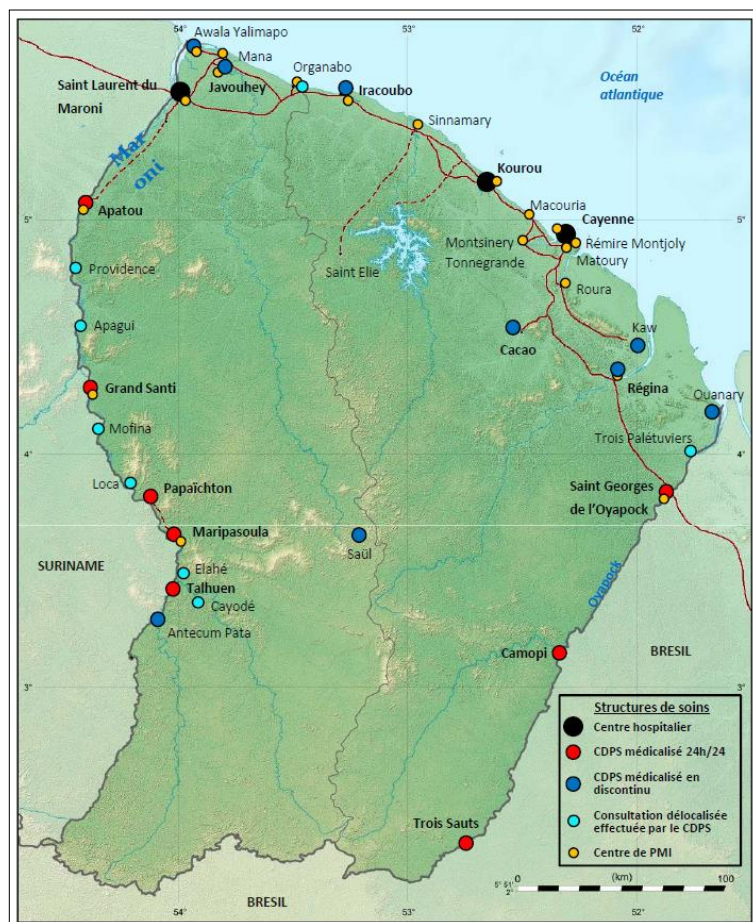
¹³² A l'époque, le CHOG Frank Joly était sur un autre site que l'actuel. En 1960 il fut rattaché à l'hôpital de Cayenne puis obtint son autonomie de gestion en 1982. [Guyane 1^{ère}, 2018]. En 1995 une extension de sa structure édifée sur le même site. Etant classé monument historique, il a été décidé de rebâtir le nouveau CHOG sur un autre site [AFD, 2014], « les sables blancs », à 2kms de l'ancien. Le nouvel hôpital à SLM a ouvert ses portes le 27 septembre 2018 [Guyane 1^{ère}, 2018].

¹³³ La Clinique Véronique, l'hôpital privé Saint Adrien, le Centre Médical Saint Paul à Cayenne

¹³⁴ « Les soins primaires, ou de premier recours, regroupent des services à faible intensité technologique ; ils sont délivrés à des patients souffrant de problèmes de santé non invalidants, de pronostic a priori favorable, dans un

Toutefois, la Guyane, présente encore un retard structurel important [Cour des Comptes, 2014.a]. Une mission menée fin 2017 par l'Ordre National des Médecins [CNOM, 2017] faisait également état de difficultés matérielles (structure de soins telle que le CHAR dégradée), de ressources humaines (manque de professionnels de santé qualifiés dans toutes les spécialités), un turn-over important, voire chronique, des professionnels de santé [E.Carde, 2009 ; CNS, 2018, S.Bernard, N.Parez, 2020], de difficultés logistiques (pour établir des projets d'établissements), à laquelle s'ajoute la nécessité de répondre à une « immigration importante » [G.Carles, 2020]. Par ailleurs, le projet de coopération avec le Suriname et le Brésil en discussion depuis dix ans qui n'aboutit pas [S.Bernard, N.Parez, 2020]. Ces difficultés mettent en tension le personnel soignant¹³⁵.

Carte 8 : Offre hospitalière publique, CDPS et Centres de PMI de Guyane, Source : CHAR, 2019



Cette situation de crise s'inscrit aussi dans un contexte dans lequel des inégalités territoriales anciennes se maintiennent. D'une manière générale, la densité de médecins pour 100 000 habitants est plus

contexte ambulatoire. » [G.Pouvoirville,2009] Ils comprennent les professionnels libéraux, qui regroupent à la fois des médecins généralistes et spécialistes, et représentent la majorité des professionnels de santé. Mais aussi les services et structures de soins ambulatoires généralement organisés sur une base territoriale départementale ou municipale (par exemple : les PMI, les HAD) [Y.Bourgueuil, A.Marek., J.Mousques, 2009]

¹³⁵ Elles s'illustrent, entre autres, par les mouvements sociaux de Guyane (mars – avril 2017) ou bien encore par une démission collective de 17 médecins urgentistes au CHAR de Cayenne (en mai 2018).

de 35 % inférieure à celle de l'Hexagone [Insee, 2017], malgré l'accord dérogatoire de 2005 [Légifrance, 2005.b] qui autorise l'exercice de médecins à diplôme non européen en Guyane¹³⁶. Par exemple en 2008, la densité était de 175,9 médecins pour 100 000 habitants (339 dans l'Hexagone, tableau 4). Le constat est quasi identique près de 10 ans plus tard. En 2017, le Conseil de l'Ordre National des Médecins [CNOM,2017] comptait une densité « médicale actualisée »¹³⁷ de 153,7 médecins pour 100 000 habitants (321 dans l'Hexagone, tableau 5).

Tableau 4 : Densité médicale : taux de médecins et d'autres personnels de santé pour 100 000 habitants en Guyane, comparé aux taux hexagonaux en 2008, source : INED, 2008, p.73

Tableau 1.6.5 : Densité médicale : taux de médecins et d'autres personnels de santé pour 100 000 habitants à la Guyane, comparé aux taux métropolitains, 2008.

	Guyane		Métropole
	Effectif	Densité pour 100 000 habitants	
Médecins	397	175,9	339
Généralistes	236	104,5	165
Spécialistes	161	71,3	174
Pharmaciens	95	42,1	118
Chirurgiens-dentistes	42	18,6	67
Infirmiers	961	425,7	803
Sages-femmes	86	38,1	130
Masseurs-kinési.	60	26,6	108
Orthophonistes	19	8,4	30
Psychomotriciens	10	4,4	12
Pédicures-podologues	6	2,7	18
Ergothérapeutes	5	2,2	11
Orthoptistes	4	1,8	5

Le nombre de médecins et de personnels de santé hors médecins pour 100 000 habitants est calculé par rapport aux estimations de population au 01/01/2009.
Source : PSRS 2011, p30.

Tableau 5 : Densité médicale : taux de médecins et d'autres personnels de santé pour 100 000 habitants en Guyane, comparé aux taux hexagonaux en 2017, source : Conseil National des Médecins, 2017, p.9

	POPULATION RECENSEE Source INSSE *	SURFACE DU TERRITOIRE Km2	NOMBRE DE MEDECINS INSCRITS Source CNOM**	NOMBRE DE MEDECINS EN ACTIVITE Source CNOM***	DENSITE MEDICALE Source CNOM**	DENSITE MEDICALE ACTUALISEE***
Guadeloupe	406 706 9 567 St Barth 35 941 St Martin = 452 214	1 702	1365	1042	335,6	256,2
Martinique	390 252	1 128	1256	1028	321,8	263,4
Guyane	254 845	91 000	606	538	237,7	211,1
	350 000			538		153,7
La Réunion	852 657	2 512	3026	2539	354,8	297,7
Mayotte	186 452	374	210	197	112,6	105,6
DOM	2 090 912		6463	5344	309	255,5
Métropole	65 453 537	551 695	282 086	210 237	430,9	321,2

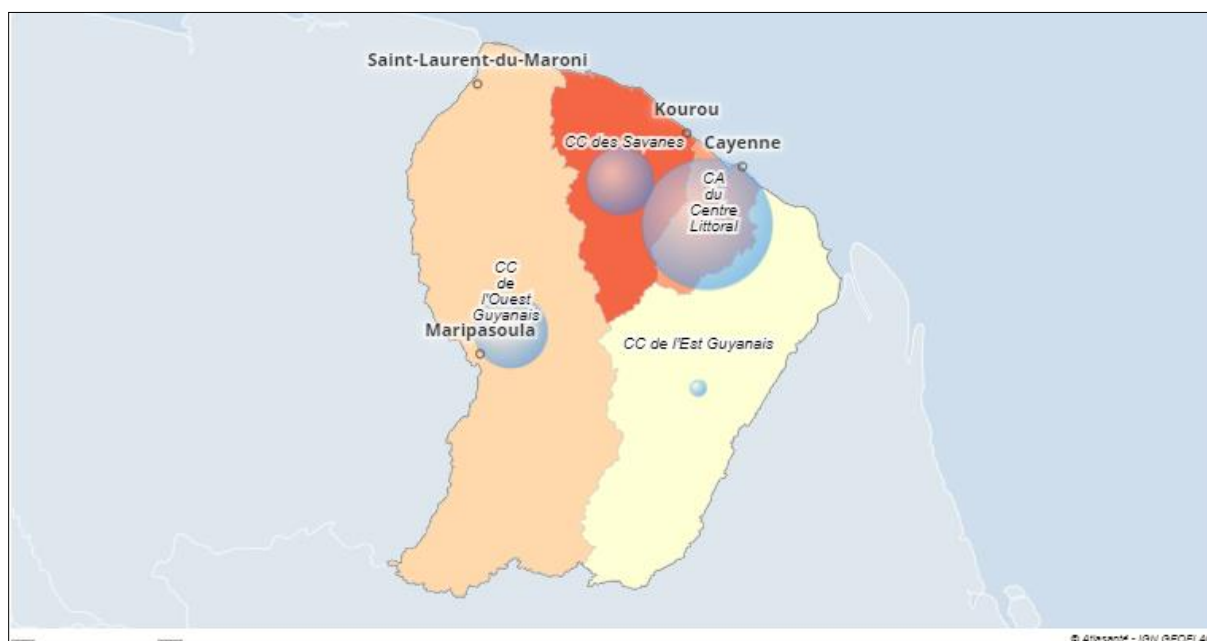
- * Décret n° 2017-1531 du 12 avril 2017
- ** au 01 Janvier 2017
- *** Cartographie Interactive de la démographie Médicale 2017

¹³⁶ En 2018, en Guyane les nouveaux médecins inscrits étaient à 64,9% des médecins dont le diplôme a été obtenu hors de l'UE (plus haut pourcentage parmi toutes les régions de France, et contre 0% à la réunion), 35, 1% en France (contre 93,8% à la Réunion), 0% dans l'UE [CNOM, 2018, p.145]

¹³⁷ Par « densité médicale actualisée » il est entendu la suppression des médecins encore inscrits au Tableau de l'Ordre en Guyane étant inactifs (ligne jaune du tableau) et la révision des estimations de la population (CNOM, 2017, p.9)

Les disparités régionales en termes de densité médicale sont particulièrement fortes (carte 9 et tableau 6). En 2019, la frange littorale, néanmoins plus peuplée, était mieux pourvue en médecins généralistes (44 à Cayenne, 18 à Kourou, 18 à SLM contre 0 dans certaines communes de l'intérieur), avec une surreprésentation des médecins généralistes présents sur la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) : 71 – contre 19 sur la Communauté de Commune Des Savanes (CCDS), 22 sur la Communauté de Communes de l'Ouest Guyanais (CCOG), 1 pour la Communauté de Communes de l'Est Guyanais (CEEG). Toutefois, la CACL est moins bien pourvue que l'une de ses communautés d'agglomération voisines dans la mesure où la densité de médecins généralistes pour 10 mille habitants est respectivement de 5,1 pour CACL et de 6,2 pour la CCDS. Par ailleurs, la densité de médecins généralistes pour 10 mille habitants est bien moindre dans les Communautés d'agglomérations de l'Ouest et de l'Est Guyanais. Certaines communes de l'intérieur n'ont d'ailleurs pas de médecins généralistes. Afin de pallier ces carences, les 17 Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) de l'hôpital de Cayenne, sont situés notamment où l'offre de soins est insuffisante, notamment dans les communes de l'intérieur, isolées¹³⁸ (carte 8). Certains sont d'anciens centres/postes de santé des années 1990¹³⁹.

Carte 9 : Nombre d'omnipraticiens libéraux (médecins généralistes, y compris à mode d'exercice particulier) présents au 31/12/19 par communauté d'agglomération en Guyane et densité de d'omnipraticiens libéraux (médecins généralistes, y compris à mode d'exercice particulier) installés au 31/12/2019, par communauté d'agglomération et pour 10 mille habitants en Guyane, source : CartoSanté (2020)

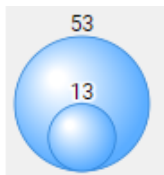


¹³⁸ Selon le CHAR, 8 des CDPS ont 2 à 3 médecins en continu tandis que les 9 autres ont une présence de soins infirmiers en continu et une présence médicale ponctuelle. Enfin pour compléter une offre de soins lacunaire, 8 consultations délocalisées hebdomadaires (équipes du centre se rendant dans des villages isolés n'ayant pas de centre de santé) sont organisées au départ des CDPS de Iracoubo, Grand-Santi, Papaïchton, Maripasoula ou St Georges de l'Oyapock [CHAR, 2019].

¹³⁹ A titre de comparaison entre la carte de années 1990 de S.Bourgarel et la carte de 2018 du CHAR de Cayenne, par exemple, les centres de santé (tenus par du personnel paramédical) et les postes de santé (tenus par un médecin) de Iracoubo et Mana sont aujourd'hui des CDPS médicalisés en discontinu.

Légende :

1 Nbre de généralistes lib. au 31/12 - Total, 2019 - Source : FNPS

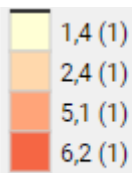


France : 58 625

Chiffres-clés 2019

Statistique	France
minimum	1 (CC de l'Est Guyanais - 249730052)
maximum	71 (CA du Centre Littoral - 249730045)
moyenne	28
médiane	21
observations valides	4 sur 4

2 Densité de généralistes lib., 2019 (pour 10 000 hab.) - Source : FNPS - INSEE



France : 8,8 pour 10 000 hab.

**CartoSanté
Référentiel géographique : Guyane par EPCI 2019**

Code	Libellé	Nbre de généralistes lib. au 31/12 2019	Densité de généralistes lib. 2019
200027548	CC des Savanes	19	6,2 pour 10 000 hab.
249730037	CC de l'Ouest Guyanais	22	2,4 pour 10 000 hab.
249730045	CA du Centre Littoral	71	5,1 pour 10 000 hab.
249730052	CC de l'Est Guyanais	1	1,4 pour 10 000 hab.

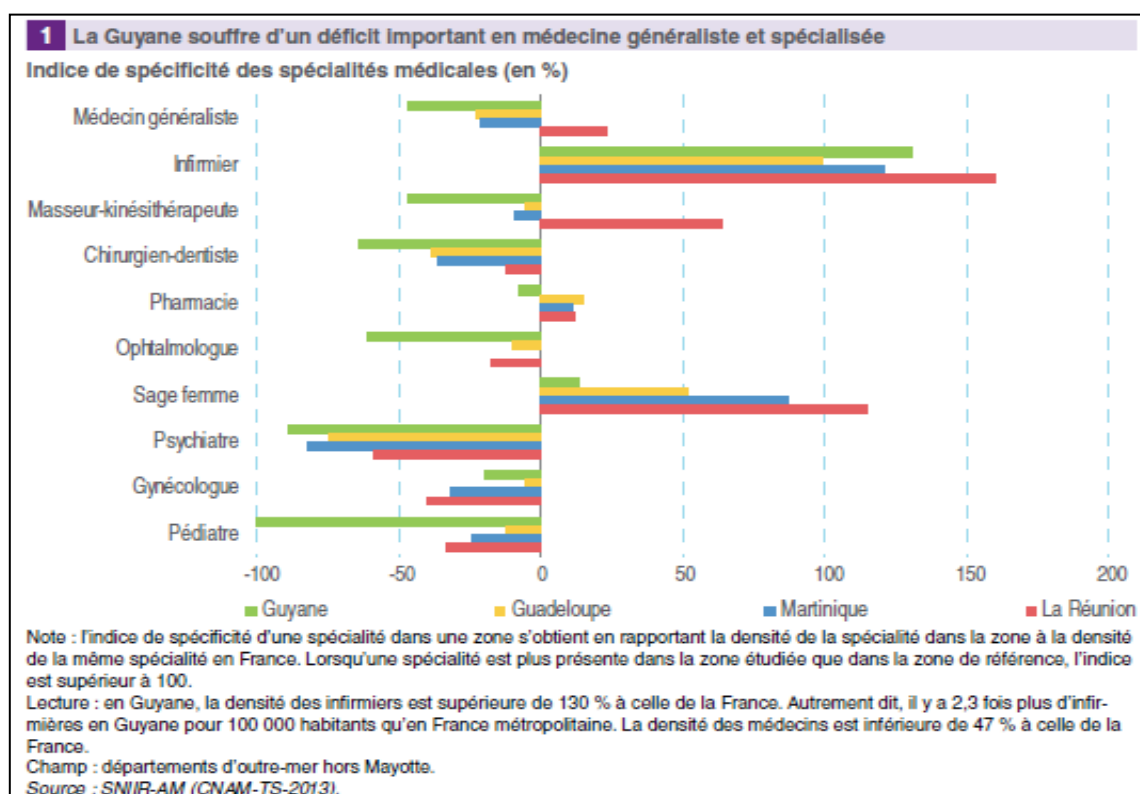
Discretisation : Quantiles

Tableau 6 : Nombre de médecins généralistes par communes, en 2019, source : Carto Santé (2020)

CartoSanté Référentiel géographique : Guyane par commune 2019		
Code	Libellé	Nbre de généralistes lib. au 31/12 2019
97301	Régina	0
97302	Cayenne	44
97303	Iracoubo	0
97304	Kourou	18
97305	Macouria	4
97306	Mana	3
97307	Matoury	12
97308	Saint-Georges	1
97309	Remire-Montjoly	11
97310	Roura	0
97311	Saint-Laurent-du-Maroni	18
97312	Sinnamary	1
97313	Montsinéry-Tonnegrande	0
97314	Ouanary	0
97352	Saül	0
97353	Maripasoula	0
97356	Camopi	0
97357	Grand-Santi	0
97358	Saint-Élie	0
97360	Apatou	1
97361	Awala-Yalimapo	0
97362	Papaïchton	0

Pour les spécialités, certaines manquent¹⁴⁰ ou sont disponibles seulement en secteur hospitalier [CNOM, 2017]. A l'inverse, des professionnels de santé sont surreprésentés dans certaines spécialités : en 2013, 2,3 fois plus d'infirmiers pour 100 000 habitants qu'en France métropolitaine réalisant les actes de soins majoritairement à domicile ; et 13% de plus de sages-femmes que dans l'hexagone en raison de la forte natalité en Guyane (figure 29). Par ailleurs selon le dernier Cadre d'Orientation Stratégique de Guyane (COS), inclus dans le PRS de 2018-2028, l'offre en gynécologie obstétrique est 2 à 3 fois plus élevée en Guyane que dans l'Hexagone et continue de se développer [ARS Guyane, COS, 2018.e, p.30].

Figure 29 : Des spécialités de soins sous ou sur représentées en Guyane, en 2013, source : Insee,2017, p.6



A cette offre de soins carencée et inégale, s'ajoute l'éloignement des structures de soins de santé en raison de l'étendue du territoire guyanais, couverte en importante partie par la forêt amazonienne, et de la variété des situations rencontrés de part et d'autre du territoire [Insee, 2014]. Le temps d'accès théorique moyen à l'un des trois établissements hospitaliers (soins tertiaires), s'élève, pour les habitants des communes du littoral à 16 minutes [Insee, 2014]. Toutefois, derrière ce temps d'accès moyen, se cache de fortes disparités temporelles d'accès à l'un des hôpitaux selon les communes¹⁴¹ : 16 communes (sur 22) sont à plus de 20

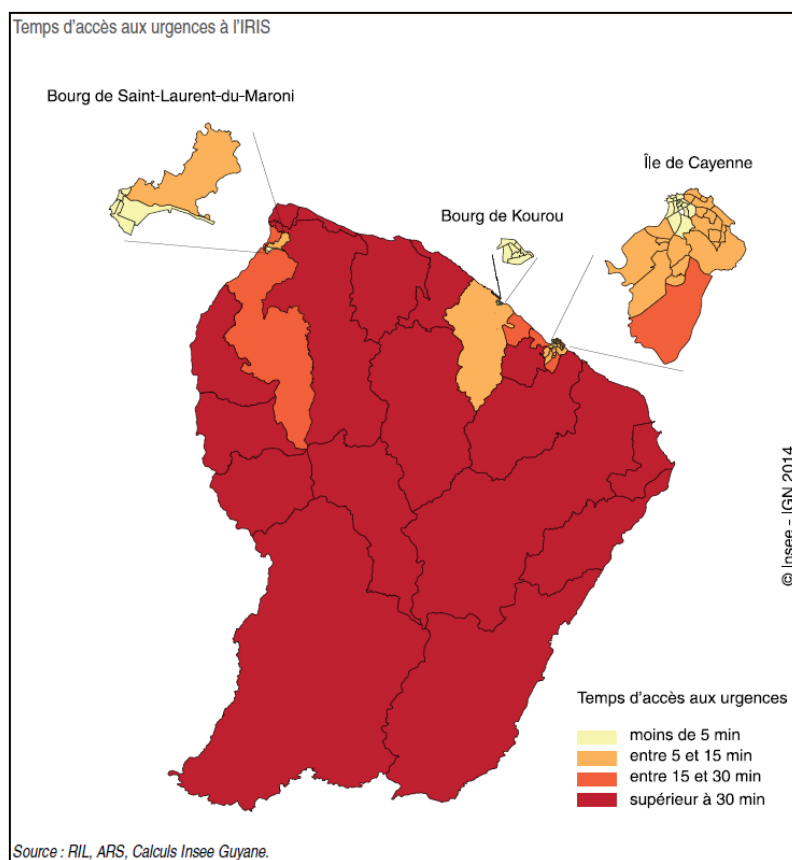
¹⁴⁰ En 2010 « Seul le Centre Hospitalier André Rosemon (CHAR) de Cayenne concentre l'ensemble des spécialités présentes sur le territoire guyanais. Ainsi, le Centre Médico-Chirurgical de Kourou (CMCK) a 11 spécialités de moins que le CHAR et le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) 13 spécialités de moins.» [Insee,2014].

Note : Le CMCK est aujourd'hui le CMK.

¹⁴¹ Par exemple les habitants de Saint Georges de l'Oyapock sont à plus de 2 heures de route du centre hospitalier le plus proche.

minutes d'une structure d'urgence/SMUR concernant ainsi près de 22% de la population guyanaise (carte 10).

Carte 10 : Temps d'accès aux urgences à l'IRIS en Guyane, Source : Insee, 2014



Concernant le temps d'accès théorique moyen à un médecin généraliste (soins primaires), il est de 9 minutes en voiture pour la Guyane littorale. Toutefois cette courte durée masque les disparités d'accès à un médecin au-delà des centres villes (de Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni) puisque 10 % de la population est située à un temps d'accès théorique moyen de 24 minutes (en voiture) au premier médecin généraliste [Insee, 2017]. Si le temps d'accès théorique moyen à des structures de soins tertiaires ou primaires est inégal, d'un point de vue du littoral et de l'intérieur de la Guyane, l'accès (recours et renoncement aux soins) l'est également entre la Guyane et l'Hexagone.

Sur le plan du recours aux soins, le Baromètre Santé DOM (BS DOM) de 2014¹⁴² révèle que 79 % des personnes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année contre 85% dans l'Hexagone [Insee, 2014.a]. Le recours aux soins est également moindre en Guyane par rapport aux autres DOM et à l'Hexagone pour des soins plus spécialisés. Sur le plan du renoncement aux soins, 30,9% des personnes interrogées ont renoncé aux soins, quel que soit leur type, pour des raisons financières [A. Van

¹⁴² Le baromètre santé DOM 2014 est une enquête déclarative faite par téléphone - numéros fixes ou mobiles - en français (93 %) ou créole (7 %) et porte sur la santé de la population générale en Guyane. [INPES, 2014.a]

Melle et al., 2019]. Parmi eux, 12 % des personnes avaient renoncé à voir un médecin pour des raisons financières (7,6% dans l'Hexagone). Parmi les autres motifs de renoncement, la raison des difficultés de transport est significativement plus marquée en Guyane (12 %) que dans les autres DOM (8%) et en France Hexagonale (6%). Parmi les autres motifs figure des raisons concernant d'éloignement du cabinet (9% contre 7% dans l'hexagone), et 23 % du fait d'un délai de rendez-vous trop long (contre 22% en France hexagonale). Ainsi un « double enclavement » [Conseil Régional de la Guyane, 2015, p.23] existe ici, celui des populations du littoral et de l'intérieur sur l'offre et le recours aux soins ; mais aussi celui de la population Guyanaise vis-à-vis de la population de l'Hexagone.

En somme, si l'offre des services publics semble s'être améliorée depuis les dernières décennies¹⁴³, elle reste sous tension : « La mise en œuvre d'importants moyens est nécessaire, tant dans le domaine de la prévention que dans les structures hospitalières » [G.Carles, 2020]. L'offre de soins est confrontée à des situations de crises régulières, qui sont généralement mises en parallèle à l'afflux de populations qui viennent à la fois contraindre fortement un système fragile, mais surtout révéler de manière aiguë les dysfonctionnements et les manques existants de l'offre sanitaire et sociale.

2 - Populations vulnérables et périmètre de l'étude

Depuis 2016, l'ARS Guyane constate « un afflux massif de populations d'origine Haïtienne recourant à la procédure de demande d'asile » [ARS Guyane, COS, 2018.e, p.28]. Les enjeux de santé publique sont importants dans la mesure où ces personnes migrantes « sous-tendent la survenue d'une tension progressive de l'offre de prise en charge dans les secteurs sanitaire, ambulatoire voire médico-social ». Puisque « l'offre globale de santé en Guyane, en dehors de toute situation exceptionnelle est déjà caractérisée par une faible densité de professionnels et de nombreuses carences dans plusieurs spécialités médicales et chirurgicales, des tensions ont surgi dans plusieurs secteurs, notamment les hôpitaux et centres de Prévention de la Croix Rouge Française concomitamment à l'installation même provisoire d'une population éloignée de l'offre de santé » [ARS Guyane, COS, 2018.e, p.29]. « Le phénomène de tensions » [opsit, p.28,29] concerne essentiellement le pôle femme-enfant du CH de Cayenne mais aussi son service de la PASS, des urgences, ainsi que le service de médecine qui font le constat d'une sollicitation inhabituelle de ce public qui ne cesse de progresser. De plus, les files actives du Centre Hospitalier de Saint Laurent du Maroni (CHOG) et le Centre Médico Chirurgical de Kourou (CMCK) ont également connu des évolutions en ce sens.

L'enjeu migratoire n'est pas nouveau en Guyane mais constitue aujourd'hui un révélateur des difficultés sanitaires et sociales que connaît la région.

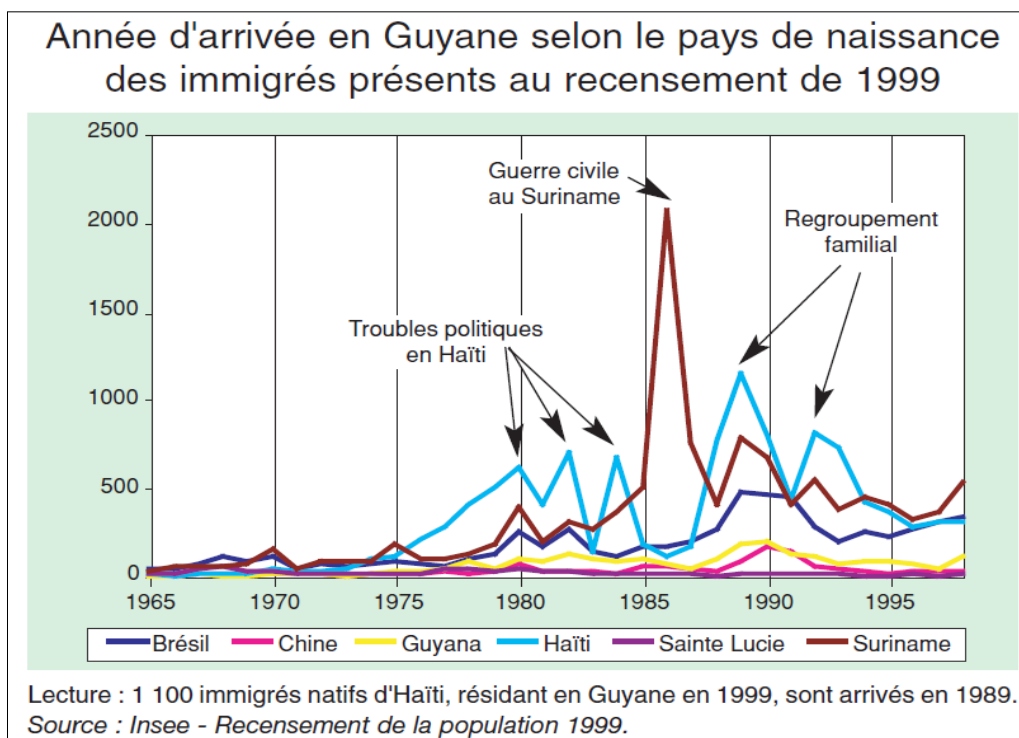
¹⁴³ Il est possible de citer en matière de périnatalité que les trois maternités publiques de Guyane ont amélioré leur équipement et leur capacité d'accueil : service de réanimation néonatale au CHAR de Cayenne ; unité de soins intensifs au CH de Saint-Laurent-du-Maroni [S.Bernard, N.Parez, 2020]

2.1 Une dynamique migratoire régionale et des immigrants concentrés dans les deux grands pôles urbains Guyanais

La Guyane en raison de ses héritages autochtones, coloniaux et de ses dynamiques migratoires (annexe 2) est composée d'une population cosmopolite. Les vagues migratoires sont bien documentées à partir du 16^{ème} siècle [F.Piantoni, 2009.a.b, L.Cambrézy, 2015] et la « composition » de la population du 17^{ème} au 20^{ème} siècle également [L.Chevalier, A.Vizot, 1947 ; J.Hauger, 1957].

A partir des années 1980, les épisodes migratoires en provenance d'Haïti (plus de 20 mille personnes), du Suriname, du Brésil (respectivement entre 10 et 20 mille personnes) et dans une moindre mesure de Chine (5000 à 10 mille personnes) et du Guyana (2500 à 5000 personnes) se succédèrent en raison de l'attractivité économique de la Guyane mais aussi en raison des contextes géopolitiques perturbés des pays frontaliers (figure 30). La population de Guyane composée essentiellement d'Amérindiens, de Créoles, de Noirs marrons, de Métropolitains et d'Asiatiques au début des années 1960 (figure 30), est aujourd'hui le reflet des vagues d'arrivées successives de populations de différentes nationalités [Insee, 2006].

Figure 30 : Arrivées successives de populations immigrées en Guyane présentes au recensement de 1999, source : Insee, 2006

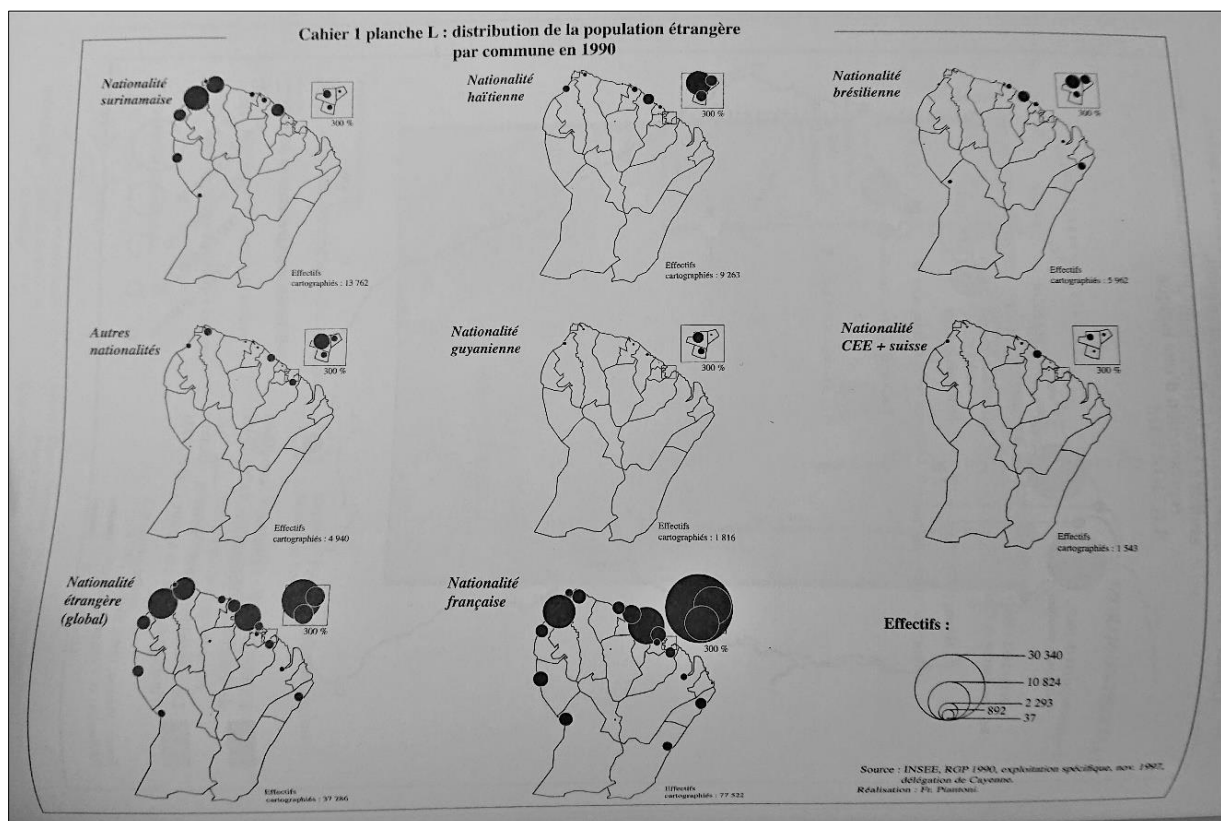


En premier lieu débutée lors du milieu des années 1970 et plus forte dans les années 1980, l'immigration des Haïtiens reflète la fuite des difficultés économiques et politiques du pays le plus pauvre d'Amérique. La politique de regroupement familial a permis un rebond de l'immigration haïtienne entre 1990 et 1999. En 1999, ils représentaient 28,2% des immigrés en Guyane dont la proportion de Français par acquisition était de 8% [A. Jolivet et al., 2011]. En second lieu, l'immigration des Surinamiens, marquée dans les années 1980, résulte de la guerre civile. Depuis le règlement du conflit (1992), ils représentent

toutefois la plus importante population immigrée en Guyane : 33,1% en 1999, dont 6% [Insee, 2006] de Français par acquisition. Enfin, à la fin des années 1960, les Brésiliens ont commencé à venir en Guyane pour travailler sur les chantiers de construction. A l'image de la communauté Haïtienne, cette communauté a connu une forte expansion dans les années 1990. En 1999, ils représentaient 16,8% des immigrés et la proportion de Français par acquisition était de 9%. Les Guyaniens, originaires du Guyana, ont une immigration plus récente. Leur part représente seulement avec 5,8% des immigrés en 1999, et ils vivent dans des situations socioéconomiques souvent particulièrement précaires. Enfin, il existe aujourd'hui la présence de populations du Liban, d'Amérique Hispanophone, d'Indonésie, et du Pérou¹⁴⁴ [Insee, 2017.a ; Insee, 2018.d].

Comme le signalait Luc Cambrézy (2015), en raison de la rigueur de l'article premier du préambule de la Constitution de 1958¹⁴⁵, il est difficile d'avoir des statistiques permettant de rendre compte de la diversité des « groupes ethniques » qui résident en Guyane. Néanmoins, des chiffres existent par nationalité, même s'il est difficile d'en avoir de récents.

Carte 11 : Distribution de la population étrangère en Guyane, au recensement de 1990, Source : F.Piantoni, 2009.b



¹⁴⁴ « (...) ressortissants du Suriname, du Brésil et de Haïti. Il ne faut pas non plus négliger les arrivées en provenance d'Amérique hispanophone (Colombie, Pérou, Venezuela, République Dominicaine notamment) afin de fuir des situations de crises politiques ou économiques. » [Insee, 2018.d]

¹⁴⁵ « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. » [Légifrance, 1958, p.3]

Dans les années 1990, cette population est en majorité installée dans les trois pôles de concentration démographique du littoral que constituent Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni. Néanmoins cette concentration de population d'origine étrangère est notamment située dans la « zone urbaine historique » [Audeg, 2015, p.13], l'Île de Cayenne (composée des communes de Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury). Cette dernière est incluse dans l'agglomération de Cayenne, devenue en 2012 la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL) (carte 11).

De plus, ces différentes nationalités se répartissent différemment sur le territoire régional. Au recensement de population de 1999¹⁴⁶ (carte 12), les natifs de Chine, d'Haïti [C.Gorgeon, 1985], de Sainte-Lucie et du Guyana sont plus présents dans les communes du centre littoral, tout comme les ressortissants étrangers de nationalité française. Les natifs du Brésil sont présents sur l'ensemble du territoire et, à l'inverse, les natifs du Suriname restent à proximité de leur pays d'origine dans l'ouest Guyanais.

Aujourd'hui encore (tableau 7), à l'image la répartition globale de la population en Guyane¹⁴⁷, les populations immigrées se concentrent dans les aires urbaines du littoral et de l'ouest, lieux plus propices à une perspective d'emploi [Insee, 2006]. Par ailleurs, ces chiffres par nationalité, issus des recensements de l'Insee sont par définition à l'image des personnes ayant été régularisées. Mais de « nombreux non-dits qui entourent la question migratoire dans ce département français d'Amérique du Sud. (...) Qu'elles soient détaillées ou non, les statistiques démographiques souffrent d'un réel déficit de crédibilité du fait de la présence importante de la population dite « clandestine » (...) les conséquences de ce « flou statistique » en Guyane, n'est pas sans conséquence sur la mise en œuvre de politiques publiques adaptées » [L.Cambrézy, 2015].

¹⁴⁶ A notre connaissance il n'existe pas un détail du recensement de la population détaillé par nationalité renseigné spatialement ultérieur au recensement de 1999 et à l'étude « Atlas des populations immigrées de Guyane de l'Insee de 2006 » qui en découle, et au recensement de 2009.

¹⁴⁷ Se reporter à la carte 1.

Respectivement, les Communautés d'Agglomérations du Centre Littoral (Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Macouria, Montsinéry-Tonnégrande, Roura) et de l'Ouest (Saint Laurent du Maroni et ses communes périphériques (Apatou, Awala-Yalimapo, Grand-Santi, Mana, Maripasoula, Papaïchton, Saül) sont les communautés de communes qui concentrent la majeure partie de la population Guyanaise et s'érigent en principaux « moteurs » de cette croissance démographique [Insee, 2018.d].

Carte 12 : Part des différentes nationalités au sein de la population immigrée par les « aires » du littoral de l'est et de l'ouest de la Guyane, au recensement de 1999, source : Insee, 2006

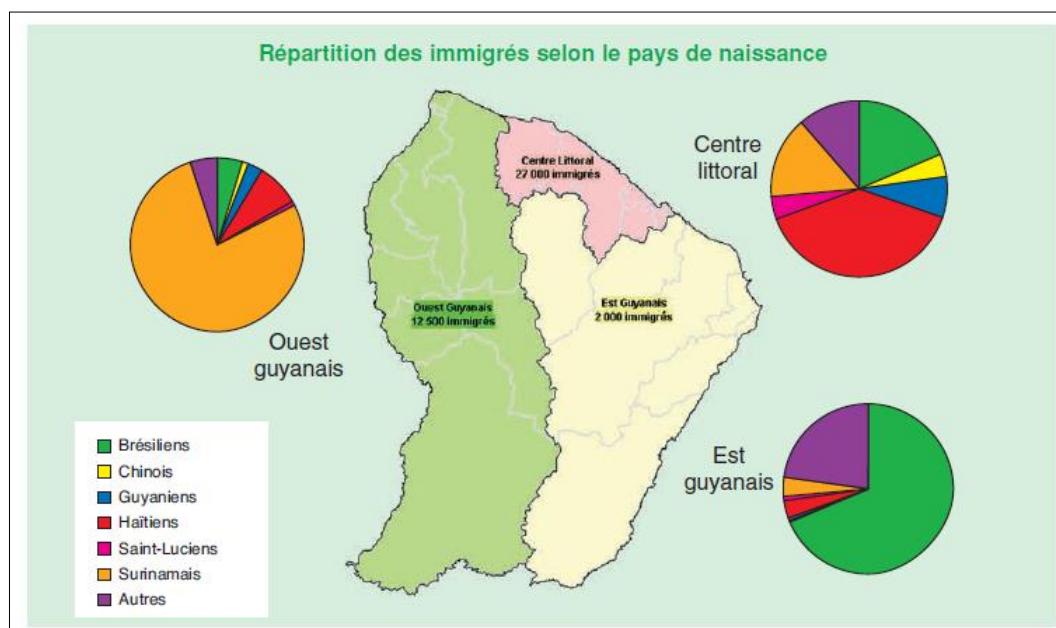


Tableau 7 : Distribution de la population immigrée en Guyane par Communauté de Communes et Communes, au recensement de 2009, source : Insee Guyane, B.Hurpeau, 2012

Population immigrée par commune et pays de naissance					
	Brésil	Chine (Rép. Pop)	Guyana	Haïti	Suriname
CA du Centre Littoral	7 627	924	2 537	12 184	2 691
Cayenne	4 019	747	1 173	6 552	1 193
Macouria	776	18	249	705	318
Matoury	1 111	98	759	3 668	776
Montsinéry-Tonnegrande	165	s	5	138	42
Remire-Montjoly	1 313	55	334	1 077	319
Roura	242	s	17	44	42
CC de l'Est Guyanais	1 926	7	8	5	91
Camopi	32			s	s
Ouanary	25			s	s
Régina	232			s	s
Saint-Georges	1 637	7	8	s	52
CC de l'Ouest Guyanais	6 753	167	566	1 612	15 152
Apatou	31		20	5	1 558
Awala-Yalimapo	s	5	s	s	339
Grand-Santi	304	9	s		1 820
Mana	321	30	107	337	2 335
Maripasoula	2 377	9	88	70	883
Papaïchton	608	5	17	s	581
Saint-Laurent-du-Maroni	3 105	109	327	1 199	7 631
Saül	s				5
CC des Savanes	2 459	178	341	2 078	3 630
Iracoubo	60	14	s	17	264
Kourou	1 806	146	229	1 857	3 035
Saint-Élie	361		s	9	53
Sinnamary	233	17	88	196	278
Total	18 765	1 276	3 452	15 879	21 564

source : Insee - Recensement annuel de la population 2009

2.2 Une population guyanaise marquée par les inégalités sociales et territoriales

Située dans l'aire des Caraïbes, la Guyane se voit entourée de pays qui, en 2015, ont un Indice de Développement Humain (IDH) inférieur à elle (Suriname, Brésil, Guyana). Au sein des DOM-TOM la Guyane souffre le plus d'inégalités après Mayotte. En 2011, son indice de Gini¹⁴⁸ était de 0,42 contre 0,29 en France hexagonale [IEDOM, 2018]. Elle est aussi le département français d'Amérique (aux côtés de la Guadeloupe et de la Martinique) ayant le plus faible IDH, se rapprochant plus de l'IDH de l'un de ses pays voisins d'Amérique latine, le Venezuela [Sénat, 2014.a].

D'un point de vue socio-économique, le chômage touche une importante partie de la population et surtout les jeunes. En 2018 le taux de chômage était de 19% pour les 15 ans ou plus et touchait particulièrement les 15-29 ans (le taux de chômage atteignant 32% pour cette tranche d'âge). Il était ainsi plus de deux fois plus élevé que dans la France entière hors Mayotte (environ 9,1%) [Insee, 2018 c.f].

En termes de logements, 4 guyanais sur 10 vivent en situation de suroccupation contre moins d'un sur 10 en France hexagonale et plus d'un logement sur 10 n'a pas l'électricité, par exemple [Insee, 2017.b]. La prise en charge de cette précarité se traduit par le recours aux aides de l'Etat. Les prestations sociales et familiales soutiennent une frange importante de la population. En 2013, les 52 128 familles¹⁴⁹ de Guyane se répartissent respectivement entre des couples avec enfants (43,1 %), une importante part de familles monoparentales (39,1 %), et des couples sans enfant (17,8 %). A cette même date, 70% de ces familles de Guyane étaient couvertes par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) pour leur fournir des aides sociales (prestations familiales, sociales, aide au logement) [Insee, 2017.b]. Les familles les plus concernées par le versement de prestations sociales sont à l'image de la réparation de la population : elles sont plus importantes dans le centre littoral et l'ouest guyanais et sont pour presque la moitié d'entre elles, monoparentales.

En parallèle, le taux de pauvreté a progressé à la hausse de +15 % entre 2001 et 2011. Ainsi en 2011, ce sont 60 000 personnes, soit 30 % de la population guyanaise qui vivait sous le seuil de risque de pauvreté local de 420€ par mois en Guyane [Insee, 2018.e].

Par ailleurs la Couverture Maladie Universelle - Complémentaire (CMU-c) couvre 36,3% de la population guyanaise [Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019] et il existe un nombre croissant de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) de droit commun depuis 2016. Toutefois, l'ensemble de ces statistiques

¹⁴⁸ « L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie...). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie... seraient égaux. A l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie...) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. » Insee (2016.b) « Indice de Gini / Coefficient de Gini », URL :< <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1551>>

¹⁴⁹ Au sens de l'Insee, Une famille est la partie d'un ménage comprenant au moins deux personnes et constituée : soit d'un couple vivant au sein du ménage, avec le cas échéant son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage. Soit d'un adulte avec son ou ses enfant(s) appartenant au même ménage (famille monoparentale). Insee (2016.c) « Famille – définition », en ligne, URL :< <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465>>

ne tient pas, ou partiellement compte des « entrées massives »¹⁵⁰ [Sénat, 2006.a] de personnes et de familles qui se trouvent en situation irrégulière [Insee, 2017.b], qui de fait ne disposent pas de titre de séjour et présentent d'importantes difficultés d'accès aux droits et prestations sociales (minima sociaux, logement social, sécurité sociale) et sont en situation de grande vulnérabilité.

2.3 Un état de santé généralement dégradé mais différencié au sein de la population

Les indicateurs de la santé de la population en Guyane (comme dans les autres départements et région d'outre-mer) sont généralement plus dégradés par rapport à l'Hexagone. Caractérisés entre autres par une natalité plus forte, un âge maternel à la naissance plus bas [Dress - Santé Publique France, 2017]. En Guyane, malgré d'importantes améliorations au cours des dernières décennies [G.Carles, 2020], l'espérance de vie reste (un peu) plus basse qu'en métropole, la mortalité infantile y étant encore très élevée, 10 ‰ en 2018 contre 3,4 ‰ dans l'Hexagone [Insee, 2020.a]. Par ailleurs, 65% des personnes déclaraient se sentir en bonne santé en Guyane contre 69% dans l'Hexagone [Insee, BS DOM, 2014.a].

Concernant l'état de santé mesuré face à des pathologies spécifiques et/ou chroniques, la Guyane était la région où la population était la plus touchée par des maladies de l'appareil circulatoire (cardio-vasculaires) telles que les maladies cérébrovasculaires dont l'accident vasculaire cérébral (AVC), maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques¹⁵¹ entre 2001 et 2012. Elles représentaient 19,5% de la mortalité générale et constituaient la première cause de décès en Guyane. La part des décès liée aux maladies cérébrovasculaires par maladies de l'appareil circulatoire était de 36% en Guyane contre 22,7% dans l'Hexagone, tandis que la part des décès liée aux maladies hypertensives dans la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire était de 13,3 % en Guyane (5,7 % dans l'Hexagone) [Dress – Santé Publique France, 2017]. Ces disparités peuvent s'expliquer par des différentiels de prévalence des principaux facteurs de risque artériels (hypertension artérielle, diabète, obésité), qui constituent des risques accrus pour la santé de la population guyanaise. Pour autant, le taux de prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) des personnes traitées par médicament antihypertenseur en 2014 était de 16 ,9% en Guyane, plus bas que dans l'hexagone, il creuse un écart moyen de -10% par rapport au taux national.

¹⁵⁰ Par « entrées irrégulières massives », le Sénat (2006.a), évoque que « Les mouvements de population se sont accentués à mesure que les différences de niveaux de vie se creusaient entre cette collectivité et les Etats de la région. », « le développement de la pratique de l'orpaillage clandestin (...) 5.000 à 10.000 personnes », la guerre civile du Suriname, la perméabilité des frontières « le nombre des non admis est passé de 1.546 en 2001 à 6.570 en 2004. »

¹⁵¹ Une cardiopathie ischémique correspond à une insuffisance d'oxygénation du cœur (ischémie) due à un rétrécissement des artères coronaires par des plaques d'athérome (dépôt de graisse sur la paroi des vaisseaux). Le cœur est alors moins bien irrigué.

Les facteurs favorisants sont le cholestérol, le tabac, le diabète, l'hypertension, l'obésité et la sédentarité.

Les formes les plus fréquentes de cardiopathie ischémique sont l'angine de poitrine ou l'angor et l'infarctus du myocarde.

Concernant les maladies infectieuses spécifiques, telle que la Tuberculose, la France (entière) avec ses moins de 10 nouveaux cas déclarés pour 100 000 habitants depuis 2004 est considérée au plan international comme un pays à faible incidence [Dress- Santé Publique France, 2017]. Toutefois cela masque des disparités régionales. En effet, en 2014, la Guyane avait le plus fort taux de déclaration de Tuberculose : 24,1 cas pour 100 000 habitants après l’Ile de France (14,9/100 000). Cette maladie touche plus particulièrement un groupe à risque, les populations précaires [L. Epelboin et al, 2016].

De plus, le VIH/Sida touche particulièrement la Guyane. Avec 6600 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2014 en France, soit un taux de 100 cas par million d’habitants, le taux est de 771 cas pour 1 million d’habitants en Guyane [Dress – Santé Publique France, 2017]. Les populations à risque d’être touchées par cette maladie en Guyane sont les plus jeunes adultes, les hétérosexuels et les patients originaires d’Haïti, du Brésil et de France [L.Epelboin et al, 2016]. Parmi les autres maladies sexuellement transmissibles, l’hépatite B (VHB) et l’hépatite C (VHC) tiennent une place importante en Guyane. Concernant le VHB, en 2013, le taux était de 101 tests anticorps AgHBs¹⁵² confirmés positifs sur 100 000 habitants en Guyane (3^{ème} taux le plus élevé après Mayotte et l’Ile de France). Le VHC avait quant à lui un taux de 21 tests anti-corps VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants en Guyane (loin derrière le taux le plus élevé de 109 pour 100 mille habitants en Ile de France) [Dress – Santé Publique France, 2017].

Dans ce contexte multiculturel, les acteurs de santé s’adaptent pour l’ensemble de la population. Ainsi, en 2014, les campagnes de prévention ont été traduites et diffusées par la radio en deux langues : Français et créole Guyanais [Ars Guyane, 2014]. Plus récemment en 2018, le projet Vidéo Santé « Vi-Sa » (image 7) porté par la CRF et l’ARS de Guyane a permis la réalisation d’une série de clips vidéo en réponse à des supports d’information santé et sociales spécifiques à la Guyane « peu nombreux et souvent inadaptés à un public en situation de précarité, non francophone ou non lecteur » [CRF Guyane et ARS Guyane, 2018].

¹⁵² Un antigène (Ag) est toute substance étrangère à l’organisme capable d’activer le système immunitaire. Un anticorps (Ac) est une protéine sécrétée par le système immunitaire pour neutraliser un antigène. Le couple antigène/anticorps est caractéristique de chaque infection [Lecrips-idf.net, 2020].

Image 7 : Des outils de communication et de prévention adaptés au contexte multiculturel Guyanais, le projet Vi-Sa de CRF Guyane et ARS Guyane (2018), source : GPS, 2018



ViSa Guyane – Videos d’information santé

Série de courts-métrages d’animation de 3 minutes environ, conçus par un collectif d’associations guyanaises pour offrir une information accessible et contextualisée concernant la santé et l’accès aux droits, diffusables en salles d’attente et adaptées aux langues et cultures de la Guyane Française. L’information a été conçue pour informer une population majoritairement précaire, de langues multiples, dans un contexte de prévalence de l’illettrisme.

Seize épisodes sont disponibles, en 7 langues : anglais, brésilien, créole guyanais, créole haïtien, espagnol, français, sranan-tongo.

- **Référence** : 4444 /
- **Support** : vidéo / DVD
- **Langue** : français, anglais, espagnol, portugais, créole guyanais, créole haïtien, sranan tongo
- **Public** : adulte
- **Public spécifique** : aucun
- **Conception** : Autres Guyane

Concernant d’autres mesures de prévention telles que la vaccination (hors grippe), des données de couverture vaccinale sont disponibles depuis 2012 en Guyane. La couverture vaccinale¹⁵³ des enfants de 2 ans était de 79,8 % en 2014 contre 84,7% en Ile de France¹⁵⁴. Toutefois, en Guyane le fait de se faire vacciner, en général, est beaucoup mieux perçu qu’en France Hexagonale. Ainsi 89 % des guyanais se disent très ou plutôt favorables (80%), et 45% très favorables à la vaccination. Un assentiment plus important que dans les autres DOM (autour de 30%) et qu’en France Hexagonale (25%) qui reste toutefois à nuancer sur certains vaccins (grippe, papillomavirus, hépatite B) pour lesquels la population est sur la réserve (24% contre 44% dans l’hexagone).

Enfin, en ce qui concerne l’accès aux dépistages des cancers, il s’est révélé, en 2014 plus faible qu’en France Hexagonale : 80% des femmes de 25 à 65 ans ont fait un frottis cervico-utérin dans les 3 dernières années (contre 85% en France hexagonale), 72 % des femmes de 50 à 74 ans ont réalisé une mammographie dans les 2 dernières années (82% en France hexagonale) et 40% des personnes de 50 à 74 ans ont bénéficié d’une recherche de sang occulte dans les selles au cours des 2 dernières années (45% en France hexagonale) [Inpes, 2014.a].

Ce panorama dressé sur la santé en population générale cache des inégalités marquées si l’on s’intéresse spécifiquement aux 30% de la population guyanaise : les populations migrantes. Peu d’études

¹⁵³ DTP, coqueluche, Hib, hépatite B, ROR, pneumocoque conjugué (PCV-13), méningocoque C et BCG

¹⁵⁴ À partir de 2009, en raison de la suspension de l’obligation vaccinale en juillet 2007 et de l’absence d’indication dans le certificat de santé (CS) sur l’appartenance de l’enfant à la population cible de la vaccination, la couverture ne peut être interprétée à partir des CS que dans les régions où la recommandation vaccinale concerne tous les enfants (Île de France, Guyane, Mayotte). [Dress – Santé Publique France, 2017]

existent sur l'état de santé perçu ou mesuré des migrants et sur leur accès aux soins (recours et renoncement) en Guyane [A.Jolivet, E.Cadot, E.Carde, S.Florence, S.Lesieur, J.Lebas, P.Chauvin, 2011 ; Insee, 2012.c ; E.Carde, 2012 ; A.Jolivet, 2014.a ; A.Jolivet, E.Cadot, O.Angénieux, S.Florence, S.Lesieur, et al., 2014.b ; L.Valmy, B.Gontier, M.C.Parriault, A.Van-Melle, C.Basurko, T.Pavlovsky, C.Grenier, M.Douine, A.Adenis, M.Nacher, 2016].

2.4 Les enjeux de l'accès aux soins pour les populations vulnérables et migrantes

La singularisation des personnes selon leur nationalité ou leur origine demeure un sujet sensible en France, néanmoins l'enquête « Migrations, Familles et vieillissement » menée en 2012 [Insee, 2012.c], apporte quelques éléments sur l'état de santé perçu des personnes immigrantes âgées. Ce serait en Guyane et à la Réunion que la part des individus se déclarant en difficulté apparaît la plus forte chez les personnes de 60 ans et plus. Parmi les personnes les plus âgées (75 ans et plus), elles sont plus de 70% en Guyane et à la Réunion à déclarer être en « très mauvais état de santé » ou « limitées dans leurs activités quotidiennes ». La proportion est supérieure à 60 % aux Antilles contre 40 % en France Hexagonale au même âge ».

Un premier groupe d'études sur ces migrants s'intéresse au VIH/Sida. Bien qu'en augmentation, le volume du dépistage reste en deçà des chiffres régionaux ou hexagonaux. Les hommes nés dans la Caraïbe étaient plus nombreux à n'avoir jamais été dépistés (41,1%) que les hommes nés dans les territoires de Guyane et des Antilles (33,5 %) et que ceux nés en France Hexagonale (19,2 %). Toutefois, en matière de VIH - contrairement à des idées souvent reçues - une étude menée auprès des patients séropositifs suivis au CH de Cayenne dévoile que 53% des patients migrants auraient contractés la maladie après leur arrivée en Guyane [M.Nacher, L.Adriouch, A.Van Melle, M-C.Parriault, A.Adenis, P.Couppié, 2018.a]. En termes de comportement, les personnes migrantes les plus jeunes nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud se protègent moins lors du premier rapport sexuel que celles nées en France Hexagonale ou dans les Antilles françaises [S.Halfen, N.Lydié, 2014]. Les personnes migrantes sont plus défavorables au port du préservatif : leur perception favorable de ce dernier est inférieur d'1,4 points à celle des personnes nées sur le territoire français.

Par ailleurs, des études portant sur les rapports et les représentations de la santé dans certaines communautés, concernent là aussi le VIH/Sida et montrent une moindre connaissance des structures de dépistage, et des dépistages plus tardifs [M.Nacher, F.Huber, M.El Gued, T.Vaz, C.Magnien, F.Djossou, A.Randrianjohany ; F.Alvarez, P.Couppié, 2007] chez les immigrés en Guyane [M.Hanf, R.V.Bousse., M-C.Parriault, A.Van-Melle., M-L.Nouvellet, L.Adriouch, C.Goddard-Sebillotte, P.Couppié, M.Nacher, 2011.a]. Ainsi, ces populations migrantes sont le plus souvent soumises à une annonce tardive de leur séropositivité : 8 ans pour les patients du Brésil, à 4,5 ans pour ceux d'Haïti, à 6,6 ans pour ceux du Suriname, 3,3 ans pour les patients du Guyana contre 3,1 ans pour les patients français [Nacher. M, Adenis. A, Huber. F, Hallet. E, Abboud. P, Mosnier. E, et al., 2018.b]. Enfin, l'acceptation du VIH est plus basse de 1,5 points

parmi les personnes migrantes par rapport aux individus nés dans les territoires de Guyane et des Antilles. Il en résulte que lorsque la maladie est annoncée, des PvVIH (Personnes vivant avec le VIH) migrantes gardent leur séropositivité secrète vis-à-vis de leur entourage, ce qui les place en position de vulnérabilité. Elles sont aussi plus nombreuses à être « perdues de vue », c'est-à-dire qu'elles ont commencé puis ne sont pas revenues suivre leur traitement [Nacher.M., El-Guedj. M, Vaz.T., Nasser.V., Randrianjohan.Y.A., Alvarez. F, Sobesky.M, Magnien.C, F, Couppié. P, 2006].

Un deuxième groupe d'étude porte sur le dépistage préventif du cancer, une étude relate que les femmes immigrées sont diagnostiquées à des stades plus avancés pour le cancer du col de l'utérus, avec un moins bon pronostic [T.Roue, M.Nacher, A.Fior, J.Plenet, S.Belliardo, N.Gandolfo, G.Patient, 2012] et leur survie est également inférieure pour le cancer du sein : 23 décès pour 100 cas incidents contre 17 pour 100 en France hexagonale [T.Roue., S.Labbe, S.Belliardo, J.Plenet, M.Douine, M.Nacher, 2016].

Un troisième groupe d'étude porte sur le recours aux soins et l'accès aux soins. Une étude menée au CHAR et au CHOG [A. Jolivet et al., 2011] montrait que les patients « sans-papiers » sont seulement 27,7% à avoir une couverture maladie issue du droit commun ou de l'AME, contre 88,9% pour les patients français ou étrangers en situation régulière. Par ailleurs, selon une étude menée au service du CHOG [A. Jolivet, 2014.a] « les immigrés sans papiers présentent un taux d'hospitalisation plus élevé, s'expliquant en partie par des symptômes plus sévères à l'admission, un plus faible taux de couverture par l'assurance maladie, une distance domicile-hôpital plus élevée et une faible maîtrise de la langue française ». Une enquête déclarative menée auprès des patients du CHOG en 2009 par l'AFD [A.Jolivet., E.Cadot., E.Carde, S.Florence, S.Lesieur, J.Lebas, P.Chauvin, 2011] démontrait qu'entre les patients « sans-papiers », les patients français et les étrangers en situation régulière en Guyane, les patients en situation irrégulière rapportent avoir moins souvent un suivi régulier chez un médecin : 38,3 % contre 79,4% pour les adultes de nationalité française ou étrangère en situation régulière.

Enfin, en plus des précédents facteurs susmentionnés, des études sociologiques montrent que les migrants rencontrent des difficultés d'accès aux soins et aux droits en Guyane sous le prisme des failles institutionnelles de la Guyane (dysfonctionnement, discrimination) [E.Carde, 2009, 2012].

2.5 La Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) comme périmètre d'étude et les enjeux de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables

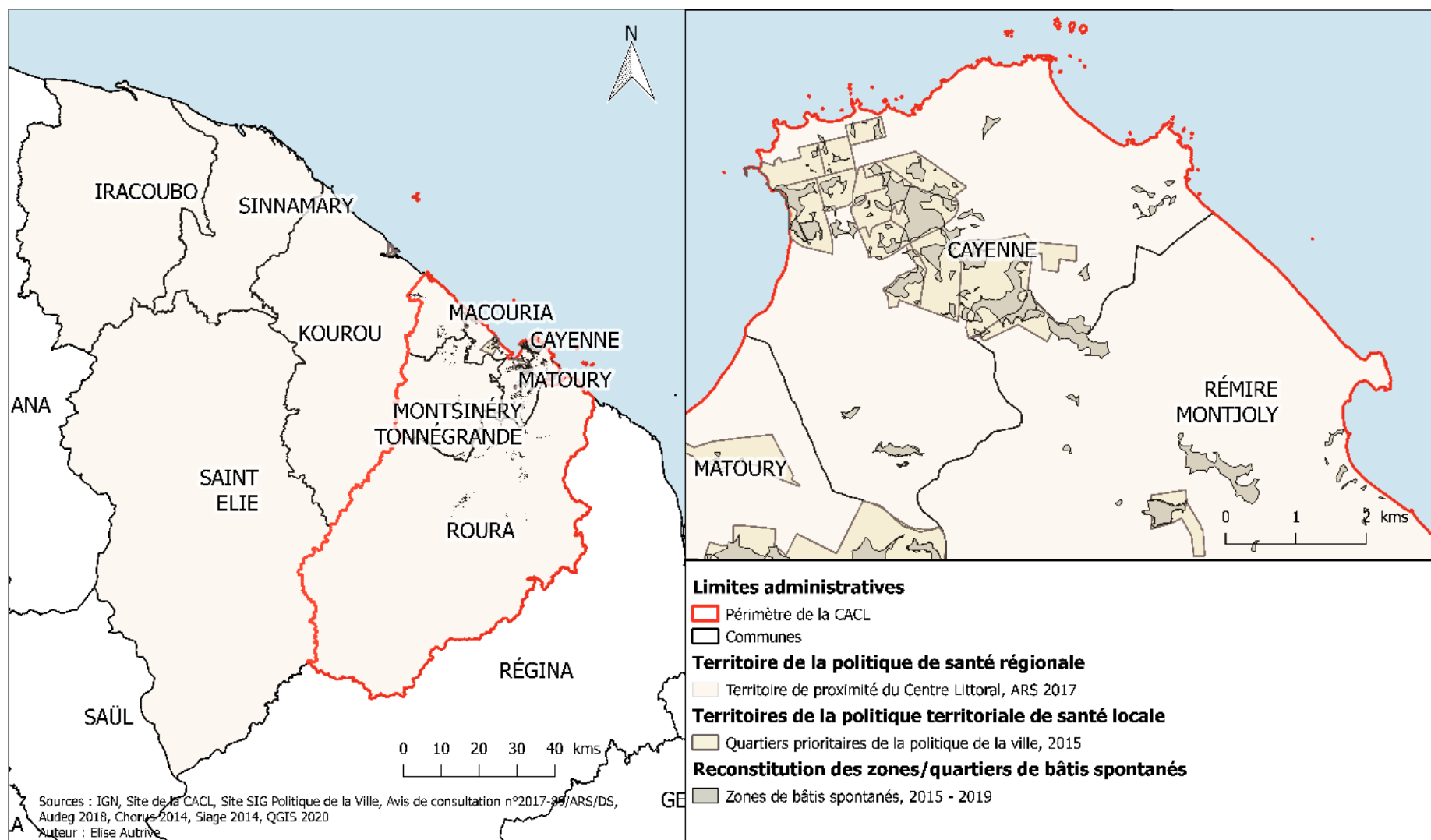
Composée de 6 communes : Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury (les trois communes composant l'Ile de Cayenne), Macouria, Montsinéry-Tonnégrande, Roura, la CACL a la particularité de regrouper 51% de la population Guyanaise¹⁵⁵, et 15% de la population immigrée de Guyane [Insee, 2019]. En 2015, plus de 42% du bâti de la CACL était défini comme étant spontané ou informel, c'est-à-dire des « (...) locaux édifiés sans droit ni titre sur un terrain (...) » [Légifrance, 2011]. Ce bâti serait également à hauteur de 26% situé en zone potentiellement insalubre [Audeg.a, 2018, p26]. Les bases de données qui répertorient ponctuellement ces informations en Guyane existent (2001, 2006, 2011, 2015) [Audeg.a, 2018], mais elles identifient difficilement les périmètres des quartiers d'habitat dits « spontanés » [R. Colombier et al., 2017] en perpétuel mouvement (destructions par décision de l'Etat ou expansion de ces espaces) qui rend leurs enregistrements difficiles de même que l'identification des populations en situation de vulnérabilité qui y résident. Ces quartiers regroupent d'ailleurs des populations aux situations économiques contrastées (fonctionnaires, bénéficiaires de revenus minima sociaux, jobbers, agriculteurs, étrangers en situation administrative irrégulière ou non, etc.) [Audeg.a, 2018]. Dans les parties les plus détériorées, il s'agit surtout d'une grande majorité des personnes immigrées [Chorus, 2014, p. 57, 84,94, 101,107 ; R.Colombier et al., 2017, p.14, Insee, 2020.e, p.3] (photographie 1).

Les espaces dans lesquels ces populations résident ne sont d'ailleurs pas tous inclus dans les dispositifs d'aides spécifiques de la politique de la ville. Alors que dans certains espaces s'enchevêtrent les maillages (carte 13)¹⁵⁶ des Quartiers Prioritaires (QPV) et des quartiers de bâtis spontanés ; certains quartiers d'habitat informels les plus détériorés ne sont pas inclus dans les QPV. Par conséquent, l'identification difficile de ces espaces et des populations en situation de vulnérabilité « (...) rend difficile l'exercice prospectif de planification de l'offre régionale de soins » [Ars Guyane, PRAPS, p11, 2018.f].

¹⁵⁵ La CACL comptant 137 964 habitants en 2016 [Insee.a, 2018] a 27, 5% de la population qui était immigrée en 2015 [Insee.b,2018]

¹⁵⁶ La carte présente l'ensemble des zones de bâtis spontanés répertoriées

Carte 13 : Les mailles de l'action publique dans la CACL et la reconstitution des zones de bâti spontanés



Ces populations sont au cœur des enjeux actuels de la territorialisation parce qu'elles requièrent une attention particulière au regard des conditions matérielles dans lesquelles elles vivent et de leur situation sanitaire : moins bon état de santé auto-déclaré que les personnes nées françaises [A.Jolivet, et al., 2011], taux de séropositivité élevés en particulier au sein des personnes immigrées d'origine étrangère après leur arrivée en Guyane [M.Nacher et al., 2018], retards dans le dépistage et la prise en charge de l'hypertension et du diabète pour les populations les plus précaires [M.Nacher ; C.Rousseau, 2020].

Même si les services publics et de santé sont nombreux au sein de la CACL¹⁵⁷ et plus particulièrement « les institutions intervenant dans le domaine de la santé sont présentes sur Cayenne » [Ville de Cayenne, CLS, p.7]. Plus spécifiquement, une enquête sur « l'Accès aux Soins Et au droit à la Santé des populations vulnérables, de l'Île de Cayenne » (ACSES)¹⁵⁸, majoritairement migrantes dans l'échantillon, révèle que sur le plan de l'accès aux soins, 21% des personnes venues en consultations lors des sorties mobiles de la Croix-Rouge Française avaient déjà renoncé à des soins en raison de « ne pas avoir de médecin généraliste », d'être « embarrassé de poser certaines questions » et « de s'être déjà fait refuser des soins par un médecin » [L.Valmy. et al., 2016]. Pour les personnes arrivées en Guyane française il y a moins d'un an, 18% avaient renoncé, alors que 69% de ceux qui étaient arrivés avant 2013 avaient renoncé [opsit]. D'autre part, cette étude ACSES faisait ressortir que sur la plupart de ces personnes qui venaient de pays étrangers, 47% avaient une forme d'assurance maladie, 27% étaient étrangers sans assurance mais y étaient pourtant éligibles.

Une enquête plus récente et conduite dans ces quartiers précaires et à la PASS de Matoury Matoury¹⁵⁹ [C. Basurko, B. Benazzouz, C.Boceno, O. Dupart, E.Souchard, A.Trépont, L.Cann, F.Lair, M.Douine, A.Sanna, S.Wiedner-Papin, B.Renollet, C.Rousseau, F.Huber, 2020] portait sur l'insécurité alimentaire dans le contexte de l'épidémie de la Covid-19. La majorité des ménages interrogés ont vu leur budget alimentaire se dégrader pendant la crise sanitaire et, près de la moitié d'entre eux disposaient de 30 euros ou moins par semaine pour nourrir l'ensemble du ménage composé de 3 à 6 personnes dans 65% des cas. Ainsi, plus de 80% des ménages avaient souffert de la faim dans le mois et près de deux ménages sur cinq avaient déclaré avoir eu une alimentation insuffisante dans les sept derniers jours. « Face au manque de

¹⁵⁷ Parmi les 662 établissements actifs de l'administration publique, enseignement, santé et action sociale au 31/12/2017 en Guyane, la part de ces établissements était représentée à 60,5% dans la CACL (36% à Cayenne), 21,6% dans la CCOG (15% à Saint Laurent du Maroni), 14,4% dans la CCDS (12% à Kourou), 3,5% dans la CCEG (2% à Saint Georges 2%). Ainsi ces établissements sont plus nombreux sur le littoral et particulièrement dans la CACL. D'après la base de données communale de l'Insee [Insee, 2020.b].

¹⁵⁸ Réalisée par le CIC Antilles-Guyane en 2013-2014. Cette enquête interrogeait des patients ayant consulté à la PASS du CH de Cayenne ou lors de sorties en camion-mobiles de la Croix-Rouge Française ou de Médecins Du Monde dans les « quartiers vulnérables ». Les patients ayant été interrogés étaient principalement d'origine étrangère et 87,4 % en situation socialement précaire selon le Score EPICES.

¹⁵⁹ Des questionnaires ont été menés en face-à-face, auprès des personnes majeures consultant dans les équipes mobiles sanitaires de la CRF et de MDM, situées à Cayenne et dans les communes limitrophes ainsi qu'à la Pass de Matoury située dans un quartier précaire. Le questionnaire mesurait l'insécurité alimentaire à l'échelle du ménage à l'aide de trois outils : le score de consommation alimentaire, l'indice simplifié de stratégies d'adaptation et l'indice de privation alimentaire des ménages. Au total, 221 ménages ont accepté de participer à cette enquête (4 refus).

nourriture, 36% des ménages avaient eu recours à des stratégies d'adaptation de gravité élevée susceptibles d'avoir des conséquences négatives à long terme » [opsit].

Finalement, ces résultats d'enquête sur l'état de santé des populations vulnérables et migrantes montrent qu'elles ne souffrent pas de maladies particulières, mais plutôt de maladies particulièrement présentes en raison de plusieurs facteurs qui outrepassent les seuls déterminants individuels (classe sociale, genre, position socio-économique...) auxquels s'ajoutent d'autres déterminants extérieurs tels que le contexte social, politique dans le pays d'accueil, système de soins. Ces indicateurs reflètent d'une part des conditions de vie difficiles [C.Basurko et al., 2020] qui peuvent fragiliser la santé de ces populations ; et d'autre part favoriser des prises de risques ainsi que les difficultés d'accès aux soins et au dépistage [M.Hanf et al., 2011.b]. Par ailleurs les enquêtes citées précédemment, menées plus spécifiquement dans les quartiers précaires de la CACL montrent bien des difficultés d'accès aux soins de santé et ce malgré une présence plus importante des structures dans cette communauté d'agglomération. Les populations et acteurs qui prennent en charge les besoins de ces populations sont au cœur de cette étude.

Photographie 1 : Quartier de bâti spontané, Piste Tarzan, le 25 mai 2019, source : E.Autrive



Conclusion du chapitre III

En conclusion, l'amélioration du cadre de vie et les premières structures dédiées aux soins de santé en Guyane s'accélérent à partir de la départementalisation de 1946. En 1952 la Guyane est ainsi divisée en 5 secteurs sanitaires qui se répartissent notamment sur le littoral, le territoire de l'intérieur (l'Inini) n'étant intégré qu'à partir de l'année 1969. Bien que la création de la carte sanitaire ait été promulguée en 1970 créant ainsi le « service public hospitalier » [Légifrance, 1970], le « projet d'aménagement de la carte sanitaire en Guyane » fût demandé en 1979, soit près de 10 ans plus tard. A la fin des années 1970 une carte [G.Lasserre et al., 1979.b] relate la Guyane divisée en 8 secteurs sanitaires qui intègrent l'intérieur du territoire. Toutefois les villes et villages des communes les plus reculées ne disposent que de « salles de pansements ». Au début des années 1980, la répartition des dispensaires de soins et de prévention est globalement identique à celle de la fin de années 1970, même si certaines salles de pansements sont dorénavant des « dispensaires avec infirmiers ». Cela étant, cette décennie est marquée par des échanges entre les responsables des services hospitaliers et le ministère de la santé en raison de structures de soins hospitalières (notamment celles de Cayenne et de Saint Laurent du Maroni) en très mauvais état, d'un manque d'équipement ou encore de personnel. Dans le contexte des années 1980, les centres de prévention et de vaccination (carte 5) spécialisés (lutte anti vénérienne, tuberculeuse, hansénienne) accueillent une population immigrée « particulièrement défavorisés » et en augmentation dès 1984 [S.Bourgarel, 1994, p.107]. Il faudra attendre les années 1990 pour que le CH de Cayenne se dote d'un service de MCO et d'un plateau technique (1992) et que la Guyane soit divisée en secteurs sanitaires moins vastes (12) [S.Bourgarel, 1994]. Toutefois, alors que les SROS de première génération naissent et seront appliqués de 1991 à 1999 dans l'Hexagone, la Guyane n'a pas de SROS I. Il faudra attendre l'arrêté d'octobre 1999 [Solidarité.santé.fr, 1999, p.18] pour que le premier SROS de la Guyane, soit le SROS de seconde génération (1999-2001) soit appliqué. Dans ce contexte, les années 2000 sont marquées par le développement d'institutions et d'associations internationales, nationales et locales agissant pour les publics en situation de vulnérabilité à la suite de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, qui instaura les PASS et les PRAPS. Cette loi illustre une volonté de coordination comprenant une montée en puissance de l'intersectorialité et des acteurs à une échelle locale. Elle implique « des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les situations locales particulières et les expériences existantes. » La décennie 2010 est marquée par la création de « territoires » en Guyane. D'une part ceux des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) en 2014, et d'autre part, ceux des territoires de démocratie sanitaires et de santé instaurés par la loi de modernisation du système de santé de 2016. La Guyane passa d'une division du territoire en 4 territoires de démocratie sanitaire en 2016 à un seul territoire de démocratie sanitaire unique équivalent à toute la région avec quatre sous territoires ou territoires de proximité afin de « favoriser la représentativité des

particularismes territoriaux de la Guyane » [ARS Guyane, 2017.a]. Toutefois, une mission menée fin 2017 par l'Ordre National des Médecins [CNOM, 2017] faisait encore état de difficultés matérielles, de ressources, d'un turn-over important, voire chronique, des professionnels de santé, mais aussi de difficultés logistiques auxquelles s'ajoutent la nécessité de répondre à une « immigration importante » [G.Carles, 2020].

La question migratoire en Guyane n'est pas nouvelle. Les plus récentes, à partir des années 1970-1980, résultent notamment d'une arrivée de populations de pays en crise économique, et/ou marqués par des conflits. En même temps, la croissance démographique est importante : +2,5% par an en moyenne entre 2010 et 2016 [Insee, 2018.a] due principalement au solde naturel (+ 2,3%), et dans une moindre mesure au solde migratoire (+ 0,2%) [Insee, 2018.d]. En parallèle les indicateurs sanitaires sont souvent inférieurs à d'autres régions françaises : la densité de médecins pour 100 000 habitants est de plus de 35% inférieure à celle de l'Hexagone [Insee, 2017] et 10% de la population guyanaise est à plus de 24 minutes du premier généraliste au-delà des centres-villes [Insee, 2017] mais ces différences masquent aussi des inégalités territoriales internes entre le littoral et l'intérieur. Dès les lendemains de la Seconde Guerre Mondiale, le premier préfet Robert Vignon (1947-1976) notait que « (...) toute la vie est pratiquement rassemblée sur Cayenne, qui draine la moitié de la population du territoire. » [R.Vignon, 1985, p.23]. Aujourd'hui, plus de la moitié de la population guyanaise est concentrée principalement dans la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL). D'autre part, 30 % des 202 500 habitants de la Guyane côtière vivent sous le seuil de pauvreté local. La prise en charge de cette précarité se traduit par le recours aux aides de l'Etat : prestations sociales (7 familles sur 10 en 2013 [Insee, 2017.b], à la Couverture Maladie Universelle - Complémentaire (CMU-C) pour 36,3% de la population guyanaise [Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019], un nombre croissant de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) de droit commun depuis 2016. Ces statistiques masquent pourtant une proportion importante de personnes « invisibles » puisque migrantes et en situation de vulnérabilité. Bien que résidant sur le territoire guyanais, elles n'ont pas toujours la possibilité d'accéder aux soins de santé en raison de droits non ouverts à l'assurance maladie et en raison de « la méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations et, parfois, des acteurs locaux » [ARS Guyane, PRAPS, p11, 2018.f]. Dans la mesure où la CACL a la particularité de regrouper 51% de la population Guyanaise, 15% de la population immigrée de Guyane [Insee, 2019] et que plus de 42% du bâti de la CACL était défini comme étant spontané ou informel [Audeg.a, 2018] où se trouvent une grande majorité des personnes immigrées [Chorus, 2014, R.Colombier et al, 2017] régularisées ou non dans les parties les plus détériorées ; cette communauté d'agglomération sera le périmètre d'étude de cette thèse. Les enjeux sont d'une part d'interroger la structuration des acteurs de santé à une échelle locale qui agissent pour la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité, notamment migrantes et, d'autre part, de tenter d'étudier l'accès aux structures des populations en situation de vulnérabilité au regard de la structuration des acteurs du soins et de la santé.

Conclusion de la Partie I

Dans ce premier chapitre il s'agissait de retracer les grandes réformes des politiques sanitaires et de la ville conduites depuis une quarantaine d'années en France en essayant de les appréhender à travers les outils qu'elles produisaient. L'attention portée aux dispositifs mis en place dans la lutte des inégalités pour les populations les plus démunies révèle que ces dernières deviennent « une priorité de l'ensemble des politiques publiques » depuis la loi interministérielle n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Dès lors, la politique de santé et la politique de la ville tentèrent de se structurer via des outils et des objectifs communs. Comme pour d'autres politiques publiques, cette structuration traduit une montée en puissance des acteurs et « maillages » locaux.

En 2009 la loi HPST est la première étape d'une politique de santé qui place le territoire au cœur des réformes. Cette dynamique fut prolongée en 2016 (Loi de modernisation du système de santé), puis en 2019 (Loi de transformation du système de santé). Ces réformes cherchent à renforcer l'accès pour tous aux soins (2009), tout en incluant de plus en plus la prévention et la santé publique dans les parcours de santé des patients (2016). Ces ambitions nécessitent cependant d'aboutir à une coordination transversale entre acteurs sanitaires et sociaux et au « décloisonnement » entre les différents acteurs agissant en matière de santé (2019), notamment pour renforcer la prise en charge des patients et d'améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins. Derrière ces transformations organisationnelles et de découpages opérationnels, la santé n'est plus seulement l'affaire de l'Etat central mais aussi d'autres acteurs (institutionnels et associatifs) agissant à un niveau régional et local. Cette multiplication des acteurs investis dans le champ de la santé interroge leurs conditions et modalités de coordination dans la prise en charge des populations vulnérables ainsi que la pertinence des leurs périmètres d'intervention au regard des besoins des populations en matière d'accès aux soins de santé de premier recours. L'enjeu de ce travail est de saisir, au prisme de l'accès aux soins de santé, ces transformations.

Afin de les éclairer, il s'agissait dans le deuxième chapitre, de préciser les différents déterminants de « l'accès » aux soins, dans la mesure où cet objectif est au cœur des enjeux de la territorialisation. « L'accès » est généralement appréhendé comme étant le résultat d'un degré « d'adéquation » entre les usagers et le système [R.Penchansky et J.W.Thomas, 1984] qui se définit par les déterminants suivants : la disponibilité (availability), l'accessibilité (accessibility), la commodité (accommodation), l'abordabilité (affordability), et l'acceptabilité (acceptability). Ces critères sont censés établir une relation forte entre les services de santé planifiés et les usagers. Néanmoins, cette simplification ne tient guère compte de l'entière des capacités nécessaires, et spécifiques aux individus pour se rendre à un service de soins de santé. C'est pourquoi, dans ce travail deux autres modèles ont été interrogés. Pour définir les dimensions de l'accès aux soins de santé des individus, le modèle de l'accès d'E.Saurman (2016) inclut une sixième dimension à celui de R.Penchansky et J.W.Thomas (1984) : la sensibilisation (awareness). Cette dimension de la « sensibilisation » est cruciale pour l'accès aux soins des populations généralement éloignées du système puisque « Aucun service de soins

de santé peut être efficace si elle ne répond pas au contexte ou si la population visée ne sait pas qu'elle existe » [E. Saurman, 2016]. C'est particulièrement le cas pour les populations vulnérables et migrantes qui seront au cœur de cette recherche. Dans la mesure où « la sensibilisation » est envisagée comme un moyen pour qu'un individu soit en « capacité » (externe) d'avoir connaissance d'un lieu de soins, le modèle sur le « patient centré » de J-L. Levesque et al., (2013) paraissait important à intégrer. Il développe en effet cinq dimensions corollaires aux dimensions de l'accès aux soins déjà proposées par le modèle de R. Panchansky et J.W. en mettant l'accent sur « les capacités » des individus. Plus que le résultat d'un degré « d'adéquation » entre les usagers et le système, l'accès est considéré « comme la possibilité d'identifier les besoins en matière de soins de santé, de rechercher des services de santé, d'atteindre, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé, pour que le besoin de services soit effectivement satisfait » [J-F. Levesque et al., 2013, p.9]. Enfin, il paraissait important d'identifier des travaux portant sur des populations spécifiques. Ceux de P. Micheletti (2013) et S. Fleuret, A-C. Hoyez (2011) permettent ainsi d'ajouter des facteurs « spécifiques » qui s'apparentent à des déterminants de l'accès aux soins pour les populations vulnérables et migrantes, telles que la dimension psychosociale ou encore les dimensions administratives et légales.

Ces différents déterminants de « l'accès » proposées par ces travaux se complètent, en intégrant d'une part, les dimensions de l'accès aux soins de santé centrées sur l'offre de services de soins de santé et d'autre part, celles qui insistent sur les capacités des individus à traverser « les étapes » les menant à un accès aux soins de santé effectivement réalisé. Dans les réformes en cours, l'accès est un enjeu partagé entre les acteurs : ceux qui s'inscrivent dans l'amélioration de l'accès aux soins des populations, tels que les politiques publiques ; ceux qui le favorisent tels que les acteurs sanitaires et sociaux qui proposent des services de soins de santé ; ou encore les populations qui peuvent chercher à atteindre cet accès.

L'objectif central de la thèse est d'interroger la manière dont les acteurs produisent ou créent des interfaces d'accès - pris dans son acception complète - pour les populations vulnérables. Ces interfaces se développent entre les niveaux d'organisation régionaux et locaux (les acteurs des politiques publiques (santé, ville) / les acteurs des soins de santé / les Populations), mais aussi, entre les sphères d'acteurs internes à des niveaux (acteurs politique santé/acteurs politique de la ville ; acteurs des soins de santé (institutionnels et associatifs). L'agencement varié de ces relations entre niveaux et sphères modèle la territorialisation sanitaire en cours dont l'enjeu central est d'adapter l'offre de services de santé aux besoins des populations d'un territoire donné, à un moment donné [J-M Amat-Roze, 2011, p.17 ; S. Fleuret, 2015, p.1]. Dans cette perspective, l'une des hypothèses de ce travail est que la régulation du système repose sur une hybridation entre une déclinaison « descendante » de normes nationales adaptées par les acteurs à une échelle locale et, sur une dynamique « ascendante » impulsée par des acteurs au niveau local. L'agencement de ces deux logiques régulatrices produirait en somme des formes/types de territorialisation issues des pratiques « bricolées » par les acteurs de santé qu'il conviendra de saisir dans la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) en Guyane.

Il semblait nécessaire dans le troisième chapitre de retracer les grandes étapes du déploiement du système de soins en Guyane. Héritière d'un système spatial colonial et carcéral, le développement de l'offre

de soins et de prévention débuta véritablement en 1947 avec la départementalisation et l'arrivée du préfet R.Vignon. La Guyane fût alors divisée en cinq secteurs sanitaires, eux-mêmes sous divisés sur les 12 communes de la bande littorale ; le reste du territoire étant le territoire de l'Inini. Il fallut attendre la mise en place de la carte sanitaire en 1979, soit 9 ans après sa promulgation dans l'Hexagone pour que soit intégré le territoire de l'Inini dans ce découpage sanitaire désormais fondé sur 8 secteurs sanitaires. Durant la décennie 1980, la Guyane semble une région oubliée de l'Etat Central malgré les besoins demandés par les acteurs politiques en termes d'infrastructures, de matériel, de coordination et de personnels. Au début des années 1990, les travaux de recherche de Sophie Bourgarel (1994) font état d'une situation proche de celle décrite précédemment, avec néanmoins avec quelques changements. Elle identifie 12 secteurs sanitaires établis par la DASS qui reprennent souvent les limites d'un ensemble de communes et pointe le rôle des structures de prévention, en particulier pour la santé des plus démunis. Au début des années 2000 « Au vu des conditions précaires dans lesquelles les soins étaient donnés dans les centres de santé et de leur état de délabrement pour certains, qui faisaient courir un risque médical aux patients, il a été décidé de transférer du département à l'Etat la responsabilité des centres. » [Sénat, 2000, p.2837]. Toutefois, dans un contexte de multiples réformes interministérielles et de santé publique (1998, 2002, 2004), des services publics furent créés (PASS, les CCAS) et des acteurs associatifs investirent le « champ de la santé pris dans son sens large, c'est à dire étendu à l'ensemble du secteur socio-sanitaire » [S. Fleuret, 2005]. En Guyane, des associations actives sont créées et sont particulièrement impliquées dans les domaines de l'accompagnement social, de la médiation en santé, de la prévention et promotion de la santé. Des associations de solidarité internationales françaises telles que Aides (1988), la Cimade (2004), le CPS de Croix Rouge Française (2006), Médecins Du Monde (2005) ; et des associations locales telles que Entr'Aides (2003), la DAAC (2005), l'AFDG (2006) investirent l'action.

Dès la départementalisation, Cayenne - incluse dans la Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (depuis 2012) – a accueilli une très grande partie des services publics et de santé en tant que pôle économique, administratif et démographique majeur de la Guyane. Depuis la décennie 2010, les associations « (...) participent à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique territoriale de santé de Cayenne en direction des quartiers en Politique de la Ville, et (...) sont également, en grande majorité celles qui portent les actions sur le territoire. » [Ville de Cayenne, CLS, 2016, p.7]. Depuis 2017, l'ensemble de ces acteurs qui agissent sur la CACL sont dans l'un des quatre sous territoires définis par l'ARS afin de « favoriser la représentativité des particularismes territoriaux de la Guyane » [ARS Guyane, 2017.a] au sein d'un seul territoire de démocratie sanitaire et un seul CTS équivalent à toute la région.

Dans la CACL, une enquête sur « l'Accès aux Soins Et au droit à la Santé des populations vulnérables de l'Île de Cayenne » (ACSES), révèle que sur le plan de l'accès aux soins, 21 % des personnes venues en consultations lors des sorties mobiles de la Croix-Rouge Française avaient déjà renoncé à des soins. Les « populations vulnérables » dont il est question, sont généralement des personnes immigrées qui vivent dans les quartiers d'habitat dits « spontanés » [R. Colombier et al., 2017] les plus détériorés. En perpétuel

mouvement l'identification de ces espaces et des populations en situation de vulnérabilité « (...) rend difficile l'exercice prospectif de planification de l'offre régionale de soins » [ARS, PRAPS, p11, 2018].

Ces populations, sont au cœur des enjeux actuels de la territorialisation dans la mesure où les espaces « spontanés » dans lesquels ces populations résident ne sont pas tous inclus dans les dispositifs d'aides spécifiques de la politique de la ville. De plus, elles requièrent une attention particulière au regard des conditions matérielles dans lesquelles elles vivent, et au regard de leur état de santé (plus dégradé) et de leur recours aux soins de santé (plus tardifs). Elles sont cependant mal connues, mal recensées et difficiles à rencontrer. Ce peut-être aussi le cas des structures qui les prennent en charge¹⁶⁰. Ainsi, saisir la territorialisation sanitaire en cours en portant une attention particulière sur ces populations vulnérables et migrantes nécessite de mettre en place une méthodologie d'obtention des données sur les différents groupes d'acteurs étudiés : les acteurs de la politique de santé, les acteurs des soins de santé et les populations vulnérables et migrantes.

¹⁶⁰ « Recenser et cartographier les compétences existantes sur le territoire » (Ars Guyane, 2018.d, SRS, 2018 -2022, p.138), « recenser l'ensemble de l'offre de soins et médico-sociale disponible sur le territoire » [Regards Santé, 2017, p.85], « Identifier et actualiser avec les acteurs concernés les besoins de connaissance à combler en priorité dans les champs suivants : démographie des professionnels (...) » [Ars Guyane, 2018.e, COS 2018 -2022, p.48] étant un objectif récurrent attendu dans les multiples documents structurant l'organisation des soins.

Partie II

Enjeux des collectes et de leurs analyses : l'intérêt de l'analyse de réseau

Cette seconde partie a pour objectif de présenter la méthodologie employée. Ce travail, dont la collecte des données a été menée entre 2016 et 2019, propose une « photographie » des logiques et stratégies des acteurs qui interviennent auprès des populations vulnérables sur le territoire de la CACL. Cette partie compte trois chapitres.

Le premier chapitre porte sur la méthodologie des deux enquêtes menées respectivement auprès des acteurs de la politique de santé et des acteurs des soins de santé.

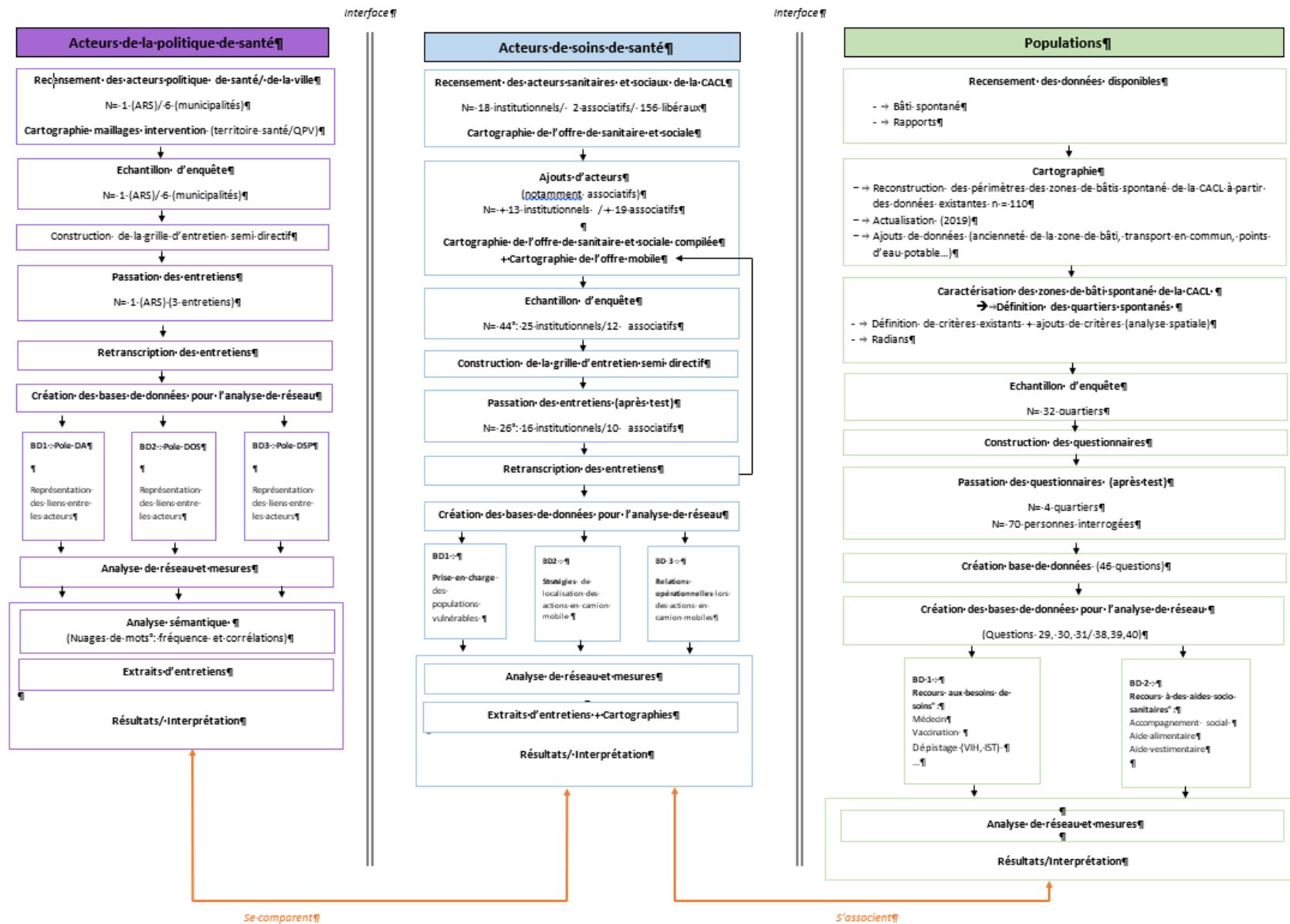
Le second chapitre, quant à lui, expose la méthodologie de l'enquête menée auprès des populations vulnérables vivant dans les quartiers spontanés de la CACL.

Dans la mesure où la territorialisation sanitaire croise différents niveaux et sphères d'acteurs, il s'agit d'une part, de saisir l'organisation des acteurs des soins de santé, soit ceux intervenant auprès des populations pour la prise en charge de leurs besoins. D'autre part, il s'agit de recueillir la vision de cette organisation des acteurs des soins de santé du point de vue des acteurs politiques, en l'occurrence celle des différents pôles de l'Agence Régionale de Santé de la Guyane. Concernant, le dernier niveau investigué, les populations vulnérables, il s'agit de mettre en place une méthodologie pour identifier les lieux potentiels de rencontre des populations vulnérables et migrantes, afin de recueillir un ensemble de variables socio-économiques, ainsi que leurs pratiques d'accès (recours et renoncement) à des soins de santé et à des aides à caractère social.

L'enjeu général de ces trois enquêtes est de mettre en parallèle leurs analyses. Ainsi, il s'agira de mettre particulièrement en regard les résultats portant sur l'organisation de la prise en charge des acteurs des soins de santé et les résultats portant sur les pratiques réelles des lieux et raisons de l'accès aux soins de santé des populations (figure 31).

Le troisième chapitre exposera alors l'intérêt d'allier les différentes méthodes d'enquêtes menées : les entretiens et les questionnaires ; et d'allier les différentes méthodes d'analyses : quantitatives et qualitatives à travers une Recherche par Méthode Mixte.

Figure 31 : Etapes méthodologiques jusqu'à analyse des données



Chapitre IV

Recueillir l'information auprès des acteurs des soins de santé et des acteurs de la politique de santé

« (...) ce sont des sciences entières qui n'ont pas déterminé la portée de leurs concepts et qui oublient que les déterminations numériques ne doivent en aucun cas dépasser en exactitude les moyens de détection. »

Gaston Bachelard, 1934, « La formation de l'esprit scientifique », p.244

La première partie de ce chapitre est consacrée au recueil de données et à l'élaboration d'échantillons d'acteurs, tandis que la seconde se consacre à la méthode d'élaboration des entretiens par questionnaires semi-directifs auprès des acteurs des soins de santé et de l'ARS.

Aux prémices de ce travail les données concernant l'offre de soins de santé en Guyane étaient incomplètes dans les sources d'informations existantes, et notamment en matière d'offre associative. C'est pourquoi, il s'est agi dans un premier temps de recenser les acteurs des soins de santé agissant en structures (fixes) et dispositifs (mobiles) dans la CACL, puis d'établir un échantillon de ces derniers pour mettre en place des enquêtes auprès d'eux par entretien semi-directif. Les questions de recherche étant portées sur l'organisation des acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables, il s'est agi deuxièmement de recueillir auprès de l'ARS les éléments qu'ils conçoivent et perçoivent de l'organisation de ces acteurs des soins de santé. Cette vision a été recueillie auprès des trois pôles de direction de l'ARS Guyane par des entretiens semi-directifs.

Il s'agira de décliner dans ce chapitre la collecte des données, l'élaboration des échantillons d'enquête, la construction des entretiens semi-directifs et les conditions de passation de ces derniers.

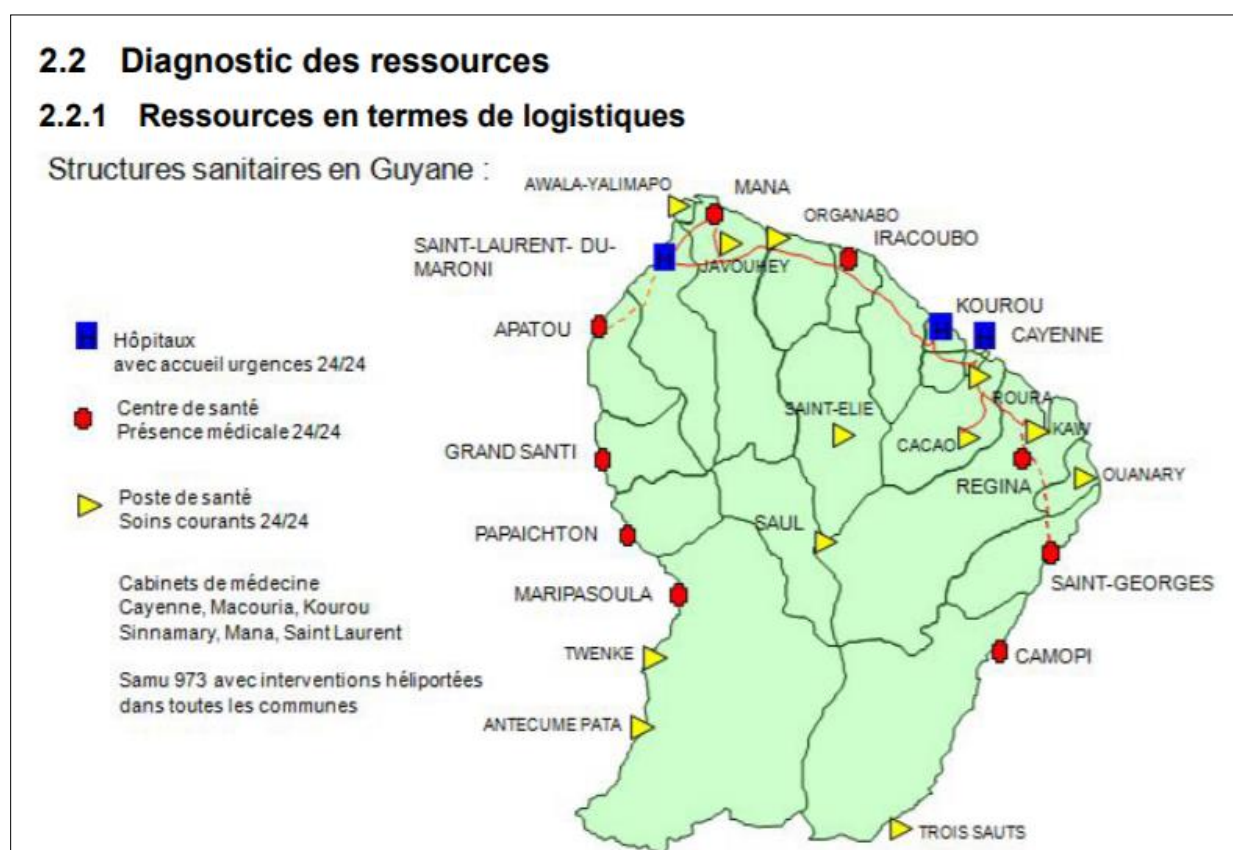
1 – Collecte de données : recenser et classifier l'offre existante

1.1 La nécessité d'une collecte pour pallier un manque de données concernant les acteurs des soins de santé dans la CACL

1.1.1. Le recensement des acteurs sanitaires et sociaux...

Dans un premier temps, sur la zone d'étude concernée, la CACL, un inventaire des structures et dispositifs¹⁶¹ sanitaires et sociaux a été effectué dès le début du travail de thèse en 2016. La difficulté majeure du recensement résidait sur le fait qu'à notre connaissance, en 2016, aucun « inventaire » et aucune cartographie globale de l'offre : sanitaire, médico-sociale mais aussi de prévention, promotion de la santé et accompagnement social qu'elle soit institutionnelle ou associative existait en Guyane. Des données existantes n'étaient pas exploitables en l'état : des cartographies du PRS 2011- 2015 (cartes 14, 15, 16) et ce jusqu'en 2018 (carte 17), ou des bases de données non mises à jour ou inexistantes¹⁶²

Carte 14 : Structures sanitaires en Guyane, Schéma Régional de Prévention (SRP) 2011 - 2015, source : ARS Guyane, 2015.b, p.21



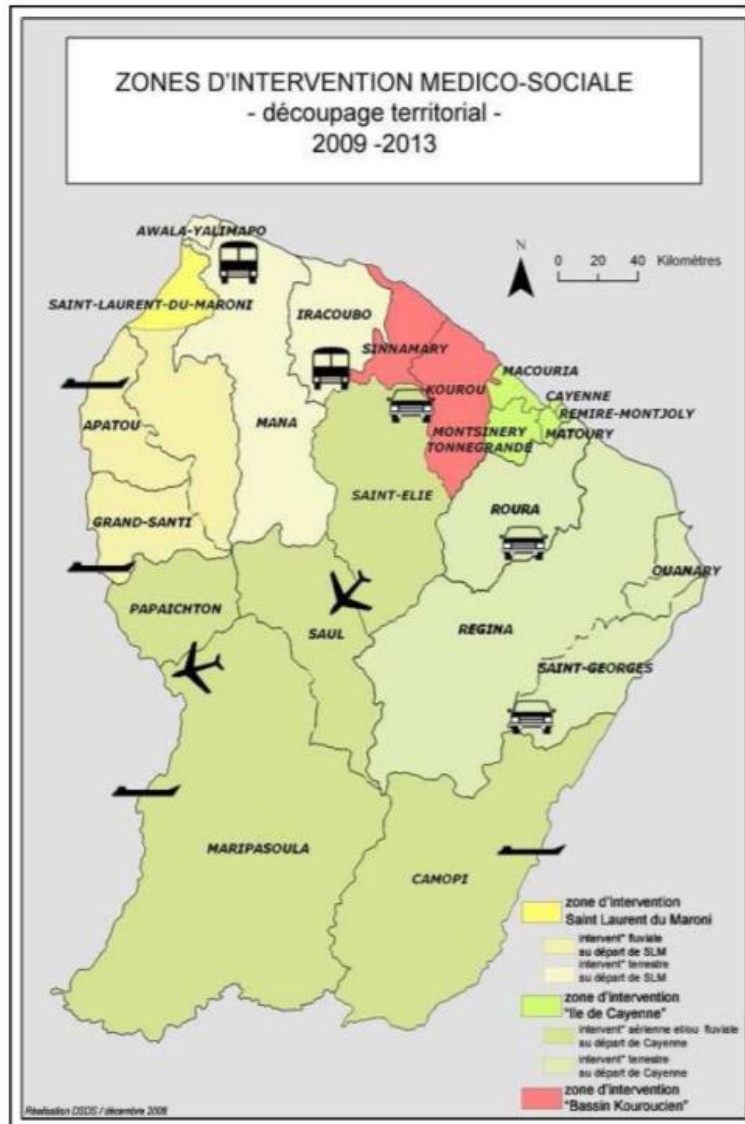
¹⁶¹ Par structure il est entendu les structures, établissements « physiques ». Par dispositifs il est entendu toutes les démarches mouvantes, par exemple : les camions mobiles, les aides des médiateurs dans des quartiers.

¹⁶² L'offre associative

Carte 15 : L'offre médico-sociale en Guyane, Schéma d'organisation médico-social de la Guyane (SOMS) 2011-2015,
 Source : ARS Guyane, Conseil Général de la Guyane, 2015.c, p 40

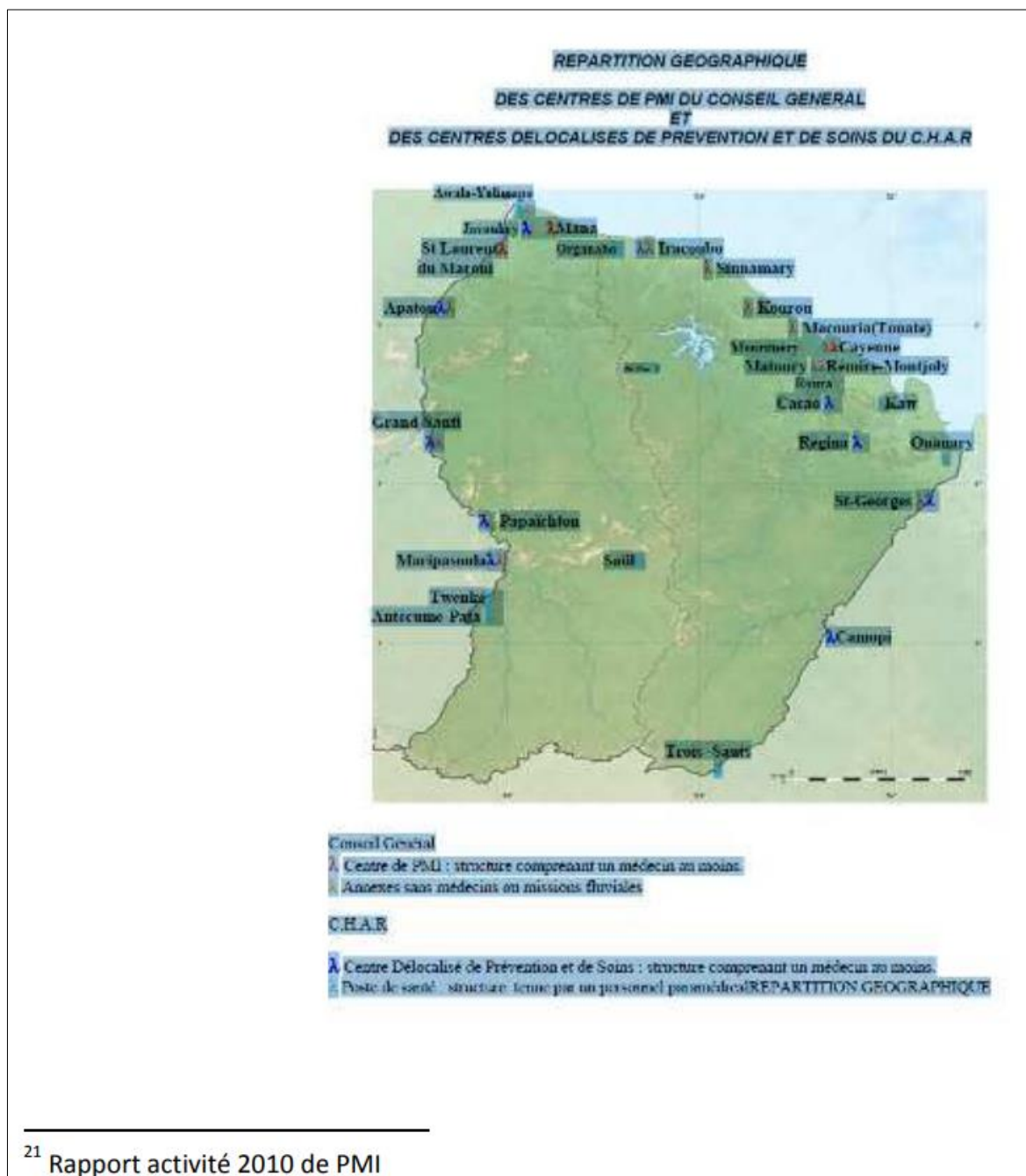
4.3 Panorama de l'offre médico-sociale

4.3.1 Répartition sur le territoire



Découpage territorial par zones d'intervention - Source : DSDS 2008

Carte 16 : Centres de PMI en Guyane, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), 2011 - 2015, source : ARS
 Guyane, 2015.a, p.52



Carte 17 : Géolocalisation des structures de santé, Le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) 2018-2028 », source : ARS
Guyane, 2018.e, p.33



Dans ce contexte, un important travail de collecte a été effectué sur les annuaires gouvernementaux des structures de santé (Finess¹⁶³) et l'annuaire des professionnels de santé (Rpps et Adeli¹⁶⁴). Mais aussi,

¹⁶³ Finess Sante Gouv.fr.a « Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux », URL : <<http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>>

¹⁶⁴ Annuaire.sante.fr, « Professionnels autorisés à exercer RPPS et ADELI », en ligne, URL : <<https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/extractions-publiques>>

auprès d'acteurs locaux disposant d'annuaires et de sites internet pouvant contenir les offres associatives¹⁶⁵ afin d'être le plus complet possible. A l'issue de ce recensement, ces acteurs ont été cartographiés : acteurs institutionnels et associatifs.

Toutefois, fin 2019, des données publiques ont été réactualisées, géolocalisées et publiées par l'Agence d'Urbanisme et de Développement de la Guyane (Audeg)¹⁶⁶. Ces données concernaient : les établissements de santé publics et privés (hôpitaux, cliniques, CDPS), les établissements médico-sociaux prenant en charge notamment les personnes souffrant d'addictions, les personnes sans domicile fixe ou vivant dans des conditions inappropriées à des soins (Carrud, Csapa, Act, Lam, Lhss), les PMI, les professionnels libéraux (Médecins généralistes, Dentistes, Sages-Femmes), les laboratoires, et les pharmacies. Néanmoins, cette base et cartographie ne fait pas état de toute l'offre disponible, notamment en matière associative particulièrement active. « Dense et mal répartie sur le territoire » [ARS Guyane, 2018, PRS COS, p.29]. Elle fait pourtant l'objet de « mise en œuvre d'actions non programmées, souvent sur l'impulsion des acteurs de terrain » [ARS Guyane, 2018, PRS COS, p.38]. Depuis les années 2000, une partie de l'offre de prévention est assurée via les acteurs associatifs qui peuvent exercer des missions de service public [Légifrance, 2002,2010]. Certains, comme la Croix Rouge Française, Médecins du Monde, et des associations locales mettent par exemple en place des équipes mobiles (« outreach practices » [P.Chauvin, 2012]), d'où l'importance de recueillir ces informations.

Ainsi les données et la cartographie ont été complétées. Issues d'une collecte et d'un géoréférencement personnel, elles présentent des acteurs qui interviennent dans les champs de la prévention (primaire et secondaire) et la promotion de la santé (dépistage VIH/Sida, IST, LAT, vaccination, interventions en RDR, TROD), l'accompagnement social (aide dans les démarches administratives), l'insertion sociale (aide vestimentaire...), l'aide alimentaire, les réseaux de soins, l'accès aux droits (Préfecture, OFFI, CGSS).

Ces champs nouvellement ajoutés peuvent paraître vastes dans la mesure où certains outrepassent le « soin » curatif. Toutefois l'OMS a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». De plus, la loi de 2016 vise la structuration des parcours de santé, et celle de 2019 cherche à renforcer les collaborations pluridisciplinaires, en particulier avec les acteurs sociaux, et ceux agissant dans la prévention. Dans cette perspective, un ensemble d'acteurs – outre ceux qui agissent de manière curative - doivent être mobilisés. Ici, ces champs interviennent pour prendre en considération une « prise en charge globale » du patient. « En effet, comment prescrire un soin cohérent et acceptable si l'on ne tient pas compte des conditions de vie du

¹⁶⁵ Guyane Promo Santé, « Annuaire des structures en éducation et promotion de la santé de Guyane », en ligne, URL :< <http://gps.gf/annuaire/>> ; Blada, « Actualités des associations », en ligne, URL :< <https://www.blada.com/associations/actualites/>>

¹⁶⁶ Géoguyane, « Portail Géographique de la Guyane », en ligne, URL :< <https://www.geoguyane.fr/accueil/recherche>>. Données à retrouver à l'adresse suivante, Géoguyane (2019), « Carte de l'offre de santé et de soins en Guyane (2019) », en ligne, URL :<<https://catalogue.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/09a993b7-9515-4cca-b3c1-b20c795e8b71>>

malade ? » [M-C.Lebon, 2008]. Ces champs interviennent sur la santé d'une personne tout en la prenant « (...) en compte en tant que personne spécifique, avec ses caractéristiques particulières, et non pas en tant que « porteur d'une maladie » » [O.Bouchaud, 2007].

Afin de mieux structurer l'ensemble de ces acteurs des soins de santé, ils ont été classifiés en s'inspirant de la classification du Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (Finess)¹⁶⁷. Cette classification a été adaptée au regard des données nouvellement collectées. En d'autres termes, les catégories Finess ont été utilisées et d'autres ont été créées. L'affectation au domaine d'activité pour un acteur s'établit donc sur une simplification des activités réellement menées en une catégorie (tableau 8). Deux exemples peuvent être exposés pour expliquer la démarche.

Premièrement, la PASS Générale du CHAR de Cayenne est classifiée dans « Accès aux soins », en réalité ce service est biciphale. A « l'interface du médical et du social » [V.Pfister, L.Guiboux, J.Naitali, 2014]. Une partie de son activité est consacrée aux soins des patients vulnérables (consultation de médecine générale et orientation vers les autres services du CHAR pour des examens et soins curatifs complémentaires si besoin), tandis que l'autre partie de son activité est consacrée à l'accompagnement dans les démarches administratives des patients pour accéder à leurs droits à la santé (exemple : l'AME). Finalement, ce type de service a été maintenu dans le domaine de « l'accès aux soins »¹⁶⁸, d'autant plus que la structure auquel il appartient est une structure hospitalière.

Deuxièmement, le domaine d'activité de la « Prévention » a été plus détaillé pour deux raisons. D'une part le public concerné n'est pas le même. En effet, dans les PMI le suivi concerne uniquement les femmes et les enfants en bas âge. D'autre part, la prévention exercée n'est pas la même. Par exemple, certains acteurs peuvent être associés à la prévention primaire comme les acteurs faisant des actes visant à diminuer le nombre de nouveaux cas d'une pathologie (exemple : la vaccination) ou en agissant sur les conduites individuelles à risque (exemple: promotion de la santé); mais aussi à la prévention secondaire tels que les acteurs faisant des actes destinés à agir au début de la maladie afin de s'opposer à son évolution (exemple : traitements apportés à la suite d'un dépistage positif à une pathologie). C'est pourquoi, trois catégories seront identifiées dans la prévention. La première « Prévention/soin/périnatalité » concerne les PMI. La seconde « Prévention/promotion de la santé » concerne les acteurs qui distribuent du matériel de prévention des risques (en santé sexuelle et reproductive ; liés aux drogues et addictions) et font de la promotion de la santé (informations sur les conduites individuelles en matière de santé) et du dépistage. Ce, à la différence des acteurs de troisième catégorie « Prévention/soins/promotion de la santé » qui exercent en plus des activités précédentes des soins (de type : vaccination, dépistage, consultation de médecine générale) mais délivrent

¹⁶⁷ Finess Sante Gouv.fr.b « Fichier National des Etablissements sanitaires et sociaux – Nomenclatures – Catégories d'établissements », en ligne, URL :< <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/nomenclatures.do>>

¹⁶⁸ Finess Sante Gouv fr.b « Fichier National des Etablissements sanitaires et sociaux – Nomenclatures – Catégories d'établissements », en ligne, URL :< <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/nomenclatures.do>>

aussi les traitements nécessaires en cas de détection d'une pathologie (tableau 8). Les autres acteurs recensés agissant dans le soin, notamment les « réseaux de soins », ont été classés dans une autre catégorie.

Concernant les acteurs qui agissent sur la santé des individus avec une dimension plus sociale, ils ont été classés dans la catégorie « accompagnement social », ce sont les acteurs qui font de la médiation en santé et/ou visent à accompagner les personnes dans leurs démarches administratives. Une catégorie « insertion sociale » a été utilisée, ce sont les acteurs qui offrent des aides telles que les aides vestimentaires, l'accès à des douches. Une catégorie regroupe les acteurs faisant de « l'aide alimentaire ». Et enfin une catégorie « Accès aux droits » regroupe les acteurs tels que la CGSS qui œuvre dans l'accès à une couverture santé, la préfecture, l'OFFI qui œuvrent dans la régularisation administrative de personnes en situation irrégulière.

Tableau 8 : Typologie des domaines d'activités des acteurs sanitaires et sociaux (institutionnels et associatifs) établie à partir de la classification FINESS

Domaine d'activité	Caractéristiques à partir de la nomenclature FINESS¹⁶⁹
<i>Accès aux soins</i>	1000 Etablissements Relevant de la Loi Hospitalière <ul style="list-style-type: none"> - 1100 Etablissements Hospitaliers <ul style="list-style-type: none"> o 1102 Centres Hospitaliers (ex : CH de Cayenne et ses différents services) - 1205 Autres Etablissements Relevant de la Loi Hospitalière <ul style="list-style-type: none"> o 698 Autre Etablissement Loi Hospitalière o 699 Entité Ayant Autorisation (ex : cliniques) 2000 Autres Etablissements de Soins et Prévention <ul style="list-style-type: none"> - 2100 Cabinets Libéraux (ex : médecins libéraux)
<i>Médico-social</i>	4000 Etab.Serv.Soc.d'Accueil Hébergement Assistance Réadaptation <ul style="list-style-type: none"> - 4600 Autres Etab. Accueil, Hébergement, Réadaptation et Services <ul style="list-style-type: none"> o 4601 Etablissements pour Adultes et Familles en Difficulté (ex : CHRIS Samu Social) o 4604 Autres Etablissements médico-sociaux (ex : ACT de Rémire-Montjoly, RDS CARRUD de Cayenne, CSAPA de Roura)
<i>Prévention, soin, périnatalité</i>	2000 Autres Etablissements de Soins et Prévention <ul style="list-style-type: none"> - 2202 Etablissements de PMI et de Planification Familiale (ex : PMI)
<i>Prévention, soin, promotion de la santé</i>	2000 Autres Etablissements de Soins et Prévention <ul style="list-style-type: none"> - 2200 Autres Etablissements de Soins et Prévention <ul style="list-style-type: none"> o 2201 Dispensaires ou Centres de Soins o 2206 Centres de Santé (ex : CPS CRF) Acteurs qui distribuent du matériel de prévention des risques (en santé sexuelle et reproductive ; liés aux drogues et addictions) et font de la promotion de la santé (informations sur les conduites individuelles en matière de santé), du dépistage + possibilité de prise en charge avec un traitement.
<i>Prévention, promotion de la santé</i>	Inexistante dans la nomenclature FINESS Acteurs qui distribuent du matériel de prévention des risques (en santé sexuelle et reproductive ; liés aux drogues et addictions) et font de la promotion de la santé (informations sur les conduites individuelles en matière de santé) et du dépistage.
<i>Réseaux de soins</i>	Inexistante dans la nomenclature FINESS

¹⁶⁹ Finess Sante Gouv.fr « Fichier National des Etablissements sanitaires et sociaux – Nomenclatures – Catégories d'établissements », en ligne, URL :< <http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/nomenclatures.do>>

Autres catégories à dimension sociale :

<i>Accompagnement social</i>	<i>Acteur public communal (ex : CCAS) Acteurs locaux ayant dans leurs missions l'accompagnement et de médiation dans les démarches des usagers (ex : Association DACC)</i>
<i>Insertion sociale</i>	<i>Acteurs locaux qui apportent des aides à caractère social à bas coût ou gratuitement : aides vestimentaires, douches. (ex : Vestiboutique de CRF, CRF Espace Bébé Maman, Secours Catholique)</i>
<i>Aide alimentaire</i>	<i>Acteurs qui apportent des aides alimentaires. (ex : PFA de CRF)</i>
<i>Accès aux droits</i>	<i>Acteurs publics administratifs. (ex : Préfecture, OFFI, CGSS)</i>

Catégories ajoutées

Une fois classifiés par domaine d'activité, les acteurs appartenant à des structures ou agissant en dispositif mobile ont été renseignés également sur leur commune d'appartenance de la CACL, et leur statut (institutionnel et associatif).

Les acteurs ont donc 3 critères :

1. Leur commune d'appartenance : l'une des 6 communes de la CACL.
2. Leur statut : associatif ou institutionnel.
3. Leur domaine d'activité : Accès aux soins, Médico-Social, Prévention et soins en périnatalité, Prévention, soins et Promotion de la santé, Prévention et Promotion de la santé, Accompagnement social, Insertion sociale, Aide alimentaire, Réseaux de soins, Accès aux droits.

Ce recensement était nécessaire dans la mesure où « dans des contextes où le déficit en ressources cartographiques, inégal selon les lieux (...) contraint le chercheur à produire ses propres cartes ou levées de terrain, plus ou moins approximatives. Le premier rapport au terrain est souvent dicté par cette nécessité de construire sa cartographie. » [R.Pourtier et G.Hugonie, 2007]. De plus, ce travail peut constituer une réponse partielle à l'un des objectifs actuels du SRS de l'ARS Guyane : « Repérer sur chaque territoire d'actions les initiatives locales fédérant et intégrant les acteurs sur les problématiques prioritaires de santé en cohérence avec le PRS : mettre en œuvre une base de données cartographique des acteurs et des actions par thématique du PRS (type « OSCARS santé ») » [ARS Guyane, 2018.d SRS, 2018-2022, p.31].

1.2.2...un recensement diversifié des acteurs des soins de santé : institutionnels et associatifs

Ainsi, les données présentées sur la carte 18 et le tableau 9, à partir des données de Géoguyane, se concentrent sur l'offre sanitaire soit les établissements hospitaliers (publics et privés), les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), l'offre de soins médico-sociale soit les établissements et services prenant en charge notamment les personnes souffrant d'addictions, les personnes sans domicile fixe ou vivant dans des lieux inappropriés à des soins (Carrud, Csapa Lam, Lhss) ; l'offre de prévention infantile soit les centres

de protection maternelle et infantile (PMI), et les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, les dentistes, les sages-femmes).

Dans un souci de cohérence pour la suite de ce travail, les données et les cartographies ne représentent pas la diversité des acteurs agissant dans la prise en charge de besoins plus spécifiques¹⁷⁰.

¹⁷⁰Tels que des acteurs agissant dans le domaine de l'autisme, le handicap physique et psychique, les maladies chroniques (dépistage, diabète... hors le VIH), les dispositifs spécifiques aux personnes âgées. L'offre sur les médecins spécialistes (chirurgie, ophtalmologie...), les professionnels paramédicaux (kinésologues) pharmacies, laboratoires est également non représentée sur cette cartographie. De plus, l'offre représentée est celle où le professionnel de santé est géolocalisé, en l'absence d'adresse le professionnel même recensé au RPPS n'y figure pas.

Carte 18 : L'offre sanitaire et médico-sociale dans la CACL en 2019, données sources : Géoguyane, 2019

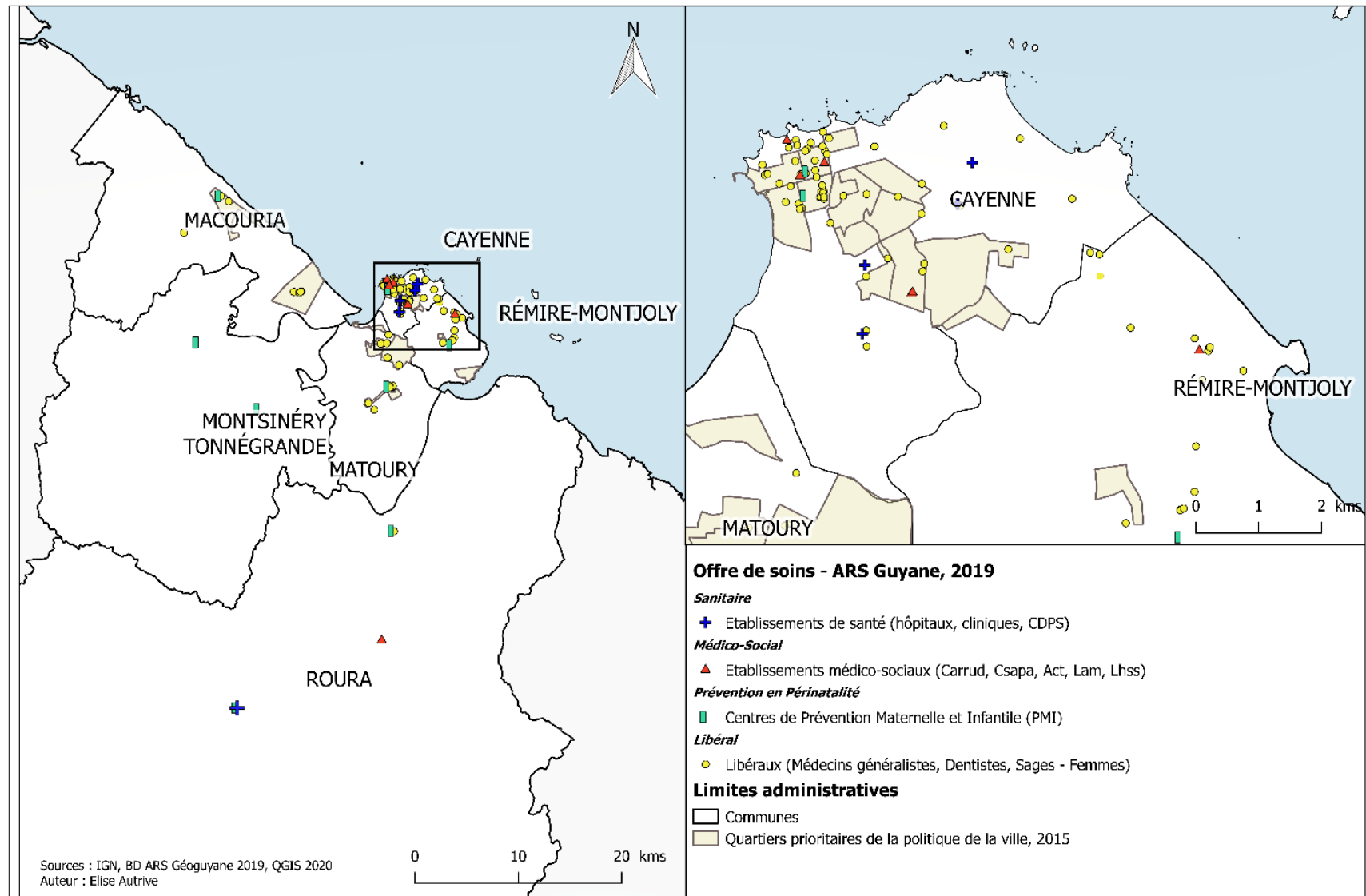


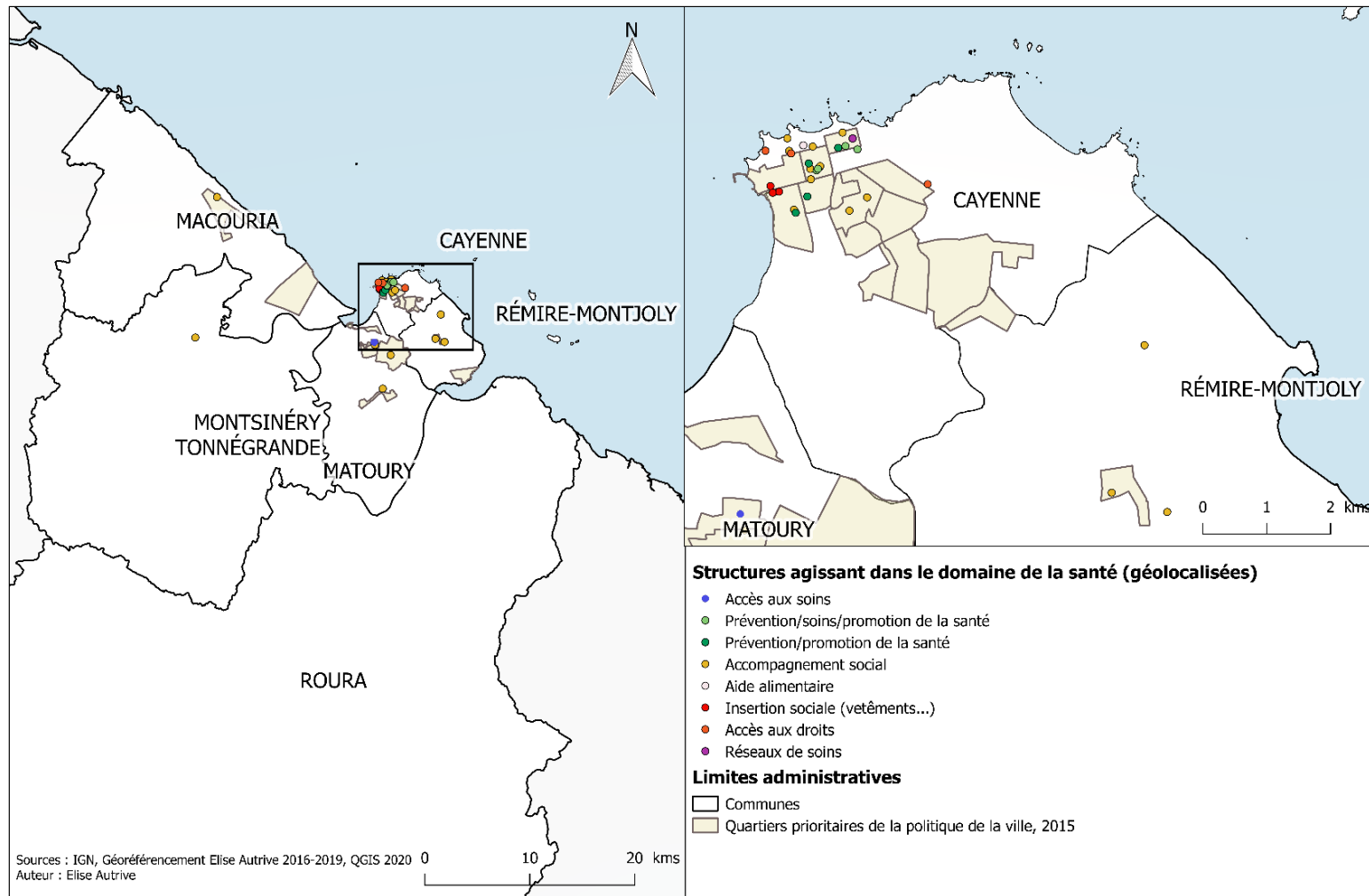
Tableau 9 : Acteurs institutionnels et associatifs présents en 2019 par communes de la CACL et par domaine d'activité (annexe 13 pour plus détails), données sources : Géoguyane

Statuts	Institutionnels									Associatifs			
Domaines d'activités	Accès aux soins (public et privé)	Médico-Social	Prévention/ Soins / en périnatalité	Total institutionnels / commune	Libéraux	Médecins généralistes	Libéraux	Dentistes	Libéraux	Sages-Femmes	Total libéraux / commune	Médico-social	Total associatifs / commune
Communes													
Cayenne	4	3	2	9	51		21		14		96	1	1
Rémire			1	1	13		3		6		23	1	1
Matoury			1	1	14		7		13		35		
Montsinéry-Tonnégrande			2	2	0				1		3		
Macouria			1	1	4		4		3		12		
Roura	1	1	2	4	2						6		
Total CACL/ domaine d'activité	5	4	9	18	84		35		37		156	2	2

Les cartes 19 et 20 font état des acteurs des soins de santé collectés et géolocalisés. Au total, 32 acteurs ont été ajoutés aux données existantes (13 institutionnels et 19 associatifs, tableau 10). A nouveau, ces données ne concernent pas les offres « spécifiques » exposées précédemment. Néanmoins cette offre a été précisée. La carte 19 présente les acteurs des structures institutionnelles et associatives pour les domaines d'activité allant du soin à l'accompagnement social.

La carte 20 présente l'offre issue des pratiques d'acteurs agissant en camion mobile qui s'inscrivent notamment dans les domaines d'activité de la prévention/soins/promotion de la santé. L'ensemble des acteurs a un domaine d'activité qui leur a été affecté selon la classification adaptée du Finess.

Carte 19 : Acteurs collectés agissant auprès des populations vulnérables dans la CACL¹⁷¹



¹⁷¹ Ici encore, l'offre représentée sur cette cartographie est réalisée au regard du travail de thèse. Ici ne figure pas et volontairement l'offre destinée à certains publics : les personnes âgées, les personnes aux pathologies telles que le handicap, l'autisme.

Carte 20 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la CACL

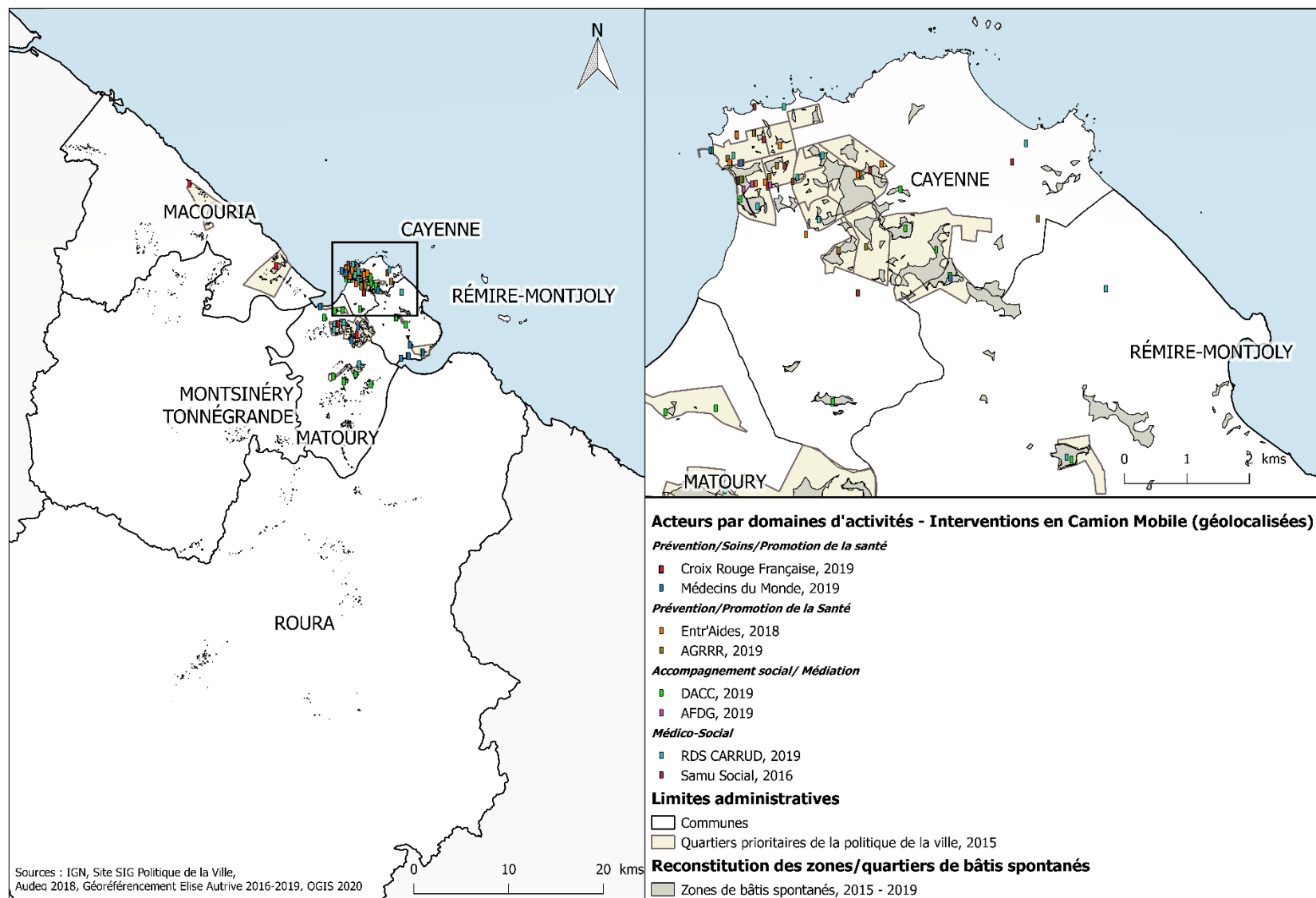


Tableau 10 : Acteurs institutionnels et associatifs collectés par communes de la CACL et par domaine d'activité (annexe 14 pour plus de détails)

Statuts	Institutions							Associations								
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels ajoutés / commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Aide alimentaire	Insertion sociale	Réseaux de soins		Total associatifs ajoutés / commune	Total général
Communes				+1	+2	+3	6	0	+3	+2	+4	+1	+4	+4	18	24
Cayenne					+1		1	0			+1				1	2
Rémire	+1	+1			+1		3								0	3
Matoury					+1		1								0	1
Montsinéry-Tonnégrande					+1		1								0	1
Macouria					+1		1								0	1
Roura					+1		1								0	1
Total acteurs CACL ajoutés/ domaine d'activité	1	1	0	1	7	3	13		3	2	5	1	4	4	19	32

1.2 Deux échantillons d'enquêtes pour appréhender la territorialisation sanitaire en cours

1.2.1 L'échantillon des acteurs sanitaires et sociaux pour appréhender l'organisation des acteurs en charge des populations vulnérables

Les rapports structurant la politique de santé mise en œuvre en Guyane : Plan Régional de Santé (PRS1 – 2011-2015) et ses déclinaisons de schémas^{172 173 174 175} ont été étudiés afin d'y trouver les liens concernant les coordinations entre acteurs. Toutefois peu d'informations étaient identifiables en matière d'identification de la coordination des acteurs dans ces différents rapports. Des informations ont été recherchées également de visu auprès des réseaux de santé (GPS, COREVIH...) et de leurs rapports, mais là encore la description des relations entre les acteurs n'était que peu précisée. Ce manque d'informations en matière de coordination est également présent dans les rapports concernant les dispositifs de la politique de la ville^{176 177 178}. D'autres documents confortent ces constats : l'évaluation du PRS1¹⁷⁹, du Centre de Ressources de la Politique de la Ville [CRPV, 2005¹⁸⁰], ou du Conseil national du Sida [CNS, 2018¹⁸¹]. Cette absence interroge : est-ce dû à un manque d'informations dans les documents conçus par l'ARS ? Est-ce dû à une absence de coopération, ou une absence de coordination entre les acteurs concernés ?

Des éléments de réponse partiels à ces questions ont pu être identifiés dans des rapports locaux et nationaux. Ils font le constat d'un manque d'identification des acteurs et de pilotage en matière de coordination : « Identifier et actualiser les sources d'information existantes permettant de répondre aux besoins de connaissance (...) » [ARS Guyane ,2018.e, PRS2 COS, p.48]; « (...) la nécessaire coordination des activités de prévention et des acteurs impliqués, permettant de couvrir les besoins locaux, n'est pas assez exercée »

¹⁷² ARS Guyane (2015.a) « ARS de Guyane, Schéma Régional D'organisation Des Soins (Sros), 2011 - 2015 », en ligne, URL :< https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SROS_2011-2015.pdf>

¹⁷³ ARS Guyane (2015.b), « ARS de Guyane, Schéma Régional de Prévention (SRP) 2011 – 2015 », en ligne, URL :< https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SRP_Guyane_version_finale13-02-2012.pdf>

¹⁷⁴ Source : ARS Guyane, CG Guyane (2015.c) « Conseil Général De La Guyane, Ars de la Guyane, Schéma d'organisation médicosociale de la Guyane (SOMS) 2011-2015 », en ligne, URL :< https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SOMS_Guyane_2011_Vdefinitive_Correction.pdf>

¹⁷⁵ ARS Guyane (2015.d) "ARS de Guyane Programme Régional d'accès à la Prévention et Aux Soins (PRAPS) 2011 - 2015 ", en ligne, URL<https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/PRAPS_2011-2015.pdf>

¹⁷⁶ CRPV (2015) « Contrat Local de Santé, Ville de Cayenne », en ligne, URL :< <https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2016/05/CLS-Cayenne.pdf>>. Se reporter aux pages 23,24.

¹⁷⁷ CRPV (2012) « Contrat Local de Santé de Matoury », en ligne, URL :< https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/CLS_Matoury.pdf>

¹⁷⁸ CRPV (2018) « Contrat Local de Santé de Macouria », en ligne, URL :<<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2018/02/Contrat-Local-de-Sant%C3%A9-de-Macouria-VF2-ARS.pdf>>

¹⁷⁹ Regards Santé (2017) « Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé de Guyane 2011-2015 », Bureau d'étude spécialisé en conseil, évaluation, accompagnement, formation et recherches-action en santé publique, en ligne, URL :< <https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-02/PRS%201%20Rapport%20final%20d%27%C3%A9valuation%20PRS1.pdf>>. Se reporter aux pages 18, 21 et 22.

¹⁸⁰ CRPV (2005), « Atelier Santé Ville - Ile de Cayenne - Contenu du document : Synthèse de l'analyse du diagnostic, Axes de réflexion prioritaires et organisation du travail, Novembre2004 -Avril 2005 ». Se reporter à la page 18.

¹⁸¹ CNS (2018) « Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles française », en ligne, URL :< cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-01-18_avi_fr_prise_en_charge.pdf>. Se reporter à la page 18.

[CNS, 2018, p.9] ; « Mettre en place une coordination locale entre les différents dispositifs d'accompagnement et notamment entre ceux de prévention, les expérimentations et les programmes ETP » [ARS Guyane, 2018.e, PRS 2 COS, p.49], mais notent aussi la présence « partenariats informels qui fonctionnent bien mais qui sont souvent liées à des individualités (non conventionnés par les structures) » [CRPV, 2005, p.18].

Ne pouvant interroger tous les acteurs répertoriés, des étapes ont été suivies pour parvenir à un échantillonnage basé sur les données de Géoguyane et de la collecte personnelle.

La première étape élimine les acteurs institutionnels libéraux (médecins, dentistes, sages-femmes) ; le seul CDPS (Roura) inclus dans cet échantillon ; et les acteurs associatifs agissant dans l'aide alimentaire, l'insertion sociale et les réseaux de soins. Au total cet échantillon inclut 42 acteurs : 30 institutionnels et 12 associatifs (tableau 11).

Ces premiers tableaux (tableaux 11 et 12) permettent de constater que les institutions et associations aux différents domaines d'activité se répartissent inégalement au sein des communes de la CACL. D'une part le nombre de structures associatives et institutionnelles présentes sur le territoire de la CACL est disparate, mais aussi les domaines d'activités présents. Pour les communes de Cayenne et de Rémire-Montjoly, des acteurs de statuts associatif et institutionnel sont présents, contrairement aux communes de Macouria, Matoury, Montsinéry-Tonnégrande et Roura qui ont seulement (et moins) d'acteurs institutionnels. Quant aux domaines d'activités exercés, tandis que Cayenne concentre tous les domaines d'activités exercés tant par les associatifs que par les institutionnels, les autres communes de la CACL ne comptent en moyenne que deux à trois domaines d'activités exercés. Enfin, certains domaines d'activités sont plus représentés par certains acteurs. L'accès aux soins (11,9%), le médico-social (11,9%), la prévention et promotion de la santé périnatale (21,4%), l'accompagnement social (16,7%) et l'accès aux droits (7,1%) sont notamment exercés par des structures institutionnelles publiques tandis que les domaines liés à la prévention, soins et promotion de la santé (7,1 et 4,8%) sont plus représentés par les acteurs associatifs.

La deuxième étape consista à « resserrer » l'échantillon sur lequel se basera l'enquête par entretien semi-directif (tableau 13). Pour cela, l'offre privée dans la catégorie « accès aux soins » a été supprimée dans la mesure où elle ne nous paraissait pas pertinente du point de l'organisation des acteurs qui agissent pour les populations ciblées dans cette étude (soit 3 acteurs). De plus, il a été supprimé une structure spécifique dans la catégorie médico-sociale dans la mesure où cette dernière intervient auprès des patients à domicile. Enfin, un centre de PMI situé sur la commune de Roura a été exclu (Cacao) dans la mesure où les services de PMI sont assurés dans le CDPS de Roura (ce CDPS a été exclu précédemment).

Au total, afin d'obtenir un échantillon représentatif des types de structures par commune, par statut mais surtout de la diversité des domaines d'intervention en matière de santé, 37 acteurs dont 25 acteurs institutionnels et 12 acteurs associatifs ont été sélectionnés (tableau 13) sur le total des acteurs de la base compilée précédente de 30 acteurs institutionnels (hors structures privées et libéraux) et 12 acteurs associatifs. Seul un domaine d'activité, celui de « l'accès aux soins » n'atteint pas les 50% de représentativité

(25%, tableau 15), toutefois cela s'explique par l'exclusion, souhaitée, dans l'échantillon des trois structures privées (hôpital et cliniques) sur les quatre présentes à Cayenne

En somme, l'échantillonnage s'établit strictement sur les acteurs définis sur les trois critères de la classification précédente : l'appartenance à une des six communes de la CACL, les statuts des acteurs institutionnels et associatifs, les domaines d'activités incluant : l'Accès aux soins, le Médico-Social, la Prévention/Soins en périnatalité, la Prévention/Soins/Promotion de la santé, la Prévention/ Promotion de la santé, l'Accompagnement social, l'Accès aux droits.

Tableau 11 : Compilation des données de Géoguyane et de la collecte personnelle, acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activité (annexe 15 pour plus détails)

Statuts	Institutions							Associations					
	soins aux soins (public/privé)	Médico-Social	en Soins/ Prévention/ périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels /commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune		Total général
Communes													
Cayenne	4	3	2	1	2	3	15	1	3	2	4	10	25
Rémire			1		1		2	1			1	2	4
Matoury	1	1	1		1		4						4
Montsinéry- Tonnégrande			2		1		3						3
Macouria			1		1		2						2
Roura		1	2		1		4						4
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	5	5	9	1	7	3	<u>30</u>	2	3	2	5	<u>12</u>	<u>42</u>

Tableau 12 : Part des acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activités sur l'ensemble des acteurs (compilation des données de l'ARS et de la collecte personnelle) sur le total général des acteurs (%)

Statuts	Institutions							Associations					Total général
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels / commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune	
Communes													
Cayenne	9,52	7,14	4,76	2,38	4,76	7,14	35,71	2,38	7,14	4,76	9,52	23,81	59,52
Rémire	0,00	0,00	2,38	0,00	2,38	0,00	4,76	2,38	0,00	0,00	2,38	4,76	9,52
Matoury	2,38	2,38	2,38	0,00	2,38	0,00	9,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,52
Montsinéry-Tonnégrande	0,00	0,00	4,76	0,00	2,38	0,00	7,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,14
Macouria	0,00	0,00	2,38	0,00	2,38	0,00	4,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,76
Roura	0,00	2,38	4,76	0,00	2,38	0,00	9,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,52
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	11,90	11,90	21,43	2,38	16,67	7,14	71,43	4,76	7,14	4,76	11,90	28,57	100,00

Tableau 13 : Acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaines d'activités inclus dans l'échantillon de travail (annexe 16 pour plus de détails)

Statuts	Institutions							Associations					Total général
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels / commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune	
Communes													
Cayenne	1	2	2	1	2	3	11	1	3	2	4	10	21
Rémire			1		1		2	1			1	2	4
Matoury	1	1	1		1		4						4
Montsinéry-Tonnégrande			2		1		3						3
Macouria			1		1		2						2
Roura		1	1		1		3						3
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	2	4	8	1	7	3	<u>25</u>	2	3	2	5	<u>12</u>	<u>37</u>

Tableau 14 : Part des acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activité sur l'ensemble des acteurs, inclus dans l'échantillon de travail (%)

Statuts	Institutions							Associations					Total général
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels / commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune	
Communes													
Cayenne	2,70	5,41	5,41	2,70	5,41	8,11	29,73	2,70	8,11	5,41	10,81	27,03	56,76
Rémire	0,00	0,00	2,70	0,00	2,70	0,00	5,41	2,70	0,00	0,00	2,70	5,41	10,81
Matoury	2,70	2,70	2,70	0,00	2,70	0,00	10,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,81
Montsinéry-Tonnégrande	0,00	0,00	5,41	0,00	2,70	0,00	8,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,11
Macouria	0,00	0,00	2,70	0,00	2,70	0,00	5,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,41
Roura	0,00	2,70	2,70	0,00	2,70	0,00	8,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,11
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	5,41	10,81	21,62	2,70	18,92	8,11	67,57	5,41	8,11	5,41	13,51	32,43	100,00

Tableau 15 : Représentativité de l'échantillon de travail (Tableau 13) vis-à-vis de la base de données compilée (Tableau 11) (%)

Statuts	Institutions							Associations					Total général
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels / commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune	
Communes													
Cayenne	25,00	66,67	100,00	100,00	100,00	100,00	73,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	84
Rémire	/	/	100,00	/	100,00	/	100,00	100,00	/	/	100,00	100,00	100
Matoury	100,00	100,00	100,00	/	100,00	/	100,00	/	/	/	/	/	100
Montsinéry-Tonnégrande	/	/	100,00	/	100,00	/	100,00	/	/	/	/	/	100
Macouria	/	/	100,00	/	100,00	/	100,00	/	/	/	/	/	100
Roura	/	100,00	50,00	/	100,00	/	75,00	/	/	/	/	/	75
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	40,00	80,00	88,89	100,00	100,00	100,00	83,33	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	88,09

1.2.2 L'échantillon des acteurs en charge de la déclinaison des politiques publiques de santé : quelle perception de l'organisation des acteurs ?

Après avoir recensé les acteurs des soins de santé, dans ce travail, il a été également souhaité de recenser les acteurs qui structurent la politique de santé en région. Il s'agit notamment de l'ARS Guyane. Cette dernière est composée en trois pôles : direction de l'Offre de Soins (DOS), la direction de l'Autonomie (DA), direction de la Santé publique (DSP). D'autre part, à une échelle plus locale encore, des communes sont dotées de Contrats Locaux de Santé (CLS), de Contrats de Ville, et peuvent intervenir sur les quartiers prioritaires dans le cadre de la politique de la ville. Le second échantillon (tableau 16) concerne donc strictement les acteurs de la politique de santé. Il inclut 1 structure, l'ARS (ses 3 pôles) et 6 municipalités (6 communes).

Tableau 16 : Recensement et échantillon des acteurs intervenant dans la politique de santé

Statuts	Institutions	
Domaines d'activités		
Communes	Politique régionale de santé	Municipalités
Cayenne	1	1
Rémire		1
Matoury		1
Montsinéry-Tonnégrande		1
Macouria		1
Roura		1
Total acteurs CACL/domaine d'activité	<u>1</u>	<u>6</u>

De cette manière l'objectif visé sera d'interroger 32 acteurs institutionnels (25 acteurs des soins de santé, 7 acteurs intervenant dans la politique de santé) et 12 acteurs associatifs, soit au total 44 acteurs.

2 - Les entretiens : comprendre les modalités relationnelles entre acteurs

2.1 L'élaboration des deux grilles d'entretiens : caractérisation et structure relationnelle

« L'entretien n'est ni une conversation amicale, ni une discussion, ni un interrogatoire, ni une interview journalistique, ni une confession » [F. Chevallier et V. Meyer, 2018]. Il existe principalement trois types d'entretiens : directifs, non directifs et semi-directifs. Lorsqu'ils sont mobilisés dans une recherche, ils visent « (...) à réunir des discours, des récits et des matériaux discursifs permettant de comprendre les représentations mentales et les pratiques des individus au sein des organisations investiguées » [opsit]. Dans l'optique d'éclairer les deux niveaux d'acteurs ciblés – ceux qui interviennent directement auprès des populations concernées et ceux qui mettent en œuvre la politique de santé - deux grilles d'entretiens semi-directifs furent élaborées. Elles présentent deux orientations communes : la description générale de l'acteur (activités) et son réseau relationnel (nature des relations et leur type). Les travaux universitaires de Emmanuel Lazega (2014)¹⁸², de Claire Bidart (2011)¹⁸³, sociologues, ont permis d'identifier la méthode de construction du questionnaire afin qu'il rende compte des relations entretenues entre les acteurs et soit par la suite analysable par la méthode de l'analyse de réseau (théorie des graphes). Les travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁸⁴ ¹⁸⁵ ont, quant à eux, permis d'identifier les enjeux et attendus actuels en matière de coordination d'acteurs. Les questions posées dans les référentiels d'évaluation, de progression des structures sanitaires, et plus particulièrement en matière de coordination d'équipe pluriprofessionnelles ont été des sources d'inspiration.

Les deux grilles d'entretiens s'organisent en trois parties (encadrés 8 et 9).

Commune aux deux grilles, la première partie porte sur la description du profil de l'acteur : nom, statut, domaine d'activité. La seconde partie de la grille d'entretien destinée aux acteurs des soins de santé (sanitaires et sociaux) (encadré 8) a trait aux relations établies entre les acteurs intervenant auprès des populations. Elles présentent trois natures : celle qui fait état des relations de prise en charge des besoins des personnes avec d'autres acteurs ; celle liée aux relations de collaboration entretenues entre les acteurs afin de mener individuellement à bien leur(s) actions (par exemple : planification territoriale des actions), et celle de nature opérationnelle qui vise à identifier des relations de coopération plus concrètes entretenues

¹⁸² E.Lazega (2014) « Réseaux sociaux et structures relationnelles. », Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2014, 128 pages. ISBN : 9782130626589, en ligne, URL : <<https://www.cairn.info/reseaux-sociaux-et-structures-relationnelles--9782130626589.htm>>

¹⁸³ C.Bidart, A.Degenne, M.Grossetti (2011) « La vie en réseau. Dynamique des relations sociales. », Presses Universitaires de France, « Le Lien social », 368 pages. ISBN : 9782130590644. DOI : 10.3917/puf.bidar.2011.01, en ligne, URL : <<https://www.cairn.info/la-vie-en-reseau--9782130590644.htm>>

¹⁸⁴ HAS (2014) « Matrices de maturité en soins primaires », en ligne, URL :< https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel>

¹⁸⁵ HAS (2015) « Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé », en ligne, « URL :< https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033079/fr/grille-d-auto-evaluation-des-reseaux-de-sante>

entre les acteurs afin de mener collectivement à bien leur(s) actions (par exemple : actions menées en commun). Pour ces trois natures de liens, les modalités relationnelles sont caractérisées en deux types : relations formelles (avec convention de partenariat) ou informelles (sans conventions). Enfin, la troisième partie de l'entretien se concentre sur la localisation des interventions en camion mobile et ses raisons. En ce qui concerne ces dernières, les lieux, horaires et la fréquence des actions mobiles ainsi que leur raison d'intervention sur les zones en camion mobile ont été relevés.

Pour les acteurs politiques, c'est-à-dire les différents pôles de directions de l'ARS de Guyane (DOS, DA, DSP) et les acteurs de la municipalité intervenant en matière de politique de santé, les relations relèvent plus de la vision qu'ils se font des liens établis entre les acteurs pour le pôle dans lequel ils interviennent (encadré 9).

Encadré 8 : Grille d'entretien des acteurs sanitaires et sociaux (institutionnels et associatifs)

- **Profil de l'acteur des soins de santé :**
 - Description et identification des actions menées, public accueilli, besoins les plus demandés.

- **Nature et type de relations entretenues entre les acteurs :**
 - Identification du réseau relationnel en fonction de trois catégories :
 - Les liens *de Prise en Charge des Besoins des individus* : relations de collaboration entretenues entre acteurs A et B pour la prise en charge des besoins des soins de santé (sanitaires et/ou sociaux) d'un individu
 - Les liens *Stratégiques* : relations de collaboration entretenues entre acteurs A et B afin de mener individuellement à bien leur(s) actions.
 - Les liens *Opérationnels* : relations de coopération entretenues entre acteurs A et B afin de mener collectivement à bien leur(s) actions
 - Identification des types de liens : *formels* (avec une convention), *informels* (sans convention)

- **Périmètres/zones d'intervention des acteurs et stratégies d'action sur le territoire :**
 - Description de la provenance des personnes accueillies
 - Localisation des actions mobiles
 - Stratégies d'intervention sur les zones concernées
 - Coordination des acteurs sur l'intervention dans les zones concernées

Encadré 9 : Grille d'entretien des acteurs « politiques »

- **Profil de l'acteur :**
 - Thématiques et missions portées.

- **Nature et type de relations entretenues :**
 - Identification des acteurs travaillant ensemble, coordination des acteurs, identification des parcours de soins, de santé.
 - Identification des critères de coordination des acteurs.

- **Coordination spécifique aux équipes mobiles :**
 - Identification d'une coordination établie par l'ARS en amont de l'implantation des actions mobiles
 - Identification de la vision de l'acteur « politique » sur les stratégies d'implantation des actions mobiles sur le territoire

2.2 La passation des entretiens : périodes, conditions et... adaptations

Après un test de la grille d'entretien auprès d'acteurs des soins de santé réalisé en décembre 2016, la première phase de la passation des entretiens a été menée entre le 24 février 2017 et le 26 mai 2017 en Guyane. Toutefois, cette période a été très marquée par les mouvements sociaux en Guyane qui ont débuté le 20 mars 2017. Les principales revendications de ce mouvement étaient multiples et principalement axées sur la lutte contre l'insécurité, l'amélioration des services de santé, la lutte contre l'orpaillage illégal et l'immigration « incontrôlée ». Les moyens de revendications utilisés étaient notamment des grèves, des manifestations et la mise en place de barrages routiers sur les ronds-points. Ces mouvements sociaux ont pris officiellement fin le 21 avril 2017 à la signature de « l'accord de Guyane » entre la région monodépartementale et le gouvernement. La rencontre des acteurs sanitaires et sociaux prévue n'a donc pu aboutir pour certains d'entre eux. Je repartis donc compréhensive de ce mouvement social Guyanais et devais ajuster une solution à cette perturbation pour les enquêtes par entretiens. De fait, les autres rencontres prévues avec les acteurs se sont déroulées par une seconde phase de passation (2018) qui a été effectuée par un entretien téléphonique ou par un entretien sur le logiciel Skype, depuis l'Hexagone. Puis, la troisième phase des entretiens menés concerne le deuxième échantillon, notamment auprès des acteurs de la politique de santé régionale (ARS). Ces entretiens ont été menés en parallèle du travail d'enquêtes auprès des populations en situation de vulnérabilité au sein des quartiers spontanés entre le 02 mars 2019 et le 30 mai 2019 en Guyane, en face à face avec les personnes rencontrées.

D'une façon générale, les acteurs sanitaires et sociaux rencontrés étaient de différents « statut hiérarchique » : responsable de la structure, responsable de service, chargé.e de mission, chargé.e de coordination, médecin responsable, infirmier.e.s, médiateur.s/trice.s. Cette variété de profils peut être critiquable du fait de la diversité de réponses obtenues associés aux statuts et à l'ancienneté dans la structure.

Il est cependant possible d'y voir des atouts. Dans la mesure où certains travaux ont « fréquemment observé sur le terrain des décalages entre ce que prévoient les écrits du réseau et la pratique des acteurs » [M.Robelet, M.Serré, Y.Bourgeuil, 2005], rencontrer les personnes appartenant aux structures de soins de santé (hormis les acteurs de la politique de santé) qui ne sont pas directeurs – administratifs - peut produire un matériau discursif plus riche pour le travail dans la mesure où leur quotidien est de répondre aux besoins des populations avec leurs réalités et moyens d'agir. Par ailleurs, les quelques directeurs rencontrés au sein des structures dépassaient généralement par leurs implications le strict travail administratif, et ils étaient investis par l'action auprès des équipes et des populations. Ces personnes sont certainement le mieux à même de rendre compte de ce qu'ils vivent, organisent et adaptent au quotidien, de ce qu'appelle Edgar Morin « les réalités organisatrices »¹⁸⁶. De par leurs interventions, chacun des acteurs se positionnent « à la fois en fonction de leurs prérogatives réciproques (...) et/ou de leurs objectifs communautaires, et/ou personnels (...) » [A. Moine, 2004, p.34] au sein d'un territoire qui ne cesse d'évoluer (espace géographique, lois, actions d'acteurs...).

Concernant les acteurs dits « politiques », seule la rencontre des personnes à l'Agence Régionale de Santé de Guyane a été possible, les municipalités n'ayant pas donné suite aux sollicitations. Pour renseigner cet acteur, trois entretiens ont été menés en face à face. Il a été souhaité d'interroger chacun des services : Direction de l'Autonomie (DA), Direction de l'Offre de soins (DOS), Direction de la santé publique (DSP) afin de connaître leur vision sur l'organisation et la coordination des acteurs avec qui ils échangent dans le cadre de leur mission de direction. Les personnes rencontrées à l'ARS étaient des directeur.s/trice.s par intérim, soit des chargé.e.s de mission.

2.3 Représentativité des acteurs interrogés au regard des acteurs échantillonnés : intérêts et limites des enquêtes

Premièrement, sur le panel du premier échantillon concernant les 37 acteurs sanitaires et sociaux sélectionnés au sein de la CACL, l'objectif était d'en interroger au moins les 50%. De plus, dans la mesure où les acteurs institutionnels et associatifs en fonction des domaines d'activités se répartissent de manière différente au sein des communes de la CACL (tableau 14) il a été également souhaité que chacun des statuts, des domaines d'activités des acteurs au sein de chaque commune atteigne 50% des acteurs renseignés.

Ainsi, parmi les 37 acteurs qui comptent les 25 acteurs institutionnels et 12 acteurs associatifs sélectionnés dans l'échantillon (tableau 13), 16 acteurs institutionnels ont été renseignés et 10 associatifs, soit 26 acteurs sur les 37 acteurs sélectionnés au départ (tableau 17).

Dans le détail ont été enquêtés (tableau 17) :

¹⁸⁶ « Pouvoir et organisation sont ainsi indissolublement liés » dans les « réalités organisatrices », E. Morin (1991), « La méthode », 4 volumes, Paris, édition Le Seuil.

- Soit 8 institutionnels renseignés avec 7 entretiens en face à face¹⁸⁷
- Soit 8 institutionnels renseignés avec 6 entretiens téléphoniques
- Soit 9 associatifs renseignés avec 9 entretiens en face à face
- Soit 1 associatif renseignée avec 1 entretien en face à face en visioconférence (sur Skype)

La représentativité des enquêtes par rapport à l'échantillon visé (tableau 18), atteint 70% pour l'ensemble des acteurs de la CACL. La représentativité des acteurs interrogés par commune atteint les 50% et plus. Quant aux domaines d'activités exercés par les acteurs par commune et d'une manière générale la représentativité est égale à 50% et plus, à l'exception du domaine d'activité de l'accès aux droits (33%, 1 acteur sur 3), et du domaine de la prévention/soins/promotion de la santé institutionnelle (0%, 0 acteur sur 1). Les acteurs sollicités dans ces domaines n'ont pas donné suite ou n'ont pas répondu aux relances de prise de contact.

¹⁸⁷ Ici 8 acteurs appartenant à des structures ont pu être renseignés via 7 entretiens dans la mesure où les personnes rencontrées pouvaient travailler dans une structure similaire dans une autre commune. Par exemple la PASS de Balata a été renseignée via l'entretien passé à la PASS Générale du CH de Cayenne. Par ailleurs, certaines structures sont comptées en une structure unique mais ont pu être renseignés par plusieurs entretiens. Par exemple dans le domaine de l'accès aux soins pour la commune de Cayenne, 2 entretiens ont été conduits pour renseigner le CH de Cayenne : un entretien à la Pass Générale de Cayenne, et un autre à la Pass de Hdj. C'est pourquoi le terme structure renseignée est utilisé.

Tableau 17 : Acteurs ayant fait l'objet d'une enquête (n=26)

Statuts	Institutions							Associations					Total général
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels renseignés /commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total renseignés/commune associatifs	
Communes													
Cayenne	1 ¹⁸⁸	1	1	0	2	1	6	0	3	2	3	8	14
Rémire			1		1		2	1			1	2	4
Matoury	1	1	0		0		2						2
Montsinéry-Tonnégrande			2		1		3						3
Macouria			1		1		2						2
Roura		0	1				1						1
Total acteurs renseignés CACL/ domaine d'activité	2	2	6	0	5	1	16	1	3	2	4	10	26

¹⁸⁸ 1 seul entretien est compté dans le domaine d'activité « accès aux soins » sur la commune de Cayenne correspondant à l'hôpital (CHAR). En réalité deux entretiens ont été conduits dans deux services différents du CHAR : la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) Générale et la PASS de Hôpital de Jour parce qu'ils ont des missions de prise en charge des populations vulnérables.

Tableau 18 : Acteurs ayant fait l'objet d'une enquête (Tableau 17) vis-à-vis de l'échantillon de travail (Tableau 13) (%)

Statuts	Institutions							Associations					
Domaines d'activités	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels renseignés /commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs renseignés/ commune	Total général
Communes													
Cayenne	100,00 (1/1)	50,00 (1/2)	50,00 (1/2)	0,00 (0/1)	100,00 (2/2)	33,33 (1/3)	54,55 (6/11)	0,00	100,00 (3/3)	100,00 (2/2)	75,00 (3/4)	80,00 (8/10)	66,67 (14/21)
Rémire	/	/	100,00 (1/1)	/	100,00 (1/1)	/	100,00 (2/2)	100,00 (1/1)	/	/	100,00 (1/1)	100,00 (2/2)	100,00 (4/4)
Matoury	100,00 (1/1)	100,00 (1/1)	0,00 (0/1)	/	0,00 (0/1)	/	50,00 (2/4)	/	/	/	/	/	50,00 (2/4)
Montsinéry-Tonnégrande	/	/	100,00 (1/1)	/	100,00 (1/1)	/	100,00 (3/3)	/	/	/	/	/	100,00 (3/3)
Macouria	/	/	100,00 (1/1)	/	100,00 (1/1)	/	100,00 (3/2)	/	/	/	/	/	100,00 (2/2)
Roura	/	0,00	100,00 (1/1)	/	0,00 (1/1)	/	33,33 (1/3)	/	/	/	/	/	33,33 (1/3)
Total acteurs renseignés CAACL/ domaine d'activité	100,00 (2/2)	50,00 (2/4)	75,00 (6/8)	0,00 (0/1)	71,43 (5/7)	33,33 (1/3)	64,00 (16/25)	50,00 (1/2)	100,00 (3/3)	100,00 (2/2)	80,00 (4/5)	83,33 (10/12)	70,27 (26/37)

Deuxièmement, sur le panel du second échantillon concernant les 7 structures intervenant dans la politique de santé : l'ARS et les 6 communes, l'objectif était également d'en interroger au moins les 50%. Ainsi, parmi ces 7 structures (tableau 16), l'ARS a uniquement été renseignée. Soit une structure institutionnelle renseignée avec trois entretiens en face à face¹⁸⁹. Les demandes auprès des communes contactées pour échanger sur la thématique des CLS et des ASV n'ayant pas abouti.

Au regard du travail de construction des échantillons, et des données collectées, des critiques peuvent être faites.

En premier lieu, même si la représentativité par domaines atteint généralement les 50% des différents domaines d'activités et statuts par commune retenus dans l'échantillon ; certains d'entre eux ne les atteignent pas, il s'agit notamment du champ de l'accès aux droits et de celui des municipalités (agissant dans la politique de santé et de la ville).

En second lieu, dans l'échantillonnage, des domaines spécifiques d'activités comme l'autisme, le handicap physique et psychique, les maladies chroniques, les acteurs pour personnes âgées, n'ont pas été pris en compte, en raison du temps imparti à l'enquête. De même, certains statuts (cliniques privées et professionnels de santé libéraux) ont été écartés de l'échantillon dans la mesure où une consultation (libérale/privée) nécessite comme condition au remboursement une couverture sociale, ce qui est dans la pratique, variable pour les populations ciblées dans cette étude. Par ailleurs, au moment de la prise de contact avec les acteurs, certains -en particulier les acteurs institutionnels - ont refusé de répondre (sujet jugé sensible sur les populations précaires et immigrées) ou n'ont pas donné suite (non réponse aux relances).

En troisième lieu, les moyens de passation des entretiens ont été différents mais adaptés aux circonstances. Entre-le face à face, le téléphone ou en visioconférence ; la qualité des échanges ne peut être similaire. Néanmoins par l'autorisation de l'enregistrement des entretiens par les acteurs (pour les trois modes de passation) ces derniers ont pu être retranscrits.

Enfin, dans le questionnaire auprès des acteurs, il était prévu de « valuer » les relations entre les acteurs ; et d'avoir un historique de l'évolution de ces derniers. Cela fût quasi impossible étant donné le turnover des professionnels marqué en Guyane [E.Carde, 2009 ; M.Ville, P.Brousse, 2014 ; CNS, 2018 ; S.Bernard, N.Parez, 2020].

Quoi qu'il en soit, ces 22 entretiens ont été retranscrits (annexes 17, 18, 19) et ont permis de renseigner 26 structures (annexe 20) et de créer les bases de données sur lesquelles se fonde l'analyse de réseaux.

¹⁸⁹ De même, il est compté une structure renseignée, en réalité 3 entretiens ont été passés auprès des acteurs pour chacun des pôles de l'ARS.

Conclusion du chapitre IV

Le rapport d'évaluation du PRS 2016-2018 de la Guyane précisait un « Manque de connaissance de la cartographie de l'offre » [Regards Santé, 2017, p.99], et qu'il était nécessaire de « Réfléchir autour de la territorialisation des acteurs », et de « Cartographier les projets pour sensibiliser les institutions et valoriser les Actions » [opsit, p.83]. Le travail de terrain conduit dans le cadre de cette thèse a participé à cette démarche bien qu'il ait été réalisé avant 2019, date à laquelle les données sanitaires et médico-sociales institutionnelles « officielles », de l'ARS Guyane ont pu être une nouvelle source d'exploitation à travers les données mises en ligne¹⁹⁰. Cela étant, l'offre associative, notamment en prévention et promotion de la santé est inexistante dans ces bases de données officielles. La collecte réalisée a constitué un apport important pour recenser les acteurs investis dans les actions auprès des populations vulnérables.

Les entretiens semi-directifs passés ont permis, quant à eux, d'obtenir des informations sur une question centrale : celle des modalités relationnelles des acteurs dans la prise en charge des soins de santé des populations vulnérables. Ces entretiens ont permis au travers des questionnements posés de saisir l'importance « (...) des moyens d'apprendre sur le terrain, lors de l'entretien, (et) qu'il existe des descripteurs du réel qu'il faut prendre en compte, alors même que la littérature de recherche n'y a jamais fait référence, et que le chercheur ou les experts n'y ont pas pensé » [P.Romelaer, 2005].

Quant aux entretiens passés auprès de l'ARS et de ses trois pôles de direction, ils ont permis de renseigner la vision qu'ils portent sur l'organisation des acteurs des soins de santé. Ces informations permettront de « confronter » les connaissances et schémas organisationnels de l'ARS aux pratiques des acteurs en charge des populations vulnérables. Il est nécessaire de préciser que les résultats déduits de ces entretiens ne sont pas tout à fait neutres dans la mesure où ils font état d'une vision portée et relatée de manière discursive par chacune des personnes interrogées. Ils seraient certainement encore différents s'ils étaient de nouveau conduits. Toutefois, ces entretiens ont permis « (...) d'engager le contact avec des personnes qui ont des expériences et des styles variés. (...) de collecter des données très nombreuses et scientifiquement solides sur des situations de travail et des situations de gestion extrêmement diverses, qui finissent par donner au chercheur une connaissance profonde et valide » [P.Romelaer, 2005]. Dans cette perspective, il a été également souhaité de rencontrer les populations vulnérables pour lesquelles ces acteurs agissent.

¹⁹⁰ Site Géoguyane, en ligne, URL :< <https://www.geoguyane.fr/accueil>>

Chapitre V

Méthodologie de l'enquête auprès des populations en situation de vulnérabilité

« Comment réduire la distance avec l'autre pour mieux le comprendre ? » (...) « C'est en quelque sorte une des vertus du terrain que de désarçonner le chercheur confronté à d'autres expériences humaines. »,
R.Pourtier, G.Hugonie, « Le « terrain » pour les tropicalistes », 2007, p.433

L'objectif de ce cinquième chapitre est de présenter la méthodologie d'enquête conduite par questionnaires semi-directifs réalisée auprès des populations vulnérables vivant dans les quartiers de bâti spontané de la CACL.

D'ores et déjà, il est nécessaire de préciser que les populations en situation de vulnérabilité ciblées au cœur de cette enquête, ne sont pas en tous points atteignables. En d'autres termes, en raison de leurs caractéristiques, profils... « modes d'invisibilités », elles sont difficiles à rencontrer et à interroger. Le parti pris de cette enquête est donc de se rendre dans : les zones de bâti spontané à vocation d'habitat, soit les quartiers de bâti spontané, dégradés, pour aller à la rencontre de ces personnes. Un autre moyen envisagé aurait pu être de réaliser les enquêtes au sein de centre de soins, tels que la PASS de l'hôpital ou bien encore le CPS de la CRF, ou encore de structure accueillant des populations « spécifiques » comme les demandeurs d'asile (PADA de CRF).

Toutefois, il a été considéré que les personnes qui auraient pu être rencontrées au sein de ces centres auraient eu des réponses « pré -établies » sur les déterminants de l'accès aux soins (disponibilité pour venir consulter, capacités matérielles ou « capacités » à se rendre à la structure...).

De plus, il semblait que les dimensions de la vulnérabilité qui ont trait à leurs conditions de vie n'auraient pu être réellement saisies. De quelle manière relater le vécu de ces populations en situation de vulnérabilité, non seulement social, économique..., en les rencontrant en dehors de leurs quartiers ? « La grande question, celle qui est au cœur de l'ethnologie mais qui concerne aussi le géographe, est celle du partage de l'expérience. Comment réduire la distance avec l'autre pour mieux le comprendre ? » [R.Pourtier, G.Hugonie, 2007, p.433].

C'est pourquoi, la réalisation de cette enquête au sein de ces quartiers-aura l'avantage de donner, un aperçu, à un moment donné de la réalité insaisissable des conditions de vie de ces personnes si elles avaient été rencontrées dans une des structures administratives ou de soins de santé. Enfin, si cette enquête fût le moyen de me confronter à la vulnérabilité des populations de cette étude ; elle a confronté cette étude à sa vulnérabilité en elle - même. En effet, il dépendait du seul bon vouloir des personnes de prendre de leur

temps pour échanger sur diverses questions que j'avais à leur poser, au lieu de « travailler à vivre » : chercher de l'eau « potable », faire l'unique plat du jour pour toute une fratrie...

Je remercie ici encore toutes les personnes ayant pris de leur temps pour répondre à mes questions.

Ce chapitre présente dans un premier temps la méthodologie employée afin d'identifier spatialement les « zones de bâtis spontanés » à partir des données du « bâti spontané », jusqu'à l'élaboration de l'échantillonnage des « quartiers spontanés » pour lequel une qualification des zones de bâti spontanés fût nécessaire en fonction de critères fondés sur la vulnérabilité. Dans un second temps, ce chapitre présente la construction du questionnaire à destination des populations vivant dans les quartiers spontanés et ses conditions de passation.

En somme, cette troisième enquête vise à être analysée en complémentarité avec les deux enquêtes précédentes, et notamment celle qui porte sur l'organisation des acteurs des soins de santé dans la prise en charge de ces populations. Ainsi, l'enjeu principal de cette enquête sera d'obtenir un échantillon portant sur les usages et raisons de l'accès aux structures/dispositifs de soins de santé afin de les mettre en regard avec les résultats issus des entretiens menés auprès des acteurs.

1 - Cibler les quartiers d'habitat spontané : centraliser et homogénéiser une diversité de sources (SIG, rapports d'étude, acteurs) afin de repérer et atteindre les populations vulnérables

1.1 De la reconstruction des zones de bâti spontané à l'identification des zones d'habitat spontané

Pour ce second travail d'enquête, auprès des populations vulnérables vivant dans les zones de bâti spontané, l'une des premières étapes a consisté à repérer les zones d'enquêtes sur le territoire de la CACL.

En 2015, plus de 42% du bâti de la CACL est spontané ou informel ; c'est-à-dire des « (...) locaux édifiés sans droit ni titre sur un terrain (...) ». Ce bâti spontané serait à hauteur de 26% un bâti situé en zone potentiellement insalubre [Audeg, 2018.a, p.26]. Néanmoins, il est nécessaire de rappeler que les zones de bâti spontané ne sont pas nécessairement des « quartiers d'habitats spontanés » ou encore appelés des « quartiers d'habitats informels »¹⁹¹. D'une part, dans la CACL et plus généralement en Guyane, les zones de bâti spontané peuvent concerner tant « les secteurs, urbain ou rural. (...) le bâti à vocation d'habitat ou agricole. » [opsit, Audeg, 2015]. D'autre part, ces zones peuvent concerner « (...) les populations les plus en

¹⁹¹ Se reporter à la Loi n° 2011-725 du 23 juin 2011, dite loi Letchimy. « En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin, font, en sus, l'objet d'un repérage les terrains supportant un habitat informel et les secteurs d'habitat informel, constitués par des locaux ou installations à usage d'habitation édifiés majoritairement sans droit ni titre sur le terrain d'assiette, dénués d'alimentation en eau potable ou de réseaux de collecte des eaux usées et des eaux pluviales ou de voiries ou équipements collectifs propres à en assurer la desserte, la salubrité et la sécurité dans des conditions satisfaisantes. » [Légifrance, 2011.b, Section 2, Article 8]

difficultés comme les ménages des classes aisées. Les constructions sont constituées de tôles et de matériaux de récupération ou revêtent les caractéristiques de belles bâtisses » [Audeg, 2015.a ; E.Botrel, L.Polidori, 2020, Chapitre10, p.248 in M.Noucher et L.Polidori, 2020].

Toutefois, en 2011, d'après un rapport du Sénat, le député S. Letchimy avait « relevé entre 50 000 et 60 000 maisons relevant de l'habitat informel et précaire en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion, dont une grande partie peut être qualifiée de totalement indigne. » [Sénat, 2011.c, p.8]. Selon ses estimations ces locaux, insalubres à hauteur de 80 à 90% » [Sénat, 2011.b, p.16] « abritaient au moins 150 000 personnes » et ce chiffre avait été probablement « sous-évalué » [Sénat, 2011.c, p.13].

Ainsi ce bâti spontané, informel, est en général à vocation d'habitat dans des conditions de vie indignes et ou insalubres. Ce bâti présente donc un danger mettant en jeu la santé ou la sécurité des occupants dans la mesure où cet habitat informel est également un habitat indigne.

La diversité des caractéristiques de ces zones de bâti spontané, nécessite donc, pour se référer à la population ciblée - les populations en situation de vulnérabilité - de faire une identification et une caractérisation au cas par cas de ces zones pour ne sélectionner que celles qui pourront être incluses dans un échantillon d'enquête.

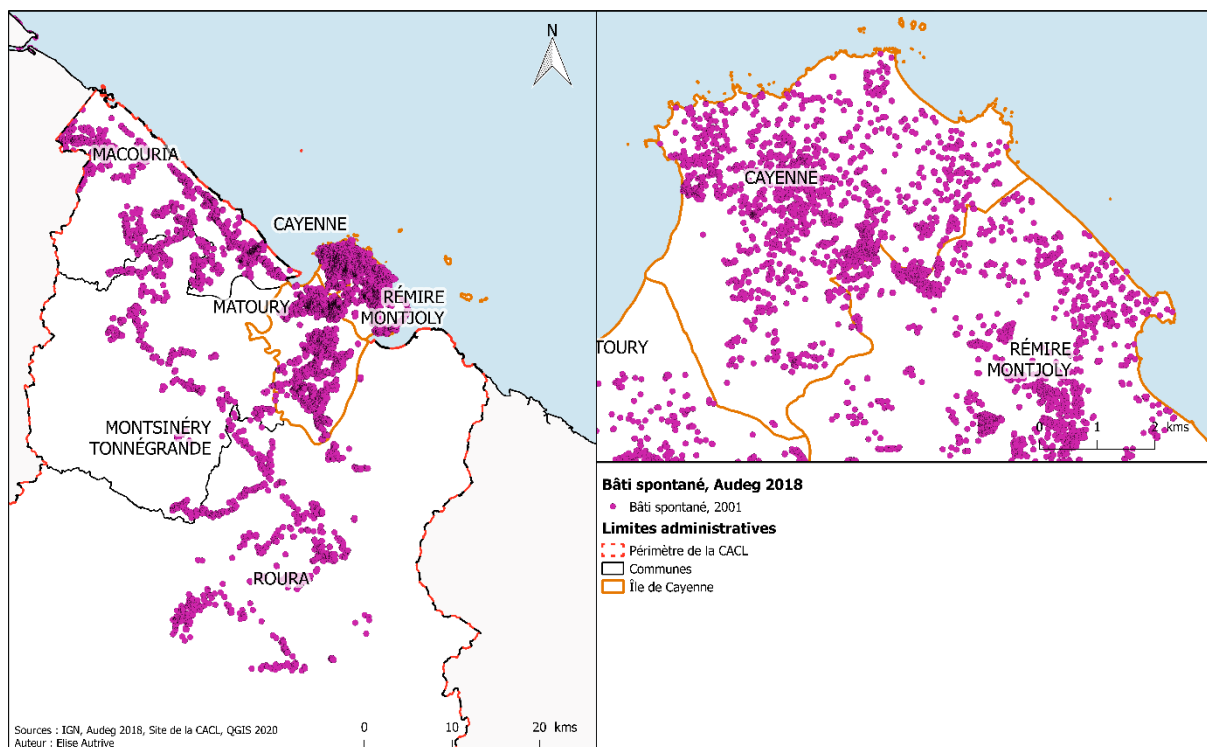
Tout l'enjeu devient alors d'identifier deux éléments : les zones de bâti spontané (1), et parmi elles, d'identifier les zones de bâti spontané à vocation d'habitation (2) soit les quartiers de bâti spontané, puis d'identifier les quartiers de bâti spontané les plus dégradés (3) où se trouvent les personnes potentiellement les plus en situation de vulnérabilité qui sont ciblées dans cette enquête.

Les informations existantes à ce sujet, de différentes natures : données SIG, rapports, fonds satellitaires... sont dispersées au sein de plusieurs organismes (DEAL, agence d'urbanisme...) et renseignées avec homogénéité sur ces zones, tant en termes de localisation (périmètres flous) que de caractérisation (présence d'eau, d'électricité, type de bâti...). Il a donc été nécessaire de collecter et de compiler plusieurs données (encadré 10), afin de répondre aux objectifs attendus d'identification spatiale et de caractérisation de ces zones dans la CAACL

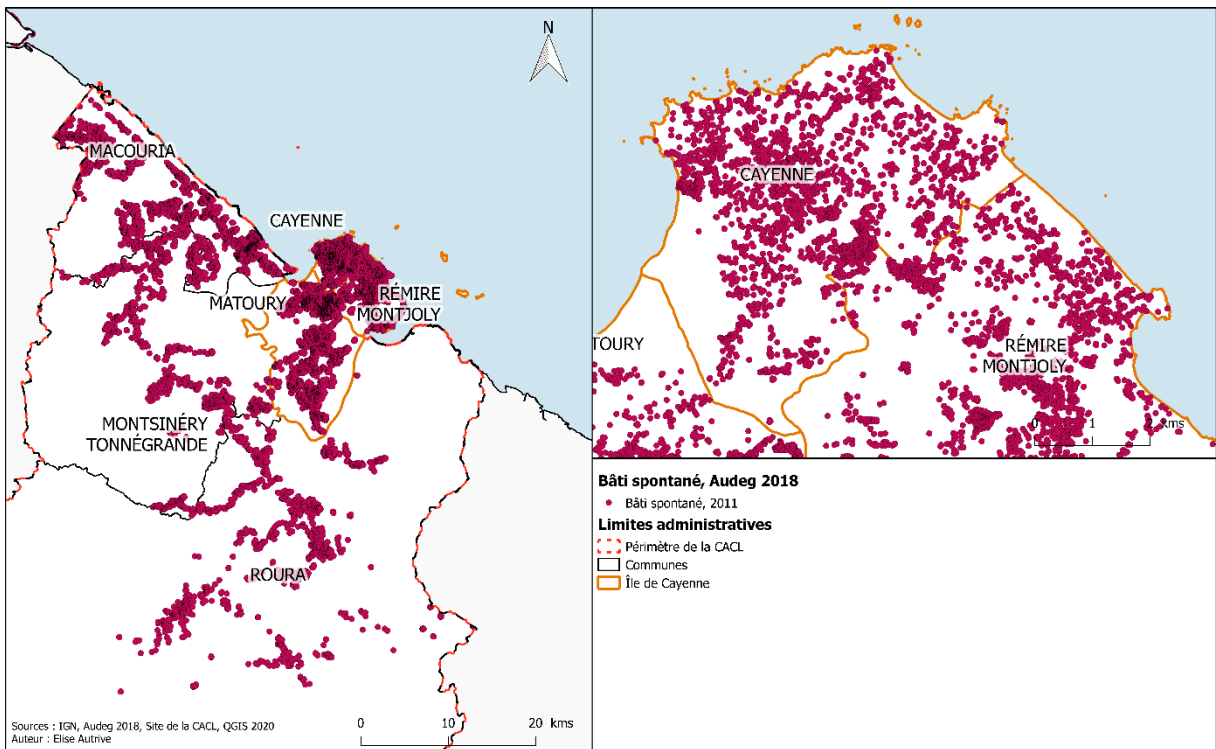
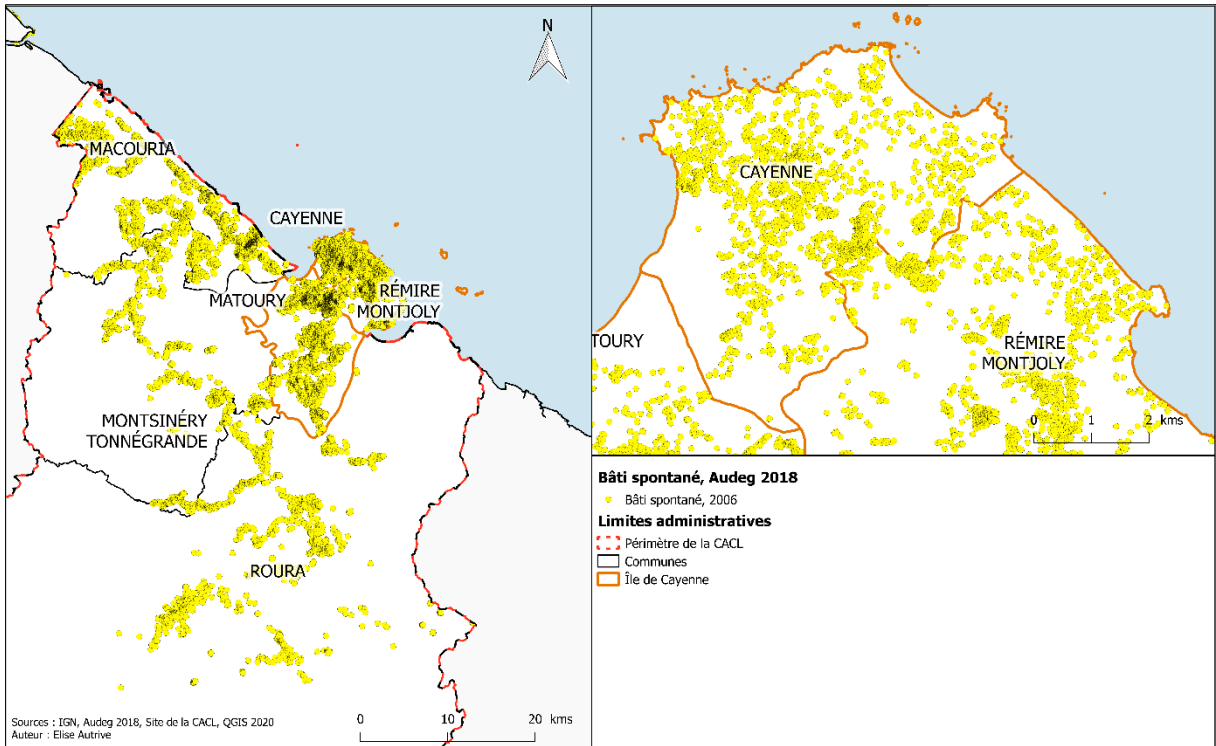
Les données SIG, qui posent les fondements du traçage reconstitué des zones de bâti spontané sont issues des bases de données SIG de l'Audeg (2001, 2006, 2011, 2015) Elles indiquent par des symboles ponctuels chaque bâti, non cadastré n'ayant pas fait l'objet d'une autorisation d'urbanisme, recensé à différents pas de temps : 2001, 2006, 2011, 2015 (carte 21). « La méthode employée consiste en la géolocalisation par photo-interprétation des constructions d'une superficie supérieure à 20m² et qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation d'urbanisme. Ne sont pas pris en compte les piscines, les conteneurs, les tentes, les terrasses, les baraques de chantier et les fondations. La superposition du bâti cadastré, des constructions autorisées géolocalisées par l'AUDeG (autorisations délivrées entre 1999 et 2015) et des ortho

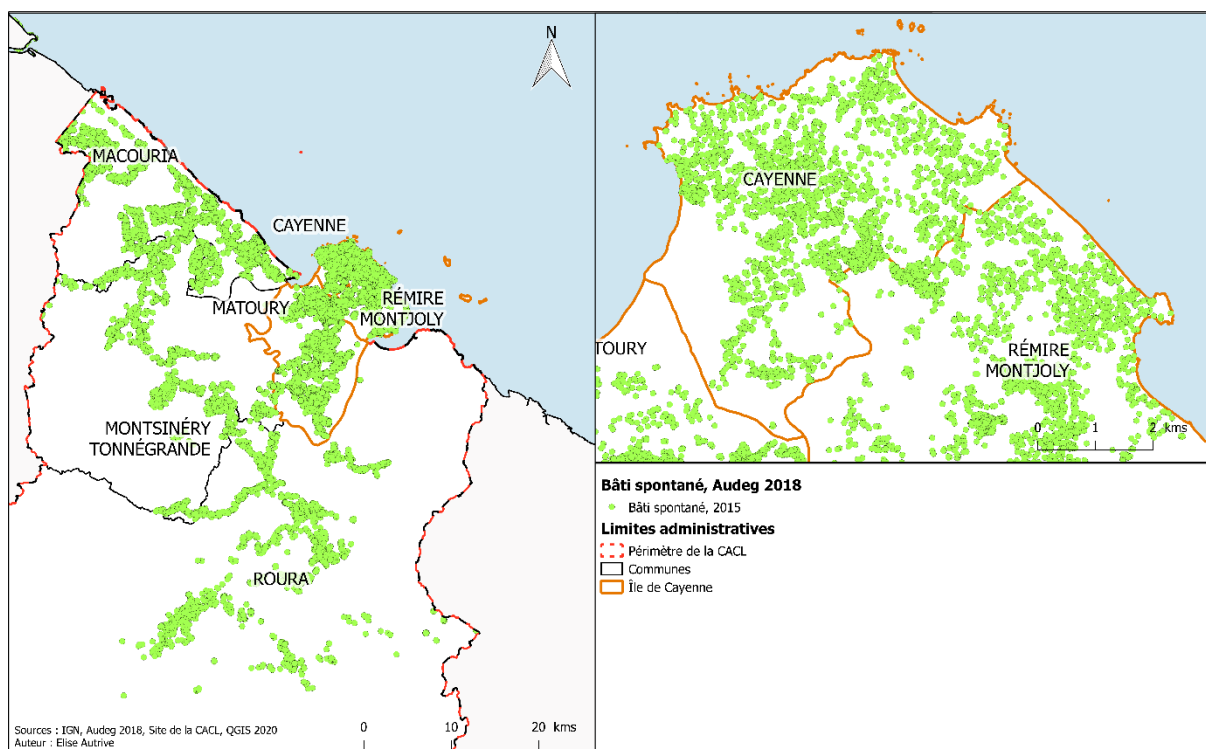
photographies aériennes (BD Ortho IGN 2015) pour la CACL et images ortho-satellites (Pléiade 2015 pour les autres communes) met donc en évidence le bâti spontané. »¹⁹²

Carte 21 : Phénomène d'édification du bâti spontané sur le territoire de la CACL sur 4 années différentes : 2001, 2006, 2011, 2015, données : Audeg 2018



¹⁹² Se référer au rapport d'étude de l'AUDEG de publié en 2018 pour plus d'informations pour la méthode et production des données, p.9. AUDEG, 2018.e « Rapport d'étude Urbanisation spontanée (2001 - 2006 – 2011 -2015) », en ligne, URL :< http://www.audeg.fr/ressources/zoom_ressource.asp?id=160&srub=3&ssrub=1>





Avec ces données, il est déjà possible d’avoir une représentation de la localisation et de l’évolution du phénomène de la construction du bâti spontané sur le territoire. Toutefois ces données ne permettent pas de déterminer finement des zones de bâti spontané.

Ainsi, deux étapes furent conduites pour atteindre les objectifs fixés en matière de localisation surfacique et de caractérisation de ces zones. La première consistant à la reconstitution des zones de bâti spontané et la seconde à la caractérisation de ces zones afin d’extraire les quartiers de bâti spontané, à vocation d’habitation, où vivent potentiellement les populations les plus en situation de vulnérabilité.

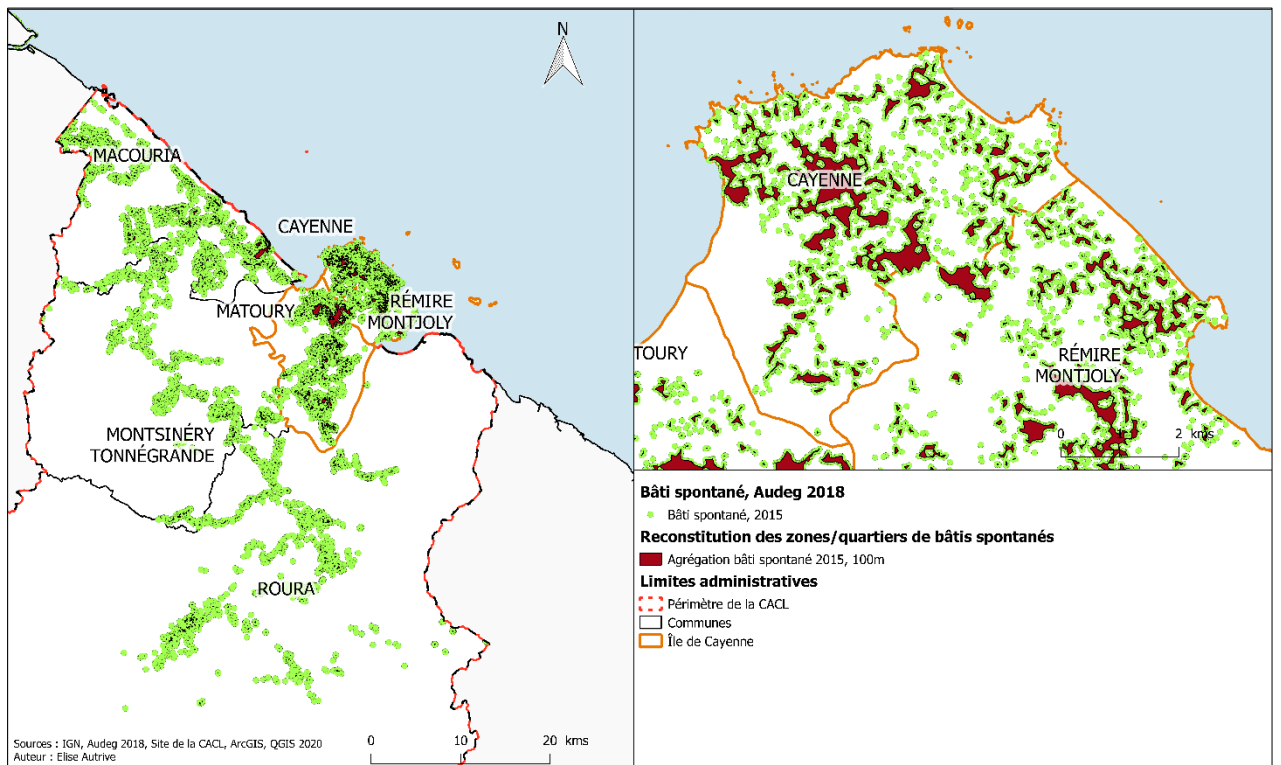
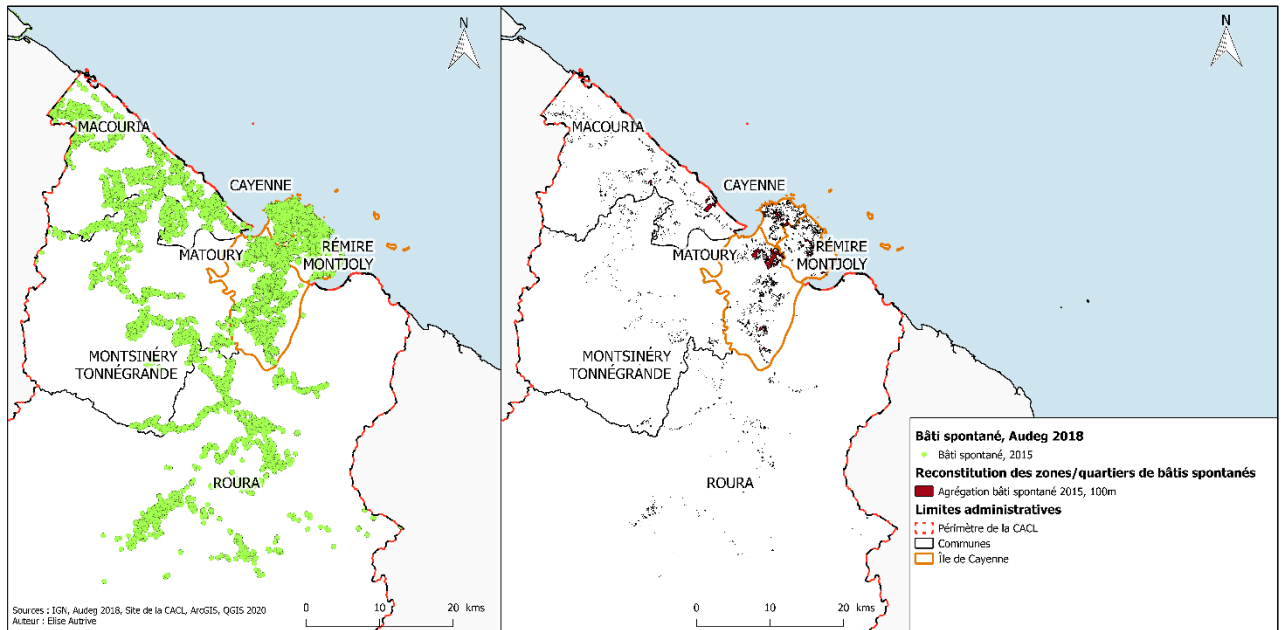
Dans un premier temps, les données ponctuelles sur le bâti spontané, pour chacune des années présentes, ont été analysées sous le logiciel de SIG *ArGis* avec la fonction d’agrégation. Cette dernière permet de regrouper des données ponctuelles et de les transformer en polygones surfaciques selon un ou des paramètres d’entrée. En l’occurrence, le paramètre principal était la distance entre deux points de bâti spontané. Après avoir effectué des « pré-terrains » dans certains des quartiers de bâti spontané en 2018, consulté les rapports, et avoir réalisé plusieurs tests d’agrégation des bâtis à différentes distances sur le logiciel, il a été décidé que ces zones surfaciques seraient définies par la présence de bâti spontané dont la proximité entre eux est inférieure ou égale à 100 mètres. La carte 22 illustre cette étape pour l’année la plus récente des données disponibles, soit l’année 2015.

Ceci semble être une distance appropriée puisque, d’une part, elle permet de recenser la majeure partie des zones de bâti spontané avec le différentiel d’espacement de ces derniers en cas de forte ou de faible densité du bâti. D’autre part, cette distance permet de faire un « juste milieu » entre des zones qui seraient trop étendues, avec de petits agrégats en périphérie, si ce critère de distance était plus élevé (exemple

: 200m) ; et des zones qui seraient trop restreintes par rapport à la réalité si le paramètre de la distance était plus petit (exemple : 25m) et ne reflétant que les zones de forte densité de bâti spontané.

Ce sont par ailleurs les zones identifiées par l'agrégation à 100 mètres pour l'année 2015 qui seront exploitées pour constituer le fond de carte, dans la mesure où elles sont plus récentes et reprennent des étendues des zones de bâti identifiées pour les années précédentes 2001, 2003, 2006, signifiant ainsi que ces zones sont bien implantées sur le territoire.

Carte 22 : Reconstitution des zones de bâti spontané de la CACL, en 2015



Une fois l'étendue surfacique des zones tracée, il a fallu donner une identité, une toponymie à ces zones et les caractériser. Plusieurs rapports d'étude (encadré 10) et échanges oraux avec les acteurs de terrain ont été compilés pour avoir ces informations.

Encadré 10 : Objectifs et collecte de données pour la reconstitution des zones de bâti spontané

<p>• Identification des zones de bâti spontané aux objectifs suivants :</p> <p>1- <u>Identifier et localiser les zones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Localisation de l'emprise spatiale sur le territoire de ces zones de bâti spontané (à vocation d'habitat) - Toponymie de ces zones <p>2- <u>Caractériser les zones</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations concernant ces zones en matière de conditions de vie des populations : bâti, accessibilité à l'eau (sur le secteur, bornes monétiques fontaine), à l'électricité.... - Desserte des transports de proximité <p>• Les données utilisées pour mener les objectifs :</p> <p>1- <u>Données pour la localisation des zones :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Audeg (2018.b) « Recensement du bâti spontané présent en 2015 », publication en 2016, révisé en 2018, [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/681684d1-b7ff-4b26-91a9-140b638f948f> - Base de données SIG, Audeg (2016) « Recensement du bâti spontané présent en 2011 », publication en 2016, révisé en 2018, [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/874e6f9a-43ec-4eb8-86a9-8b54f4eafd4f> - Base de données SIG, Audeg (2016) « Recensement du bâti spontané présent en 2006 », publication en 2016, révisé en 2018, [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/8dfe321d-c2d9-4b59-ab13-d852d620dd8b> - Echanges oraux avec les acteurs de terrain : chargés de coordination, médiateurs, bénévoles (CRF, MDM...), 2016-2019 <p><u>Données complémentaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Photographies satellitaires (2016), « Les zones de construction illicites », DEAL Guyane, Pôle PCE – Pôle de Lutte contre les Constructions Illicites, données confidentielles obtenues en Guyane auprès de la DEAL de la pointe Buzaré, en présentiel, en 2018 - Base de données SIG, Audeg (2012) « Ilots du recensement insalubrité sur la commune de Cayenne (2010) », publication en 2012, [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/6177f86f-9827-4738-b96a-b70969bcf37d> - Base de données SIG, Audeg (2012) « Parcelles potentiellement insalubres sur la commune de Cayenne (2010) », publication en 2012, révisé en 2012, [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/1669959c-a114-4e4e-a362-d55fa2896174> - Base de données SIG, Audeg (2012) « Parcelles potentiellement insalubres sur la commune de Montsinéry-Tonnégrande (2010) », publication en 2011, révisé en 2012, [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/1e628c27-4b60-4355-b2f0-a4dce35a0154> - Base de données SIG, Audeg (2012) « Bâti autorisé ayant fait l'objet d'un permis de construire déposé entre 1999 et 2011 (2016) », [en ligne], URL :<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/ddeaad97-734f-4a3e-b677-14cd269baf19>

- Base de données SIG « Les périmètres RHI sur l'île de Cayenne (2014) », DEAL Guyane, Pôle OIN et assistance aux collectivités, données obtenues en Guyane, auprès de la DEAL du Vieux-Port, en 2018
- Fonds satellitaires, « CNES/Airbus », Google Earth Pro (2019), [en ligne], URL :<
<https://www.google.fr/earth/download/gep/agree.html>>
- Fonds cartographiques « OSM », OpenStreetMaps (2019), [en ligne], URL :<
<https://www.openstreetmap.org/#map=14/48.2346/-3.1071>>
- BD IGN, « BD TOPO© », 2018, données obtenues par l'UMR IDEES 6266
- BD IGN, « BD Parcellaire© », 2016, données obtenues par l'UMR IDEES 6266

2- Données pour la localisation et la caractérisation des zones :

- Rapport d'étude, Audeg (2018.a) « Rapport d'étude Urbanisation spontanée (2001 - 2006 - 2011 -2015) », publication en 2018, [en ligne], URL :<
http://www.audeg.fr/ressources/zoom_ressource.asp?id=160&srub=3&ssrub=1>
- Rapport d'étude, Audeg (2016) « Rapport d'étude Urbanisation spontanée (2001 - 2006 - 2011) », publication en 2016, [en ligne], URL :<
http://www.audeg.fr/ressources/zoom_ressource.asp?id=138&srub=3&ssrub=1>
- Rapport d'étude, CHORUS (2014) « Etude socio-économique des zones d'habitat spontané non desservies par la CACL et identification des besoins en eau potable (2014) », pour la CACL, données obtenues en Guyane, par partage d'information avec la CRF, en 2018
- Rapport d'étude SIAGE (2014) « Recensement de l'habitat potentiellement insalubre de Guyane (2014) », pour la DEAL de Guyane, données obtenues en Guyane, auprès de l'AUDEG, en 2018
- Echanges oraux avec les acteurs de terrain : chargés de coordination, médiateurs, bénévoles (CRF, MDM...), 2016-2019

Données complémentaires :

- Audeg (2016) « Fiches, Secteurs d'urbanisation spontanée ayant fait l'objet de visites de terrain (2016) », publication en 2016, [en ligne], URL :<
<https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/5ff3250a-447b-4679-9e58-4b32c09218a1>>

* Données pour l'ajout de critères de vulnérabilité sur les zones :

- Document sur les « lignes de Bus du réseau Périurbain », CACL (n.d) « Lignes de Bus du réseau Périurbain », [en ligne], URL :<
https://odm973.com/cacl4/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=122>. Puis travail de géoréférencement.
- Documents sur les « Bornes Monétiques Fontaine de la CACL », CACL (2019) « Bornes Monétiques Fontaine de la CACL », Direction de l'Hydraulique et de l'Environnement - Service eau potable, documents obtenus en Guyane, auprès de la CACL, en 2019. Puis travail de géoréférencement.
- Echanges oraux avec les acteurs de terrain : chargés de coordination, médiateurs, bénévoles (CRF, MDM...), 2016-2019

Données complémentaires :

- Base de données SIG, Audeg (2014) « Habitats insalubres, 2014 », données obtenues en Guyane, auprès de l'Audeg, en 2018
- Document sur le recensement des ARS Guyane (2018) « Habitats insalubres », Cellule Milieu de vie, Santé-Environnement, documents obtenus en Guyane, auprès de l'ARS Guyane, en 2018. Puis travail de géoréférencement.

Un effort de centralisation des données en termes de localisation et de toponymie, plurielle, de ces zones fût alors effectué dans les bases SIG construites pour la cartographie. Ces toponymies sont autant inspirées

et héritées des quartiers figurant sur les cartes existantes (carte 23), d'autres sont véhiculées par les acteurs¹⁹³ (dans les rapports) ou encore par les populations¹⁹⁴. Un travail universitaire récent (2020), illustre cette variété des toponymies, vernaculaires et officielles, existantes pour des quartiers à Saint Laurent du Maroni [M.Comptour et V.Moracchini, 2020.a, Chapitre 3, in M.Noucher et L.Polidori, p.78-79] (image 8).

Carte 23 : Quartiers de Cayenne, source : S.Bourgarel, 1994

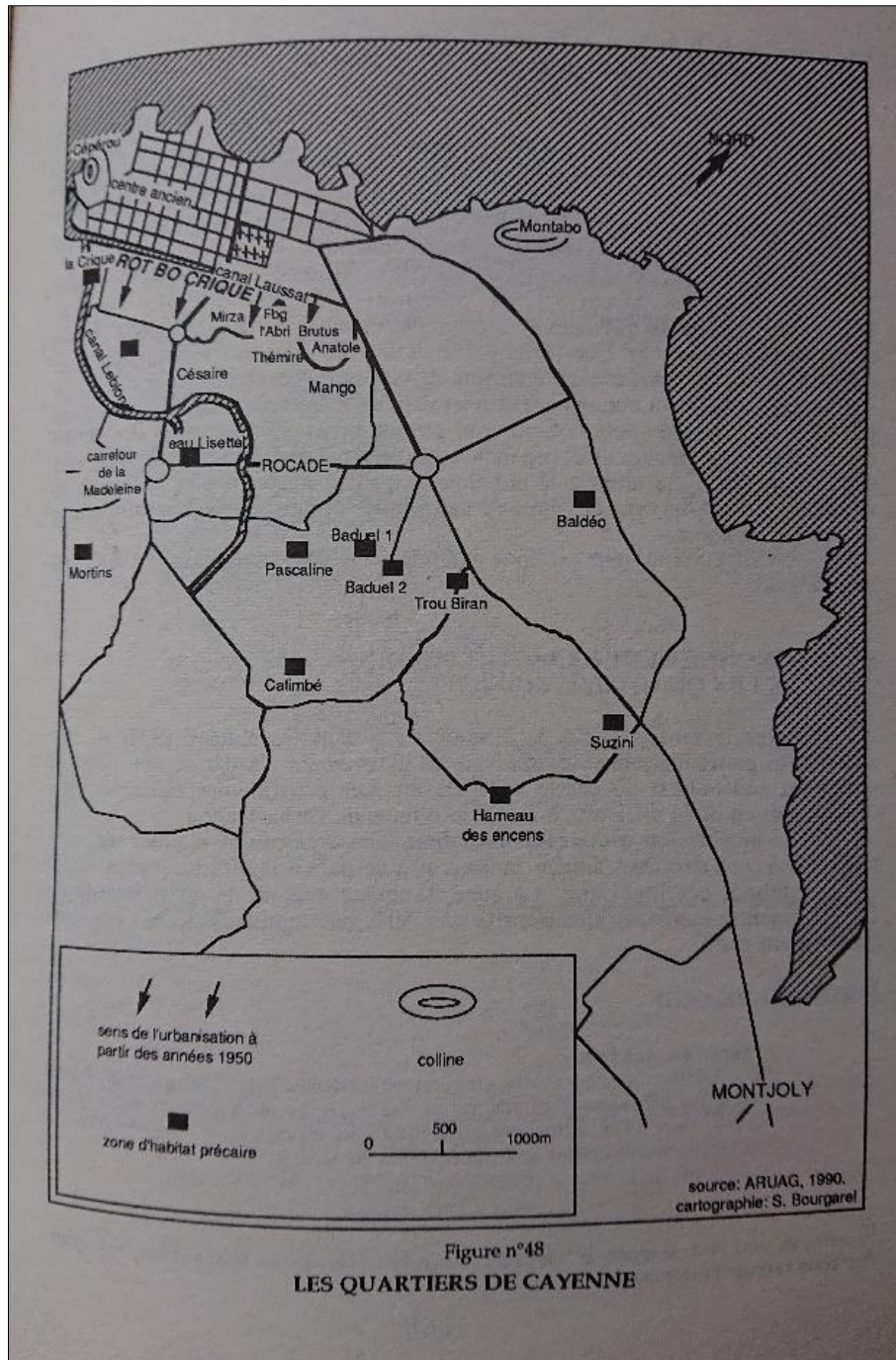


Figure n°48
LES QUARTIERS DE CAYENNE

¹⁹³ Certaines de ces zones identiques connues des acteurs peuvent avoir des toponymies différentes.

¹⁹⁴ En rencontrant des personnes dans le quartier Piste Tarzan, d'autres noms du quartier m'ont été cités tels que « Cayenne 4 ».

Image 8 : Quartiers de Saint Laurent du Maroni, source : M.Comptour et V.Moracchini, 2020.b, Chapitre 3, p.78



Toponymie vernaculaire et officielle des quartiers de Saint-Laurent du Maroni.

La taille de police différencie les « grands » quartiers englobants (ex Baka Lycée, Baka Pasi) (grande police), les quartiers plus petits (police moyenne), et des points de repère assez spécifiques (petite police). Ce travail, réalisé par un géographe et un urbaniste à partir d'entretiens et d'observation participante dans les quartiers et les instances administratives, demanderait à être complété de manière plus exhaustive en privilégiant une participation active des habitants. C'est d'ailleurs ce qu'a initié le MaroniLab en partenariat avec CartONG à Colombie et Chekepatty, en septembre 2019.

Source : Orthophotographie de 2015, © EPFAG, Ville de Saint-Laurent du Maroni.
 Conception : M. Comptour et V. Moracchini - Réalisation : V. Moracchini.

Signification de quelques toponymes :

Busi Mama Pasi	"la piste de la dame de la forêt", en nenge tongo
Chez Bibi	fait référence au fondateur du village (Bibi)
Village Toto	fait référence au fondateur du village (Toto)
Bergi Kampu	"campement sur la colline", en nenge tongo
Jean de la Fontaine	quartier éponyme de la rue qui le borde
Abasey fu Pikin Paris	"face à Petit Paris", en nenge tongo
Jumpogo	lieu du débarcadère, dérivé de "jump and go"
Trou Cochon	terme péjoratif donné à ce quartier, lié à sa mauvaise réputation
BKC	initiales de Baka Cultures : "derrière le quartier Cultures", en nenge tongo
Dallas	nom donné par les habitants de Paddock depuis l'installation de réfugiés surinamais de la guerre civile dans cette partie du village

Puis, il a fallu procéder à un nettoyage de ces premières étendues surfaciques afin de bien définir les zones de bâti spontané, par exemple (annexe 21 pour plus de détails) :

- Supprimer les « petits agrégats », soit des surfaces de bâti spontané ne pouvant être nommées et ne faisant pas « quartier » (exemple : avenue Justin Catayée, entre la résidence les Hauts de la Madeleine et le Lotissement Sainte-Thérèse).
- Rectifier les contours des zones en excluant les points de bâti spontané qui faussaient le périmètre en intégrant trop de bâti cadastré (exemple : Thémire).
- « Adoucir » le contour des zones en incluant le point ponctuel de bâti spontané « en entier » dans le périmètre (exemple : Komou_Combo).

Enfin, sur la base des zones retracées en 2015, les images satellites du logiciel Google Earth Pro, lorsqu'elles étaient disponibles en 2019 ont été exploitées afin d'actualiser le contour des périmètres des zones répertoriées (images 9, 10,11).

Image 9 : Zone de bâti spontané « Squat Bambou-Piste Tarzan » en 2015



Image 10 : Zone de bâti spontané « Squat-Bambou, Piste Tarzan », actualisée en 2019

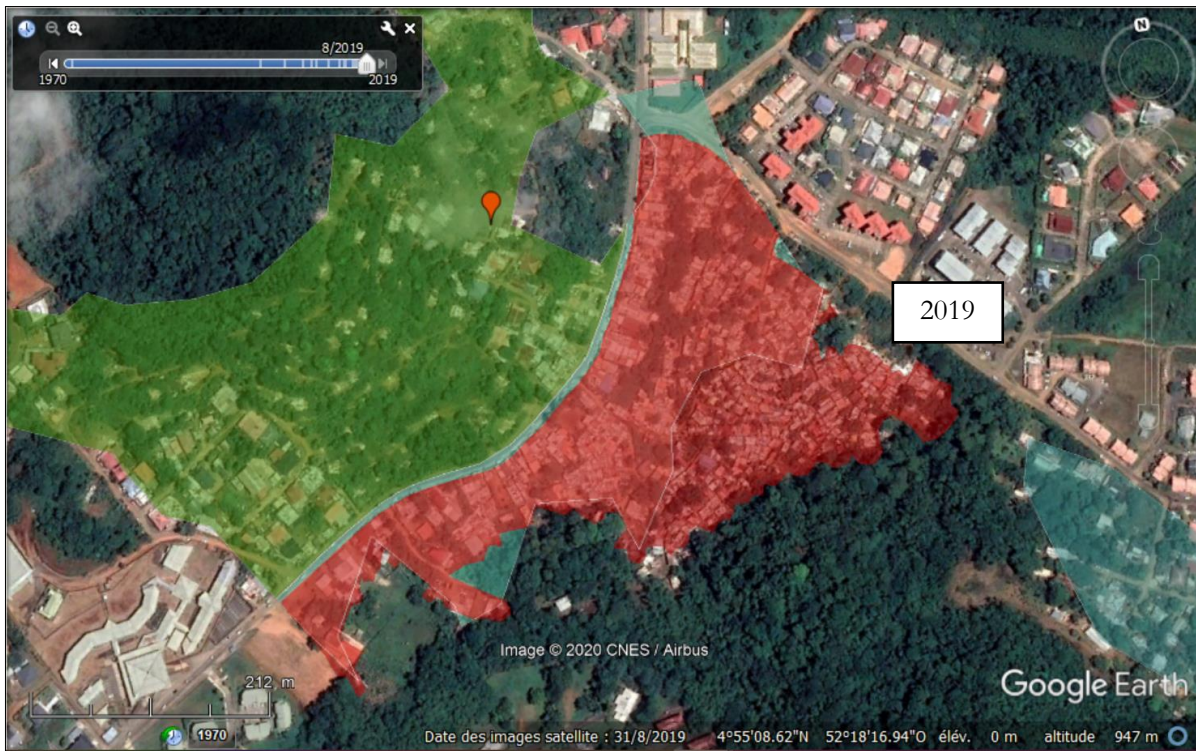
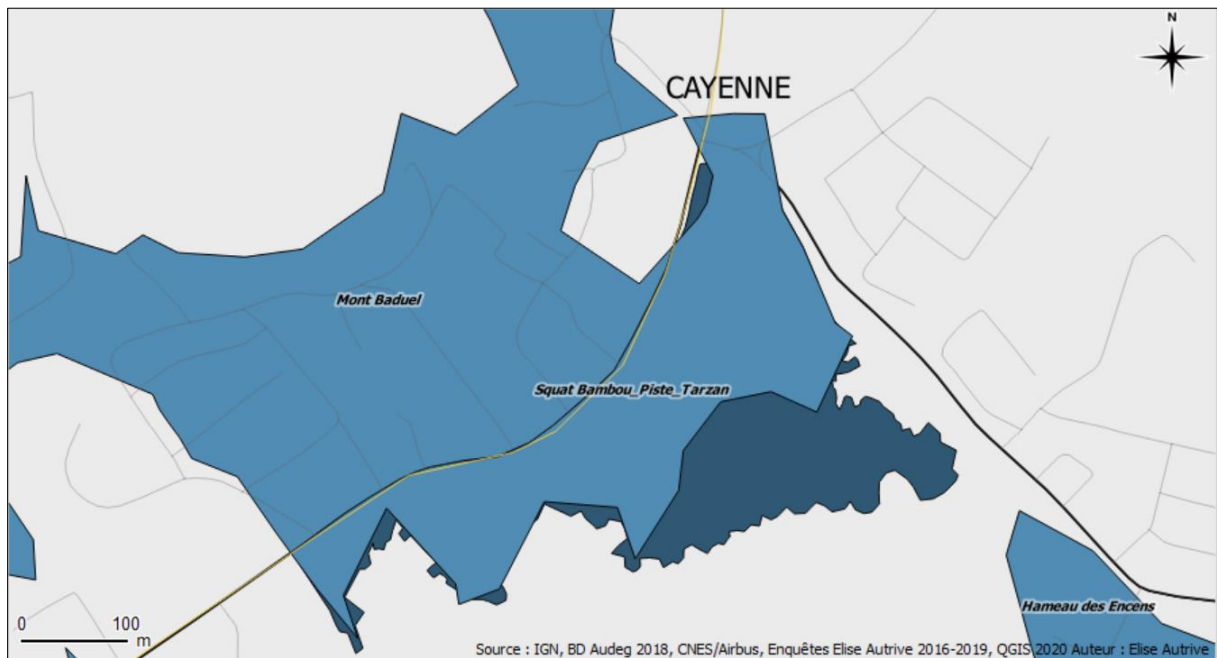
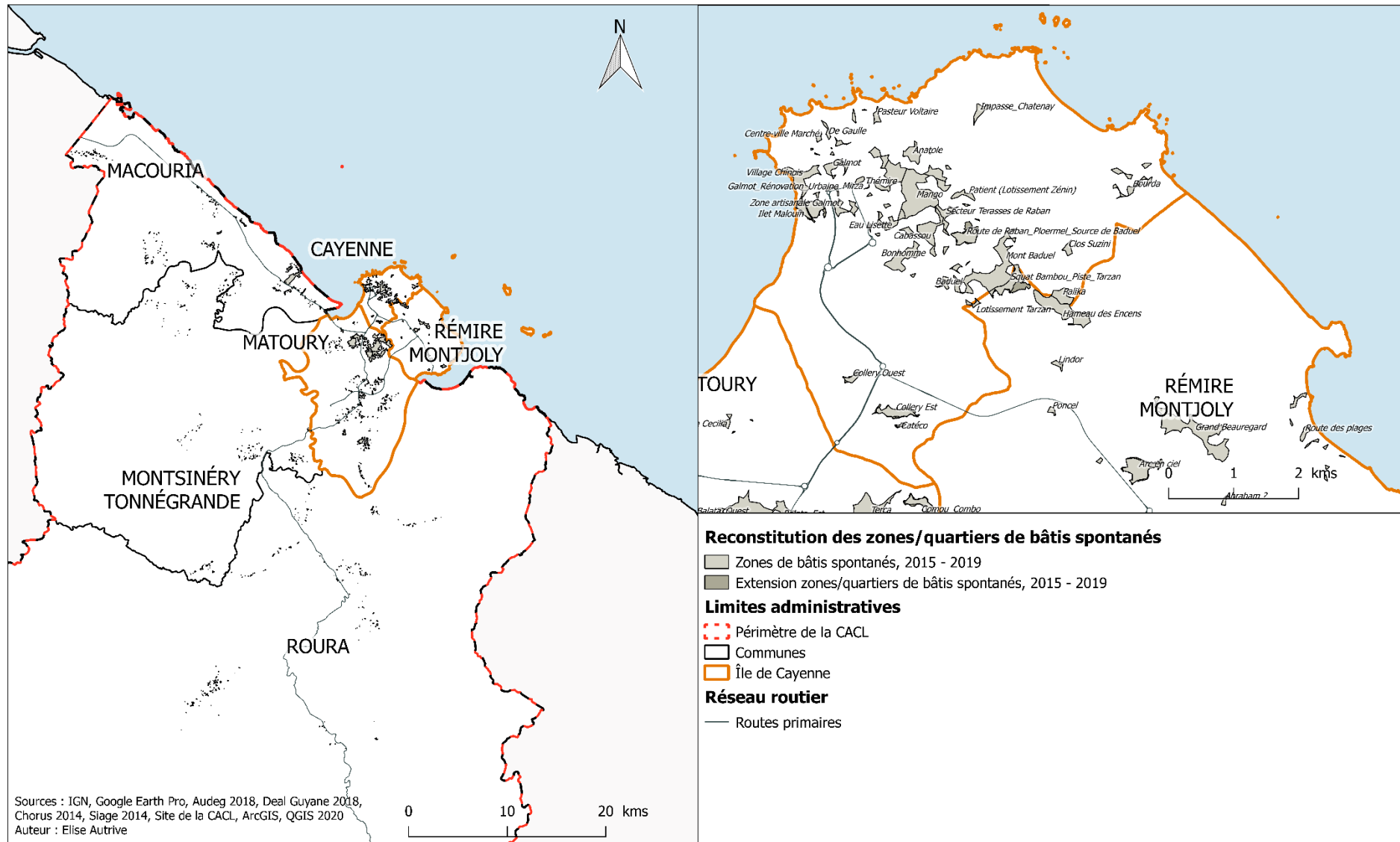


Image 11 : Différenciation des zones de bâti spontanés en 2015 et 2019 « Squat Bambou_Piste Tarzan »



Une fois ce travail effectué, sur le SIG, il figure : l'étendue surfacique, la toponymie des zones de bâti spontané répertoriées en 2015 et leur actualisation en 2019 (carte 24). Ainsi, au sein de la CACL plus de 100 zones de bâti spontané (110) ont pu être identifiées (annexe 22).

Carte 24 : Zones de bâti spontané (2015) et extensions (2019)



Tenter de représenter ces quartiers c'est mettre en lumière le décalage existant entre la « cartographie de bureau et la réalité du terrain » [V.Moracchini, M.Comptour, 2020.b, Chapitre 12 in M. Noucher et al.,p.304]. Des travaux universitaires similaires en Guyane ont été conduits et ont été publiés en 2020¹⁹⁵. Si ces quartiers de bâti spontané sont « encore souvent oubliés et peu représentés » [opsit] dans des cartes institutionnelles cela tient à la difficulté de les identifier précisément. Premièrement puisque la référence des représentations se fonde sur le plan cadastral qui référence uniquement les bâtis déclarés ; et deuxièmement puisque ces bâtis informels contrairement au cadastre planifié « ont des espaces communs et privés qui n'ont pas de délimitation claire »¹⁹⁶. Par ailleurs, si les représenter permet de mieux prendre en considération ces quartiers et « permettrait de mieux les comprendre et d'y porter un regard plus réaliste » [V.Moracchini, M.Comptour, 2020.b, Chapitre 12 in M. Noucher et al., p.304], c'est aussi les exposer à des enjeux teintés d'ambiguïté. Si certains peuvent bénéficier d'interventions, positives, telles que les opérations de Résorption de l'Habitat Insalubre irrémédiable ou dangereux (RHI) en partie financées par l'Etat visant à « (...) offrir une solution de relogement durable aux occupants des logements et leur proposer un accompagnement social adapté à leurs besoins » [Anah.fr, 2020]¹⁹⁷. Leur identification peut également conduire à plus de facilité pour mener à bien leur destruction. « Ces réalités que l'on croyait réservées aux pays en développement, se développent en France dans les territoires d'outre-mer particulièrement en Guyane et à Mayotte, de façon très comparable ». Ce « (...) développement rapide représente un défi urbain, sanitaire, social et environnemental majeur en Guyane » [R. Colombier et al., 2017, p.2].

1.2 L'échantillon des zones d'enquête : l'importance de caractériser les zones de bâti spontané

Afin d'aboutir à un échantillon ne prenant seulement en compte les zones de bâti spontané à vocation d'habitat, et plus précisément les quartiers de bâti spontané, dégradés, où se trouvent potentiellement les populations les plus en situation de vulnérabilité, des critères ont tout d'abord été renseignés sur les zones de bâti spontané.

En l'absence de critères de définition globale de l'habitat informel dans le droit relatif à l'habitat indigne (dans la Loi n° 2011-725 du 23 juin 2011)¹⁹⁸, une série de critères préexistants dans les rapports reflétant des conditions de vie indignes plaçant les populations dans une forme de vulnérabilité, ont été retenus pour caractériser ces zones. Ces critères préexistants ont été plusieurs fois retrouvés dans des rapports d'étude qui concernaient ces zones de bâti spontanés [Audeg, 2018.a ; Chorus,2014 ; Siage ,2014] (encadré 10) et

¹⁹⁵ « Atlas critique de la Guyane », sous la direction de M.Noucher, L. Polidori, éditions CNRS, 2020.

¹⁹⁶ V.Moracchini, M.Comptour, Chapitre 12, in M. Noucher et al., 2020, p.304 mettent en lumière ces constats pour le quartier des Sables Blancs dans la ville de Saint Laurent du Maroni en Guyane.

¹⁹⁷ Par exemple, sur la zone d'étude de la CACL : le quartier de la BP 134 – Arc en Ciel à Rémire-Montjoly

¹⁹⁸ En Guyane (et autres DOM-TOM) l'habitat spontané se développe cependant dans des quartiers le plus souvent insalubres [R. Colombier et al., 2017]

permettent de différencier des quartiers plus ou moins précarisés. Ils constituent l'inspiration majeure de la typologie proposée pour caractériser les zones.

Les données les plus récentes sur les critères pour lesquels il y avait des informations dans ces trois rapports d'étude ont été prises en considération.

Ces critères portent sur : le Type d'occupation et Dominante, les Matériaux utilisés pour le bâti, la Qualité du bâti, l'accès à l'Eau potable, l'usage des Eaux de pluies, l'évacuation des Eaux usées, l'accès à Electricité, la collecte des Déchets, la qualité de la Voirie, la présence des Services, la densité du bâti. Pour chacun de ces critères il existe quatre modalités (tableau 19). Ces critères et modalités associées s'inscrivent dans les thématiques suivantes : Habitat, Réseaux, Hygiène, Accessibilité quartier/services de proximité.

Toutefois, à ces thématiques et critères préexistants a été ajouté une thématique : celle de l'accessibilité aux services sanitaires et sociaux, mais aussi d'autres critères qui s'insèrent dans les thématiques de l'habitat, de l'hygiène, de l'accessibilité du quartier à des services de proximité. L'ajout de ces autres critères correspond à la volonté de rendre visible les multiples facettes de la situation de vulnérabilité des zones dans lesquelles les personnes habitent. D'autant plus que l'insuffisance de services [R.Colombier, 2017] contribue à l'insalubrité et l'isolement de ces zones.


Les critères « supplémentaires » concernent :

- La présence de structures sanitaires et sociales dans la zone, disponibles dans une périphérie d'un kilomètre « à vol d'oiseau » autour de la zone. Ces données ont été obtenues grâce à la création de buffers d'un kilomètre autour de chaque zone de bâti spontané intersectant les données de l'offre sanitaire et sociale collectée.
- La présence de camions mobiles dans la zone. Ces données ont été obtenues grâce aux enquêtes par entretiens semi-directifs auprès des acteurs sanitaires et sociaux puis géoréférencées.
- La desserte de transport en commun, soit les lignes de bus disponibles dans une périphérie d'un kilomètre « à vol d'oiseau » autour de chaque zone de bâti spontané. Ces données ont été recensées et géoréférencées (carte 25).
- Les bornes monétiques fontaine (BMF), disponibles dans une périphérie d'un kilomètre « à vol d'oiseau » autour de la zone. Ces données ont été recensées auprès de la CACL et géoréférencées (carte 25).
- L'ancienneté du quartier et l'extension majeure la plus récente. Les zones de bâtis spontanés reconstituées en 2001, 2006, 2011 à partir des données de l'Audeg ont été comparées avec les zones retracées de 2015.

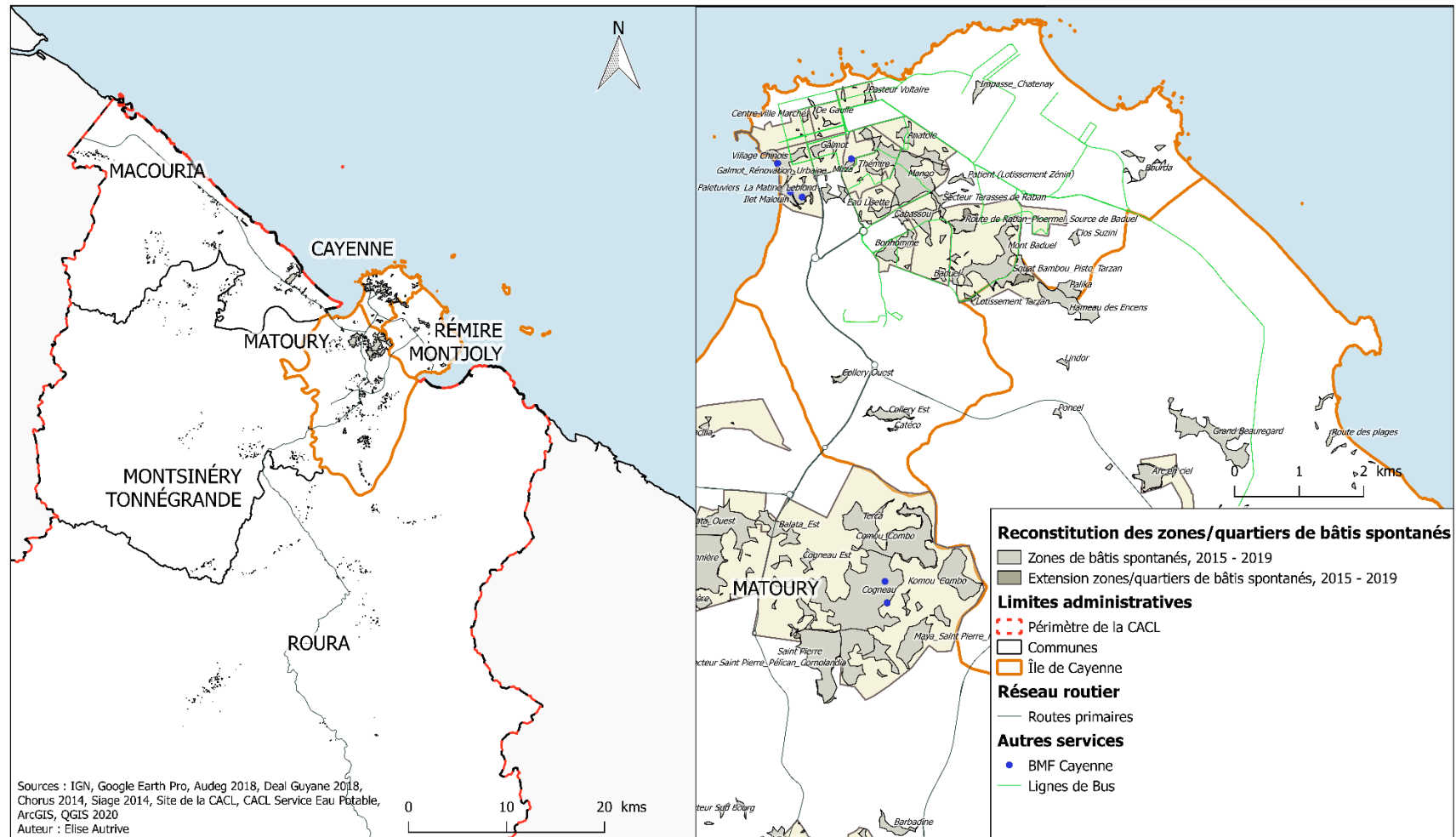
Ainsi, la grille de caractérisation des zones de bâti spontané est composée de 5 thématiques, associées à 16 critères (tableau 19).

Tableau 19 : Caractérisation des zones de bâti spontané : thématiques, critères, sources existantes et ajouts

Thématiques	Critères	Source(s) préexistantes et Ajouts
Habitat	Type d'occupation et Dominante :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Matériaux utilisés :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Qualité du bâti :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Densités et formes urbaines :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Ancienneté du quartier et extension majeure la plus récente	Analyse spatiale sur les bases de l'Audeg (2015)
Réseaux	Eau potable :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Eaux de pluies :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Eaux usées :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Electricité :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
Hygiène	Déchets Collecte :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Présence de BMF dans un rayon de 1 km :	Collecte des données + Analyse spatiale
Accessibilité quartier/services de proximité	Voirie :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
	Lignes de bus dans un rayon de 1 km :	Collecte des données + Analyse spatiale
	Services :	Audeg (2018) / Chorus (2014) / Siage (2014)
Accessibilité services sanitaires et sociaux	Présence offre sanitaire et sociale dans un rayon de 1 km :	Collecte des données + Analyse spatiale
	Présence de camions mobiles dans le quartier	Collecte des données + Analyse spatiale

 Critères ajoutés

Carte 25 : Exemple de critères géolocalisés ajoutés : les Bornes Monétique Fontaine (BMF) et les lignes de bus¹⁹⁹



¹⁹⁹ Le réseau de transports urbain et périurbain est présent sur Cayenne et son agglomération. Constituant un réseau radioconcentrique de 154 kms, par rapport aux agglomérations de taille analogue, ce réseau urbain dessert un territoire dix fois moins étendu et est environ deux fois moins développé. Toutefois, Cayenne étant densément peuplée, le maillage y est alors cinq fois plus dense que dans d'autres agglomérations de taille similaire [La documentation française, 2011].

Aux critères correspondent des modalités (tableaux 20 et 21) prises pour chacune des zones
Par critère, un score allant de 1 à 4, est affecté par modalité. Le score est homogène (il va de 1 à 4) pour toutes les modalités et tous les critères.

Ainsi, plus le score est proche de 4, plus la modalité « reflète de la vulnérabilité » pour un critère dans la thématique qui s’y rapporte. Par exemple un score égal à 4 pour un critère (exemple : matériaux utilisés) signifie que la modalité associée (exemple : tôle, bois) « reflète une forte vulnérabilité » dans la thématique qui s’y rapporte (exemple : habitat). A l’inverse un score égal à 1 pour un critère (exemple : matériaux utilisés) signifie que la modalité associée (exemple : dur) ne « reflète peu de vulnérabilité » dans la thématique qui s’y rapporte (exemple : habitat).

Affecter un score aux critères pour chacune des zones grâce aux modalités prises permettra ensuite de mieux visualiser les différences de vulnérabilité, par thématique pour les zones, et, de mieux cibler, par parti pris, les zones les plus vulnérables sur ces différentes thématiques.

Tableau 20 : Critères « de base » avec les modalités de caractérisation des zones de bâtis spontanés associés à leur score

Thématiques	Critères	Modalités	Score
Habitat	Type d’occupation et dominante	Résidentiel permanent - habitat "ville" et « périurbain »	4
		Résidentiel permanent - habitat « rural »	3
		Résidentiel permanent et temporaire -habitat "ville" et « périurbain »	2
		Résidentiel permanent et temporaire -habitat "rural"	1
	Matériaux utilisés	Mixte (Tôle, bois)	4
		Mixte (Tôle, bois, dur) - qualité	3
		Mixte (Tôle, bois, dur) + qualité	2
		Dur ++ qualité	1
	Qualité du bâti	Mauvais	4
		Moyen	3
		Moyen et bonne facture	2
		Bon	1
	Densités et formes urbaines	Très forte densité (sur occupation)	4
		Fort	3
		Moyen	2
		Faible	1
Réseaux	Eau potable	Absence de raccordement	4
		Absence de raccordement - puits - collecteurs d'eau de pluie	3
		Absence de raccordement - bornes fontaines - eau en bouteille - puits OU raccordement partiel	2
		Raccordement	1
	Eaux de pluies	Absence de raccordement	4
		Absence de raccordement – cuves de récupération -puits	3
		Raccordement partiel	2
		Raccordement	1
	Eaux usées	Absence de raccordement	4

		Absence de raccordement - rejet dans le fossé - présence de puits	3
		Raccordement partiel - fosses septiques - et rejet	2
		Raccordement	1
	Electricité	Absence de raccordement	4
		Absence de raccordement - électricité piratée - groupes électrogènes	3
		Raccordement partiel - électricité piratée - groupes électrogènes	2
		Raccordement officiel	1
Hygiène	Déchets Collecte	Pas de collecte - décharge sauvage - brulage	4
		Collecte insuffisante - décharge sauvage/brûlage	3
		Collecte insuffisante - sous dimensionnement des poubelles	2
		Collecte	1
« Accessibilité » quartier/services de proximité	Voirie	Très mauvais -latérite très dégradée/étroite	4
		Mauvais - latérite dégradée/large	3
		Moyen - route dégradée	2
		Bon - revêtement	1
	Services	Aucun service	4
		Un service	3
		Deux services	2
		Plus ou égal à 3 services	1

Tableau 21 : Critères « ajoutés » avec les modalités de caractérisation des zones de bâtis spontanés associés à leur score

Thématiques	Critères	Modalités	Score	
« Accessibilité » services sanitaires et sociaux	Présence d'offre sanitaire et sociale dans un rayon de de 1km autour de la zone « à vol d'oiseau »	Aucun service d'offre sanitaire ET/OU sociale	4	
		Un à deux services d'offre : sanitaire OU sociale	3	
		Au moins 2 services : 1 offre sanitaire ET 1 offre sociale	2	
		Plus ou égal à 3 services d'offre sanitaire ET sociale	1	
	La présence de camions mobiles dans la zone	Aucun camion	4	
		1 camion avec : 1 domaine d'activité (prévention/soins/promo santé OU prévention/promo santé OU médico-social OU accompagnement social)	3	
		Au moins 2 camions avec : 2 domaines d'activités identiques (prévention/soins/promo santé – prévention/promo santé - médico-social-accompagnement social)	2	
		Plus ou égal à 2 camions avec : au moins 2 domaines d'activités différents (prévention/soins/promo_santé ET/OU prévention/promo santé ET/OU médico-social ET/OU accompagnement social)	1	
			Aucun bus	4

« Accessibilité » quartier/services de proximité	Desserte de transport en commun dans une périphérie de 1km autour de la zone « à vol d'oiseau »)	Un bus	3
		Deux lignes bus	2
		Plus ou égal à 3 lignes de bus	1
Hygiène	Présence de BMF (disponible dans une périphérie de 1km autour de la zone « à vol d'oiseau »)	Aucune	4
		Au moins 1	3
		Au moins 2	2
		Au moins 3 et plus	1
Habitat	L'ancienneté du quartier et année d'extension la plus récente	2015	4
		2011	3
		2006	2
		2001	1

La représentation de ces scores par critères à ici à toute son importance dans la mesure où elle permet de comparer les points de différence ou de similitude de vulnérabilité par thématique entre les zones, ce que n'aurait pas permis un simple cumul des scores de tous les critères s'y rapportant. En effet, un simple cumul des scores affectés aux critères aurait donné des sommes, parfois semblables, derrière lesquelles se cachent des vulnérabilités thématiques différenciées (exemples, figure 32).

C'est pourquoi, une représentation en radar semble appropriée pour visualiser l'étendue de la vulnérabilité par thématique de chacune de ces zones : plus la zone de radar est grande plus le quartier cumule des critères de « vulnérabilité » et inversement.

A titre d'exemple, la comparaison des zones « Manguiers » à Rémire-Montjoly et « Squat Bambou » à Rémire-Montjoly (figure 32). Toutes deux comptabilisent, par addition des scores associés à des critères, qui font un total égal à 47. Pour un score total identique, se cache des facettes différenciées de la vulnérabilité. La zone « Squat Bambou » est visiblement plus en situation de vulnérabilité sur la thématique « Habitat » et l'est moins en matière d'accessibilité potentielle aux services sanitaires et sociaux. Tandis que la zone « Manguiers » est visiblement plus en situation de vulnérabilité en matière « d'accessibilité potentielle aux services sanitaires et sociaux » et l'est moins sur la thématique de « l'habitat ». A score de situation de vulnérabilité égal, est rendu visible par les radars des situations de vulnérabilité différenciées. Par conséquent la représentation en radar permet d'identifier les thématiques et variables qui renforcent ou diminuent la situation de vulnérabilité de la zone de bâti spontané considérée. Cette identification plus précise des facettes de vulnérabilité permet d'exclure des zones de bâti spontané qui ne correspondraient pas aux populations ciblées.

Figure 32 : Des zones de bâti spontané aux vulnérabilités différenciées²⁰⁰

²⁰⁰ Note sur les radars (figure 30) : plus une courbe est proche de l'extérieur du cercle, plus le quartier est considéré en situation de vulnérabilité selon le critère qui s'y rapporte (score allant de 1 à 4). Chacun des critères se rapportant aux 5 grandes thématiques (Habitat, Réseaux, Hygiène, Accessibilité du quartier/Services de proximité Accessibilité aux services sanitaires et sociaux)

Note de lecture : Pour la zone de bâti spontané Squat Bambou -Piste Tarzan, au sein de la thématique « Habitat », tous les critères (type d'occupation et dominante, matériaux utilisés, qualité du bâti, densité et forme urbaine, ancienneté du quartier), ont une modalité avec un score égal à 4. La thématique de l'« habitat », est particulièrement un facteur de situation de vulnérabilité pour ce quartier.

Manguiers - Village Brésilien - Rémire-Montjoly

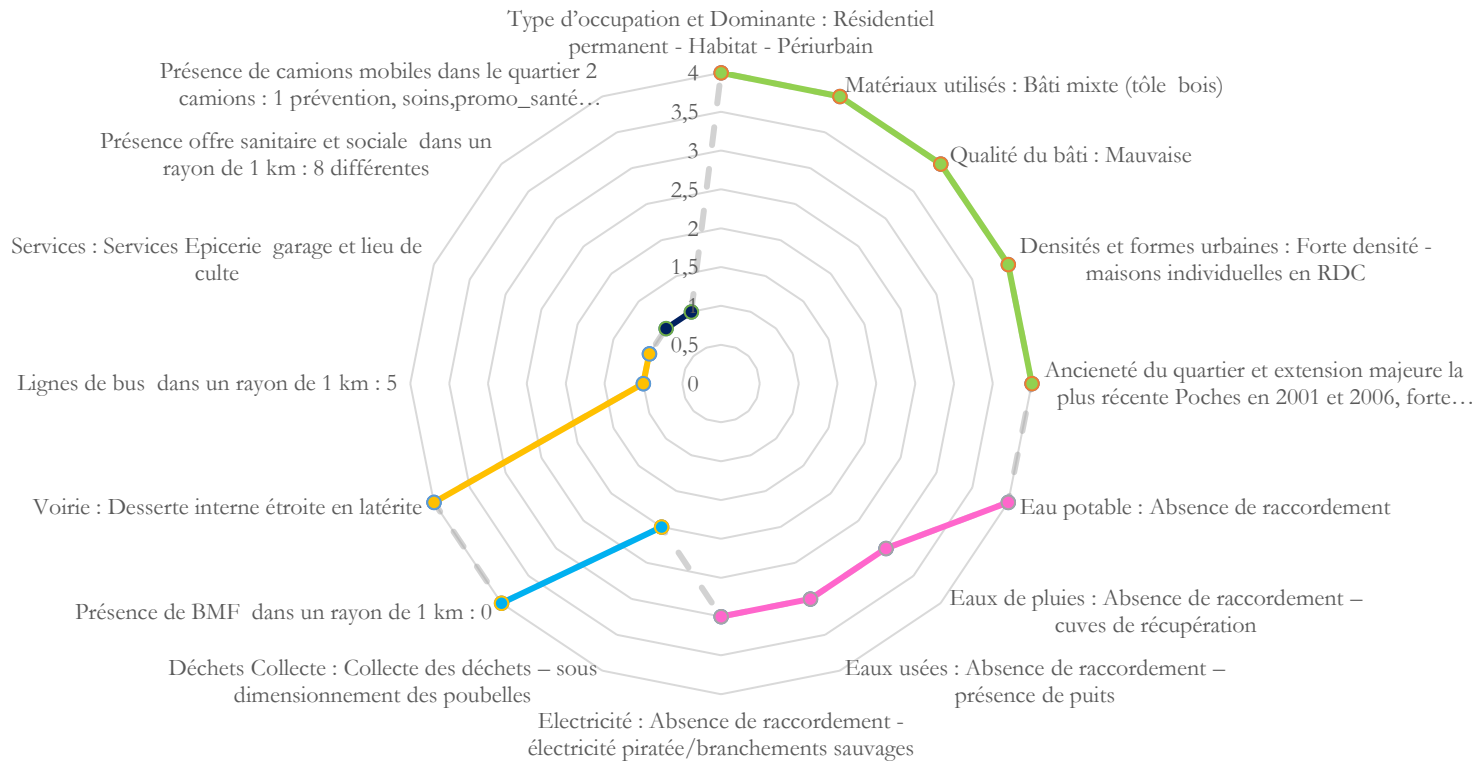
- Lignes reliant les thématiques
- Hygiène
- Habitat
- Réseaux
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Accessibilité services sanitaires et sociaux

Type d'occupation et Dominante :
Résidentiel permanent - Maison principale
(RDC sur pilotis) - Périurbain



Squat Bambou-Piste Tarzan - Rémire-Montjoly / anciennement Mont Baduel - Cayenne

- Lignes reliant les thématiques
- Hygiène
- Habitat
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Réseaux
- Accessibilité services sanitaires et sociaux



Au total, 50 zones parmi les 110 zones de bâti spontanés identifiées (annexe 22) ont pu être renseignées à l'aide des rapports existants par les critères sus-cités (tableau 22). Ce qui a permis par la suite de sélectionner, après plusieurs étapes, un échantillon des quartiers d'enquête potentiels.

Tableau 22 : Zones de bâti spontané identifiées (n=110) et zones de bâti spontané identifiées avec les critères (n=50)

Communes	Zones de bâti spontané recensées	Zones de bâti spontané avec les critères définis (parmi les 110 zones)
Cayenne	29	12
Rémire - Montjoly	16	6
Matoury	34	13
Macouria	13	7
Montsinéry-Tonnégrande	9	5
Roura	9	7
Total	110²⁰¹	50

1.3 Exclusion de zones de bâti spontané et sélection des quartiers d'enquête potentiels

Les étapes suivantes consistent à restreindre l'échantillon des zones de bâti spontané répertoriées et renseignées (n=50) afin de garder seulement les zones de bâti spontané à vocation d'habitat, soit les quartiers spontanés les plus en situation de vulnérabilité.

- **Zones de bâti spontané en secteur « rural »**

D'emblée, les zones appartenant aux communes de Roura et de Montsinéry-Tonnégrande ont été exclues puisqu'elles se situent majoritairement en zone rurale. Bien qu'une vulnérabilité liée à l'accessibilité aux services existe, le type d'occupation est : de permanent à temporaire ; et la vocation des bâtis spontanés est mixte : pour l'habitat et/ou l'agriculture. D'autre part, la densité de ces zones est de faible à moyenne (sauf pour « Cacao »). De fait, ces zones, au regard des critères de vulnérabilité définis, ne peuvent être incluses dans l'échantillon.

²⁰¹ Sur la cartographie apparaissent 113 zones de bâti spontané, ici 3 d'entre elles ont été fusionnées en une seule dans la mesure où elles portent le même nom, et se situent sur deux communes. Ainsi les zones identifiées passent de 113 à 110 zones. « La Beaume » : affecté à Matoury présent à Montsinéry-Tonnégrande en plus faible surface. « Lotissement Garin - Champ Virgile » : affecté à Montsinéry, présent aussi à Macouria en plus faible surface. « Nancibo » : affecté à Roura présent à Montsinéry-Tonnégrande en plus faible surface

Ainsi, l'effectif passe à 38 zones de bâti spontané à vocation d'habitation, soit les quartiers de bâti spontané qui pourront être les zones d'enquête potentielles²⁰² (tableau 23).

Tableau 23 : Des zones de bâti spontané « en zone rurale » dans les communes de Montsinéry-Tonnégrande et Roura éliminées (n=12)

Communes	Zones de bâti spontané recensées avec les critères définis (hors zone « rurale »)
Cayenne	12
Rémire - Montjoly	6
Matoury	13
Macouria	7
Montsinéry-Tonnégrande	5 <i>Éliminées</i>
Roura	7 <i>Éliminées</i>
Total	38 (50-12)

- **Zones de bâti spontané avec les critères définis de « bonne facture »**

Ensuite, parmi ces 38 zones de bâti spontané, à vocation d'habitation en zone urbaine certaines d'entre elles n'ont pas des critères et modalités qui reflètent des conditions de vie « indignes ». A titre d'exemple, la fiche de la zone de bâti spontané « Bourda » (figure 33) à Cayenne fût éliminée de l'échantillon. La qualité du bâti est de bonne facture et il existe l'accès à l'eau et l'électricité au réseau « formel ». Cette zone illustre bien le fait que le bâti spontané présent n'est pas synonyme de zone où se trouvent nécessairement des populations aux conditions de vie qui les place en situation de vulnérabilité, et qu'il est donc nécessaire de les caractériser.

Figure 33 : Des zones de bâti spontané éliminées, non synonymes de « vulnérables »

²⁰² Ce parti pris est aussi l'une des limites à signaler de ce travail qui se centrera alors uniquement sur des zones situées dans un espace urbain et périurbain et exclura de fait 2 communes (Montsinéry-Tonnégrande et Roura) du périmètre de la zone d'étude de la CACL.

Bourda - Cayenne

- Lignes reliant les thématiques
- Hygiène
- Habitat
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Réseaux
- Accessibilité services sanitaires et sociaux

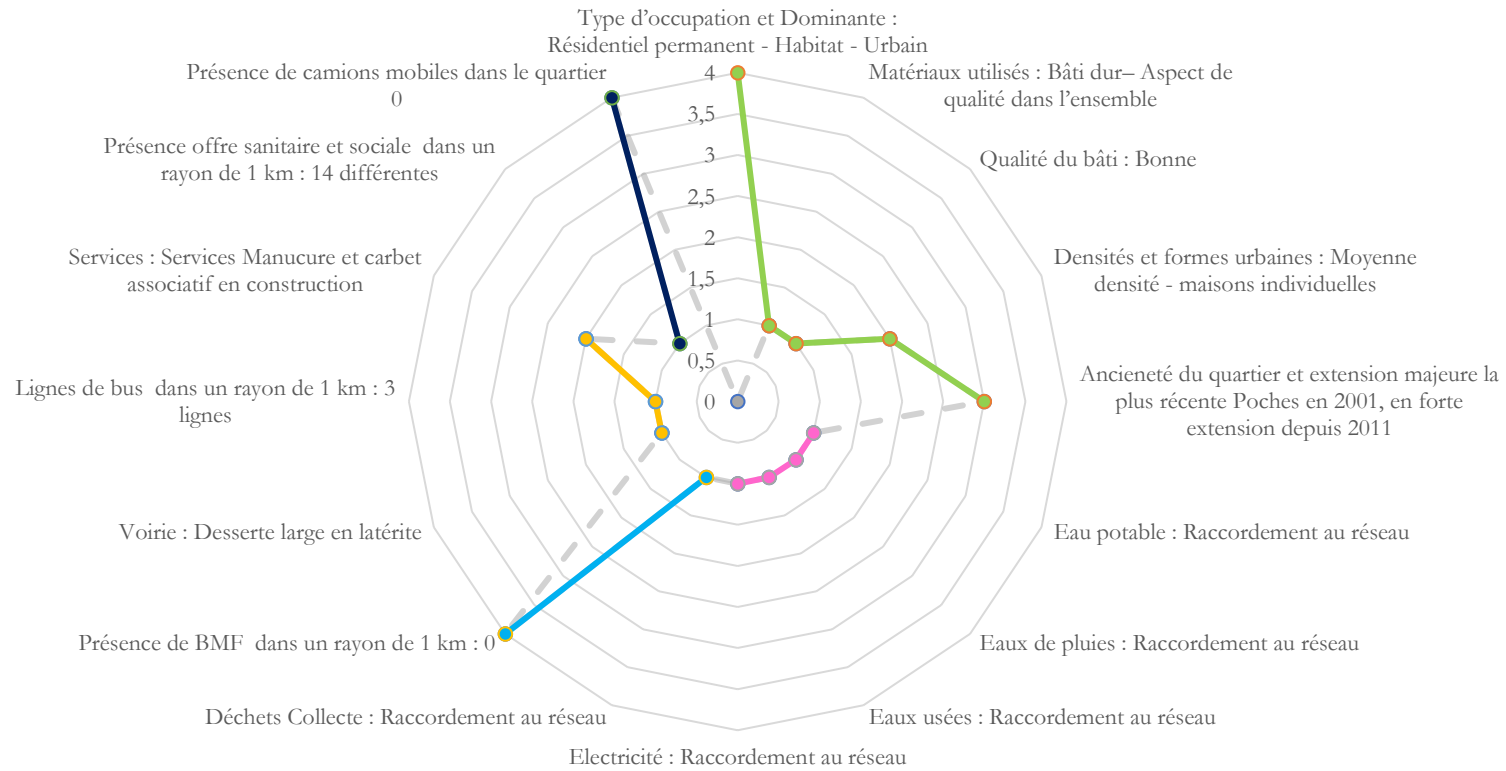


Tableau 24 : Des zones de bâti spontané de « bonne facture » éliminées (n=4)

Communes	Zones de bâti spontané avec les critères définis (hors zones « rurales »)	Zones de bâti spontané avec les critères définis de « bonne facture »	Zones de bâti spontané avec les critères définis – Hors les zones de bâti de « bonne facture »
Cayenne	12	1 <i>Éliminées</i>	11
Rémire - Montjoly	6	3 <i>Éliminées</i>	3
Matoury	13	/	13
Macouria	7	/	7
Montsinéry-Tonnégrande	/ <i>Éliminées</i>	/ <i>Éliminées</i>	/ <i>Éliminées</i>
Roura	/ <i>Éliminées</i>	/ <i>Éliminées</i>	/ <i>Éliminées</i>
Total	38	4 à éliminer	34 (38-4)

Ainsi, 4 zones de bâti spontané implantées sur la commune et Cayenne et de Rémire-Montjoly ont été exclues dans la mesure où le bâti y était défini de « bonne facture »²⁰³. Ce sont ainsi 34 (38-4) zones de bâti spontané identifiées avec les critères définis qui pourront être les lieux d'enquête potentiels (tableau 24).

- **Zones de bâti spontané détruites**

La localisation « de base » des zones de bâti spontané datant de 2015 (Audeg, 2018.e), un recensement des quartiers de bâti spontané détruits entre 2015 et le déroulement de l'enquête (mars à mai 2019) dans la liste existante était nécessaire afin de les éliminer de l'échantillon. Ce travail a été réalisé à partir des informations journalistiques locales (image 12).

²⁰³ C'est aussi le cas de « Hameau des Encens » à Rémire-Montjoly, mais il a été éliminé plus tôt de l'échantillon parce qu'il n'a pas tous les critères des thématiques renseignés.

Image 12 : Destruction du squat Catéco, commune de Cayenne, source : Journal France Guyane, 19 mars 2019



Tableau 25 : Des zones de bâti spontané « détruites » éliminées (n=2)

Communes	Zones avec les critères définis – sans les zones « rurales », sans les zones de bâti de « bonne facture »	Zones avec les critères définis – « détruites » entre 2016 et mars 2019	Zones avec les critères définis – sans les zones « rurales », sans les zones de bâti de « bonne facture », sans les zones « détruites »
Cayenne	11	2 <i>Éliminées</i>	9
Rémire - Montjoly	3	/	3
Matoury	13	/	13
Macouria	7	/	7
Montsinéry-Tonnégrande	<i>/ Éliminées</i>	<i>/ Éliminées</i>	<i>/ Éliminées</i>
Roura	<i>/ Éliminées</i>	<i>/ Éliminées</i>	<i>/ Éliminées</i>
Total	34	2	<u>32 (34-2)</u>

Au total, après élimination des zones de bâti spontané en zone « rurale », des zones de bâti spontanés définies de « bonne facture » et des zones de bâti spontanés détruites entre 2016 et mars 2019; il reste parmi les zones de bâti spontanés à vocation d'habitation : 32 zones aux critères renseignés et définis qui pourront être des zones potentielles pour l'enquête (tableau 25).

Cet échantillon de zones d'enquête potentielles est alors constitué des zones de bâti spontané, urbaines et périurbaines, à vocation d'habitat, pour lesquelles des critères ont été renseignés, et où les populations vivent dans des conditions de vie « indignes » au regard des informations collectées.

Ces zones se positionnent donc comme des « quartiers de bâti spontané » de densité moyenne à forte²⁰⁴ ou vivent des « populations en situation de vulnérabilité » (tableau 26).

Tableau 26 : Des quartiers spontanés potentiels pour l'enquête (n=32)

Répartition par commune des 32 quartiers spontanés potentiels pour l'enquête	Quartiers d'enquête potentiels ➔ Elimination des zones aux critères non renseignés, « en zone rurale », définies de « bonne facture », et les zones détruites entre 2016 et mars 2019
Cayenne – 9 zones	Collery Est Collery Ouest Ilet Malouin Mirza Nzilla_Faubourg_Labri Paletuviers_La Matine_Leblond Palika Route de Raban_Ploërmel_Source de Baduel Village Chinois
Matoury – 13 zones	Cogneau Comou_Combo Cotonnière Ferme Marina Komou_Combo La Levée - Derrière le Lot Yard Morthium Saint Pierre Secteur Saint Pierre_Pélican_Cornolandia Stoupan Mogès_Chemin Mogès Stoupan Mogès_Chemin Mogès_Ilets Mogès Terca La Beaume
Rémire-Montjoly – 3 zones	Belle Humeur_ Dégrad des Cannes Manguiers Route des plages
Macouria – 7 zones	Belle Humeur Macouria Bordelaise Route de la lagune Sablance

²⁰⁴ Selon l'HCSP (2018) « La densité d'occupation des logements apparaît également comme un des facteurs affectant la santé. Dans les enquêtes, une forte densité associée à peu d'espaces verts, à des logements de mauvaise qualité et à de hauts niveaux de pauvreté correspond à des niveaux élevés de détresse psychologique des populations qui y habitent. », p.28

	Sablance Nord Savane Trois Rois Village Norino
--	------------------------------------------------------

1.4 Entre « l'échantillonnage idéal » et « l'échantillonnage réaliste »

En tenant compte de la sélection des zones de bâti spontané, l'effectif atteint n=32 quartiers de bâti spontané où les populations vivent en situation de vulnérabilité. Ces quartiers de bâti spontané se répartissent respectivement à hauteur de 9 zones à Cayenne, 3 zones à Rémire-Montjoly, 13 zones à Matoury et 7 zones à Macouria. Dans l'absolu, il aurait été pertinent d'interroger 50% de l'effectif des zones sélectionnées, soit respectivement 4,5 zones à Cayenne, 1,5 à Rémire-Montjoly, 6,5 à Matoury et 3,5 zones à Macouria. Puis parmi toutes ces zones d'interroger la moitié des habitants d'une (et si le cas, d'une demi) zone.

Ce protocole d'enquête n'a pu être mis en place, pour deux raisons : l'une méthodologique et l'autre logistique, rejoignant une seule et même condition : la faisabilité avec les moyens existants de l'enquêteur.

En effet, une fois les zones localisées, méthodologiquement, il a été souhaité d'estimer la population vivant dans ces zones de bâti spontané²⁰⁵. Les données du recensement de population de l'INSEE ont alors été récupérées à l'échelle de l'IRIS [Insee,2028.b]. La proportion surfacique de chaque zone de bâti spontané contenue au sein d'un (ou des) IRIS fût prise. Puis, cette proportion prise par la zone de bâti spontané au sein d'un (ou des) IRIS fut rapportée à la proportion de la population (totale) de 2015 comptabilisée dans le ou les IRIS correspondants. Les estimations de population effectuées au sein de ces zones de bâti spontané paraissaient, pour certaines, « irréalistes » : petits effectifs dans une zone de surface importante et caractérisée par une moyenne à forte densité (par exemple : à Manguiers à Rémire-Montjoly). En tout état de cause, sauf erreur, la population de ces zones semble sous-estimée. Par exemple la zone de bâti spontané « Manguiers » contenue dans l'IRIS au code 973090103 - Mahury-Dégrad des Cannes et contenant une population totale de 5960 personnes en 2015 représente à lui seul un quart de la commune de Rémire-Montjoly (23 976 habitants en 2015). En partant du principe que la population de l'IRIS est équi-répartie, d'entrée de jeu l'estimation, très faible, de la population vivant au sein de la zone de bâti spontané « Manguiers » - dont l'un des critères renseignés indique une forte densité de population - est faussée. La question de la fiabilité des recensements de ces populations immigrés en Guyane a déjà été discutée [L.Cambrézy, 2015]. Par ailleurs, dans la mesure où ce travail d'enquête est réalisé avec un seul enquêteur, interroger 16 zones (cumul des quartiers) et la moitié de sa population est irréalisable.

²⁰⁵ Un quartier aurait pu constituer une base de sondage. Cette méthode aurait nécessité au préalable de recenser les foyers présents dans les quartiers. Il aurait fallu nécessairement plus de temps et de moyens logistiques. Se reporter à la thèse de [J.Vallée, 2008].

2 - Le questionnaire : interroger les pratiques d'accès aux soins de santé des populations vulnérables vivant dans les quartiers d'habitat spontané

« L'enquête par questionnaire est sans doute l'instrument d'investigation le plus connu et le plus influent dans le domaine des sciences humaines. (...) Trois des principales fonctions des enquêtes consistent à décrire, à comparer, et à expliquer » [J.Russel., N.Burnay. et O.Servais.,2000]. Le principal enjeu de cette enquête sera de recueillir des informations socio-économiques, et notamment les pratiques de recours (structures/dispositifs et motif) aux soins de santé et d'aide à caractère social, mais aussi les raisons du renoncement.

2.1 La construction du questionnaire à destination des personnes en situation de vulnérabilité vivant dans les quartiers spontanés

Plusieurs études menées sur la santé des populations existent et ont constitué des bases à l'élaboration du questionnaire d'enquête destiné aux populations en situation de vulnérabilité vivant dans les quartiers spontanés. Les enquêtes réalisées spécialement dans les DOM-TOM ou en Guyane ont été les sources principalement retenues.

Premièrement, le baromètre santé DOM (BS DOM) de 2014²⁰⁶ s'intéresse à l'état de santé de la population (générale) des DOM. En Guyane, cette enquête déclarative fut effectuée par téléphone (numéros fixes ou mobiles) en français (92,9 %), français et créole (4%) ou créole (3,2 %) [J-B.Richard et R.Andler, 2015.a, p.8]. Le BS DOM comporte différents modules généraux : caractéristiques de vie (profil socio-démographique, description du foyer, du logement), recours aux soins, renoncement aux soins, santé perçue (mini-module européen²⁰⁷), mais aussi des modules plus spécifiques sur des types d'accès aux soins (dépistage, vaccination) ou sur les comportements et pratiques (tabac, alcool, drogues...).

Deuxièmement, une enquête sur les « difficultés d'Accès aux Soins Et au droit à la Santé des populations vivant dans les quartiers défavorisés de l'île de Cayenne » (ACSES)²⁰⁸ a été réalisée par le Centre d'Investigation Clinique (CIC) Antilles-Guyane entre 2013-2014, en interrogeant des patients ayant consulté à la PASS du CH de Cayenne ou dans les sorties mobiles de la Croix-Rouge française ou de Médecins Du Monde. Le questionnaire comportait des modules concernant des renseignements généraux, le profil de

²⁰⁶ INPES (2014) « Questionnaire du baromètre Santé DOM 2014 », en ligne, URL :<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119677/file/152142_barometre-sante-dom-2014-questionnaire.pdf>

²⁰⁷ EUROSTAT (2010) « EHIS wave 1 guidelines, Latest update : 15 January 2010 », en ligne, URL :<<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>>

²⁰⁸ CIC - EC Antilles Guyane (2014) « Enquête accès aux soins et droit à la santé des populations vulnérables de l'île de Cayenne (ACSES) », source non disponible en ligne

santé, les habitudes médicales et le référent médical, les connaissances attitudes et pratiques de santé, et la couverture médicale, la précarité (évaluée par le « score Epices »), l'accès, et le renoncement aux soins. En matière de précarité, le « Score EPICES »²⁰⁹ est devenu un score de référence « en matière de repérage de populations médicalement et socialement vulnérables » [C.Sass et al., 2006], et est utilisé dans cette enquête.

Des questions présentées dans le baromètre santé 2014, du mini-module européen, du « score EPICES » et dans l'enquête ACSES ont alors été des sources d'inspiration dans l'élaboration du questionnaire.

Sur un total de 40 questions composant le questionnaire (annexe 23) hormis les questions générales (sexe, âge, pays de naissance, nationalité, questions 1 - 4), celles créées sont les questions numéro : 9, 10, 18, 19, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46. Les questions inspirées du BS DOM sont les questions numéro : 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, *21, *23, *24 (*mini module européen). Celles inspirées de l'enquête ACSES sont les questions numéro : 7, 8, 20, 32, 35, 44 ; les questions inspirées de trois sources complémentaires sont les questions : 26, 29²¹⁰ ; et 32²¹¹ ; et 37²¹² .

Néanmoins, de nombreux ajustements ont été dans un premier temps réalisés sur les questions. En particulier sur la manière de les formuler et sur leurs modalités (ex : tranches des revenus) (annexe 23). A titre d'exemple, dans le module des renseignements généraux, le baromètre santé DOM de 2014 présente en quarantième question des tranches de revenus allant de moins de 230 euros par mois à plus de 7600 euros par mois. Ces tranches ne sont cependant pas adaptées à la population ciblée. C'est d'ailleurs ce que confirme l'étude ACSES sur la population des quartiers précaires de l'île de Cayenne : « 20 % des patients gagnaient moins de 300 euros par mois, 35,2 % moins de 500 euros, et 55 % moins de 800 euros par mois. » [L.Valmy et al., 2016]. La première tranche de revenus comprise entre 0 à 300 euros par mois reste toutefois trop étendue pour rendre compte des variations de revenus mensuels ayant lieu au sein de cette classe. De fait, la première tranche des revenus du questionnaire de l'enquête a été réduite de 0 à 50 euros par mois et les tranches suivantes ont été pensées pour être cohérentes avec le seuil de risque de pauvreté ; soit 420 euros par mois (par unité de consommation) selon l'INSEE en 2011 [Insee, 2018.g] en Guyane.

Un autre ajustement a été effectué dans les renseignements généraux sur le « score EPICES » utilisé pour le repérage des populations médicalement et socialement vulnérables. Ce dernier n'a pas été pris totalement en compte puisque certaines questions qui permettent de construire ce score ne semblaient pas

²⁰⁹ Le score Epices est composé de 11 questions binaires prenant en compte les déterminants matériels et psychosociaux de la précarité. C.Sass et al., « Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité », Santé Publique 2006/4 (Vol. 18), p. 513-522, DOI 10.3917/spub.064.0513

²¹⁰ CREDES (2004) "Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2004", Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, en ligne, URL : <<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires/2004/sante-soins-medicaux.pdf>>

²¹¹ Inspiré du Samu Social de Paris (2013) « Enquête ENFAMS Questionnaire parent Document strictement confidentiel », source personnelle

²¹² Inspiré de INSEE, Commission « Ménages », « Enquête santé Dom », Comité du label de la statistique publique, Secrétariat du Comité du label, source personnelle

adaptées aux réalités des populations ciblées, par exemple les questions 7 et 8 : « Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? » et « Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? ».

Concernant les modules de l'accès aux soins, et du renoncement aux soins ; les questions concernant le lieu de recours et sa raison ont été ajoutés concernant les pratiques et les raisons des recours aux types de soins et d'aides à caractère social proposés. Les modalités des raisons prenant en compte les déterminants de l'accès aux soins de santé généraux et spécifiques de ces populations [R. Penchansky, J.W. Thomas, 1981 ; E. Saurman, 2015 ; J.F Levesque, 2013 ; P.Michelletti, 2013 ; S.Fleuret, A-C.Hoyez, 2011].

Enfin, les docteurs Florence Huber et Philippe Travers travaillant à la CRF de Guyane ont apporté leurs connaissances sur ces populations et leur regard sur le questionnaire. Avant la passation des enquêtes dans les quartiers, le questionnaire avait pu être testé une matinée (le 27/03/2018) auprès des populations se rendant au CPS CRF de Cayenne (rue Barrat). De cette manière, les questions ont pu être ajustées aux réalités du contexte après les avoir testées auprès des personnes acceptant d'être interrogées.

Le questionnaire (annexe 23) ainsi proposé aux personnes âgées de plus de 18 ans comporte dans un premier temps en préambule²¹³ :

- sa présentation (mon identité, les objectifs de ce travail, les associations MDM et CRF)
- un formulaire de non opposition de l'individu à la passation du questionnaire
- un numéro anonyme pour chacun des individus enquêtés
- la date et le lieu de l'enquête

Dans un second temps, le corps du questionnaire (annexe 23) comporte une série de questions réparties en trois axes principaux²¹⁴ divisés en sous – axes (encadré 11) :

Encadré 11 : Principaux axes du questionnaire à destination des populations vulnérables

<ul style="list-style-type: none">• Axe 1 : Caractéristiques individuelles :<ul style="list-style-type: none">- Description des caractéristiques socio-individuelles/économiques : sexe, âge, pays de naissance, nationalité, niveau scolaire le plus haut, activité professionnelle, revenus mensuels, aides sociales.- Conditions de vie en relation avec les critères de vulnérabilité : quartier d'habitat, temps de vie dans le quartier, type du logement (bâti), nombre de personnes dans le logement, relation de parenté ou non avec les personnes habitant dans le foyer, accès à l'eau courante, électricité, toilettes, douche, approvisionnement en eau, moyens de déplacement.
<ul style="list-style-type: none">• Axe 2 : Etat de santé – et accès aux structures/dispositifs de soins de santé :

²¹³ Inspirée de l'enquête ACSES

²¹⁴ Un axe 4 supplémentaire a été inclus pour la Croix Rouge Française afin de déterminer si les personnes rencontrées seraient intéressées par une enquête plus approfondie sur leur état de santé (questionnaire et un prélèvement biologique) ; ainsi que l'heure de passage dans la zone de bâti spontané la plus adéquate pour qu'ils puissent se rendre auprès des professionnels de santé pour la passation.

Enfin, un encadré en fin de questionnaire est présent afin d'annoter des remarques issues du contexte ou des échanges menés avec les personnes rencontrées.

<ul style="list-style-type: none"> - Santé perçue (mini module européen) : état de santé perçu en général en Guyane, état de santé perçu avant la migration dans le pays d'origine, si limité dans les activités habituelles, si problème de santé chronique. - Accès aux soins : lieu et raison du choix du lieu (structure/dispositif) <u>pour la personne elle-même</u> pour : une consultation avec un médecin, la vaccination, le dépistage (IST/VIH/Sida), le gynécologue et la contraception (pour les femmes), les analyses de laboratoire (hors dépistage), les médicaments, la radiologie, les soins dentaires, l'hospitalisation. - Renoncement aux soins <u>pour la personne elle-même</u> : types de soins renoncés (identiques à ceux précités) et la raison - Accompagnement et insertion sociale : difficultés rencontrées au quotidien, si personnes aidantes, - Accès aux aides à caractère social : lieu de recours et sa raison pour : l'accompagnement social, l'aide alimentaire, l'aide vestimentaire - Renoncement aux aides à caractère social : type d'aide renoncée (identiques à celles précitées) et sa raison
<ul style="list-style-type: none"> • Axe 3 : Conditions migratoires : - Durée de vie en Guyane - Principal motif de la venue en Guyane - Situation administrative en Guyane

2.2 Passation du questionnaire : la faisabilité de l'enquête et les conditions de passation

La rencontre des populations vivant dans des quartiers spontanés n'aurait pu être réalisée sans un travail collaboratif avec des acteurs locaux : Croix Rouge Française à Cayenne et Médecins du Monde France Guyane. Il convient alors de présenter ces importants éléments contextuels (encadré 12).

Encadré 12 : Croix Rouge Française en Guyane et Médecins du Monde en Guyane : des liens indispensables pour l'enquête auprès des populations vulnérables

Un accueil « dans les murs » de la Croix Rouge Française à Cayenne



Dès le début de ce travail de thèse et à la sortie du mémoire de recherches de M2 (en Guyane), en 2016, des liens ont été établis avec la Croix Rouge Française en Guyane grâce à Dr Olivier Kleitz. Toutefois, ces liens ont été vraiment tissés en 2018 avec l'intermédiaire de la Docteure Florence Huber, Coordinatrice Médicale des CPS de la Croix-Rouge Française en Guyane Française. Puis, de ces liens, ont pu être initiés les liens avec Médecins du Monde - mission France Guyane.

J'ai alors pu être accueillie dans les locaux de la Croix Rouge Française à Cayenne lors des séjours « de terrain » effectués en 2018 et 2019. La Croix Rouge Française m'a fourni en 2019, un espace de travail hors des journées d'enquête et les fournitures nécessaires à l'impression des questionnaires.

Nous avons pu aussi échanger sur nos travaux respectifs : cartographie des zones de bâtis spontanés, le questionnaire, leurs données recueillies lors des consultations aux CPS de Guyane de la Croix-Rouge ...

Une collaboration sur « le terrain » essentielle avec l'association Médecins du Monde à Cayenne



Le lien tissé avec Médecins du Monde – mission France Guyane ne fût établi qu'en 2019 (initié par la Docteure Florence Huber). Des échanges ont eu lieu avant la passation de l'enquête au sein de zones de bâtis spontanés (depuis la France Hexagonale) avec Mme Isabelle Lorre, coordinatrice générale de MDM en Guyane afin de mieux connaître le travail de chacune, les aspects logistiques et administratifs à mettre en place. J'ai pu signer ma charte de bénévolat, auprès de MDM afin de pouvoir me joindre à l'équipe lors de ses interventions médicales et sociales auprès des populations dans les quartiers spontanés.

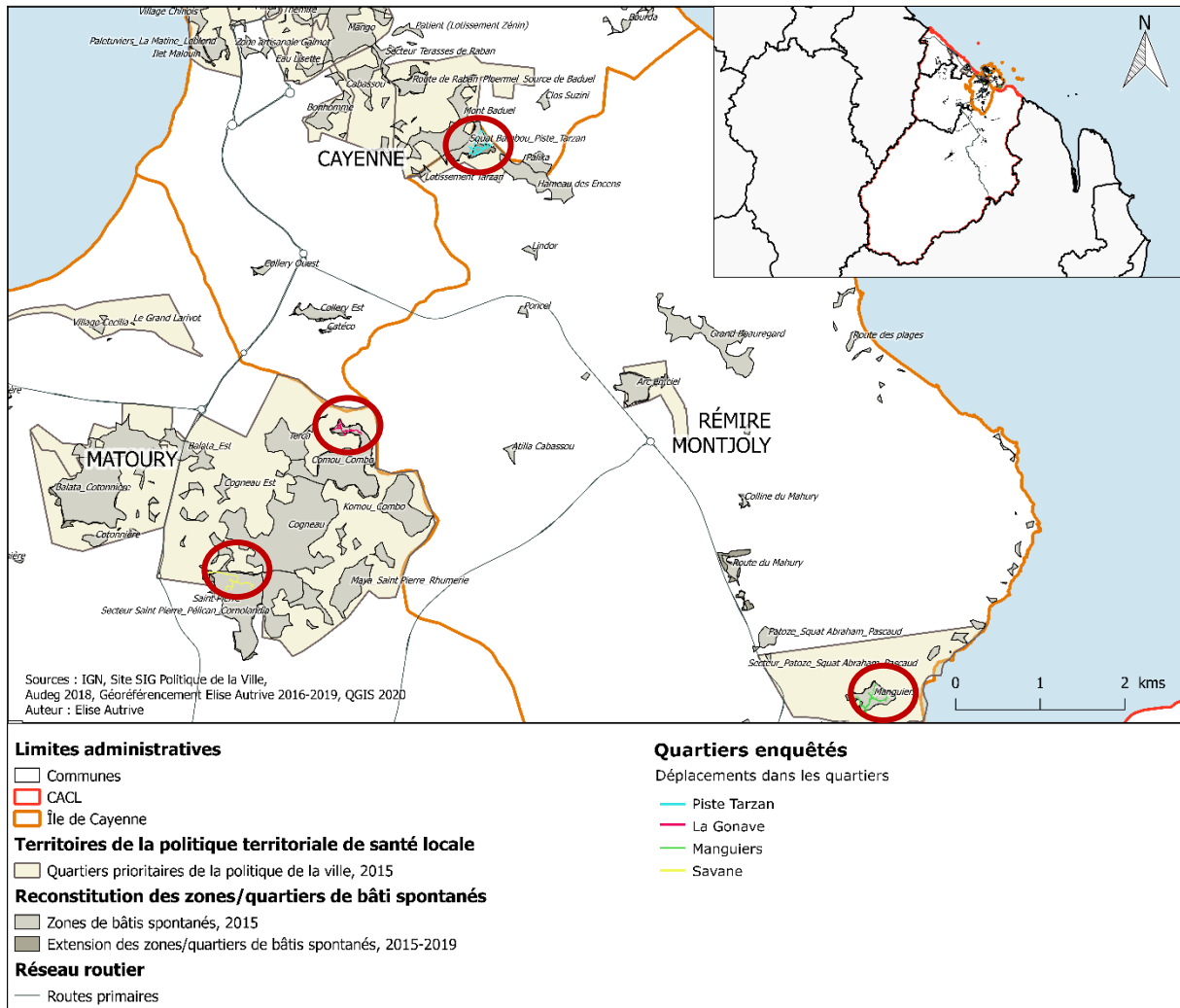
Par la suite l'organisation du planning des jours d'enquêtes, lors des sorties de MDM en camion mobile au sein des quartiers, fût effectuée avec Catherine Oliviero, coordinatrice médicale de MDM en Guyane et avec Aude Trépont, nouvelle coordinatrice de MDM en Guyane avec l'accord des médiatrices en santé Herminia et Maria de ma présence lors de leurs interventions mobiles.

Entre avril et mai 2019, ce sont finalement 4 quartiers d'habitat spontané qui ont fait l'objet des enquêtes (carte 26, photographie 2). Ces quartiers d'enquête font partie de l'échantillon des 32 quartiers spontanés renseignés par la typologie des critères de vulnérabilité (représentation en radars des critères de vulnérabilité en annexe 24).

Les possibilités d'enquête dans les quartiers ont essentiellement reposé sur la collaboration effectuée avec MDM puisque ce sont dans ces quartiers que les actions mobiles d'une demi-journée de cette association se déroulaient à :

- Piste Tarzan à Cayenne/Rémire-Montjoly
- Manguiers à Rémire-Montjoly
- Savane (Saint Pierre) à Matoury
- Comou/ La Gonave à Matoury

Carte 26: Les 4 quartiers spontanés enquêtés



Photographie 2 : Les 4 quartiers spontanés enquêtés, source : E. Auvriva



Piste Tarzan, le 23/05/2019



La Gonave – Comou, 12/04/2019



Savane, 10/05/2019



Manguiers, 20/05/2019

L'introduction par MDM au cœur de ces quartiers lors des actions mobiles m'a permis de bénéficier d'excellentes conditions logistiques, de circuler librement et d'aller à la rencontre des personnes. Parfois accompagnée de bénévoles Henry, Elvis, Edwintz, la barrière de la langue lorsqu'elle était trop importante a pu être levée puisqu'ils maîtrisent le Créole Haïtien.

Afin de mener l'enquête, l'objectif était d'obtenir un nombre de personnes suffisant - bien que non représentatif statistiquement - d'égal effectif, pour comparer les quartiers entre eux. Le nombre de 50 personnes interrogées par quartier était envisagé. Pour y parvenir, et en fonction des paramètres précités (2-1.4), un protocole de tirage aléatoire préconçu sur les bâtis spontanés avait été pensé mais vite écarté. Il n'aurait pas eu de sens puisque les données concernant les bâtis spontanés repérés par l'Audeg dataient de 2015 et que de manière pratique il aurait été difficile de retrouver chaque bâti tiré au sort. Un protocole de visite d'une habitation sur 5 au sein d'une « artère » avait été envisagé. Concrètement, cette pratique ne pouvait être respectée en raison de la structuration de certains de ces quartiers. Par exemple (photographie 3) : une densité importante favorisait plutôt un itinéraire en « sillons » plutôt que rectiligne dans des « artères » bien délimités (exemple : Piste Tarzan). Autre exemple : plusieurs foyers différents sous un même toit, ou dans une arrière-cour d'une habitation principale (exemple : Comou/Combo). Ou bien encore en

autre exemple : des « artères » bien délimitées où il n'était pas aisé d'interpeller les personnes puisque leur habitation et leur parcelle était délimitée par de hautes tôles (exemple : Savane).

Photographie 3 : 4 quartiers, des caractéristiques contraignant le protocole d'échantillonnage à s'adapter, source : E. Aufrive



Piste Tazan



Savane



La Gonave

Finally the method of « Transect walk » [eCBHFA, 2019] was used. « This transversal walk is carried out through the community to observe people, the surroundings and community resources. » [eCBHFA, 2019]²¹⁵. It can help to grasp the living environment of people, identify the problems and the forces (capabilities) existing in the community by the spotting and the discussion (informal) with people. It also aims to confirm within the community the results

²¹⁵ eCBHFA est le programme phare de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en matière de santé communautaire. La démarche du « Transect walk » provient d'un des guides « manuel du volontaire ». Il présente des outils d'évaluation adaptés aux communautés. Plus d'informations : URL :< <https://ecbhfa.ifrc.org/guides-and-tools/> >

d'analyse. Ainsi, me déplaçant dans le quartier lors des différentes sorties (image 13 ²¹⁶), il s'agissait d'aller vers les personnes croisées ou de faire du porte à porte, de manière aléatoire.

Image 13 : Déplacements lors des enquêtes dans les quartiers



Piste Tarzan – déplacements du :
28/03/19
04/04/19
23/05/19



La Gonave / Comou – déplacements du :
12/04/19
17/05/19
31/05/19



Savane – déplacements du :
10/05/19
29/05/19



Manguiers – déplacements du :
08/04/19
20/05/19
27/05/19

Une fois la prise de contact avec une personne effectuée (personne majeure), elle était tout d'abord informée de la présence de MDM dans le quartier, de la possibilité de consulter un médecin et de se faire accompagner dans les démarches administratives, puis d'accepter ou non de participer à l'enquête. Dans le cas où une

²¹⁶ Tracé des déplacements obtenu à partir de l'application *GeoTracker* activée lors de ces derniers

personne n'avait pas besoin de soins ou d'accompagnement et acceptait de participer, le questionnaire était passé au lieu de rencontre ou parfois dans leur habitation à proximité (lorsque cette possibilité était proposée de la personne rencontrée). Dans le cas où une personne acceptait l'enquête mais avait besoin d'une consultation auprès du médecin ou d'un accompagnement - MDM n'étant présent qu'une demi-journée - elle était invitée à se rendre au camion mobile de MDM pour obtenir sa consultation avec un médecin et/ou se faire accompagner socialement ; puis ensuite la passation du questionnaire était effectuée avant (durant l'attente de la consultation) ou après sa consultation auprès du camion (photographie 4).

Photographie 4 : Passation d'un questionnaire d'enquête, Quartier Savane, 10/05/2019, source : E. Autrive



Les conditions d'enquête ont également été composées d'imprévus. Par exemple, des zones d'enquête étaient impraticables après de fortes pluies. La latérite qui compose les pistes du quartier devenait un amas de boue (photographie 5).

Photographie 5 : Un jour de fortes pluies, des pistes impraticables, le 29/05/2019, source : Elise Autrive



Au fil des questions, notamment présentes dans l'axe 2 du questionnaire, sur les types de soins (consultation de médecine générale, vaccination, dépistage...) et sur les structures/dispositifs d'aide à caractère social (accompagnement social, aide alimentaire, aide vestimentaire...), les personnes lorsqu'elles ne connaissaient pas les structures/dispositifs étaient demandeuses de plus d'informations et de coordonnées pour s'y rendre. De fait, ces personnes ont été renseignées et orientées vers les médiatrices de MDM pour obtenir plus

d'informations et d'accompagnement. Le temps de passation de l'enquête fut alors plus long, mais l'apport d'autant plus enrichissant de part et d'autre de l'échange avec les personnes rencontrées.

En somme, en raison des conditions de l'enquête et de sa temporalité, l'objectif initial d'obtenir 50 personnes interrogées par quartier fut révisé à 25 personnes. Ce nouvel objectif fut atteint pour Piste Tarzan (n=25), mais pas pour les autres quartiers (tableau 27). De fait, les résultats de l'enquête ne sont pas représentatifs ni par communes, ni par quartiers mais peuvent être appréhendés par la globalité de l'enquête. Cette analyse permettra néanmoins d'apporter un éclairage sur les résultats des enquêtes menées par les entretiens auprès des acteurs.

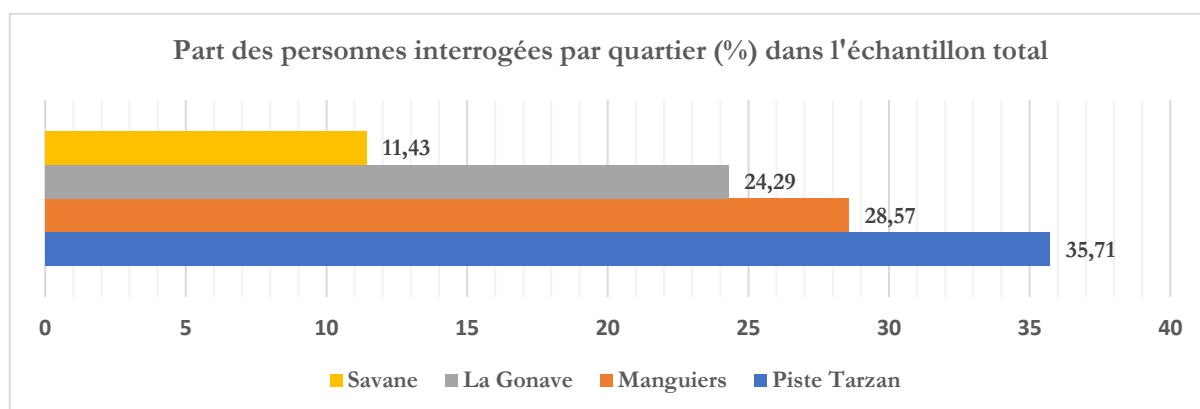
2.3 Caractéristiques générales de l'échantillon des populations vulnérables enquêtées dans les quartiers spontanés

Les effectifs totaux des personnes interrogées correspondent à 11 demi-journées de collecte (effectuées notamment le matin). L'échantillon comprend 70 personnes interrogées, dans quatre différents quartiers de bâti spontané. Ces effectifs sont disparates : 25 (36%) personnes ont été interrogées à Piste Tarzan, 20 (29%) à Manguiers, 17 (25%) à la Gonave/Comou et 8 (11%) à Savane, faisant un total de 70 enquêtés, et 24 refus (tableau 27, figure 34).

Tableau 27 : Nombre de sorties par quartiers, effectif des personnes interrogées et nombre de refus

Communes des quartiers	Quartiers	Nombre de sorties (demi-journée)	Nombre de personnes interrogées	Effectif des personnes interrogées par quartier %	Nombre de refus
Cayenne/Rémire-Montjoly	Piste Tarzan	3	25,00	35,71	7
Rémire-Montjoly	Manguiers	3	20,00	28,57	5
Rémire-Montjoly	La Gonave	3	17,00	24,29	5
Matoury	Savane	2	8,00	11,43	7
/	Total	11	70	100	24

Figure 34 : Part des personnes interrogées par quartier (%) dans l'échantillon total



L'échantillon est composé de 62,86% (n= 44) de femmes et de 37,14% (n=26) d'hommes interrogés (tableau 28, figure 35). En général, il y a une surreprésentation de femmes interrogées dans les quartiers (Savane, Piste Tarzan, La Gonave), sauf pour le quartier Manguiers (figure 36).

Tableau 28 : Effectif des personnes interrogées quartier et par sexe

Quartiers	Sexe		Total effectif par sexe et par quartier
	Homme	Femme	
La Gonave	5	12	17
Manguiers	13	7	20
Piste Tarzan	7	18	25
Savane	1	7	8
Total effectif par sexe	26	44	70

Figure 35 : Sexe des personnes interrogées dans l'échantillon total (%)

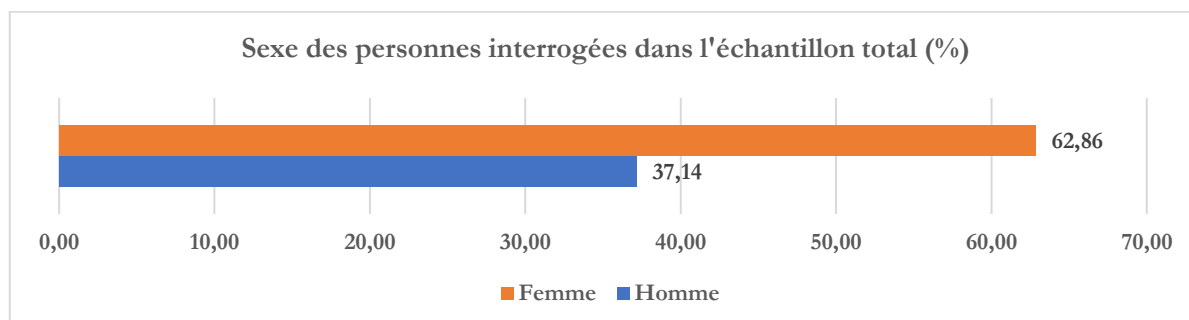
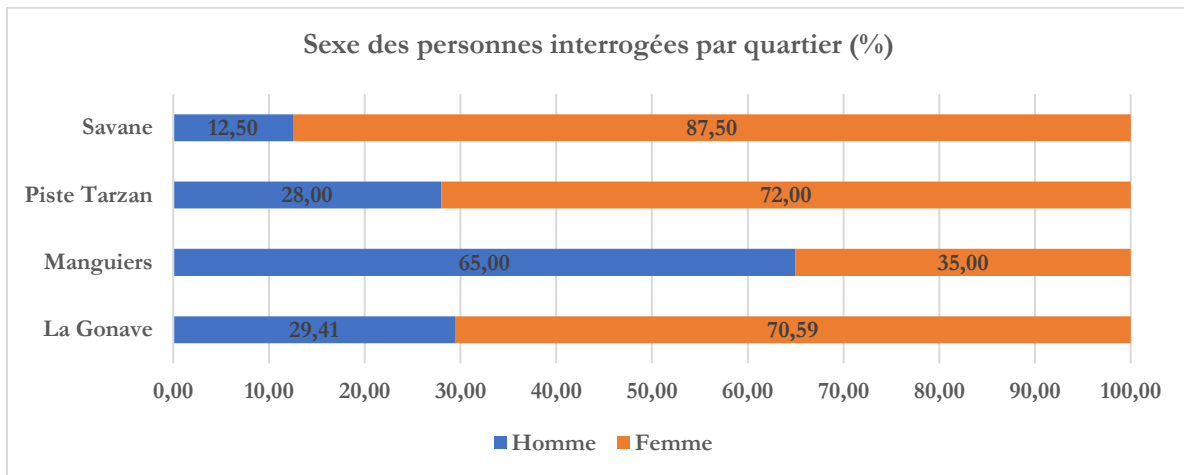


Figure 36 : Sexe des personnes interrogées par quartier (%)



La moyenne d'âge des femmes pour l'ensemble des quartiers est de 34 ans et celle des hommes de 35 ans (figure 37). La moyenne d'âge, selon les quartiers, est comprise entre 32 et 38 ans pour les hommes et 31 et 37 ans pour les femmes (tableau 29).

Figure 37 : Moyenne d'âge (en années) des hommes et des femmes interrogés par quartier

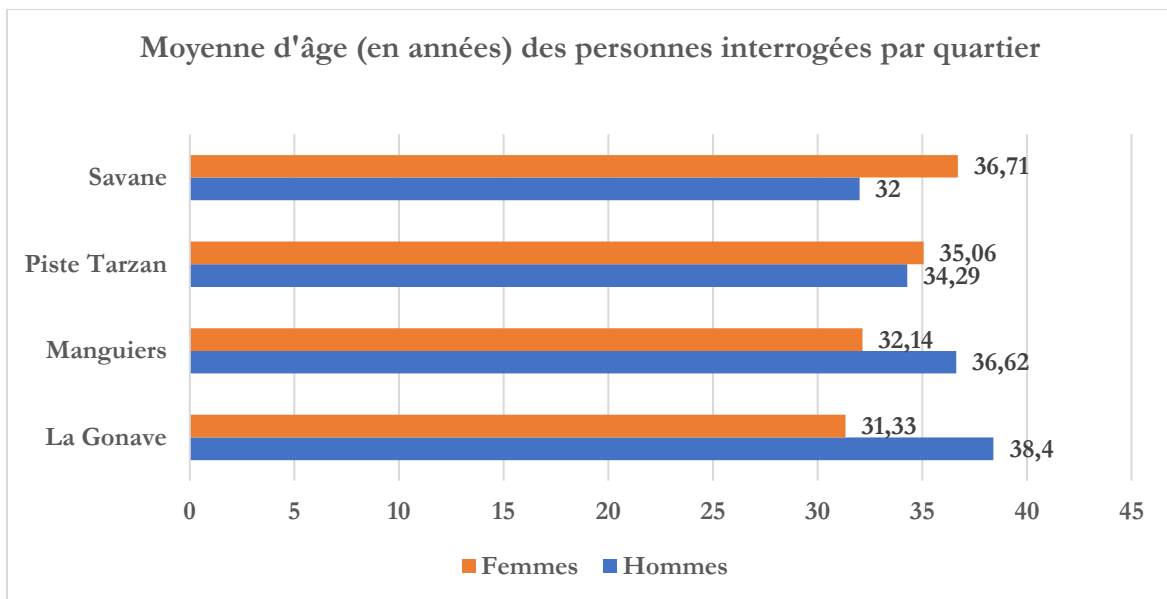


Tableau 29 : Effectif des personnes interrogées par quartier, par sexe, et par âge

Quartiers \ Sexe	Homme			Femme		
	Min	Moyenne	Max	Min	Moyenne	Max
La Gonave	26,00	38,40	46,00	19,00	31,33	48,00
Manguiers	21,00	36,62	70,00	18,00	32,14	55,00
Piste Tarzan	26,00	34,29	50,00	18,00	35,06	52,00
Savane	32,00	32,00	32,00	23,00	36,71	42,00

La nationalité des personnes interrogées, tant pour les hommes que les femmes (figure 38, tableau 30) était essentiellement Haïtienne (n=63/70, soit 90%), Brésilienne (n=5/70, soit 7,14%) et Française (n=2/70, soit 2,86%). La nationalité Haïtienne est commune à tous les quartiers, tandis que quelques personnes de nationalité Brésilienne ont été interrogées dans les quartiers de Piste Tarzan et de Manguiers ; et les deux personnes de nationalité Française ont été rencontrées dans le quartier Piste Tarzan et la Gonave (figure 39, tableau 30). Ces nationalités des personnes rencontrées correspondent aux nationalités les plus présentes dans la CACL [Insee, 2006, p.13].

Figure 38 : Nationalité des personnes interrogées, échantillon total (%)

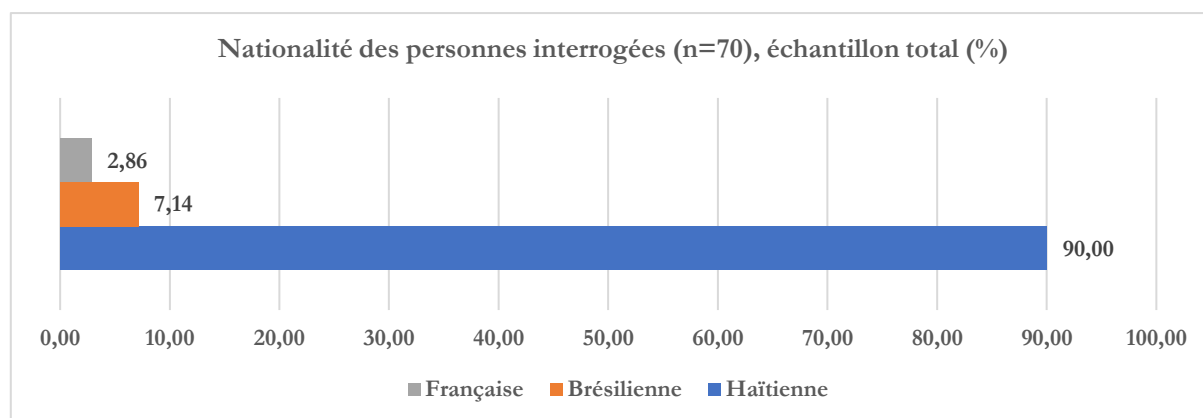


Figure 39 : Nationalité des personnes interrogées par quartier (%)

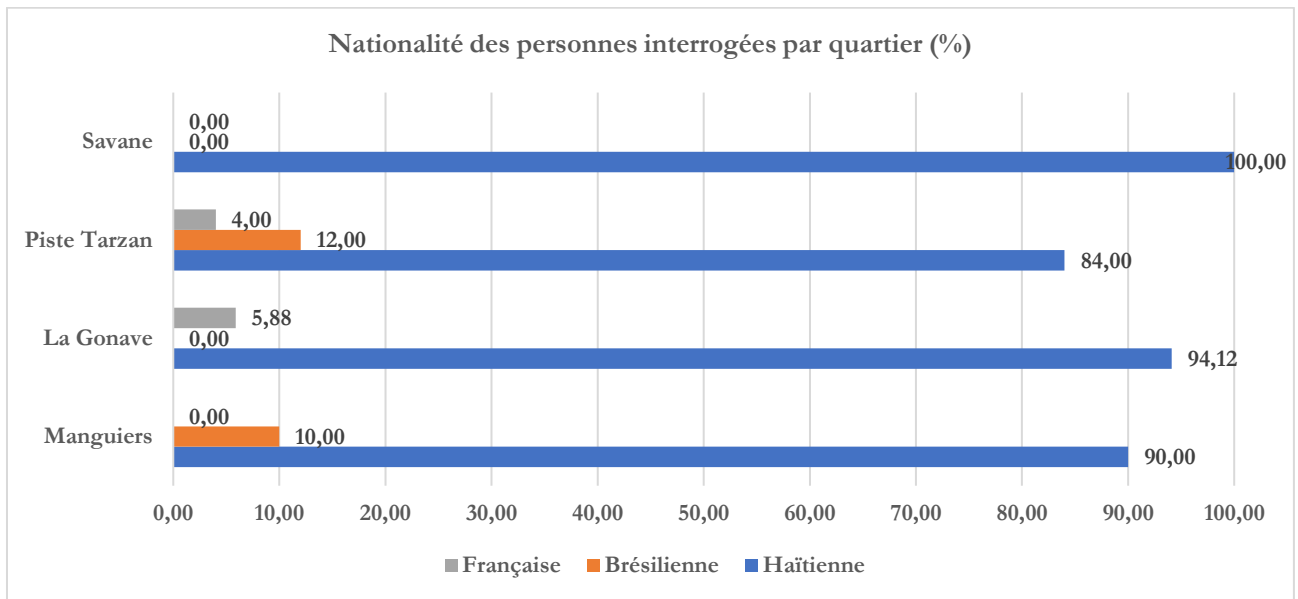


Tableau 30 Effectif des personnes interrogées par quartier, par sexe, et par nationalité

Nationalités \ Quartiers	Homme		Femme		
	Brésilienne	Haïtienne	Brésilienne	Haïtienne	Française
Manguiers	1	12	1	6	0
La Gonave	0	5	0	11	1
Piste Tarzan	0	7	3	14	1
Savane	0	1	0	7	0
Total par nationalité	1	25	4	38	2
Total par sexe	26		44		
Total général	70				

A l'issue de cette enquête, des limites résidant sur plusieurs points peuvent être constatées. La première limite concerne le nombre de personnes rencontrées et l'effectif interrogé par sexe qui n'est pas égal, ce qui limite les résultats en termes de robustesse statistique et de comparabilité entre les quartiers. Deuxième limite, cette enquête porte sur les quartiers spontanés les plus détériorés. Elle ne peut donc révéler la diversité des situations des quartiers spontanés. Une troisième limite est liée aux plages horaires des passations des questionnaires. Les enquêtes ayant été réalisées en journée, généralement le matin (9h -12h30) ou (14h - 17h30), les personnes rencontrées ne pouvaient être que celles qui n'étaient pas parties travailler ou « jobber » à l'extérieur du quartier. Ce paramètre explique probablement une surreprésentation des femmes

dans l'effectif qui travaillent à de multiples tâches quotidiennes (chercher de l'eau au puits ou à une borne fontaine, faire à manger, s'occuper des enfants en bas âge ou déscolarisés...). Enfin, une dernière limite porte sur l'aspect déclaratif du questionnaire. Il n'y a en effet aucun moyen de vérifier l'exactitude des réponses apportées par les personnes.

Bien qu'exploratoire et reposant sur un petit échantillon, cette collecte peut permettre de d'apporter des « tendances » sur les pratiques d'accès aux soins de santé des usagers des quartiers de bâti spontané. Les résultats concernant leur accès à des types de soins de santé et à caractère social en précisant les structures/dispositifs, et les raisons ; permettront une mise en parallèle avec les résultats portant sur l'organisation relatée par les acteurs prenant en charge ces populations.

Conclusion du chapitre V

Si « beaucoup de qualificatifs caractérisent les quartiers dits « précaires », « informels », « illégaux », ou « spontanés » dans le monde » [R.Colombier et al., 2017,p.1], ces quartiers revêtent des situations diverses qu'il convient de caractériser.

Cette caractérisation est essentielle pour distinguer les quartiers spontanés « bien lotis » de ceux « dégradés », au cœur de cette enquête. Cette analyse aura nécessité, au préalable, une collecte de données existantes (fonds de cartes, rapports d'étude) puis une analyse spatiale visant la reconstruction et l'actualisation des périmètres des quartiers spontanés. Une fois tous les périmètres de ces quartiers retracés (n=110), ces derniers ont été caractérisés sur des critères existants sur l'habitat, les réseaux de raccordement, l'hygiène..., dans des rapports locaux et des critères furent ajoutés tels que : l'ancienneté du quartier, la présence de points d'eau potable (BMF), la présence de structures de soins de santé à proximité des limites du quartier (1 km), et la présence d'un camion mobile dans le quartier.

Enfin, finalement entre l'échantillon potentiel des quartiers spontanés d'enquête (n=32) et la réalité des quartiers enquêtés(n=4), notamment façonnée par les moyens inhérents à l'enquête (accompagnement de MDM, une seule enquêtrice), les quartiers enquêtés sont bien inclus dans l'échantillon des potentiels quartiers de l'enquête définis par les critères de vulnérabilité.

Au total, ce sont 70 personnes qui ont été interrogées au sein de ces quartiers spontanés, à vocation d'habitat permanent en zone urbaine et périurbaine, les plus détériorés, qui se situent sur les trois communes de l'Île de Cayenne appartenant à la CACL (6 communes).

Les populations interrogées reflètent les nationalités étrangères essentiellement présentes dans la CACL (Haïtienne, Brésilienne). Même si l'effectif est peu nombreux et est surreprésenté par les femmes - il conviendra de ne pas surinterpréter ou généraliser les résultats - il permettra d'apporter des réponses aux questionnements posés au départ, à savoir les pratiques et les raisons de l'accès aux soins de santé de ces populations, tout en précisant ces lieux de recours.

Dans la mesure où les enquêtes par entretien menées auprès des acteurs des soins de santé, des acteurs de la politique de santé et les enquêtes menées par questionnaire auprès des populations vulnérables visent à se compléter, ce travail se positionne en tant que Recherche par Méthodes Mixtes.

Chapitre VI

Des données recueillies à l'analyse

« Il faut réfléchir pour mesurer et non pas mesurer pour réfléchir »

Gaston Bachelard, 1934, *La formation de l'esprit scientifique*, p.241

« L'excès de précision, dans le règne de la quantité, correspond très exactement à l'excès du pittoresque, dans le règne de la qualité »,

Gaston Bachelard, 1934, « *La formation de l'esprit scientifique* », p.240

Ce chapitre présente les outils et les méthodologies d'analyses employés pour comprendre la territorialisation sanitaire destinée aux populations vulnérables de la CACL ainsi que les pratiques d'accès aux soins de santé de ces populations. Les données utilisées sont en grande partie issues des différentes collectes présentées dans les chapitres précédents. Du point de vue des analyses réalisées, si l'on cherche à interroger la posture méthodologique conduite, elle peut être qualifiée de « Recherche par Méthode Mixte » (RMM). Actuellement, deux terminologies sont les plus utilisées : la Méthode Mixte et la Recherche Mixte. La principale différence entre ces deux terminologies réside dans l'organisation du protocole de recherche. Tandis qu'une étude par « Méthode Mixte » (MM) utilise en premier lieu la méthode qualitative, puis la méthode quantitative, la « Recherche par Méthode Mixte » (RMM), emploie simultanément dans une ou des phases de l'étude des approches qualitatives et quantitatives [M.Anadón, 2019 ; J.W.Creswell, V.L.Plano Clark, 2011].

Dans cette thèse, il s'agit plutôt du développement d'une RMM dans la mesure où nous verrons que la caractéristique méthodologique de fond employée dans ce travail d'analyse se situe autour de la terminologie de données « quantitatives » [M. R Guével, J. Pommier, 2012, p.26]. En effet, et d'une part, les entretiens semi-directifs conduits ont nécessité une phase de transformation des données, puisqu'ils seront analysés par l'analyse de réseaux (théorie des graphes). D'autre part, les méthodes d'analyses des données utilisées ; analyse de réseaux, cartographies, analyse sémantique, visent à se compléter de manière simultanée. Ainsi, au lieu de mettre en tension les avantages et inconvénients des données qualitatives et quantitatives qui « ne sont pas commensurables sur une même échelle de critères, et ne sont donc pas hiérarchisables » [J.Morrisette, D.Demazière, 2019, p.97] ; elles cherchent à proposer : « à l'évidence une richesse, une condition du dynamisme des disciplines, et les oppositions ou les conflictualités sont stériles et contreproductives. » [opsit].

Ainsi, la première partie de ce chapitre traitera de la recherche par méthode mixte (RMM) et l'objectif de la seconde partie de ce chapitre sera d'exposer les outils d'analyse des données recueillies employées : l'analyse de réseaux, la cartographie, l'analyse sémantique, et d'en présenter leurs apports.

1 - L'intérêt de la Recherche par Méthodes Mixtes (RMM) pour comprendre la territorialisation sanitaire en cours

1.1. Des méthodes qualitatives et quantitatives : entre une opposition...

1.1.1. Les données quantitatives : un atout pour synthétiser des données

Si la quantification permet de gagner en objectivité par la mesure, en efficacité et clarification par la synthèse, et - par son caractère reproductif et réfutable - d'acquérir une forme de « scientificité » [L.Sanders, 2011]. Elle permet également par la « dépersonnalisation » [opsit] obtenue par les mesures de prendre du recul vis-à-vis des matériaux recueillis. Comme toutes méthodes et moyens employés, le « tout quantitatif » comporte des limites. Il devient absurde de tout quantifier, de tout chiffrer, de tout vouloir objectiver s'il existe une part de non ou de difficilement mesurable. Il est ainsi nécessaire de garder à l'esprit que la quantification « peut faciliter l'interprétation et non s'y substituer », cette dernière ne permet en rien de remplacer « le raisonnement de type explicatif » ainsi que « la culture et les connaissances » [P.Dumolard, N.Dubus, L.Charleux, 2003, p.3].

1.1.2. Les données qualitatives : un atout dans l'interprétation des résultats

Depuis l'essor des méthodes quantitatives en géographie, « beaucoup de chercheurs ont tendance à ne définir le qualitatif que négativement, en le considérant seulement comme une sorte de résidu importun fait de ce qui n'est pas quantifié ou quantifiable. » [J.-J.Bavoux, 2016]. Pourtant, les données qualitatives ne se résument à cette vision réductrice, elles aussi, sont ornées de méthodes et d'outils mobilisables lors du recueil et de l'interprétation des données [M.Morange, C.Schmoll, E.Tourelle, 2016] avec l'atout de conserver les informations atypiques. Par ailleurs, bien mobilisées, si elles permettent d'éviter au chercheur la distanciation excessive de son objet, ces méthodes n'en sont pas moins scientifiques dans la mesure où elles sont reproductibles et revêtent des caractères systématiques [L.Kohn, W.Christiaens, 2014]. Vouloir articuler, rendre complémentaires ces deux méthodes n'est pas incompatible. Lorsque deux regards s'associent sur un seul et même objet, il n'en devient pas plus incompréhensible que riche en complexité et de sens : « Le travail qualitatif aide à comprendre ce qui se cache derrière les chiffres tandis que la méthode quantitative éclaire les résultats obtenus grâce aux entretiens et aux observations » [P.Dietrich, M.Loison, M.Roupenel, 2012].

1.2 ... et une « réconciliation »

1.2.1 La « recherche par méthode mixte » (RMM)

D'ordinaire les méthodes quantitatives et qualitatives s'opposent [P.Dietrich, M.Loison, M.Roupnel, 2012]. Pour autant, au gré des paradigmes, des chercheurs de différentes disciplines, associaient simultanément ces méthodes [M-R.Guével, J.Pommier, 2012 ; J.W.Carey, 1993 ; P.N.Goering, D.L. Streiner, 1996]. Aujourd'hui encore, malgré le regain de cette approche, le concept demeure polysémique. Ayant revêtu plusieurs termes au cours du temps : « méthodes combinées, recherche mixte, recherche multiméthode, opérationnalisme multiple, triangulation de méthodes » [M.Anadón, 2019] ; deux terminologies sont les plus utilisées : la *méthode mixte* et la *recherche mixte*. La principale différence entre ces deux terminologies réside dans l'organisation du protocole de recherche. Tandis qu'une étude par « méthode mixte » (MM) utilise en premier lieu la méthode qualitative, pour la seconde phase de l'étude la méthode quantitative est privilégiée. Quant à la « recherche mixte » elle emploie simultanément dans une ou des phases de l'étude des approches qualitatives et quantitatives [opsit ; J.W. Creswell, V.L. Plano Clark, 2011].

Aujourd'hui la terminologie communément utilisée est « *mixed methods research* » (MMR), la « *recherche par méthodes mixtes* » (RMM) [A.Tashakkori, C.Teddle, 2010]. Après une série de recensement de 19 définitions dans la littérature scientifique [R.B.Johnson, A.J. Onwuegbuzie, L.A.Turner, 2007, p.123] ont identifié une série de thématiques ressortant le plus dans les RMM²¹⁷ et en proposent la définition suivante : « La recherche par méthodes mixtes est le type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de chercheurs combine des éléments d'approches de recherche qualitative et quantitative (par exemple, utilisation de points de vue qualitatifs et quantitatifs, collecte de données, analyse, techniques d'inférence) dans le but général d'élargir et d'approfondir la compréhension et la corroboration. »²¹⁸.

L'un des avantages de combiner ces deux approches, selon P.Dietrich, M.Loison, M.Roupnel (2012) est que « (...) les résultats obtenus à l'aide d'une méthode peuvent être validés, invalidés ou relativisés par l'autre approche. ». Néanmoins, la RMM est controversée [A.O'cathain, E.Murphy, J.Nicholl, 2007, 2008], et comptait dans les années 2010 dans le champ de la santé et de la santé publique encore que peu de publications [J.P.Wisdom, M.A Cavaleri, A.J.Onwuegbuzie, C.A.Green, 2012], notamment en France [M-R. Guével, J.Pommier 2012].

Toutefois ce champ en construction ne cesse de s'enrichir. Dans la littérature, des chercheurs ont analysés des articles scientifiques sur les études sur l'accès aux soins et ses barrières pour des personnes en

²¹⁷ « 1) les types de données susceptibles d'être mélangées ; 2) l'étape de la recherche où le mélange a lieu ; 3) l'ampleur de la recherche avec des méthodes mixtes ; 4) les raisons qui orientent le mélange ; 5) l'orientation de la RMM. » [M.Anadón, 2019, p.106]

²¹⁸ « Mixed methods research is the type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g., use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and corroboration. » [R.B.Johnson, A.J. Onwuegbuzie et L.A.Turner , 2007, p.123]

situation de vulnérabilité sociale [S.O.Mallé, C.Loignon, D.Contandriopoulos, 2019] pour en faire ressortir les principaux déterminants. D'autres études proposent une description pratique de la combinaison de ces deux approches dans le champ de la santé [D.L.Morgan,1998]. Ainsi, une étude montre que la combinaison des méthodes qualitatives et quantitatives sont courantes dans les études de recherche sur les soins de santé primaires communautaires (CBPHC, *Community-Based Primary Health care Research*) [Kaur.N, Vedel.I, El Sherif.R, Pluye.P, 2019]. Enfin une autre étude, montre que dans les recherches sur les soins de santé primaires ces deux méthodes qualitatives et quantitatives s'associent et sont de plus en plus employées [I.Vedel, N.Kaur, Q.Nha Hong, R.El Sherif, V.Khanassov, C.Godard-Sebillotte, N.Sourial, X.Qiang Yang, P.Pluye, 2019].

Le champ des RMM, actuellement encore en construction, comporte des études de qualité méthodologique « variable » [L.Gautier, M.Seppey, A.Achaïbou, 2018]. Toutefois, elles permettent - entre autres - pour des auteurs, d'étudier des groupes de populations spécifiques avec plus d'intégrité et de pertinence dans le champ de la santé [J. Johnson-Lafleur, L.Nadeau, A.Jaimes, C.Rousseau, P. Pluye, 2018]. Cette approche par la RMM a déjà été mobilisée ailleurs, en Afrique Subsaharienne par exemple [L.Gautier et al.,2018] et « (...) offre des possibilités pour les questions de recherche complexes et des pistes pertinentes et prometteuses permettant de répondre aux problématiques actuelles de la santé publique en France. » [M-R. Guével, J.Pommier 2012]. Cette démarche est notamment utile lorsqu'il s'agit d'enquêter auprès d'acteurs du système de santé afin « d'améliorer notre compréhension des services de santé en fournissant une image plus complète des services de santé que l'une ou l'autre méthode ne peut le faire seule » [opisit]. Elle devient également une « démarche inévitable » [P.Dietrich et al., 2012] lorsqu'il s'agit de s'intéresser à des populations précises, spécifiques ou exclues, par exemple « (...) des populations ayant des caractéristiques sociales peu répandues (les homosexuels), ou n'ayant pas d'existence administrative (les sans papiers ou les personnes sans domicile) ou encore vivant dans des zones géographiques restreintes » [M.Marpsat, 1999]. Ainsi, « Les données qualitatives sont utiles lorsqu'il faut compléter, valider, expliquer, éclairer ou réinterpréter des données quantitatives recueillies dans le même contexte »²¹⁹ [M.B.Miles, M.Huberman, 1994].

Ce travail s'inscrit dans le champ des RMM dans la mesure où il se situe autour « de la notion de transformation des données avec la terminologie employée de données « quantitatives²²⁰ ». « (...) C'est-à-dire des données collectées par des méthodes qualitatives, converties en codes numériques afin d'être statistiquement analysées - par exemple, dans un questionnaire, l'analyse qualitative des réponses aux questions ouvertes, les thèmes identifiés étant ensuite convertis en variables binaires (présence ou absence

²¹⁹ « Finally, qualitative data are useful when one needs to supplement, validate, explain, illuminate, or reinterpret quantitative data gathered from the same setting » [M.B. Miles, M.Huberman , 1994, p.10]

²²⁰ Un autre terme autour de la transformation des données est celui de « données « qualitatives » (« *qualitizing* » en anglais - c'est-à-dire des données collectées avec une méthode quantitative, converties en données narratives et analysées qualitativement - par exemple, l'analyse de données recueillies par questionnaire à l'aide d'une méthode factorielle pour identifier des facteurs (i.e. de nouvelles variables qui résument un ensemble plus important de variables) qui sont ensuite assimilés à des thèmes et comparés aux thèmes issus de l'analyse d'entretiens) » [M-R. Guével, J.Pommier 2012, p.8 d'après M.B. Miles, M.Huberman, 1994]

pour chaque individu) et intégrés à la base de données quantitative » [M-R.Guével, J.Pommier 2012, p.8 d'après M.B.Miles, M.Huberman, 1994]. Ainsi, les entretiens semi-directifs conduits nécessitent une phase de transformation des données puisqu'ils seront analysés par l'analyse de réseaux. Par ailleurs des éléments discursifs impliquant le territoire et des localisations d'acteurs seront quant à eux retranscrits à travers des cartographies. Enfin, quelle que soit l'analyse, des extraits d'entretiens permettront de mieux développer les résultats de ces données quantitatives. De cette manière, entretiens, analyse de réseau, et cartographies seront utilisés en complémentarité afin de constituer un réceptacle de connaissances, qui mutualisées, peuvent « fournir des clefs d'interprétation » pour mieux comprendre la situation en cours en deçà « d'agir, décider ou encore évaluer » sur le territoire [M-H de Sède Marceau, A.Moine, S.Thian, 2011].

1.2.2 L'intérêt de la recherche par méthodes mixtes dans l'étude de la territorialisation sanitaire

« La territorialisation est devenue un mot clé des politiques publiques. Les grands programmes nationaux ont laissé place à une approche différenciée des territoires locaux. (...) Parler du local, c'est parler d'un territoire géographiquement petit, dans lequel chaque individu ou chaque acteur se reconnaît. » [O.David, 2016]. Dans un contexte de territorialisation sanitaire, de nombreux acteurs agissant dans des périmètres d'interventions sont alors impliqués : les ARS, les collectivités territoriales (régions), les collectivités locales (départements, communes), les professionnels de santé, du social, les acteurs associatifs... Ce dernier niveau « induit le développement d'analyses plus globales, dépassant les logiques proprement sectorielles (...) les procédures contractuelles vont se développer assez rapidement, redéfinissant les relations entre les collectivités locales et l'Etat. » [O.David, 2016].

L'enjeu devient alors de saisir de quelle manière ces acteurs se structurent entre eux, contractualisent, s'associent, se coordonnent ; et s'articulent aux maillages d'intervention des politiques publiques et s'adaptent aux populations.

D'une part, puisque les objectifs de la territorialisation sanitaire présupposent des relations dans la mesure où ils se centrent sur les liens qui unissent les acteurs à l'aide des notions de coordination, de complémentarité ou bien encore de décloisonnement ; l'analyse de réseau permettra d'éclairer le processus de territorialisation sanitaire des acteurs de santé locaux à travers leurs modalités de « mise en lien » mais aussi de manière indirecte leurs objectifs relevant de stratégies individuelles et collectives [R.D.Sack, 1983, p.56]. Premièrement, l'analyse de réseau permettra d'appréhender visuellement ces relations entre acteurs, qu'elles soient formelles ou informelles. Deuxièmement, par une série de mesures appliquées l'analyse de réseau permettra de mieux comprendre l'organisation globale des acteurs qui « tissent leurs réseaux de relations » [C.Bidart, 2008] et d'en faire ressortir une structuration. Troisièmement, les extraits d'entretiens permettront d'avoir des éléments complémentaires de contexte dans lequel ces réseaux s'inscrivent. Enfin, la cartographie inventoriant l'ensemble des structures et dispositifs des acteurs aura pour avantage de croiser

cet ensemble de maillages et de saisir si acteurs travaillent dans les périmètres d'actions établis des politiques publiques ou en dehors, notamment, pour l'offre déployée en camions mobiles.

En somme, l'association et la complémentarité des méthodes qualitatives et quantitatives permet de saisir dans le champ de la santé « (...) la complexité des relations qui unissent les acteurs d'un système territorial » [M-H de Sède Marceau, A.Moine, S.Thian, 2011].

2 - Protocole de travail : l'analyse de réseaux et des outils d'analyse complémentaires

2.1 L'analyse de réseaux

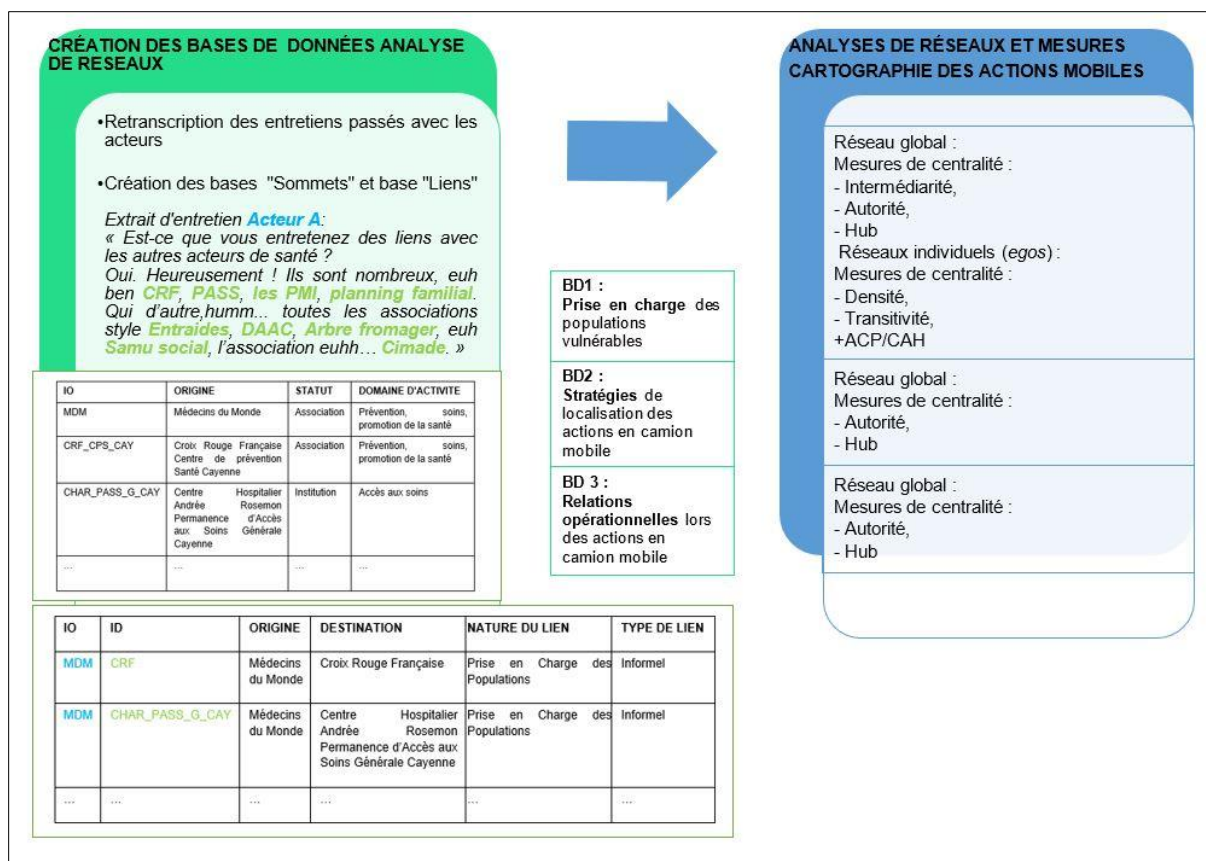
Dans cette thèse, la théorie des graphes sera employée comme « l'outil technique » [M.Forsé, 2008] permettant de visualiser la structuration du réseau de relations. « Alors que les données de « réseau » permettent de reconstituer la structure relationnelle, les attributs permettent de prendre en compte d'autres formes d'interdépendance (organisationnelles, institutionnelles). Dans cette démarche, l'approche quantitative en termes de réseau est ainsi indissociable d'une analyse qualitative (...) passant par l'enquête de terrain classique : entretiens, observations et travail d'archives. » [F.Eloire et al., 2011].

L'analyse de réseau présente l'avantage de réaliser « une analyse quantitative la plus formelle (analyse de réseaux) tout en utilisant l'approche qualitative (entretiens) » [F.Eloire et al., 2011].

L'analyse de réseau permettra alors de saisir, premièrement la vision que porte ARS sur l'organisation des acteurs sanitaires et sociaux. Deuxièmement, elle permettra de visualiser et d'analyser la structure relationnelle entre les acteurs sanitaires et sociaux selon leurs relations (de prise en charge des populations, stratégiques, opérationnelles). Troisièmement, elle permettra l'identification des lieux de recours préférentiels des populations ayant été enquêtées en fonction des types de soins de santé étudiés. Le principal enjeu en termes méthodologiques porte sur la transformation des entretiens semi-directifs menés avec l'ARS et les acteurs sanitaires et sociaux, mais aussi sur la transformation des enquêtes menées par questionnaires auprès des populations vulnérables en bases de données : soit une base « sommets » et une base « liens » afin de mener une analyse de réseau.

2.1.1 Du qualitatif au quantitatif : les données des entretiens « quantitativées »

Figure 40 : Des entretiens à l'analyse de réseaux, exemple sur les acteurs sanitaires et sociaux



Tout d'abord, tous les entretiens ont été intégralement retranscrits. Puis il a fallu repérer dans le discours de chaque acteur interrogé, les noms de tous les acteurs cités. Puis, les noms des acteurs cités en fonction des différentes natures de relations. S'agissant des acteurs des soins de santé, les relations repérées et analysées seront de trois natures : les relations de prise en charge des besoins des populations (coordination des acteurs), les relations stratégiques pour la localisation des interventions mobiles, les relations opérationnelles lors des interventions mobiles. Afin de mener les analyses sur les acteurs sanitaires et sociaux, ces noms et relations ont été structurés dans des bases de données. Au moins deux bases de données sont nécessaires : une base « Sommets » et une base « Liens ». Des bases de données « Sommets » et « Liens » ont été créés selon la nature du lien à analyser. Puisque nous avons trois natures de relations, nous aurons donc trois bases « Sommets » et trois bases « Liens ».

- Une première base de données des « Sommets » contient tous les noms des acteurs repérés et leurs modalités associées aux variables de statuts et aux domaines d'activités de ces acteurs.

Les statuts (modalités) sont soit : associatifs, institutionnels, libéraux, privés, mixtes (ex : bailleurs sociaux), autre statut (ex : réseaux de soins).

Les domaines d'activités de ces acteurs peuvent être : Accès aux soins, Médico-Social, Prévention et soins en périnatalité, Prévention, soins et Promotion de la santé, Prévention et Promotion de la santé, Accompagnement social, Accès aux droits, Politique de santé, Politique municipale (politique de la ville), insertion sociale, aide alimentaire, aide vestimentaire, autre activité (ex : gîtes conventionnés en hébergement d'urgence).

- Une deuxième base de données contient les « Liens » entre les acteurs caractérisés par une variable concernant le type de lien entre les acteurs.

Le type de lien est soit : formel (convention de partenariat) ou informel (sans convention de partenariat).

En somme, pour l'analyse de réseau sur les entretiens menés auprès des acteurs des soins de santé, nous avons trois bases de données « Liens » qui concernent : les relations de prise en charge des besoins des populations (coordination des acteurs, BD1), les relations stratégiques pour la localisation des interventions mobiles (BD2), les relations opérationnelles lors des interventions mobiles (BD3). Enfin sur ces bases ont été réalisées des mesures d'analyse de réseau (figure 40, encadré 13).

S'agissant des acteurs de la politique de santé (ARS), les bases de données issues des entretiens semi-directifs ont été établies sur ce même modèle. Ainsi, 3 bases de données « Liens » et « Sommets » ont été établies selon le pôle de l'ARS interrogé : Direction de l'Offre de Soins (DOS) (BD1), Direction de l'Autonomie (DA) (BD2), Direction de la Santé Publique (DSP) (BD3), recensant les représentations que ces pôles de l'ARS se font sur les relations existantes entre les acteurs des soins de santé. Les liens sont caractérisés en des types de liens qui varient selon la vision des acteurs des différents pôles. Ils seront notamment simplifiés et classifiés en cinq types : les liens financiers (remboursements des actes), les liens de coordination (organisation des acteurs), les liens de coopération (partage de tâches dans un projet) les liens de collaboration (contributions respectives de chacun des acteurs dans un but saisi en commun), les liens « fléchés » (prise en charge spécifiques de certains patients).

Encadré 13 : Résumé des 4 étapes à suivre, des entretiens aux analyses de réseaux

Etape 1 : Retranscrire les entretiens

Etape 2 : Création de la base de données « Sommets » :

- Noms des acteurs interrogés et cités
- Attributs : Statut / Domaine d'activité

Création de la **base Sommets** (acteurs) : il s'agit de repérer le nom de tous les acteurs cités dans l'entretien et de les faire figurer dans la première colonne (IO, Origine) de la base de données. Pour chacun des acteurs, les attributs : statut et le domaine d'activité ont été ajoutés dans les autres colonnes.

Etape 3 : Création de la base de données « Liens » selon la nature de la relation

Exemple : Prise en charge des populations

- Nom de l'acteur interrogé
- Nom des acteurs cités
- Attributs : Type de relation (formel, informel)

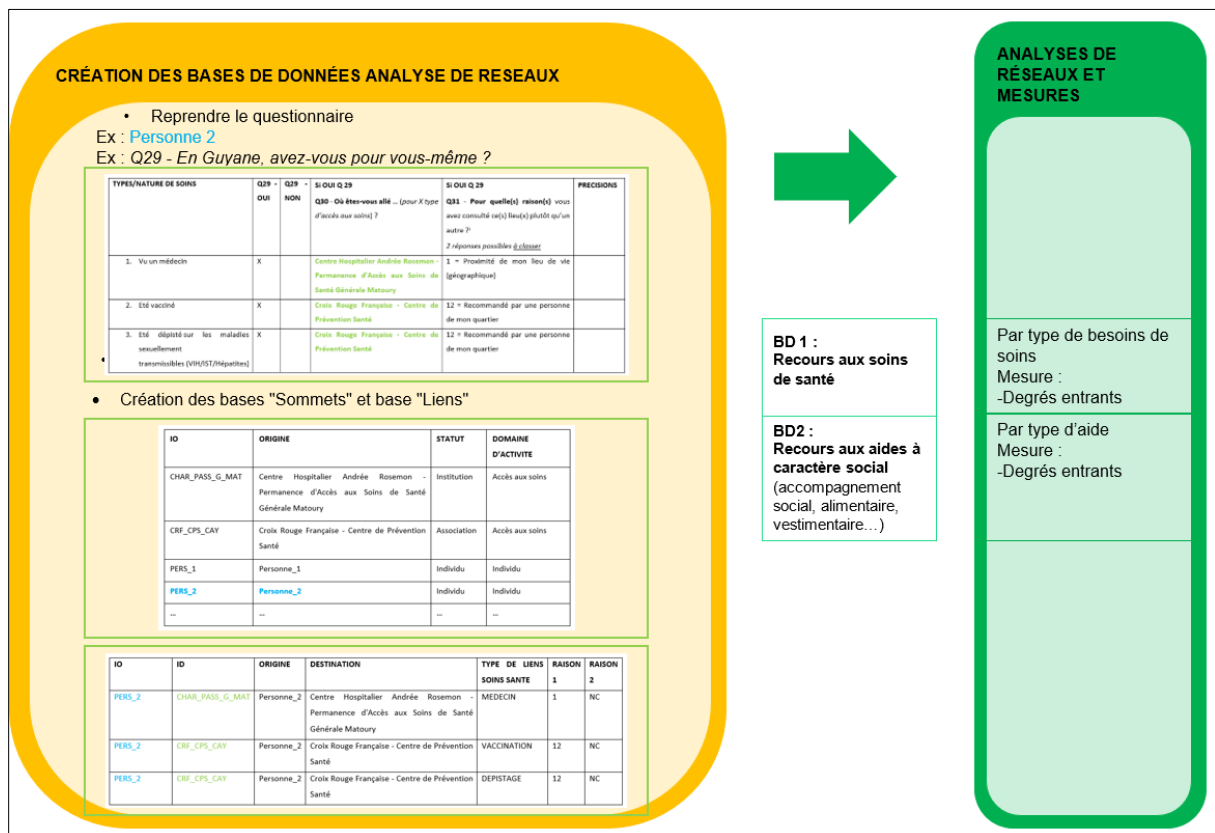
Création des **bases Liens** (ici prise en charge des populations) : il s'agit de repérer le nom des acteurs (ID, Destination) avec lequel l'acteur interrogé (IO, Origine) entretient des relations de nature exemple : « prise en charge des populations » et de les faire figurer dans la seconde colonne. Le type de lien entretenu a également été renseigné.

Etape 4 : Analyses de réseaux par la nature de lien

- 1- Mesures de centralité : mesures globales intermédiarité, autorité et hub
- 2- Mesures sur les egos : densité, transitivity + Positionnement des acteurs par une typologie (ACP/CAH)

2.1.2 Du qualitatif au quantitatif : les données des questionnaires « quantitatives »

Figure 41 : Des questionnaires à l'analyse de réseaux, exemple sur les populations



Pour débiter, toutes les réponses aux questions des questionnaires passés auprès des populations dans les quartiers spontanés ont été saisies dans une base de données. Concernant les questions qui allaient faire l'objet d'une analyse réseau, ce sont les questions 29, 30, 31 concernant l'accès à différents types de soins de santé et les questions 38, 39 et 40 concernant l'accès à des aides à caractère social (questionnaire en annexe 23). La démarche conduite est la même (figure 41, encadré 14), une base « Sommets » et une base « Liens » sont nécessaires. Pour mener les analyses sur les pratiques d'accès aux soins et aux aides des populations : deux bases « Sommets » et deux bases « Liens » ont donc été créés.

- Une première base contient l'ensemble des « Sommets », soit les noms des acteurs cités des personnes interrogées pour tous les différents types de soins. Une deuxième base « Sommets » contient les noms des acteurs cités des personnes interrogées pour tous les différents types d'aides à caractère social.

Ces bases « Sommets » (différentes selon la nature du lien étudié : accès aux soins ou accès aux aides) contiennent chacune, les identifiants des personnes anonymisées, le nom des acteurs cités définis par les variables se rapportant aux statuts et aux domaines d'activités.

- Une deuxième base contient l'ensemble des « Liens », elle est constituée de toutes les personnes qui se sont rendues dans une structure ou dispositif mobile cité (deux bases « Liens » différentes selon la nature du lien étudié : accès aux soins ou accès aux aides à caractère social).

Dans la première base « Liens » (BD1), un lien est caractérisé pour chaque personne et chaque type de recours (neuf types) : Voir un médecin, Se faire vacciner, Se faire dépister (VIH, IST, Hépatites), Avoir une contraception (femmes), Faire des analyses de laboratoire (prise de sang, hors dépistage au CPS), Avoir des médicaments, Faire des examens d'imagerie médicale (radiographie, scanner, échographie à préciser par la personne), Faire des soins dentaires, Être hospitalisé. Ces types de recours possibles sont caractérisés par deux variables (structure/dispositif et raison de ce lieu de recours) aux modalités respectives.

S'agissant un recours à une aide à caractère social (BD2), chaque lien est caractérisé pour chaque personne et chaque type de recours (trois types) : Accompagnement social (aide pour faire les démarches administratives...), Aide alimentaire, Aide vestimentaire. Ces recours à ces types d'aide sont caractérisés par deux variables (structure/dispositif et raison du lieu de recours).

Ainsi pour les populations, nous avons deux bases de données « Sommets » et « Liens » qui concernent : les différents types de recours à un type de soins de santé (BD1) et à une aide à caractère social (BD2).

Encadré 14 : Résumé des 4 étapes à suivre, des questionnaires aux analyses de réseaux

Etape 1 : Reprendre le questionnaire Q 29 – 30 -31

Extrait d'un questionnaire – Personne 2

Ex : Q29 - En Guyane, avez-vous déjà pour vous-même ... ?

Etape 2 : Création de la base de données « Sommets » :

- Acronyme et numéro d'identification des personnes
- Noms des Structures, dispositifs de soins
- Attributs : Statut / Domaine d'activité

Création de la **base Sommets** : il s'agit de faire un recensement des structures, dispositifs possibles pour un accès à des types de soins ; et des personnes interrogées dans la première colonne (**IO, Origine**).

Etape 3 : Création de la base de données « Liens » selon le type de soins/lieu de soins/raison

- Personne interrogée
- Nom des structures/dispositifs cités
- Attributs : Type de soins/ Raison

Création des **bases Liens** : il s'agit de repérer pour chaque personne (IO) par type de soins, où s'est rendue (ID), et pour quelle raison

Etape 4 : Analyses de réseaux par type de besoins de soins

Mesure : degrés entrants (structures et dispositifs) /sortants (par personne)

2.2 Mesures mobilisées pour appréhender la structuration de l'accès et le recours aux soins de santé

Dans l'analyse de réseau, différentes mesures permettent de rendre compte de la structure d'un réseau donné. Sans les donner toutes il est possible de distinguer les mesures dites globales et les mesures dites locales.

Les mesures globales visent à « caractériser le réseau dans son ensemble » [L.Beauguitte, 2015]. Parmi les mesures globales les plus couramment utilisées pour décrire le réseau il existe l'ordre (nombre de sommets), la taille (nombre de liens, soit d'arrêtes qui joignent deux sommets distincts ou non) ou bien encore la densité (rapport entre le nombre d'arrêtes existantes dans le réseau sur le nombre d'arrêtes possibles) par exemple.

A l'inverse, les mesures locales, plus nombreuses que les mesures globales, visent à caractériser « un élément au sein du réseau par rapport aux autres éléments, qu'il s'agisse de sommets ou bien de liens » [C.Ducruet, 2010.a]. Parmi ces mesures locales, deux grands types peuvent être identifiés, soit les mesures locales de voisinage qui « décrivent la situation d'un élément par rapport à ses voisins immédiats (directement connectés ou adjacents) » ; et les mesures locales d'ensemble qui « rendent compte de la situation d'un élément par rapport à tous les autres éléments de même nature présents dans le réseau » [C.Ducruet, 2010.b]. Parmi les mesures locales de voisinage il existe par exemple le degré ou degré d'incidence d'un sommet (soit le nombre de sommets adjacents), la transitivité (nombre de triades fermées sur nombre de triades possibles). Tandis que pour les mesures locales d'ensemble il existe l'accessibilité géographique (distance minimale divisée par le nombre de sommets du graphe) ou bien encore la centralité d'intermédierité (nombre de plus courts chemins du graphe passant par chaque sommet) [C.Ducruet, 2010.a.b]. Toutefois, « de nombreuses mesures locales deviennent globales si elles sont moyennées (transitivité, degré etc.) » [L.Beauguitte, 2015].

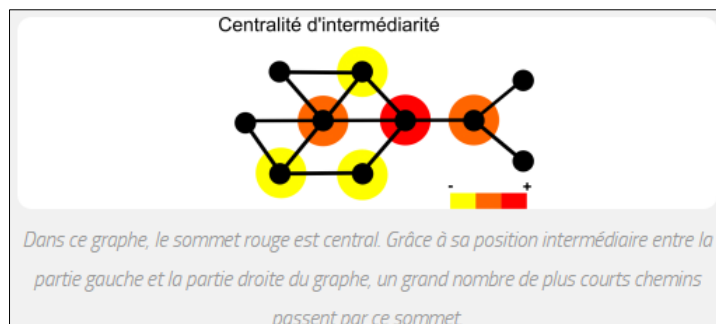
2.2.1 Comprendre la structure du réseau et les rôles des acteurs : l'intérêt des mesures de centralité

Dans l'analyse de réseau, « la centralité est le principal concept utilisé pour étudier la place d'un acteur (...), qu'il s'agisse de relations de pouvoir, de circulations, de jeux d'influence ou de positions d'avantage dans des réseaux d'échange ou de collaboration » [S.P.Borgatti et M.G Everett, 2006 in L.Beauguitte, 2013.a, p.109]. C'est pourquoi, dans l'analyse proposée, trois mesures de centralité, à visée complémentaire, seront mobilisées à différents stades de l'analyse : les centralités « d'intermédierité », « d'autorité » et de « hub ».

La *centralité d'intermédierité (betweenness centrality)* est une mesure permettant d'identifier la situation d'un élément par rapport à tous les autres éléments de même nature présents dans le réseau (mesure locale d'ensemble) (figure 42). Elle « correspond au nombre de plus courts chemins du graphe passant par chaque sommet » [M.Devrelle, 2013]. Autrement dit, elle permet de repérer les acteurs (sommets) les plus centraux,

soit considérés comme étant « d'importants points de passage » dans le réseau. Par exemple, appliquées ici aux données concernant les relations dans la prise en charge des populations vulnérables, cette mesure fait ressortir les acteurs centraux faisant office de lien le plus court entre deux acteurs pour la prise en charge d'une personne.

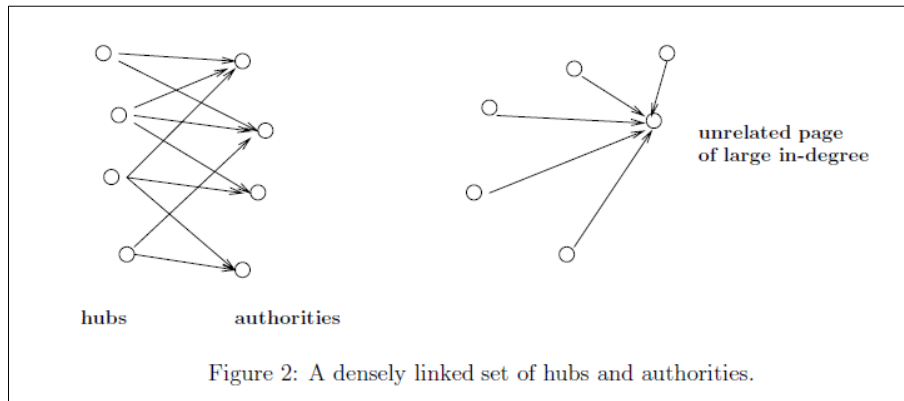
Figure 42 : Illustration de la centralité d'intermédiarité dans un graphe, source : M.Devrelle, 2013



Toutefois, cette mesure peut ainsi conduire à surreprésenter les acteurs (sommets) qui jouent le rôle « de ponts » les plus courts avec d'autres acteurs (sommets) sans pour autant que leur degré (nombre de liens relié entre deux sommets) soit élevé. Ou bien encore à sous représenter un acteur (sommets) ayant de nombreux liens (degré important) s'il ne fait pas office de lien entre deux autres acteurs (sommets) du graphe. Cela amène à l'hypothèse suivante : dans la territorialisation en cours, les acteurs des soins de santé (contenus dans des structures fixes et dispositifs mobiles) n'ont pas le même rôle pour apporter un accès aux populations.

Afin d'apporter un regard complémentaire sur les acteurs (sommets), deux autres mesures de centralité sont mobilisées, celles « d'autorité et de hub ». Issues des travaux Jon M. Kleinberg (1999), résumées à l'extrême, ces mesures étaient à la base employées pour l'étude sur internet « de l'utilisation de liens pour analyser l'ensemble de pages pertinentes pour un vaste sujet de recherche, et pour découvrir les pages « faisant autorité » sur ces sujets » [J.M Kleinberg, 1999, p.1]. Considérant que le comptage en degré était une mesure « trop grossière » pour mesurer l'impact d'un nœud dans le réseau, les pages (sommets) faisant autorité ne devaient pas seulement avoir un degré important « puisqu'ils (sommets) sont tous des autorités sur un sujet commun », mais il devait y avoir un « chevauchement dans les ensembles de pages qui pointent à eux ». Ainsi en plus « des pages faisant autorité », les « pages centrales » faisant hub « comportent des liens vers plusieurs pages pertinentes « faisant autorité. » » [J.M Kleinberg, 1999, p.7] (figure 43).

Figure 43 : Illustration des hubs et des autorités, source : J.M Kleinberg, 1999, p.8



J.M.Kleinberg (1999) définit alors que « Les centres et les autorités entretiennent ce que l'on pourrait appeler une relation de renforcement mutuel : un bon centre (hub) est une page qui pointe vers de nombreuses bonnes autorités (authorities) ; une bonne autorité (authorities) est une page qui est pointé du doigt par de nombreux bons centres (hub) »²²¹ [opsit, p.8]. Autrement dit : les hubs et les autorités présentent ce que l'on pourrait appeler une relation qui se renforce mutuellement : un bon hub est un acteur qui pointe vers de nombreuses bonnes autorités ; une bonne autorité est un acteur qui est pointé par de nombreux bons hubs. En somme, chaque sommet a deux mesures : un score « d'autorité » (Kleinberg's authority centrality scores) issu des liens entrants et un score de « hub » ou *d'hubité* (Kleinberg's hub centrality scores) issu des liens sortants. Ainsi, les acteurs (sommets) faisant autorité, soit ceux qui reçoivent le plus de liens, ne sont pas seuls à être considérés comme importants dans le réseau puisque le fait de croiser ces mesures identifie qu'un acteur faisant hub, renforce la position d'un acteur faisant autorité en lui « envoyant » ses liens. D'autre part, le caractère récursif de cette mesure est intéressant dans la mesure où les sommets peuvent être à la fois des hubs et des autorités.

Etablies sur le réseau d'acteurs prenant en charge les populations (BD1), ces deux mesures croisées permettent en somme de préciser le rôle prédominant de chacun des acteurs par rapport aux autres : « de capteur » (les autorités), « d'émetteur » (les hubs). Elles permettent ainsi de mettre en lumière des acteurs qui sont également important (hub) même s'ils ont peu de liens parce qu'ils sont liés à d'autres acteurs faisant autorité. Ces mesures peuvent être pertinentes puisque certains acteurs peuvent avoir un rôle « d'orienteur » dans le réseau et d'autres un rôle de « capteur » des populations prises en charge.

Ces indicateurs permettent ainsi d'interroger dans quelle mesure certains acteurs polarisent les liens avec les autres acteurs.

²²¹ « Hubs and authorities exhibit what could be called a mutually reinforcing relationship: a good hub is a page that points to many good authorities; a good authority is a page that is pointed to by many good hubs. » [J.M.Kleinberg, 1999, p.8].

Effectuées sur les liens stratégiques entre les acteurs (BD2), ces mesures permettent de repérer les acteurs qui polarisent les décisions stratégiques pour la localisation des camions mobiles tandis que la mesure de hub permet d'identifier les acteurs les plus reliés à ces acteurs d'autorité.

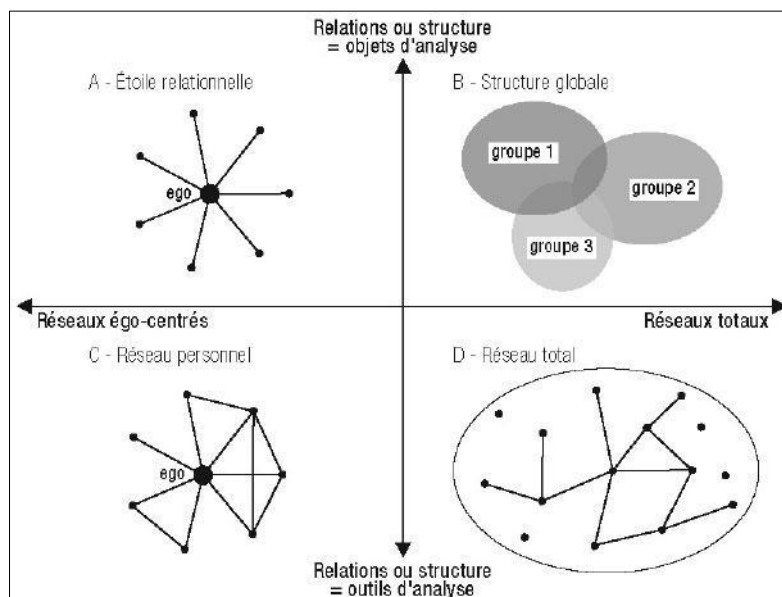
Enfin, effectuées sur les liens opérationnels entre les acteurs (BD3), ces mesures permettent de repérer les acteurs qui polarisent le plus de relations opérationnelles avec les autres acteurs sur le terrain (autorités) et les acteurs qui les accompagnent (hub).

2.2.2 Préciser la structuration des acteurs via leurs relations individuelles : mesures et typologie sur les egos-réseaux

Ces mesures de centralités ne permettent cependant pas d'identifier les éventuelles relations privilégiées qui pourraient exister entre les acteurs : entre statuts respectifs, entre domaines d'activités, par type de lien. En d'autres termes, ces mesures ne permettent pas de répondre à l'hypothèse que dans la territorialisation en cours, des acteurs des soins de santé aux caractéristiques communes (statuts, domaines d'activité) « décloisonnent » leurs relations vers d'autres acteurs dissimilaires afin que les populations puissent réaliser leurs besoins de soins de santé par une prise en charge pluridisciplinaire.

C'est pourquoi, afin de parvenir à identifier des caractéristiques similaires ou dissimilaires de ces acteurs, il est nécessaire de tenir compte de leur réseau relationnel individuel (dit un réseau égo-centré ou un égo-réseau). Un réseau personnel (*ego-network*) est composé d'un acteur A (*ego*) et de l'ensemble des acteurs (*alters*) auxquels l'acteur A est directement connecté par des liens. Ainsi, après avoir effectué des mesures sur le réseau total (figure 44 – B), des mesures seront effectués sur les réseaux individuels (figure 44 - C).

Figure 44 : Schéma récapitulatif des différentes études relationnelles et structurelles, source : F.Maillolchon, 2012



Des mesures ont été appliquées sur les réseaux individuels des acteurs, pour une nature de relation : la prise en charge des besoins des populations (BD1), afin de construire une typologie des acteurs par la suite. L'objectif est ainsi de mieux comprendre les similarités/dissimilarités (en termes de statuts, de types de liens, de domaines d'activité...) dans les réseaux relationnels de chaque acteur (ego-réseau) et de préciser des formes de coopération pluridisciplinaires (« décloisonnement »).

Seuls les egos-réseaux des acteurs renseignés (n=26) ont été sélectionnés. C'est-à-dire que les égos des acteurs cités construits par les acteurs interrogés, mais qui n'ont pas été interrogés par un entretien (parmi les acteurs cités) ont leur ego réseau qui n'a pas été pris en compte dans la construction de la typologie (figure 45 et exemple). Toutefois, le lien qu'il détient avec l'acteur interrogé est conservé.

Ce choix fut pris dans la mesure où l'ensemble de leur réseau relationnel ne pouvait pas être complètement dressé et pouvait conduire à de « fausses » similitudes ou dissimilitudes relationnelles. Tenir compte du réseau relationnel des acteurs seulement interrogés pour faire les analyses, même si l'effectif est plus petit par rapport au réseau d'ensemble qui comporte (n=91) acteurs, permet ainsi de s'approcher au mieux de la réalité de leur réseau relationnel complet.

Ainsi, nous disposons donc de 26 égos-réseaux (acteurs) et de l'ensemble des acteurs (alters) auxquels ils sont directement connectés par des liens (figure 43).

Figure 45 : Illustration des égos-réseaux inclus pour la construction de la typologie

Acteurs renseignés : le bleu et le jaune

Acteurs cités des acteurs renseignés : le bleu, le jaune, le violet, le vert

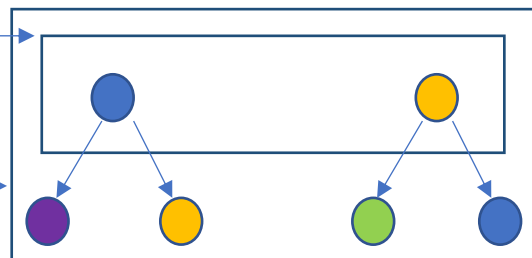
Soit 4 égos possibles à étudier



Egos présents pour construire la typologie :

Inclus : le bleu et le jaune (interrogés)

Exclus : le violet et le vert (puisque non interrogés).



Exemple :

Acteur renseigné : CCAS de Cayenne – Acteur non interrogé : CGSS

Le CCAS cite la CGSS = 1 lien entre CCAS et CGSS

Les mesures de l'ego-réseau du CCAS tiennent compte de ce lien existant et seront incluses pour construire la typologie ; toutefois la CGSS ayant été citée mais non interrogée l'ego de cet acteur ne sera pas pris en compte dans la typologie.

Chacun de ces égos ont un nombre X de relations entretenues avec les autres acteurs (alters). A ce stade l'objectif est de caractériser chacun des égos²²² en fonction des relations qu'il a avec d'autres acteurs (figure 46).

Ainsi, pour commencer il a été calculé pour chaque ego la proportion de liens entretenus avec les autres acteurs (alters) pour les variables aux modalités suivantes :

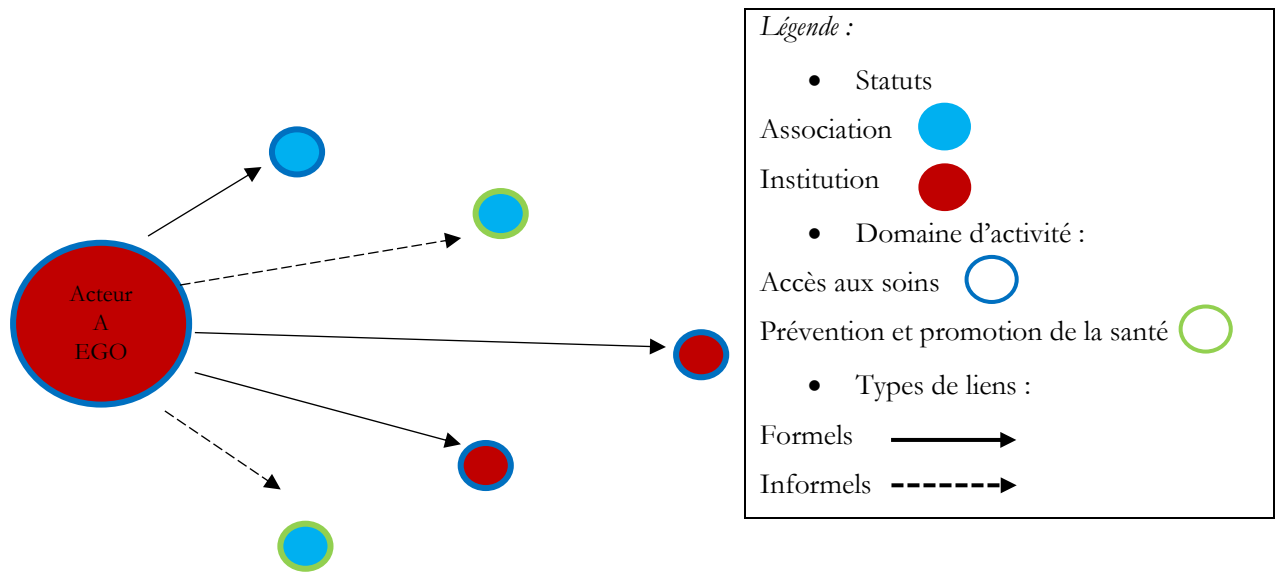
- Les statuts
 - Institutions : % d'institutions que l'ego à en lien
 - Associations : % d'associations que l'ego à en lien
 - Libéraux : % de libéraux que l'ego à en lien
 - Mixtes : % d'acteur au statut mixte que l'ego à en lien
- Les domaines d'activités
 - Accès aux soins : % d'acteurs faisant de l'accès aux soins que l'égo à en lien...

Pareillement pour : médico-social, prévention et promotion de la santé, prévention, soins et promotion de la santé, prévention, soin et périnatalité, accompagnement social, accès aux droits, insertion sociale, aide alimentaire, aide vestimentaire.

- Les types de liens
 - Formels : % de liens formels que l'ego à en lien. Les liens formels sont ici compris comme des liens conventionnels, notamment établis par des conventions de partenariat.
 - Informels : % de liens informels que l'ego à en lien. Les liens informels sont ici compris comme des liens qui ne sont pas établis par des conventions de partenariat.

²²² Caractérisés par : leur statut : institutions, associations, libéraux, mixtes (ex : bailleurs sociaux); leur domaine d'activité : accès aux soins, médico-social, prévention et promotion de la santé, prévention, soins et promotion de la santé, prévention, soin et périnatalité, accompagnement social, accès aux droits, insertion sociale, aide alimentaire, aide vestimentaire ; le type de lien : formel ou informel

Figure 46 : Exemple de caractérisation du réseau relationnel d'un ego réseau



ID	Statuts		Domaines d'activités		Types de lien	
	Association	Institution	Accès aux soins	Prévention et promotion de la santé	Formel	Informel
Nombre de liens Acteur A	3	2	3	2	3	2
Total liens/statut	5		5		5	
Nombre de liens Acteur A (%)	60	40	60	40	60	40

Part des liens/type de statut	Part des liens/type domaine activité	Part des liens/type de liens
-------------------------------	--------------------------------------	------------------------------

Note de lecture : L'égo réseau de l'acteur A, institutionnel et agissant dans le domaine de l'accès aux soins, est caractérisé par une ouverture de son réseau relationnel avec des acteurs de statut associatif (60%). Toutefois, il reste relativement cloisonné dans son domaine d'activité dans la mesure où il interagit avec des acteurs agissant dans le même domaine que lui : l'accès aux soins (60%). Enfin son réseau relationnel est caractérisé par plus de liens informels (60%).

Ensuite, trois mesures complémentaires ont été mises en œuvre sur chacun de ces égos réseaux. Elles permettent d'ajouter des caractéristiques décrivant le réseau relationnel de ces egos et seront ensuite mobilisées.

Parmi elles, la première - la densité - « d'un graphe désigne le rapport entre le nombre de liens présents et le nombre de liens possibles : elle varie entre 0 (graphe vide, sans aucun lien) et 1 (graphe complet) » [L.Beauguitte, 2013.b]. Elle permettra d'identifier si un acteur est en relation avec peu ou de nombreux acteurs parmi toutes les relations possibles.

La seconde - la transitivity (*clustering coefficient*) - permet « d'évaluer le niveau de transitivity local ou global d'un graphe. ». En d'autres termes, il est étudié « le nombre de triangles (triades fermées) parmi les sommets voisins d'un sommet » [L.Beauguitte, 2015]. Cette mesure permettra d'identifier des réseaux pouvant être considérés comme étant dans une situation élevée de coopération : si un acteur A en lien avec un acteur B (A-B) et si un acteur B est en lien avec un acteur C (B-C), il est fort probable que l'acteur A et l'acteur C (A-C) soient en lien, autrement dit la transitivity est à comprendre sous l'idée « qu'un ami de notre ami est souvent mon ami ».

Enfin, une troisième mesure, une simple proportion statistique, effectuée sur chacun des égos réseaux permet d'identifier pour chaque ego la proportion de ses liens entretenus avec d'autres acteurs (*alters*) caractérisés par le même domaine d'activité que lui parmi l'ensemble de ses relations. Elle permet donc d'identifier si un acteur a des relations « cloisonnées » avec des acteurs ayant le même domaine d'activité que lui, ou décroisées avec des acteurs exercent dans un autre domaine d'activité que le sien.

A partir de ces mesures sur ces multiples egos, une typologie des acteurs a été proposée.

Elle vise à identifier, premièrement, des groupes d'acteurs qui se structurent de façon similaire et deuxièmement qui « ouvrent » possiblement leur réseau relationnel à des acteurs différents du point de vue des statuts, des domaines d'activités. En d'autres termes, c'est la question de cloisonnement / décroisement et plus généralement de la coordination qui est au cœur de cette analyse.

L'analyse de réseau trouve ici sa justification pour étudier les relations des acteurs qui s'inscrivent et participent (ou non) au processus de territorialisation, en insistant plus particulièrement sur leurs conditions d'interaction et de structuration. L'enjeu est en effet de comprendre la dynamique relationnelle entre acteurs qui au fur et à mesure « tissent leurs réseaux de relations » [C.Bidart, 2008]. La notion « d'accrochage » prend sens pour interroger les modalités relationnelles des acteurs les uns par rapport aux autres et leurs rôles dans la structuration d'espaces d'actions puisque ces dynamiques répondent à des objectifs relevant de stratégies individuelles et collectives [R.D.Sack, 1983, p.56].

Figure 47 : Schéma récapitulatif des bases de données et mesures des acteurs des soins de santé

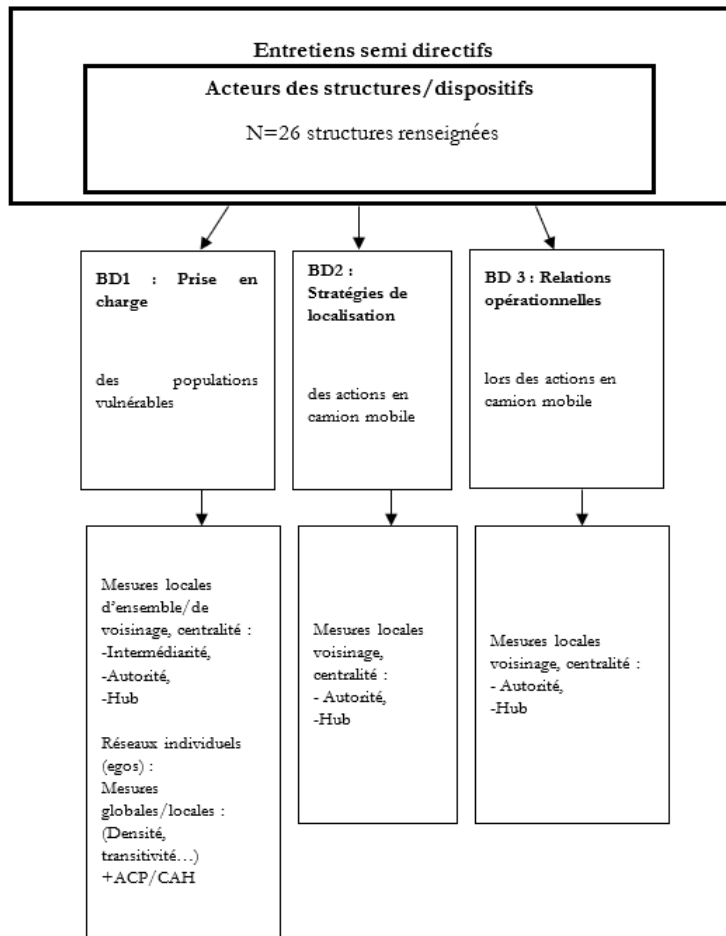
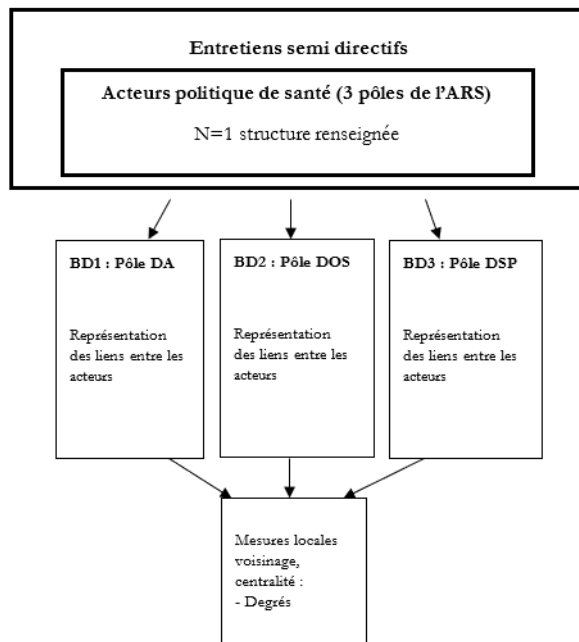


Figure 48 : Schéma récapitulatif des bases de données et mesure des acteurs politiques (ARS)



2.2.3 Identifier les principaux acteurs et les déterminants d'accès aux soins de santé des populations

Une analyse de réseau fut effectuée sur les données issues des questionnaires passés auprès des populations, notamment sur les questions portant sur les recours aux soins de santé et aux aides à caractère social (figure 49).

Dans cette analyse, la mesure de centralité de degré, conceptuellement la plus simple sera employée. Elle se définit comme le nombre de liens que possède un acteur. Il est possible de distinguer le nombre de liens entrants (degré entrant) et sortants (degré sortant) dans le cas où les liens possèdent une direction (réseau orienté). Dans cette analyse, la centralité de degré des acteurs sera égale et par défaut aux degrés entrants dans la mesure où ce sont les individus qui déclarent recourir (degré sortant) à une structure ou dispositif pour un type de besoin de santé.

Pour éviter, toute confusion, il ne s'agit pas dans cette analyse de réaliser une interprétation en fonction de « rangs » qui pourrait correspondre à la question suivante « *Si vous êtes malade, où vous rendez-vous en priorité ?* ». Dans ce cas la réponse viserait à identifier la première structure/dispositif d'accès citée d'un individu lorsqu'il est (« généralement ») malade. Dans le questionnaire, les questions sur l'accès à des structures/dispositifs étaient spécifiées pour des types de soins de santé en particulier (vaccination, dépistage, consultation avec un médecin...), pour des types d'aides à caractère social (accompagnement social, aide alimentaire...), et les réponses pouvaient être multiples. Par exemple un individu pouvait répondre avoir eu deux recours différents pour un type de soins, par exemple : une consultation chez un médecin, effectuée chez un médecin de ville, et à la PASS du CH de Cayenne.

De cette manière, l'analyse de réseau menée sur ce type de réponse ne priorise pas une structure pour un type de recours par individu, mais fait état de l'ensemble des structures/dispositifs de recours par individu pour un type de soins / aide proposée. Concernant les différents acteurs cités des individus interrogés, pour chacun des types de recours, ces derniers comptabilisent un nombre X de recours pour un type de besoin de soins de santé/aide à caractère social donné²²³.

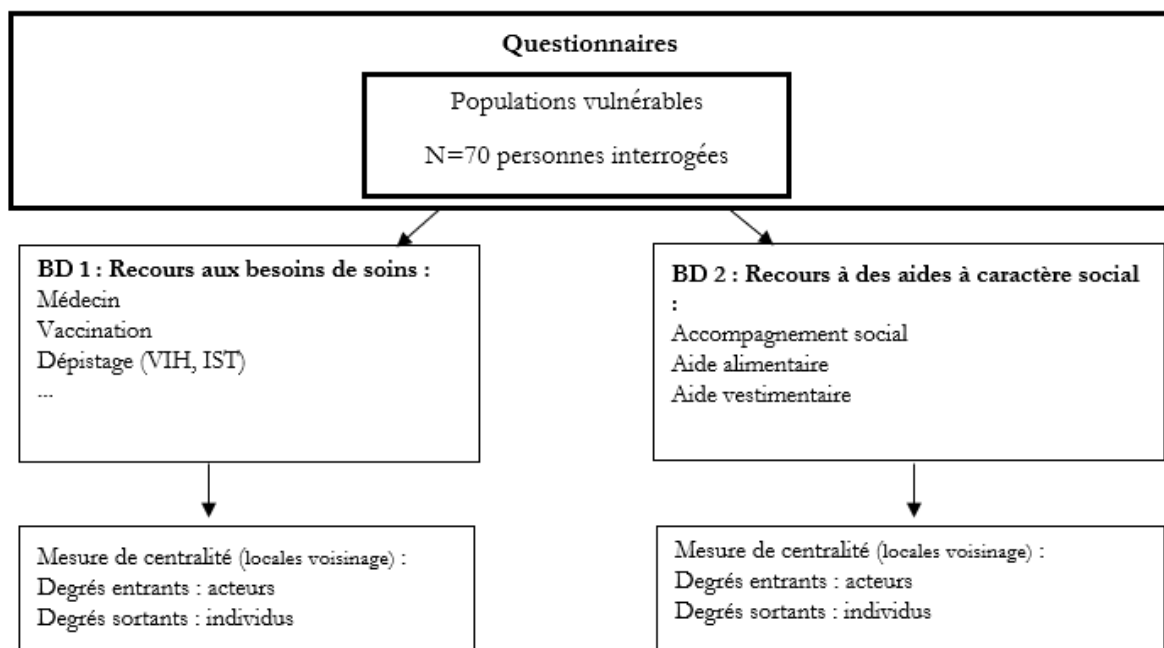
En effet, cette analyse a pour objectif d'identifier les acteurs les plus ou moins cités comme lieu de recours pour chacun des types de soins de santé/aides à caractère social mais aussi à « confronter » ces résultats aux analyses menées sur les acteurs des soins de santé qui identifient des acteurs centraux dans la prise en charge des populations. Cette analyse vise en outre à mieux expliquer la fonction des acteurs identifiés comme centraux dans la prise en charge des populations dans les analyses précédentes. C'est pourquoi et de manière globale, cette démarche se place dans le champ de la RMM dans la mesure où les enquêtes menées visent à s'apporter des suppléments d'informations.

²²³ Rappel : Ce sont notamment les questions 29 portant sur le recours à un type de besoin de soin de santé : consultation de médecine générale, vaccination, dépistage des IST..., la question 30 portant sur les lieux d'accès à ces types de besoins de santé, et la question 31 sur les raisons ayant motivé à se rendre à ce lieu de soins qui ont été mobilisées. Mais aussi, ce sont notamment les questions 38 portant sur le recours à un type d'aide socio-sanitaire : accompagnement social, aide alimentaire, aide vestimentaire, la question 39 portant sur les lieux d'accès à ces types d'aides, et la question 40 sur les raisons ayant motivé à se rendre à ce lieu ou dispositif d'aide qui ont été mobilisées.

En somme, cette analyse vise à tester d'une part, la pertinence des résultats de l'analyse de réseau menés sur les entretiens des acteurs et d'autre part, d'éclairer la position centrale de certains acteurs dans la prise en charge des populations.

Néanmoins dans la mesure où le réseau est « (...) un prisme méthodologique pour saisir un système d'interdépendances entre les acteurs de cette organisation, [F.Eloire et al., 2011], les informations recueillies dans les entretiens permettent par la suite, de mieux interpréter et préciser les analyses et résultats issus de l'analyse de réseaux.

Figure 49 : Schéma récapitulatif des bases de données relationnelles de l'interface populations/acteurs et mesures



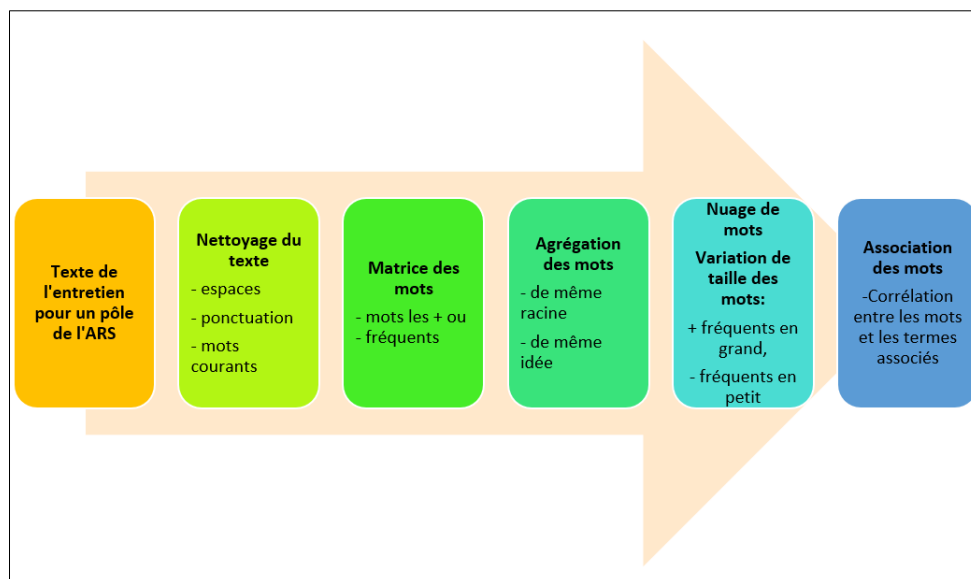
2.3 Des allers-retours entre analyse de réseau, cartographie et analyse du discours

Dans ce travail, la cartographie permet de réaliser un inventaire, un état des lieux : mais elle apporte également des hypothèses de travail par la superposition des informations recueillies et créées (couches de données). Elle est indéniablement devenue progressivement un outil d'observation et d'analyse [M-H de Sède Marceau, A.Moine, S.Thian, 2011] qui peuvent guider et aboutir à la prise de décisions dans l'action publique. Par exemple, une représentation des différents maillages (Territoires de santé, QPV) de l'action publique permet d'identifier les zones *à fortiori* ciblées par les actions en faveur des populations les plus en difficulté sur le territoire local. Cependant, la cartographie réalisée appelle aussi à saisir ce qu'il se passe « sous les cartes ». Par exemple, la cartographie de l'offre sanitaire et sociale met, certes, en lumière les actions mobiles menées, mais masque les informations sur les populations et une connaissance du terrain des acteurs. Une analyse de réseau peut ainsi venir en complément pour mieux éclairer ces localisations d'acteurs.

Dans ce travail, les entretiens ont été une base importante de constitution des connaissances et des données. Ils constituent une « (...) accumulation de connaissances (...) grâce au recueil de données discursives qui reflètent l'univers des individus » [R.-A. Thiétart et al., 1999 in S.Bertezene, B.Dubrion, 2017] qui ont permis d'apporter des compléments en matière de connaissance de l'offre de soins mais, ils ont aussi, pour objectif « (...) de comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus en lien avec la question de recherche (Thiétart, 2014) » [F.Chevalier et V.Meyer, 2018]. De cette manière, un entretien semi-directif, permet de saisir les représentations, les motivations, les conditions favorisant les stratégies et les difficultés des acteurs qui expliquent l'attitude et les comportements adoptés par ces derniers [M.Rispal-Hlady, 2002]. Si le discours issu des entretiens permet de construire les bases de données inventoriant et permettant de « retracer » les relations entre les acteurs, le caractère discursif du discours permet également de mieux comprendre la nature, les types de liens entre les acteurs évoqués et les éléments factuels, de contexte, qui participent à cette structure relationnelle.

L'analyse sémantique, sous la forme d'un nuage de mots, a quant à elle été particulièrement utilisée pour les petits échantillons et lorsque les mesures issues de l'analyse de réseau ne permettaient pas de caractériser par des mesures les logiques relationnelles à l'œuvre. L'analyse des entretiens des acteurs de l'ARS constitue à ce titre un bon un exemple. En effet, au regard des matériaux disponibles, l'analyse de réseau se fonde sur une simple mesure de la centralité de degrés ; et il a été choisi d'inclure une analyse textuelle portant sur les mots clefs relatés dans l'entretien. L'utilisation d'un nuage de mots composé des mots les plus fréquemment utilisés dans le discours des interlocuteurs à l'ARS vient ainsi appuyer ou compléter l'analyse de réseau effectuée. Mis en correspondance avec les graphes obtenus et les mesures, les nuages de mots permettent de mieux les interpréter²²⁴. Cette construction repose sur 6 étapes (figure 50, encadré 15) effectuées sur le logiciel *RStudio*.

Figure 50 : Analyse sémantique par les nuages de mots, six étapes



²²⁴ Les nuages de mots ont été réalisés pour chaque entretien menée avec le pôle de l'ARS sur le logiciel *RStudio* à l'aide des packages text mining (tm) et wordcloud.

Encadré 15 : Analyse sémantique par les nuages de mots : éléments explicatifs sur les 6 étapes

1. Pour commencer, l'intégralité de l'entretien du Pôle de l'ARS concerné a été retenu, sauf les questions posées afin de ne pas biaiser la fréquence des mots.
2. Le texte de l'entretien a ensuite été « nettoyé » des caractères inutiles à l'analyse : des espaces inutiles, de la ponctuation (/, /...) avec la fonction *tm_map*. De même, le texte a été nettoyé des mots courants de la langue française (ex : le, la, les, et...) avec la fonction *stopword*.
3. Ensuite, la matrice des mots a pu être réalisée avec la fonction *TermDocumentMatrix*. Elle permet d'obtenir la fréquence des mots contenus dans le texte.
4. A ce stade des mots « sans valeur » pour l'analyse ont été supprimés ; puis des mots ayant la même racine ont été agrégés sous un seul mot pour lequel la fréquence était la plus élevée, par exemple les mots : « personnes » et « personnes » ont été agrégés sous le mot « personnes » (annexes 25, 26, 27).
5. Enfin, le nuage de mots a pu être établi. Le parti pris n'est pas de représenter les mots les plus fréquents, mais tous les mots même de moindre fréquence. Les mots de forte fréquence sont au centre du nuage et de caractère typographique plus grand, tandis que ceux de moindre fréquence sont les plus en périphérie et de caractère plus petit.
6. Enfin, afin d'approfondir l'interprétation, une analyse a été réalisée sur l'association entre les mots. De cette manière, les mots les plus fréquents composant le nuage de mots ont été analysés par une corrélation avec la fonction *findAssocs*, permettant de retrouver les termes associés à ces derniers.

Conclusion du chapitre VI

Le travail proposé appartient au champ de la Recherche par Méthodes Mixtes (RMM) dans la mesure où les données qualitatives connaissent une phase de transformation pour être « quantitatives ». Ce positionnement de recherche peut être contesté si l'on s'en réfère strictement à la définition des Méthodes Mixtes (MM) qui considère que la première phase d'étude utilise en premier lieu la méthode qualitative, et la seconde phase de la méthode quantitative. Néanmoins, dans la mesure où le protocole de travail fait appel à ces deux méthodes, et où les données issues des entretiens et des questionnaires menés seront analysées par l'analyse de réseau et ses mesures, le travail conduit peut être considéré comme étant inscrit dans la démarche des RMM.

Les données quantitatives, issues des analyses de réseau apporteront des données numériques qui permettent de déterminer des positions et rôles aux acteurs des soins de santé prenant en charge les populations (BD1) et permettront de mieux comprendre les conditions dans lesquelles se développent les localisations des actions mobiles (BD2) représentées par les cartographies. Enfin elles permettront de mieux comprendre les liens opérationnels entre les acteurs (BD3).

Cette démarche d'analyse de réseau et mesures, également appliquée sur les données concernant les lieux de recours des populations, permettra de mettre en valeur les acteurs les plus sollicités pour les différents types de soins de santé. Ces résultats seront mis en perspective avec les résultats des analyses de réseaux portant sur les acteurs.

Les données qualitatives, issues des entretiens, permettront de donner du sens aux analyses de réseau conduites. Ces données qualitatives relatent les représentations, les comportements, ou bien encore les stratégies des acteurs. De cette manière les extraits d'entretiens associés aux analyses de réseaux et aux cartographies permettront d'enrichir l'interprétation des résultats des données quantitatives.

Enfin, et concernant le dernier pan des données qualitatives recueillies et rendues visibles par les cartographies, elles permettent de rendre compte des acteurs et de leurs multiples périmètres d'intervention en cours : qu'ils soient hérités ou en construction par une régulation territoriale « bricolée » des acteurs.

Finalement, les méthodes d'analyse mobilisées cherchent à se compléter afin de répondre à l'objectif de compréhension du processus de territorialisation en cours. Et ce, plus particulièrement en interrogeant l'un des volets centraux de cette politique contemporaine, celui de l'accès aux soins de santé, au regard des interfaces produites par les acteurs des soins de santé vis-à-vis des populations.

Conclusion de la partie II

Cette deuxième partie, a exposé l'aspect méthodologique de ce travail. En fonction des sphères d'acteurs à enquêter : acteurs de la politique de santé, acteurs sanitaires et sociaux, populations, il a été nécessaire de recourir à différentes méthodes de recueil de données : par entretiens et par questionnaire.

Le chapitre quatre fait état de de la méthodologie des enquêtes menées auprès des acteurs des soins de santé et des acteurs en charge du pilotage de la politique de santé (ARS).

Afin de réaliser des entretiens semi-directifs auprès de ces acteurs, un échantillon des acteurs a été réalisé en tenant compte des communes de la CACL, des statuts des acteurs (institutionnel, associatif...), et de leur domaine d'activités (accès aux soins, promotion de la santé...). Afin de constituer cet échantillon, il a été nécessaire de compiler les données existantes en provenance de diverses sources (Finess, ARS, Géoguyane, annuaires d'acteurs locaux...) et d'en produire d'autres concernant l'offre de soins de santé, notamment associative. Une fois cet échantillonnage établi respectivement pour les acteurs des soins de santé et les acteurs de la politique de santé, deux grilles d'entretiens semi-directif ont été réalisées.

Le chapitre cinq fait, quant à lui, état de la méthodologie d'enquêtes menée auprès des populations vivant dans les quartiers spontanés de la CACL. En amont des enquêtes menées par questionnaires semi-directif auprès de ces populations, la méthodologie suivie afin de construire un échantillon des quartiers inclus comme lieux d'enquêtes potentiels a été présentée. Dans la mesure où les périmètres des quartiers n'étaient pas définis dans les bases de données existantes, il a été nécessaire de construire les zones de bâtis spontanés à partir des données sur le bâti spontané de 2015 (Audeg, 2018.b) et de les actualiser à partir d'images satellites (2019); d'identifier leurs toponymes en compilant des rapports existants ; puis de les caractériser au travers de critères de vulnérabilité (habitat, hygiène, présence de ressources et services) afin de ne sélectionner que les quartiers spontanés qui placent leurs habitants en situation de vulnérabilité. Une fois cette identification menée, il a été présenté les conditions de passation des questionnaires avec le concours d'associations de solidarité internationale agissant localement.

Enfin, le chapitre six présente la méthodologie d'analyse de ces données recueillies au travers des entretiens et des questionnaires. Les outils employés sont divers, cartographies, extraits d'entretiens, le cœur de l'analyse se base avant tout sur la théorie des graphes à travers l'analyse de réseau. Dans la mesure où la territorialisation sanitaire place au centre de ses objectifs : l'organisation cordonnée des acteurs des soins de santé et l'adaptation de ces derniers aux populations du territoire sur lequel ils se situent ; l'analyse de réseau a été employée parce qu'elle permet la visualisation et l'analyse de l'organisation collective et individuelle des acteurs, et des populations. Le fait de recourir à cette méthode d'analyse « quantitatif » les données recueillies permet d'une part de préciser les positions et les rôles des acteurs des soins de santé dans la prise en charge des populations vulnérables et permet d'autre part, d'envisager d'articuler ces résultats avec ceux portant sur les pratiques d'accès aux soins de santé des populations rencontrées.

En somme, les différentes enquêtes menées auxquelles s'associent leurs analyses ont pour objectif de s'éclairer les unes et les autres, dans la mesure où les transformations contemporaines des politiques sanitaires visent à placer les différentes sphères d'acteurs (acteurs de la politique de santé, acteurs des soins de santé, et populations) en interface les unes avec les autres pour favoriser l'accès aux soins de santé.

PARTIE III

La territorialisation sanitaire au prisme de l'accès

Cette dernière partie propose de mieux comprendre la territorialisation sanitaire en cours au prisme de différentes sphères : celle des acteurs de la politique de santé, des acteurs des soins de santé et des populations vulnérables. Il s'agit d'apporter un éclairage en analysant les relations partenariales des acteurs et notamment la coordination des acteurs des soins de santé (dans la prise en charge des populations), les stratégies et formes d'action des acteurs des soins de santé, et les pratiques d'accès aux soins de santé des populations vulnérables. Les objectifs sont propres aux chapitres mais visent à se compléter les uns et les autres. L'enjeu central et, qui est important, lorsque l'on interroge la territorialisation en cours est de comprendre la structuration des acteurs et leurs relations (partenariat, coopération, collaboration, coordination) qui fondent le processus de recompositions impulsé par les lois récentes.

A ce stade, un bref éclaircissement terminologique est nécessaire sur la notion de coordination et ses termes connexes, présents dans la loi de modernisation du système de santé de 2016.

La notion même du partenariat est floue et ne suffit pas « pour caractériser le mode d'action qu'il désigne » [C.Mérini, 2012]. En effet, de nombreux travaux universitaires existent sur les relations entre les acteurs qui peuvent être qualifiées par de multiples termes « la collaboration, la concertation, la coopération et le partenariat... » [A.C Moreau et al., 2005 ; J-J.Detraux, 2017]. Sans exposer toutes ces réflexions menées sur ces notions, nous proposons de cadrer ce que nous entendrons par ces termes pour mieux les utiliser et les comprendre dans la suite du travail. « Le partenariat ne se confond donc pas avec une simple collaboration » [J-J.Detraux, 2017]. Tandis que la collaboration invite les acteurs à « travailler ensemble », le partenariat quant à lui « doit se concevoir comme un système équitable de coopération » [opcit]. Ainsi, le terme de collaboration désigne « les processus du travail « ensemble, en commun » ; c'est l'harmonisation des efforts de chacun, « savoir-agir en convergence », à la réalisation d'une tâche, d'un objectif ou d'un travail (T.A Panitz, 1996, 1999 ; Moreau. A.C, Fortin. E, Clément. J, 2002) » [A.C Moreau, Robertson.A, Ruel.J, 2005, p.145].

Schématiquement, collaboration et coopération peuvent se distinguer²²⁵ sur un point majeur : l'apprentissage par le groupe. La collaboration « désigne une philosophie d'apprendre ensemble ou d'agir

²²⁵ « Les connaissances fondamentales reflètent la culture sociale de ce qui est « bon » ou les normes de cette culture telles que les croyances et les valeurs. La notion de collaboration intègre ces concepts fondamentaux. Les connaissances non fondamentales, quant à elles, sont davantage liées aux processus tels que la résolution de problèmes, le raisonnement, la mémoire, le questionnement... » [« désigne une philosophie d'apprendre ensemble ou d'agir ensemble en mobilisant les ressources disponibles pour créer des relations convergentes (...) les individus sont

ensemble en mobilisant les ressources disponibles pour créer des relations convergentes (...) les individus sont responsables mutuellement de leurs actions, de leurs apprentissages dans le respect des compétences et de la contribution de leurs pairs » [opsit, p.145]. Quant à la coopération, elle est intrinsèquement liée à la notion de partenariat puisqu'elle est « le processus d'opérationnalisation de la décision par consensus entre les partenaires » [Moreau A.C et al., 2005]. Le partenariat serait donc la condition même du processus de coopération entre les acteurs puisque « Avant de coopérer, il faut être partenaire dans la prise de décision puisque l'action de coopérer signifie que nous avons décidé ensemble des objectifs ou des actions à entreprendre (Bouchard et al. 1996 : 22) » [opsit, p.149]. La coopération est donc un « processus d'interactions de personnes ou d'un groupe d'individus qui, par le partage de tâches, de responsabilités ou d'activités, réalisent un objectif spécifique » [opsit, p.149]. A la différence d'une collaboration, la coopération « implique un haut niveau d'organisation : structuration et répartition des activités et des tâches » [opsit, p.148], soit une coordination des acteurs, créant une interdépendance entre les acteurs qui ont pour objectif de réaliser une tâche commune. Toutefois, ce n'est pas parce que des acteurs coopèrent et qu'ils réalisent une partie du projet à mener qu'ils se préoccupent nécessairement du travail accompli par les autres acteurs [opsit, p.148]. En somme, et dans la mesure où il s'agit de relations convergentes « le concept de partenariat se confond à celui de collaboration ; ils sont interchangeables » [opsit, p.150]. Néanmoins, une distinction peut être opérée sur ces deux processus – collaboration – coopération - qui peuvent mener finalement au partenariat.

En effet, dans la loi de modernisation du système de santé de 2016, les termes « partenariats - coopération » semblent être des termes qui vont de pair. Derrière le duo « partenariat – coopération » se trame la création de « conventions de partenariats ». La convention définit la norme, et la norme à l'aspect « formalisé » des relations. « Vu ainsi, le partenariat apparaît comme une nouvelle figure de la norme » [F.Dhume, 2013]. De fait, un partenariat ne pourrait être fondé sur des relations informelles, sans conventions. Néanmoins, « l'informel fait nécessairement partie des organisations, et Farris (1979) ajoute qu'aucune organisation ne peut fonctionner efficacement sans sa partie informelle. » [Brunet.L et Savoie.A, 2003]. Au gré des définitions le partenariat peut donc être le résultat de coopérations ou de collaborations, même informelles.

A la lumière de ces éclaircissements terminologiques et dans un souci de simplification, les termes utilisés seront définis comme suit (figure 51) :

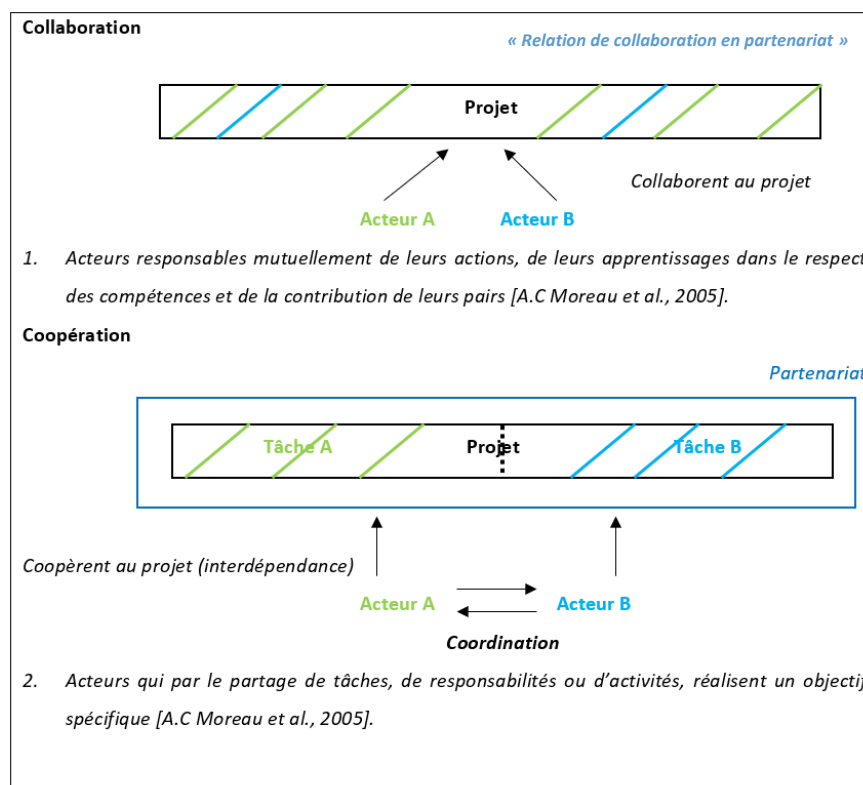
- Le partenariat est une coopération entre des acteurs et implique une coordination entre acteurs. Autrement dit, dans un cadre de partenariat, ici entendu comme formalisé par une convention, les acteurs coordonnent leurs tâches afin de coopérer à la réalisation d'un projet commun. Dans l'organisation des politiques publiques, le partenariat est associé à l'idée de « rationalisation des

responsables mutuellement de leurs actions, de leurs apprentissages dans le respect des compétences et de la contribution de leurs pairs » [opsit, p.145].

ressources, réduction des dépenses, articulation national-local, atténuation de la frontière public-privé, etc. » [F.Dhume, 2013, p.3].

- A l'inverse, des relations non formalisées entre les acteurs sont des collaborations. Si l'on se réfère au sens strict du terme de partenariat (caractère normatif, formalisé de ce dernier dans la loi de 2016) ces relations informelles ne sont pas synonymes de partenariat. Pourtant, des collaborations peuvent mener au partenariat, « Bouchard et ses collègues (1996) parlent de relation de collaboration en partenariat » [Moreau et al., 2005, p.150]. Dans ce sens, « la collaboration réfère à une philosophie qui met en valeur les relations de vie en groupe dont le respect, le partage, le soutien mutuel, la tolérance et la contribution de chacun des membres (...) et traduit un système de valeurs où l'autonomie, la réflexivité, l'engagement actif, etc. ont une importance primordiale. » [Orr, 1997 in Moreau et al., 2005]. En somme, la collaboration n'implique pas nécessairement une division des tâches d'un projet commun entre les acteurs pour le mener à bien, mais il s'agit plutôt de l'ajout des compétences de ces derniers pour mener à bien un projet à l'objectif considéré comme étant commun. Selon cette approche [Moreau et al., 2005], des collaborations, même peu formalisées, ne sont pas opposées au terme de coordination et peuvent mener au partenariat.

Figure 51 : Collaboration et coopération des processus organisationnels différenciés



Cette troisième et dernière partie se compose de cinq chapitres. A la lumière de l'analyse des relations, le chapitre sept, propose d'interroger la vision/perception de l'Agence Régionale de Santé au sujet des relations entretenues entre les acteurs des soins de santé qui agissent pour la prise en charge des populations vulnérables. Le chapitre huit porte, quant à lui, sur les acteurs qui agissent à un niveau local, à l'interface

entre les acteurs de la politique de santé et les populations. Dans ce chapitre il s'agira d'identifier la structuration relationnelle des acteurs agissant dans la prise en charge des populations vulnérables et les enjeux territoriaux de cette structuration. Dans la continuité de ce questionnement, le chapitre neuf, propose de comprendre les stratégies de localisation d'acteurs intervenant en camion mobile. Plus particulièrement, il s'agira d'interroger de quelles manières les périmètres d'interventions des différents acteurs des politiques publiques investies dans le domaine de la santé (politique de santé, la politique de la ville) et ceux des acteurs qui agissent auprès des populations, interfèrent et aboutissent ou non à la construction de territoires plus ou moins en réponse aux besoins des populations. En ce sens, il s'agira d'interroger l'existence de formes de territorialisation des acteurs qui s'hybrident, plus ou moins, d'interventions conduites dans des périmètres établis des politiques publiques et des périmètres qui se conçoivent tout ou en dehors de ces derniers par les acteurs qui interviennent sur le territoire pour les populations vulnérables.

Enfin, les deux derniers chapitres visent à mettre en regard ces résultats avec les pratiques d'accès à des types de soins de santé des populations vulnérables. Le chapitre dix tente de rendre compte des multiples facettes de la vulnérabilité des personnes rencontrées au sein des quartiers spontanés. Dans cet échantillon, il s'agira de faire état de la situation économique, des conditions de vie des personnes interrogées et des logiques à l'œuvre dans les quartiers afin d'accéder aux ressources primaires (eau, électricité...). Le chapitre onze a pour objectif d'identifier les pratiques des populations, soit les lieux et les raisons du recours aux soins de santé des populations vulnérables en fonction de différents types de soins proposés - la question des renoncements sera évoquée - et de les « confronter » à la structuration des acteurs des soins de santé. Cette double analyse permettra de mettre en regard les pratiques d'accès aux soins de santé des populations avec les résultats portant sur la prise en charge des populations telle que décrite par les acteurs des soins de santé (chapitres 8 et 9).

Chapitre VII

La vision de la structuration des acteurs en charge des populations vulnérables par l'Agence Régionale de Santé de la Guyane

« La perception n'est pas le constat d'une réalité objective, elle est la négociation d'une présence au monde. »

D. De Kerckhove, Journal Libération, le 29 septembre 2001

Nouvel acteur défini dans la loi HPST de 2009, les ARS ont pour mission, de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions à l'échelon régional et infrarégional en tenant compte des spécificités de chaque région, concourant ainsi à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé²²⁶. Les ARS sont premièrement chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Deuxièmement elles sont chargées de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé afin de répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé [Légifrance, 2009, Article 118].

Pour réaliser ces missions, la direction générale de l'ARS Guyane s'appuie sur une équipe de direction de trois différents pôles : la direction de l'Offre de Soins (DOS), la Direction de l'Autonomie (DA), la Direction de la Santé Publique (DSP) (figure 52).

Les informations recueillies pour ces trois pôles à partir d'entretiens ciblent certaines thématiques. Au sein de la DOS, le sous pôle « offre de soins » a été interrogé parce qu'il contribue à organiser l'offre des établissements de santé : hôpitaux, cliniques, centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) mais également des professionnels de santé libéraux. Concernant le pôle de la DA, le sous pôle « organisation de l'offre et des parcours » a été mobilisé. Il contribue à l'organisation et au développement des établissements médico-sociaux. Enfin, le sous pôle « Prévention et Promotion de la Santé » de la DSP a été investigué parce

²²⁶ mais aussi aux principes de l'action sociale et médico-sociale et à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

qu'il vise à contribuer à l'organisation des acteurs qui s'inscrivent dans le domaine de la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive, le VIH/ Sida, et la vaccination.

A partir d'entretiens réalisés auprès des personnes qui étaient à ces postes directeur/trice de l'offre de soins par intérim, chargé.e de mission, médecin en santé publique, l'objectif de cette analyse est de rendre compte de la vision de l'ARS sur l'organisation des acteurs. Plus particulièrement, il s'agit de préciser, d'une part les manières dont ils « classifient » les acteurs, et d'autre part de saisir quelle est la connaissance des modalités des relations partenariales entre les acteurs des soins de santé relatés de l'ARS. Pour analyser ces entretiens, l'analyse de réseaux sera mobilisée et complétée par une analyse de textuelle (fréquence/nuage de mots/corrélation terminologique). Du point de vue de l'analyse de réseau, une « simple » mesure de centralité de degrés sera appliquée sur les sommets des acteurs qui composent le réseau relationnel identifié des chacun des pôles de l'ARS. Elle fait état de la « somme des relations dans laquelle un acteur est engagé » telle que perçue par les acteurs de l'ARS ayant fait l'objet d'un entretien, en ce sens elle peut aussi illustrer ou refléter une vision que porte chaque pôle de l'ARS sur la « capacité de chaque membre d'établir des relations avec les autres » [M.Mercanti-Guérin, 2010].

Toutefois, la difficulté d'analyse de ces matériaux issus d'entretiens réside dans la diversité des visions portées par les acteurs de ces pôles. En effet, chacun des acteurs des pôles établit une classification des acteurs et des liens sur différents critères qui leurs sont propres.

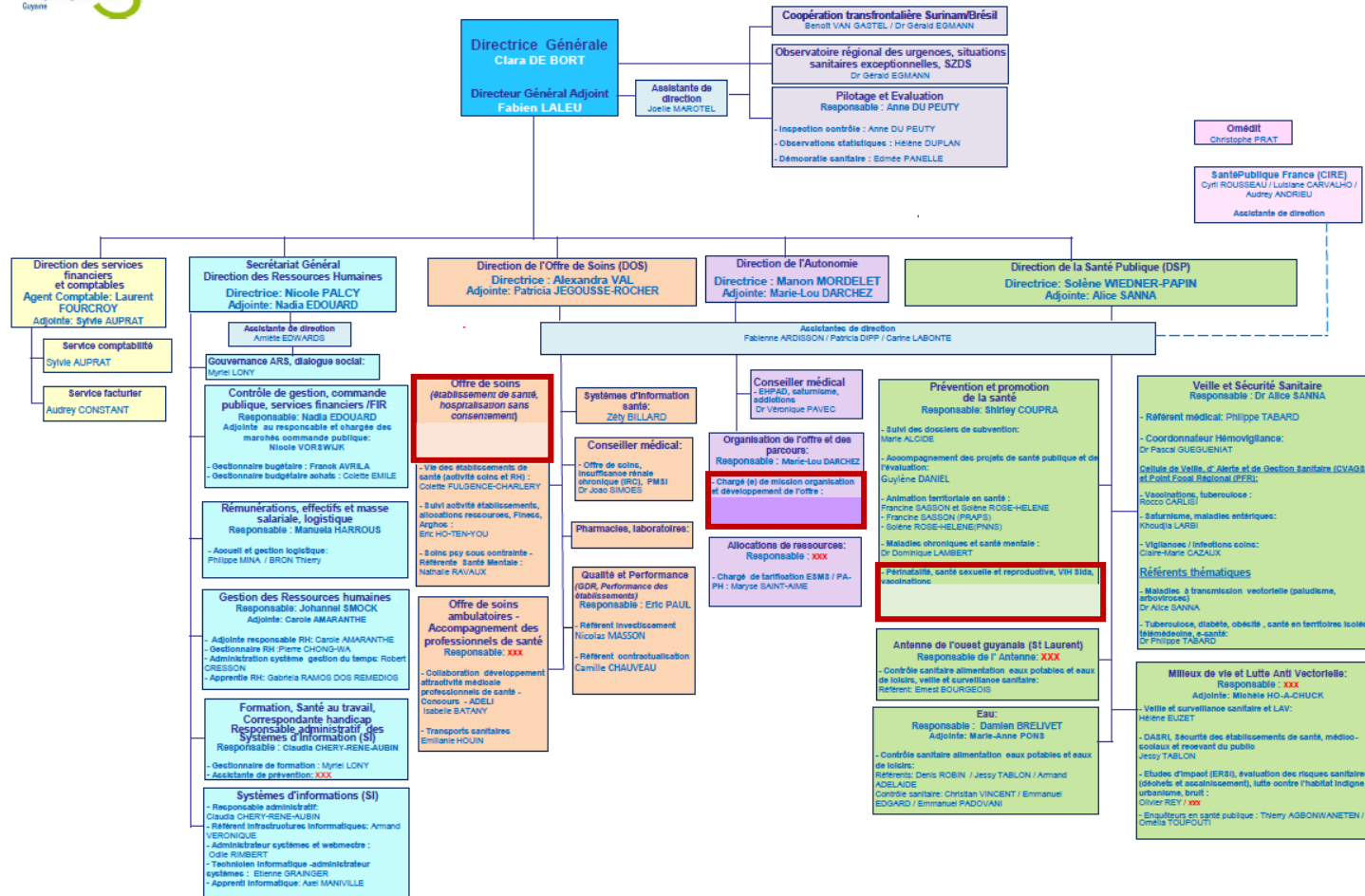
Néanmoins, afin de simplifier et clarifier l'information recueillie, de passer du singulier au général et de rendre les informations recueillies comparables entre les pôles ; les liens observés ont été classifiés selon cinq modalités : les liens financiers (remboursements des actes), les liens de coordination (organisation des acteurs), les liens de coopération (partage de tâches dans un projet) les liens de collaboration (contribution des respectives de chacun des acteurs dans un but vu en commun), les liens « fléchés » (prise en charge spécifiques de certains patients, qui illustrent finalement des amorces de parcours). Cette typologie fait écho aux types de liens qui ont été appréhendés à travers les entretiens conduits auprès des acteurs des soins de santé institutionnels et associatifs.

En complément, une analyse textuelle sera présentée pour chacun des pôles sous la forme d'un nuage de mots des plus aux moins fréquents et sera alliée à une analyse des corrélations entre les mots présents dans le nuage et les termes associés présents dans l'entretien. Cette analyse supplémentaire permet de préciser l'interprétation en précisant ce à quoi les mots présents dans le nuage sont associés.

Figure 52 : Organigramme d'ARS Guyane (janvier 2019) et acteurs interrogés



ORGANIGRAMME ARS GUYANE (au 1er janvier 2019)



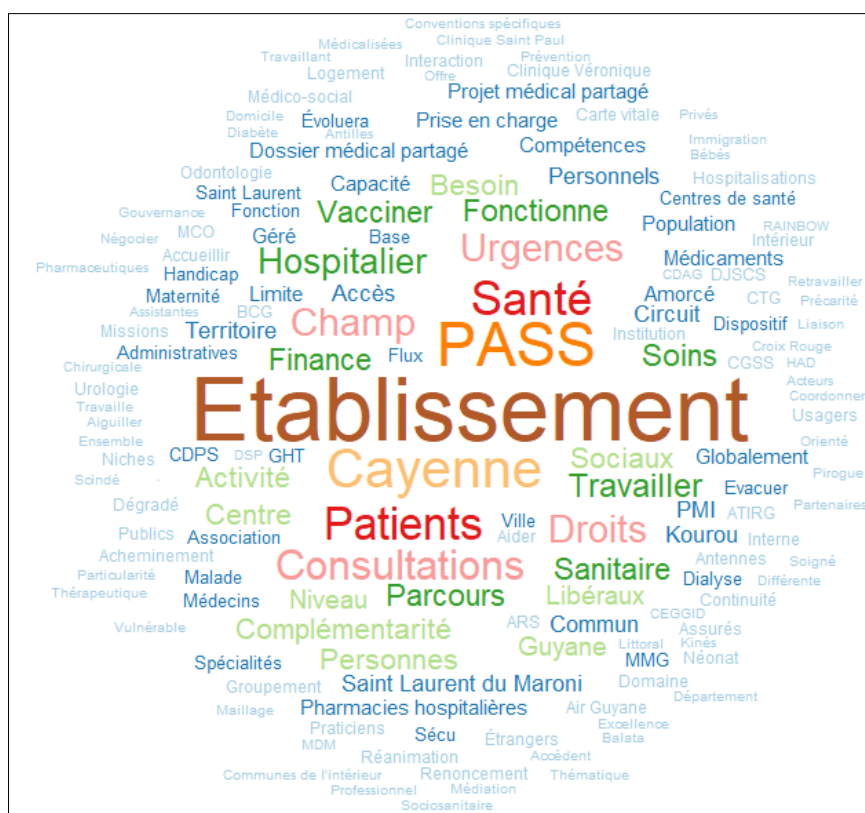
Note : le nom et prénom des personnes interrogées en 2019 étant au poste de ces missions ont été masqués, dans le strict respect de l'anonymat des enquêtés.

1 - Le pôle de la Direction de l'Offre de Soins (DOS) : une vision des acteurs organisée par type d'établissements et de statuts

Lors de l'entretien, lorsqu'il a fallu aborder les relations connues et structurées, soit la coordination, entre établissements et professionnels libéraux dans le cadre de parcours de soins de santé, la réponse a été la suivante : « *on n'est pas très avancés là-dessus* », ARS Guyane, Pôle DOS²²⁷. « *Même si la tendance est d'aller vers les parcours on y arrivera mais pour l'instant on a encore tout ce travail* ». La création des parcours est donc « *affichée* » dans le nouveau Projet Régional de Santé « *Donc l'objectif c'est de 2025* », ARS Pôle DOS.

Quoi qu'il en soit, la connaissance des relations entre les acteurs se situe à un niveau macroscopique : soit au niveau régional, voire inter-régional (Hôpitaux des Antilles). Le pôle de la Direction de l'Offre de Soins perçoit et connaît les acteurs sous le prisme de leurs statuts. Cette vision est essentiellement axée sur deux principaux types d'acteurs qui agissent dans le secteur sanitaire : les établissements de santé (publics et privés) et les professionnels de santé du secteur libéral. Les autres statuts des acteurs cités sortent du strict champ de l'offre de soins dans le domaine sanitaire. Il s'agit d'un établissement public administratif (Caisse Générale de la Sécurité Sociale) et d'acteurs associatifs.

Figure 53 : Nuage de mots issu de l'entretien de l'ARS Guyane, Pôle DOS



²²⁷ L'entrée pour ce poste de la personne interrogée avait été effectué en janvier 2019 (date de l'entretien : le 10/05/2019)

Le nuage de mots (figure 53) établi sur la base du discours de l'entretien (annexe 25) permet de définir cette vision de la DOS par statut d'acteurs. Ainsi, les mots qui ont une fréquence élevée (tableau 31) dans le discours de l'entretien, sont représentés au centre du nuage de mots avec des caractères plus grands. A l'inverse des mots de moindre fréquence situés en périphérie. Le mot « Etablissement » (figure 54, fréquence = 31) est central dans ce discours et est notamment corrélé positivement (0,59, tableau 31) au terme « Publics », cette association signifie que l'acteur au cours de cet entretien a notamment abordé « les établissements publics ». Ce constat permet d'affirmer d'une part la vision de cet acteur par « type d'établissements », et d'autre part que le « secteur public » a plus été évoqué et associé aux établissements ; contrairement aux mots faisant référence au secteur privés (« Clinique Véronique », fréquence = 2, « Clinique Saint Paul », fréquence = 1) et aux professionnels de santé du secteur libéral (« Médecins », fréquence = 3). Les PASS sont quant à elles associées aux termes « Accueillir, Médicalisées, Patients... » (figure 55). Il est possible de retrouver ici la mission même des PASS « accueillir inconditionnellement des patients et leur permettre d'accéder à des soins médicalisés ». Par ailleurs, les mots de moindre fréquence dans le nuage de mots sont également source d'informations qualitatives plus spécifiques. Par exemple le mot « Kourou » (fréquence = 5) est corrélé positivement au terme « urologie » (0,63), cette association de termes correspond au fait que le CMCK de Kourou est signalé dans le discours comme ayant un pôle d'excellence dans ce domaine.

Figure 54 : Mots les plus fréquents dans l'entretien mené auprès de l'Ars Guyane, Pôle DOS

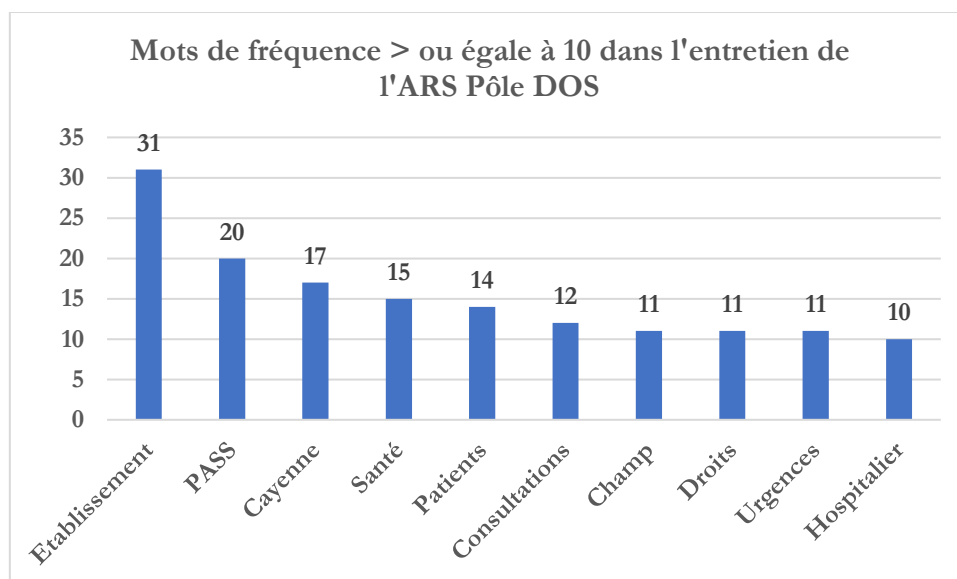


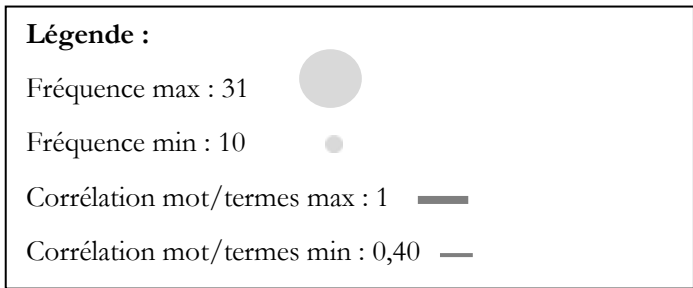
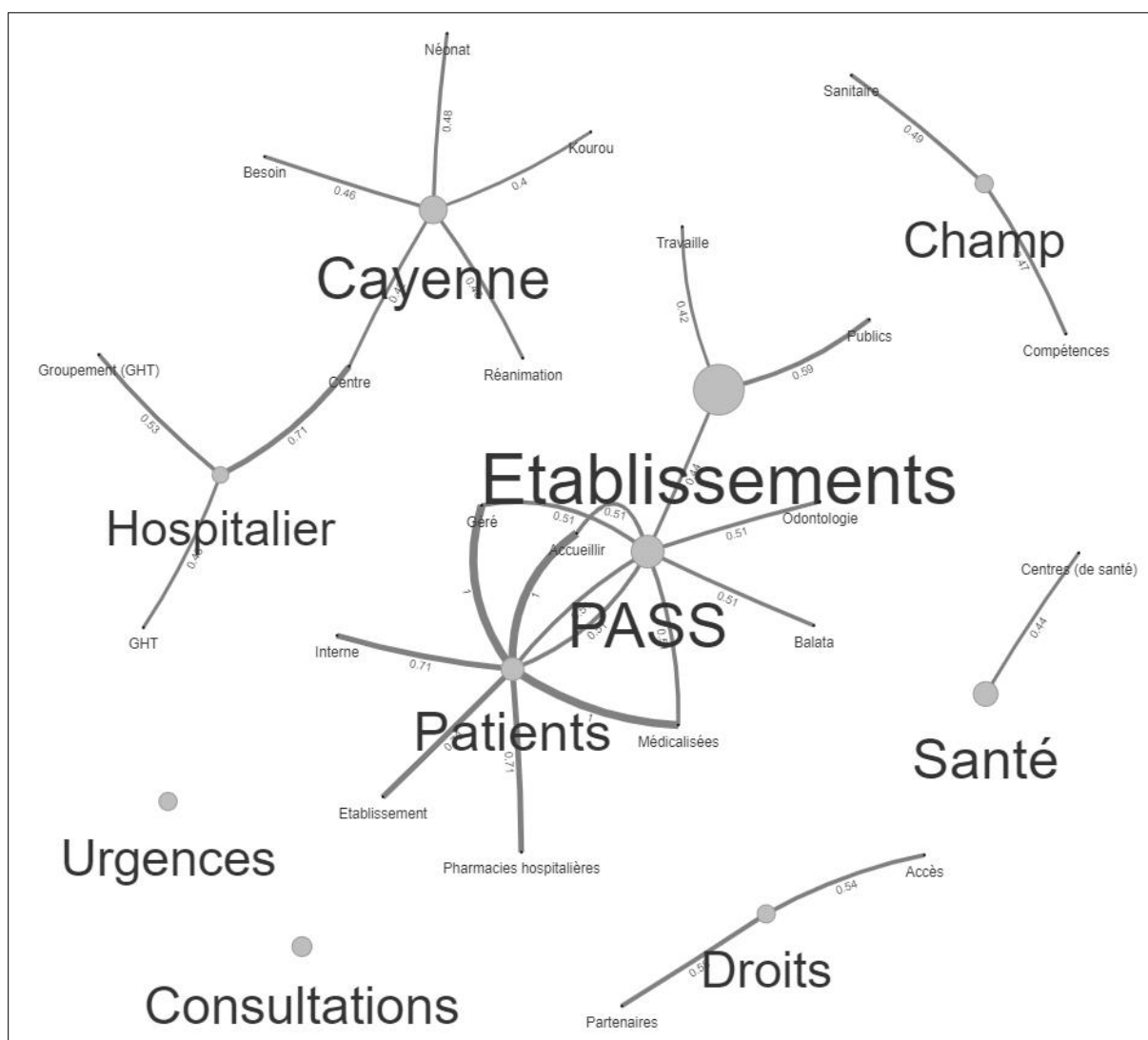
Tableau 31 : Corrélation des termes aux mots de fréquence supérieure ou égale à 10 de l'ARS Guyane, Pôle DOS

Mots	Termes associés	Valeur de la corrélation entre le mot et les termes associés (comprise entre 0 et 1 et seuil fixé à 0,40)
Etablissements	Publics	0.59
	Travaille	0,42
PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé)	Accueillir	0.51
	Géré	0.51
	Médicalisées	0.51
	Patients	0.51
	Balata	0.51
	Odontologie	0.51
	Etablissements	0.44
Cayenne	Néonatal	0.48
	Besoin	0.46
	Réanimation	0.46
	Centre	0.42
	Kourou	0.40
Santé	Centres (de santé)	0.44
Patients	Accueillir	1.00
	Géré	1.00
	Médicalisées	1.00
	Etablissement	0.73
	Interne	0.71
	Pharmacies hospitalières	0.71
	PASS	0.51
Consultations	/	/
Champ	Sanitaire	0.49
	Compétences	0.47
Droits	Partenaires	0.58
	Accès	0.54
Urgences	/	/
Hospitalier	Centre	0.71
	Groupement (GHT)	0.53
	GHT	0.43

Note : Le seuil de corrélation a été fixé à 0,40 ; même si du point de vue de sa représentativité statistique ce seuil est discutable.

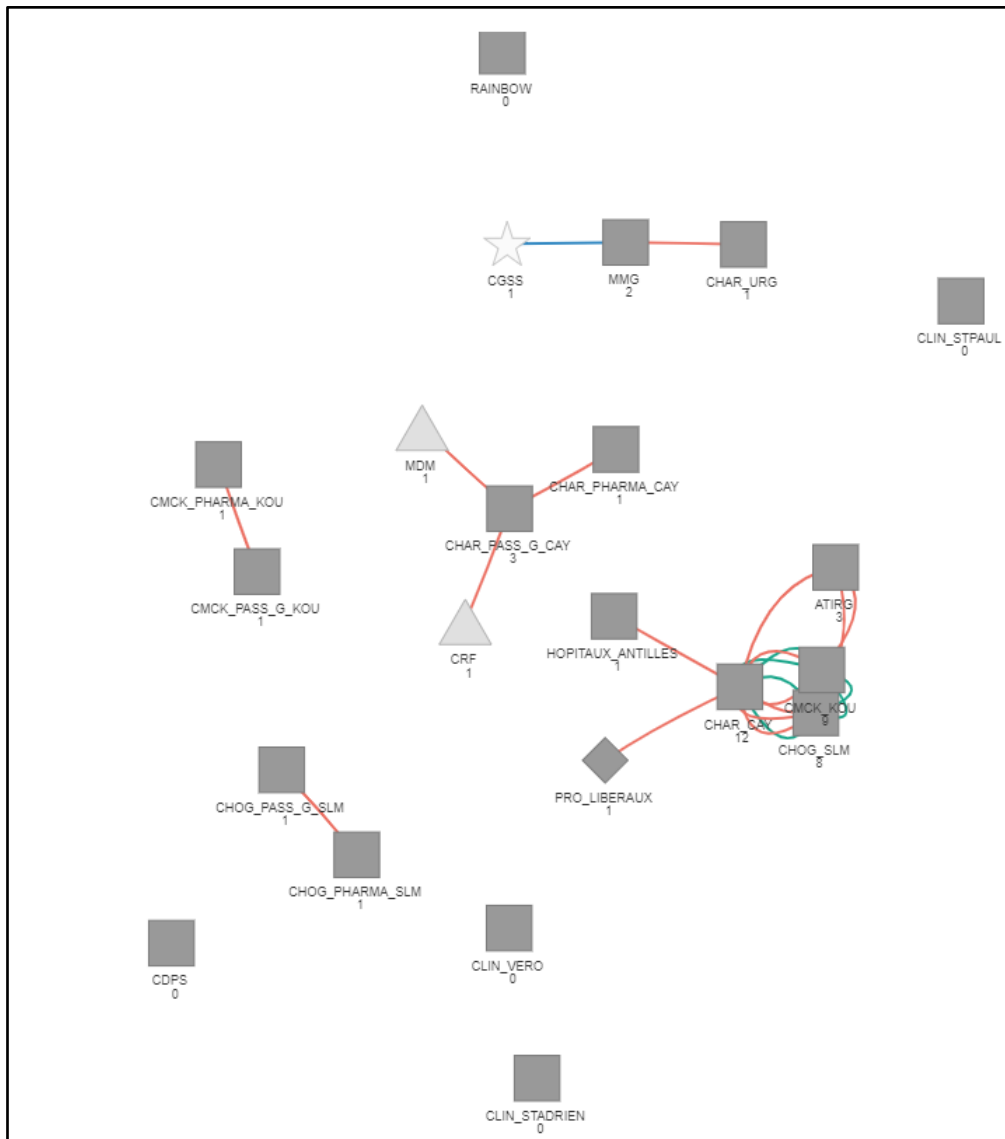
Néanmoins fixer un seuil à 0,70, conduisait à perdre trop d'informations.

Figure 55 : Réseau de mots les plus fréquents et leurs corrélations aux termes associés, ARS Guyane, Pôle DOS



Afin de mieux saisir la vision de la structuration des acteurs, le graphe qui résulte de l'entretien (figure 56) est constitué de 22 acteurs : ceux ayant le plus grand nombre de relations sont les trois grands centres hospitaliers de la Guyane : le CH de Cayenne (tableau 32, degrés= 12), le Centre Médico Chirurgical de Kourou (9) et le CH de l'Ouest Guyanais (8) sans compter leurs services de PASS et de pharmacie. Les trois acteurs hospitaliers de la Guyane avec lesquels la DOS a des missions d'organisation de l'offre de soins (tableau 32) ont le plus de relations.

Figure 56 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DOS



Statuts

- Etablissements sanitaires (publics et privés)
- Professionnels de santé libéraux
- Etablissement public administratif
- Associatifs

Domaines d'activités

- Sanitaire
- Prévention/Soins/Promotion de la Santé
- Accès aux droits à la santé

Types de liens

- Financiers
- Coopérations
- Collaborations

Détail des liens relatés par la DOS par catégories de liens	
	Convention de remboursement
	GHT – Groupement Hospitalier de Territoire
	Orientation des patients public précaire / tout public
	Transfert des patients pour soins

Tableau 32 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DOS

Acteurs Acronymes	Degrés (entrants et sortants)
Centre Hospitalier de Cayenne CHAR_CAY	12,00
Centre Médico Chirurgical de Kourou CMCK_KOU	9,00
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais CHOG_SLM	8,00
Association Traitement Insuffisance Rénale en Guyane - auto-dialyse ATIRG	3,00
Centre Hospitalier de Cayenne – Permanence Générale d'Accès aux Soins de Santé - Cayenne CHAR_PASS_G_CAY	3,00
Maison Médicale de Garde – Cayenne MMG	2,00
Caisse Générale de Sécurité Sociale CGSS	1,00
Croix Rouge Française CRF	1,00
Médecins du Monde MDM	1,00
Centre Hospitalier de Cayenne – Pharmacie CHAR_PHARMA_CAY	1,00
Centre Hospitalier de Cayenne – Urgences CHAR_URG	1,00
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais – Permanence Générale d'Accès aux Soins de Santé – Saint Laurent du Maroni CHOG_PASS_G_SLM	1,00
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais – Pharmacie– Saint Laurent du Maroni CHOG_PHARMA_SLM	1,00
Centre Médico Chirurgical de Kourou - Permanence Générale d'Accès aux Soins de Santé CMCK_PASS_G_KOU	1,00
Centre Médico Chirurgical de Kourou – Pharmacie CMCK_PHARMA_KOU	1,00
Hôpitaux des Antilles (Guadeloupe, Martinique) HOPITAUX_ANTILLES	1,00
Professionnels de santé Libéraux PRO_LIBERAUX	1,00
<i>NB : les acteurs avec des degrés égaux à 0 ne sont pas représentés dans le tableau</i>	

Concernant ces relations, trois modalités sont observées (figure 56) : financiers, de coopération et de collaboration. Les liens de coopération (et de coordination territoriale) observés portent sur le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) qui associe les trois principaux établissements hospitaliers de la Guyane : le CH de Cayenne, le Centre médico-Chirurgical de Kourou et le CH de l'Ouest Guyanais.

La relation financière concerne une convention de remboursement entre deux établissements : la Maison Médicale de Garde (MMG) et la Caisse Générale de la Sécurité Sociale (CGSS). Des relations de nature

collaborative sont aussi définies telles que : l'orientation de patients en interne ou en externe entre établissements dans le cadre de leur prise en charge. Par exemple : entre les services de la PASS des hôpitaux et les pharmacies hospitalières ; ou entre la PASS du CH de Cayenne et des acteurs associatifs. Toutefois sur cette dernière relation, l'acteur interrogé précise qu'il n'est « *pas sûr que... ça interagisse beaucoup.* », ARS Guyane, Pôle DOS. D'autres types de liens portent sur l'orientation ou le transfert de patients avec des profils spécifiques entre établissements hospitaliers dans le cadre de soins qui peuvent être réalisés à l'extérieur de l'hôpital : entre un « *centre lourd* » tel que le CH de Cayenne et l'Association Traitement Insuffisance Rénale en Guyane (ATIRG) pour des patients en auto-dialyse. D'autres orientations de patients sont liées aux spécialités et/ou au manque de capacité d'accueil des établissements hospitaliers qui peuvent alors se compléter : entre le CH de Cayenne vers le Centre Médico Chirurgical de Kourou (CMCK) pour des soins en urologie (« *Parce qu'ils ont toujours eu un pôle d'excellence sur ce domaine d'activité là.* », ARS, Pôle DOS), ou entre les hôpitaux de Kourou et de Saint Laurent du Maroni vers le CH de Cayenne pour des soins de réanimation ou en néonatalité. Enfin un dernier type de coopération concerne les transferts de patients pour des soins à l'extérieur de la Guyane : vers les hôpitaux de Martinique et de Guadeloupe lorsque la prise en charge ne peut être assurée au CH de Cayenne²²⁸.

En somme, la vision de la Direction de l'Offre de Soins, témoigne d'une vision hospitalo-centrée notamment sur les établissements hospitaliers publics de Cayenne, de Kourou et de Saint Laurent du Maroni. Les établissements privés et les médecins libéraux ne sont que peu présents dans le discours. Seul un lien relationnel a été repéré pour les libéraux avec le CH de Cayenne dans le cadre de collaborations relatives à la prise en charge des patients en situation précaire. La structuration des acteurs rendue visible par le graphe concerne notamment les liens de collaboration relevés entre des acteurs pour la prise en charge des personnes ; de coopération dans le cadre du GHT, un seul lien financier a été relaté entre la CGSS et la MMG.

2 - Le pôle de la Direction de l'Autonomie (DA) : une vision des acteurs organisée par « groupes » de populations

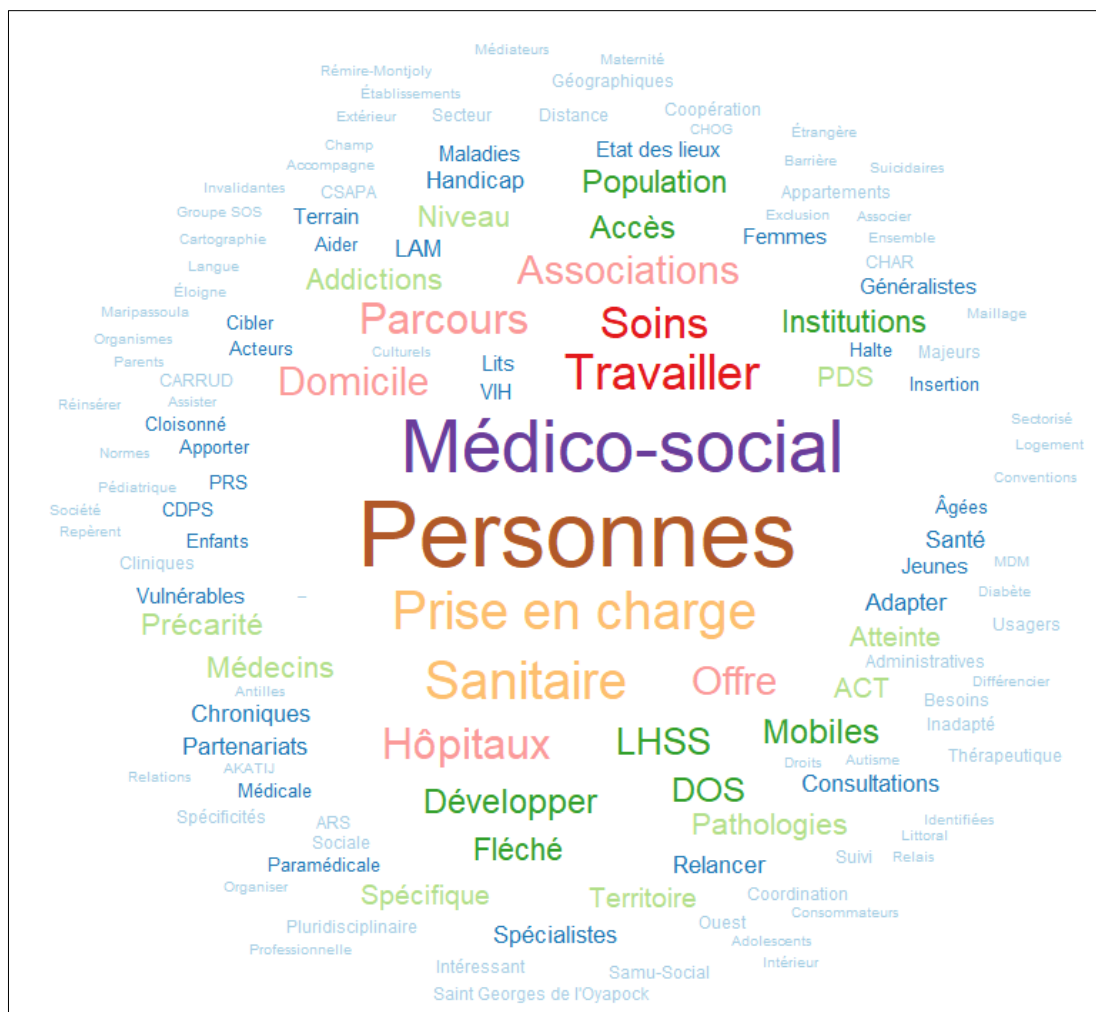
Comme précédemment, il s'agissait d'interroger le pôle de la Direction de l'Autonomie (DA)²²⁹ sur la coordination des acteurs et notamment sur les parcours de santé. Au moment du recueil des données ces parcours n'étaient pas encore aboutis : « *on est en train de développer, on n'est pas encore dans une logique de parcours. On n'a pas de... on n'a pas de... comment dire simplement... on n'a pas de... hum... on n'a pas vraiment de réseaux* », ARS Guyane, Pôle DA. Dans ce contexte, il s'est alors agi de questionner quelles étaient les relations connues et structurées de l'ARS, entre les acteurs.

²²⁸ EVASAN : évacuation sanitaire

²²⁹ L'entrée en poste de la personne interrogée avait été effectué en octobre 2017 (date de l'entretien, le 01/04/2019)

La particularité de ce pôle semble être d'appréhender l'organisation des acteurs à partir de « groupes de populations » qui nécessitent des soins médico-sociaux : hébergement, suivi des soins moyenne à longue durée en établissement spécifique ou à domicile. Trois groupes de populations sont définis²³⁰ : les Personnes à Difficultés Spécifiques dites « PDS » soit « *des personnes en situation de précarité ou sans domicile ou en domicile pas forcément adapté (...) les personnes atteintes de maladies chroniques* », ARS Guyane, Pôle DA ; les personnes souffrant d'un handicap et les personnes âgées. Chaque acteur agissant pour les PDS est ensuite caractérisé par un domaine d'activité : les addictions, les maladies chroniques et la précarité.

Figure 57 : Nuage de mots issu de l'entretien de l'ARS Guyane, Pôle DA



Le mot « Personnes » (fréquence = 31, figure 58) est central dans le nuage de mot établi (figure 57) sur le discours (annexe 26) et est notamment corrélé positivement (0,59, tableau 33) aux termes « Handicap » (0,53), « Agées » (0,52), « Spécifiques » (0,44), ces associations signifient que l'acteur au cours de cet entretien a bien une vision sur « les personnes » sous leurs spécificités. L'accent dans le discours est notamment mis sur la « prise en charge » globale des personnes (figure 57). En effet, « la prise en charge des personnes » est

²³⁰ Ce travail se concentre uniquement sur l'organisation des acteurs pour la prise en charge des PDS, incluses dans cette étude.

associée aux termes « Médical, Paramédical, Aider, Réinsérer, Société » qui outrepassent le soin curatif, tout comme le mot « travailler » fortement associé aux mots « culturels et médiateurs » (0,60, tableau 33). Par ailleurs le mot « soins » est quant à lui corrélé fortement aux termes « Généralistes, Spécialistes, Vulnérables » (0,66) qui témoigne de la nécessité de faire intervenir tant des acteurs de premier et de second recours dans les soins effectués auprès des populations vulnérables. Enfin et à titre d'exemple, un mot de faible fréquence « Partenariats » (fréquence = 5) est source d'information inexistante sur le graphe suivant puisqu'il est corrélé au terme « Antilles », en effet dans l'entretien est signalé des partenariats avec les Antilles dans le cadre de la prise en charge de personnes ne pouvant l'être en Guyane.

Figure 58 : Mots les plus fréquents dans l'entretien mené auprès de l'ARS Guyane, Pôle DA

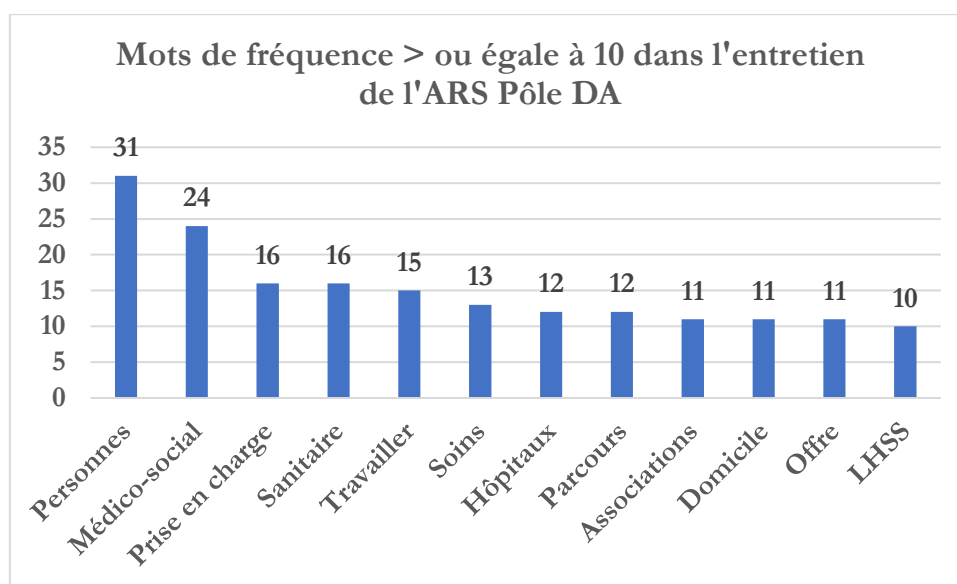
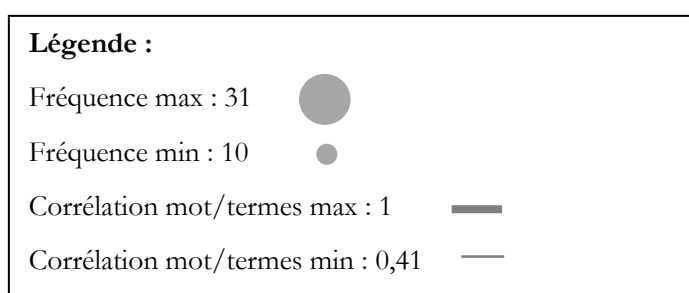
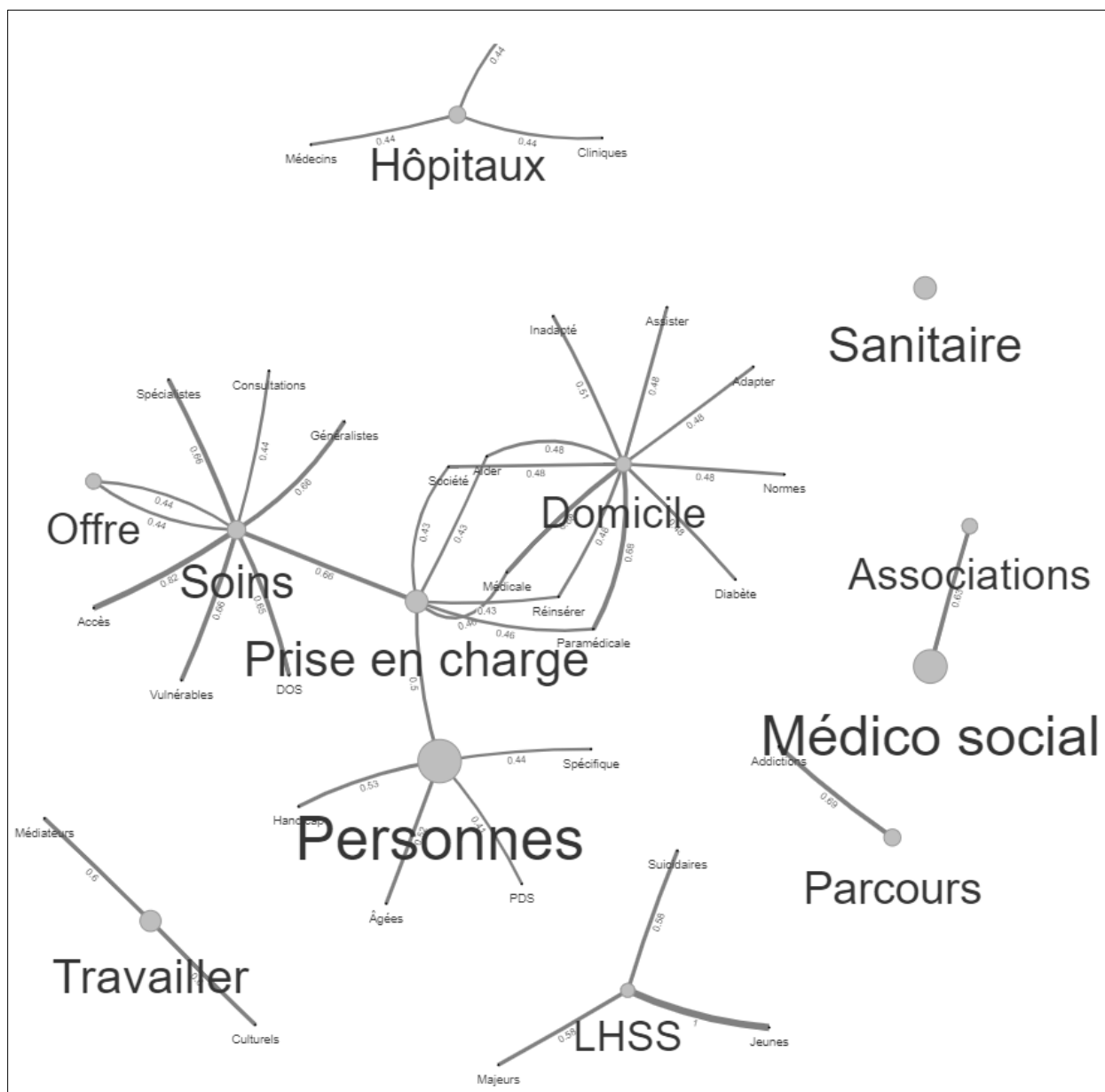


Tableau 33 : Corrélation des termes aux mots de fréquence supérieure ou égale à 10 de l'ARS Guyane, Pôle DA

Mots	Termes associés	Valeur de la corrélation entre le mot et les termes associés (comprise entre 0 et 1 et seuil fixé à 0,40)
Personnes	Handicap	0.53
	Âgées	0.52
	Spécifique	0.44
	PDS	0.41
Médico-social	/	/
Prise en charge	Personnes	0.50
	Médicale	0.46
	Paramédicale	0.46
	Aider	0.43
	Réinsérer	0.43
	Société	0.43
Sanitaire	/	/

Travailler	Culturels	0.60
	Médiateurs	0.60
Soins	Accès	0.82
	Prise en charge	0.66
	Généralistes	0.66
	Spécialistes	0.66
	Vulnérables	0.66
	DOS	0.65
	Offre	0.44
	Consultations	0.44
Hôpitaux	Médecins	0.44
	Cliniques	0.44
	Suivi	0.44
Parcours	Addictions	0.69
Associations	Médico-social	0.63
Domicile	Médicale	0.68
	Paramédicale	0.68
	Inadapté	0.51
	Adapter	0.48
	Diabète	0.48
	Aider	0.48
	Réinsérer	0.48
	Société	0.48
	Assister	0.48
	Normes	0.48
Offre	Soins	0.44
LHSS	Majeurs	0.58
	Suicidaires	0.58
	Jeunes	1

Figure 59 : Réseau de mots les plus fréquents et leurs corrélations aux termes associés, ARS Guyane, Pôle DA



Dans ce graphe (figure 60) composé de 13 acteurs, ceux qui comptabilisent le plus de relations sont les associations de Guyane qui ne sont cependant pas précisées de manière nominative (tableau 34, degrés = 3), ainsi que le CH de Cayenne (différents services non précisés, degrés = 2). Pour les Personnes avec des

Difficultés Spécifiques (PDS), il est possible de distinguer « des fléchages » entre acteurs afin d'orienter des prises en charges de certains besoins. Ces fléchages sont de trois types : *Précarité et maladie* ; *Précarité et addictologie* ; *Précarité et maladies chroniques*. Certains de ces « fléchages » sont visibles sur le graphe, tandis que d'autres ont été évoqués sans que l'interrogé définisse le nom des acteurs en lien.

Figure 60 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DA

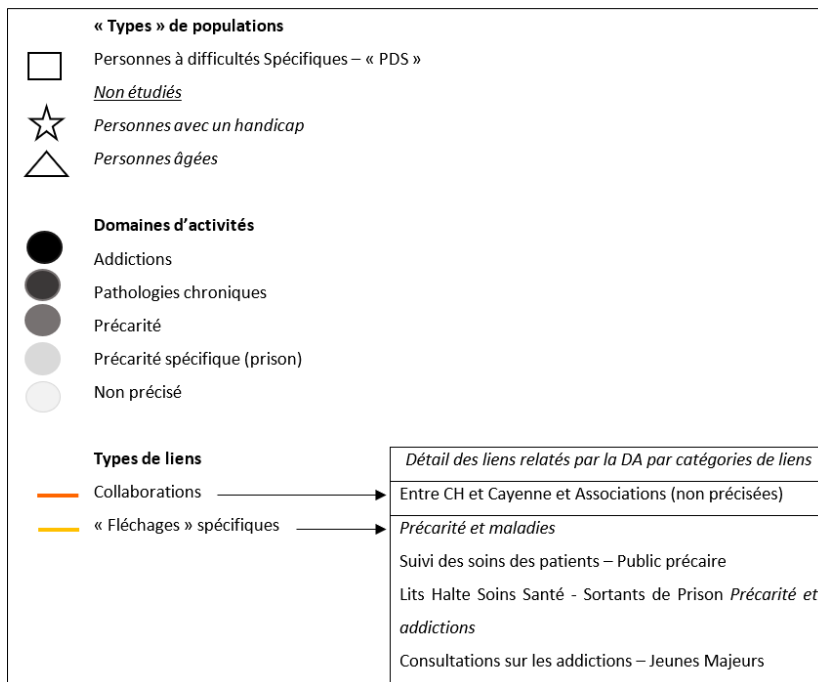
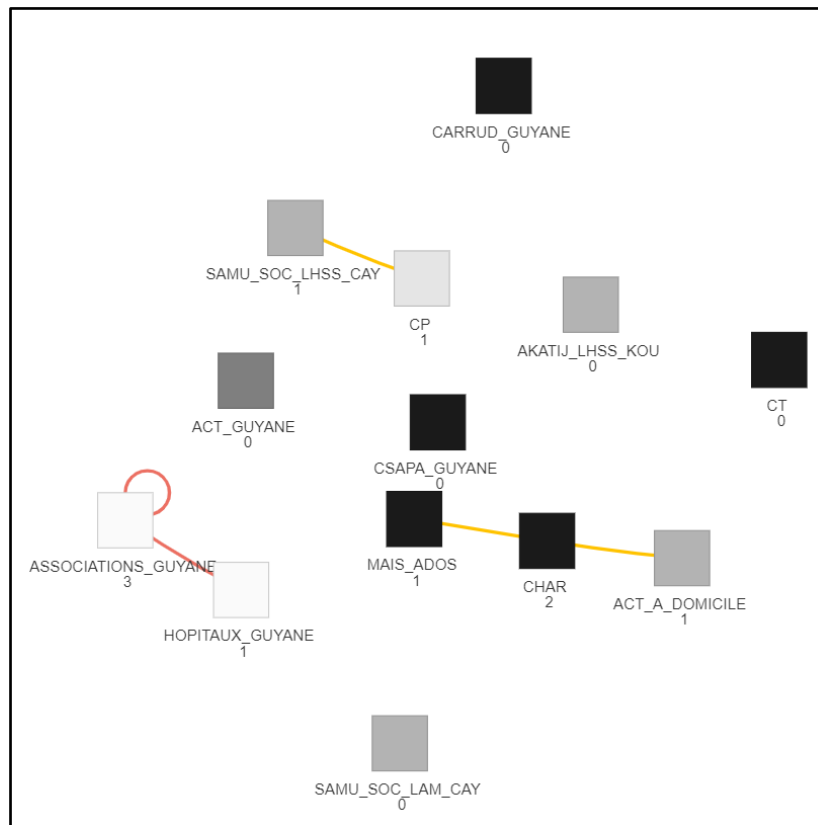


Tableau 34 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DA

Acteurs Acronymes	Degrés (entrants et sortants)
Associations de Guyane (Non Précisées) ASSOCIATIONS_GUYANE	3
CH De Cayenne CHAR	2
Samu Social Lits Halte Soins Sante SAMU_SOC_LHSS_CAY	1
Maison Des Adolescents - Cayenne MAIS_ADOS	1
Centre Pénitencier CP	1
Hôpitaux De Guyane (Non Précisés) HOPITAUX_GUYANE	1
Appartements de Coordination Thérapeutique – à domicile ACT_A_DOMICILE	1
NB : les acteurs avec des degrés égaux à 0 ne sont pas représentés dans le tableau	

Ainsi, deux catégories de « fléchages » ont pu être représentées sur le graphe.

Le premier « fléchage » concerne la catégorie *Précarité et maladies* : un lien unit le CH de Cayenne aux services des ACT de Guyane à domicile dans le cadre d'« une prise en charge adaptée à domicile » pour des personnes en situation de précarité. Un lien existe aussi entre le Centre Pénitencier de Rémire-Montjoly et les Lits Halte Soins Santé (LHSS) du Samu Social pour les sortants de prison qui ont besoin de suivre des soins. Le second fléchage représenté porte sur la *Précarité et addictions*. Un lien uni le CH de Cayenne et la Maison des adolescents dans le cadre de consultations sur les addictions pour les jeunes majeurs.

Des éléments ont été mentionnés par l'acteur et en tant que fléchages mais ils ne peuvent être visualisés sur le graphe dans la mesure où les acteurs en lien n'étaient pas précisés. Il s'agit par exemple d'autres fléchages *Précarité et maladies* existent aussi - même s'ils ne sont pas visibles sur le graphe – vers les LHSS pour les jeunes majeurs en difficulté (suicidaires) ; et un fléchage vers les Lits d'Aide Médicalisées (LAM) pour « des personnes sans, ou avec un domicile inadapté »²³¹. Finalement, « on n'est pas encore vraiment dans une logique de parcours. On n'a pas de... on n'a pas de...comment dire simplement... on n'a pas de... hum... on n'a pas vraiment de réseaux. (...) On va dire que, c'est la démarche est, la démarche est enclenchée mais on ne peut pas dire que c'est encore bien ficelé. », ARS Guyane, Pôle DA. Bien que non présents sur le graphe, le tableau des corrélations entre le mot « LHSS » et les termes « Majeurs, Suicidaires, Jeunes » confortent l'identification de ces fléchages.

En dehors du graphe il existe un fléchage s'inscrivant dans *Précarité et addictions* pour la prise en charge des personnes atteintes d'addictions vers les Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en

²³¹ « Les LHSS contrairement aux LAM sont des (personnes ayant des) maladies chroniques qui sont moins invalidantes », ARS Pôle DA

addictologie (CSAPA à Cayenne et à SLM) et les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD à Cayenne, Kourou et SLM) ; mais aussi un parcours spécifique pour la prise en charge des femmes (et leurs enfants) souffrant d'addictions vers les Communautés Thérapeutiques (CT à Roura et SLM). Ces « fléchages » ne figurent pas sur le graphe dans la mesure où l'acteur qui oriente ces « fléchages » n'a pas été mentionné. Néanmoins, « *le parcours addicto dans le parcours PDS (...) on n'est pas encore, on est en train de développer on n'est pas encore dans une logique de parcours. (...) L'idée c'est de vraiment créer des personnes identifiées. A la sortie par exemple de l'hôpital, ou même chez un médecin qu'ils sachent vers qui, ben vers qui diriger ces personnes* », ARS Guyane, Pôle DA. Cette amorce de parcours semble renforcée par la corrélation entre le mot « parcours » et le terme « addictions » (tableau 33).

Le troisième fléchage portant sur la catégorie *Précarité et maladies chroniques* n'a pas pu être représenté sur le graphe en l'absence d'informations précises. Notamment pour le VIH : il existe des « fléchages » vers les ACT de Guyane (non précisés mais un existant à Rémire-Montjoly et deux existants à SLM) pour la prise en charge des PDS en situation de précarité et Vivant avec le VIH (PvVIH)²³². Concernant d'autres maladies chroniques les parcours « *Non. Ce n'est pas encore défini. (...) Mais on travaille dessus et normalement on devrait en sortir un d'ici 2019 – 2020* », ARS Guyane, Pôle DA.

Enfin, des liens de collaboration ont été signalés entre les acteurs, bien qu'ils n'aient pas été tous précisés : « *les acteurs quand même, associatifs, travaillent quand même entre eux* » ARS Guyane, Pôle DA. La collaboration entre le CH de Cayenne et les associations a été présentée. Ils « *essaient de faire aussi de faire le maximum pour travailler avec les hôpitaux, c'est, ce n'est pas facile tout le temps (...) quand même à, il y a des conventions de partenariats entre les associations et les hôpitaux.* » ARS Guyane, Pôle DA.

En somme, la Direction de l'Autonomie établit sa vision selon différents « groupes de populations » qui rencontrent des difficultés. Les Personnes à Difficulté Spécifiques (PDS) abordées dans le discours se ramifient en fonction de difficultés liées à la précarité, aux addictions, et aux maladies chroniques. Ce pôle notamment investi auprès des établissements médico-sociaux fait état d'une vision plus transversale des relations établies entre les acteurs. En effet, les corrélations entre les mots témoignent d'une prise en charge des populations partagée d'une part entre les acteurs de premier recours (médecins généralistes) et de second recours (spécialistes), et d'autre part d'une prise en charge plus globale des individus dans des dimensions des curatives (soins), paramédicales (à domicile, en centre d'hébergements et de soins), et dans une dimension culturelle et d'accompagnement social (médiateurs). Contrairement aux autres graphes des différentes directions des liens de « fléchage » spécifiques sont signalés entre des acteurs, même s'ils n'ont pas pu être tous tracés.

²³² L'acteur qui les oriente n'a pas été cité, d'où la présence de « ACT de Guyane » dans le réseau et un degré égal à 0.

3 - Le pôle de la Direction de la Santé Publique (DSP) : une vision des acteurs organisée par thématiques liées à des types de soins de santé

Le pôle de la Direction Santé Publique²³³ a pour particularité d'organiser sa vision selon des thématiques se rapportant aux besoins de soins des populations. Comme les autres pôles : le « *concept parcours de soins, parcours de santé. Il n'y a absolument rien qui est décrit à l'ARS. (...) C'est un petit peu ce que l'ARS essaie de faire évoluer.* », ARS Guyane, Pole DSP. Dans ce contexte, il a fallu questionner quelles étaient les relations connues et structurées de l'ARS entre les acteurs.

Cette vision comprend trois axes principaux : la Périnatalité, la santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et la Vaccination. Les acteurs propres aux axes sont ensuite organisés dans trois types de liens : les acteurs dits « redevables » : « *A la fois vis-à-vis des autorités euh, du gouvernement et à la fois vis-à-vis de la population* » ARS Guyane, Pôle DOS, soit ceux qui doivent justifier de leurs actions auprès de l'Etat et d'autres acteurs responsables ; ceux « cordonnant » (les soins ou les acteurs) ; et ceux « agissant auprès des populations pour les soins ». Etant donné que les acteurs sont nombreux et le discours de l'entretien plus riche sur les différents axes de travail, afin de rester près de la structuration globale des acteurs relatés par l'ARS, le réseau relationnel sera organisé en fonction de ces trois axes.

²³³ L'entrée en poste de la personne interrogée avait été effectué en octobre 2018 (date de m'entretien, le 17/04/2019)

les plus fréquents et les termes de l'entretien (figure 63). Un lien de corrélation est établi entre la logique de « coordination » et sa dimension « territoriale » (0,46, tableau 35). Le « terrain » est associé aux « acteurs » (0,48). Et la logique d'organisation des acteurs exposée en trois « niveaux » relatés est associée à « reconstruire » (0,71).

Figure 62 : Mots les plus fréquents dans l'entretien mené auprès de l'ARS Guyane, Pôle DSP²³⁴

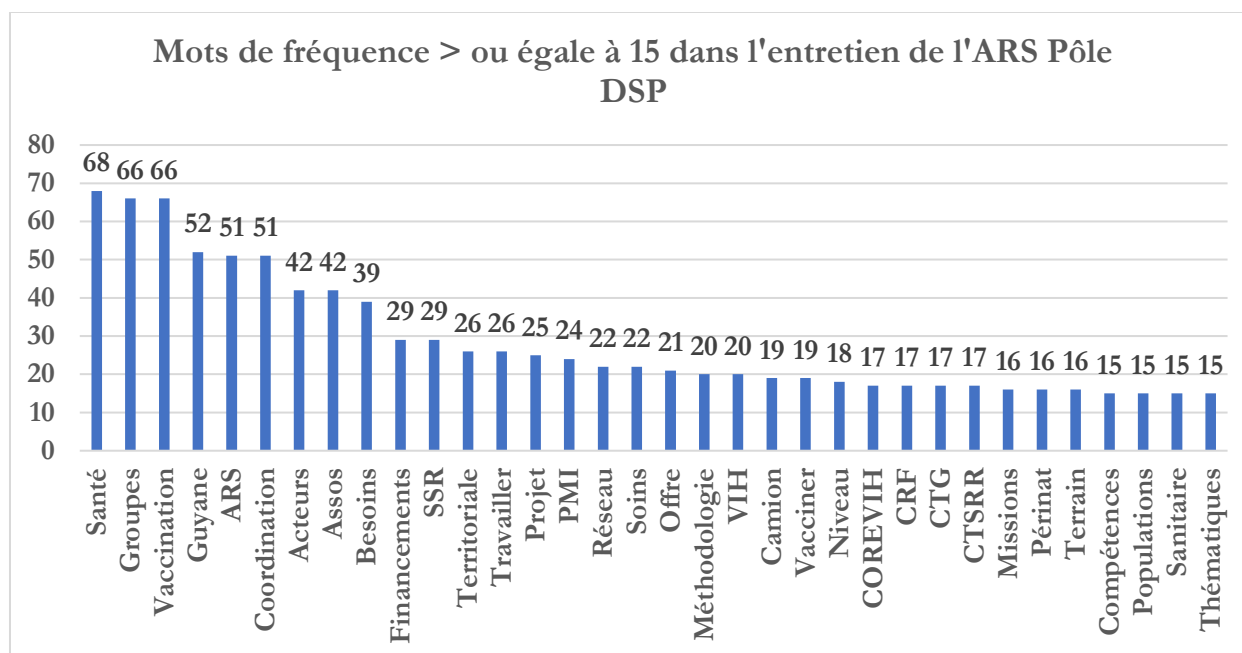


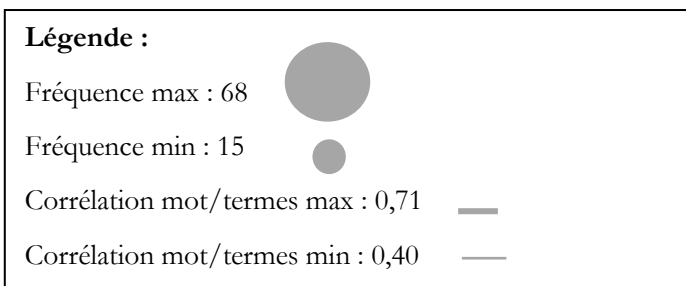
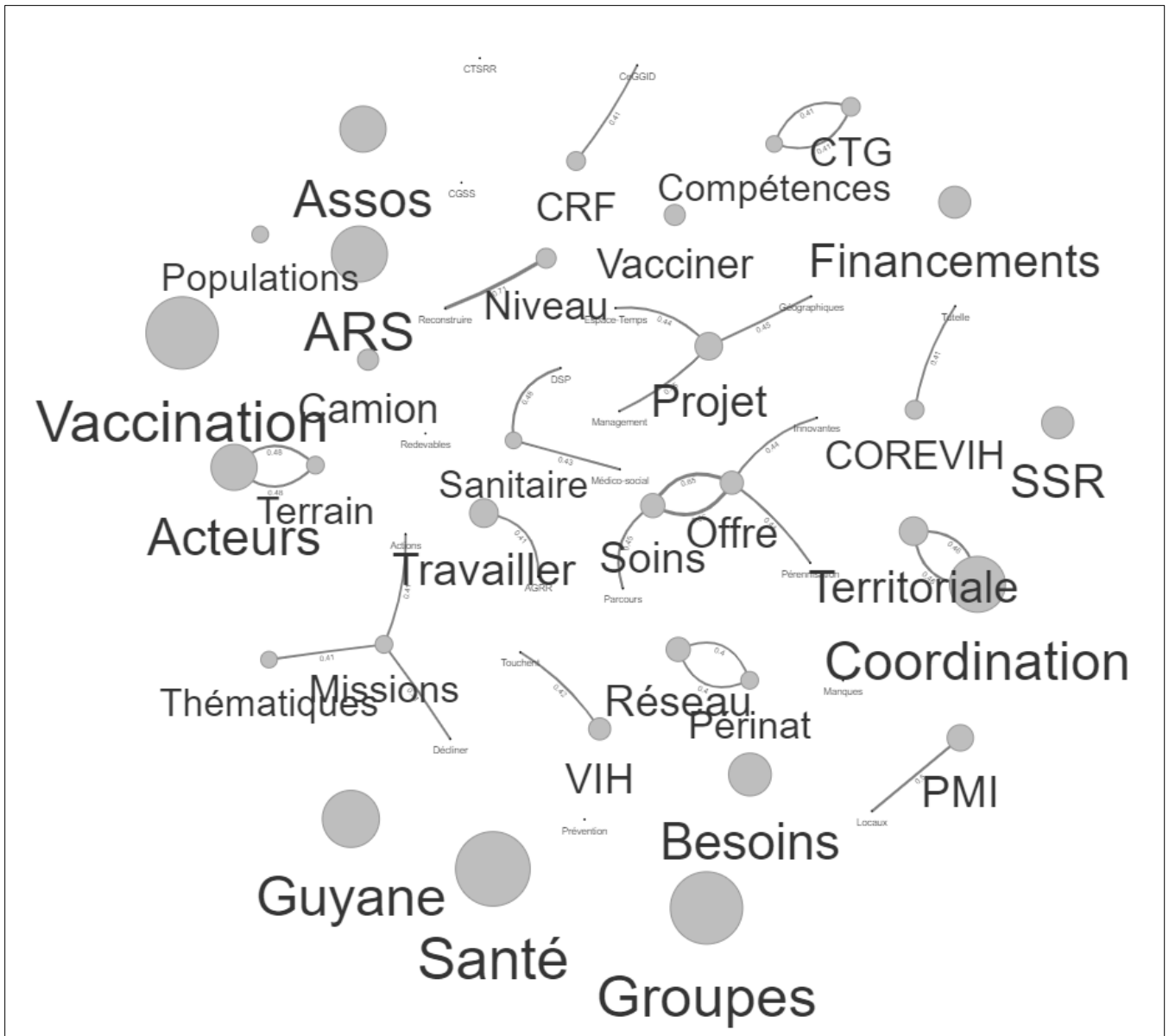
Tableau 35 : Corrélation des termes aux mots de fréquence supérieure ou égale à 15 du Pôle DSP

Mots	Termes associés	Valeur de la corrélation entre le mot et les termes associés (comprise entre 0 et 1 et seuil fixé à 0,40)
Santé	/	/
Groupes	/	/
Vaccination	/	/
Guyane	/	/
ARS	/	/
Coordination	Territoriale	0.46
Acteurs	Terrain	0.48
Assos	/	/
Besoins	/	/
Financements	/	/
SSR	/	/
Territoriale	Coordination	0.46

²³⁴ Cette figure présente la fréquence des mots supérieure ou égale à 15, contrairement à 10 pour les autres pôles. Dans la mesure où l'entretien était plus long les fréquences des mots étaient plus élevées, représenter les fréquences égales ou supérieures à partir de 10 conduisait à perdre en lisibilité et en sens.

Travailler	AGRRR	0.41
Projet	Géographiques	0.45
	Management	0.45
	Espace-Temps	0.44
PMI	Locaux	0.50
Réseau	Périnat	0.40
Soins	Offre	0.65
	Parcours	0.45
Offre	Soins	0.65
	Innovantes	0.44
	Pérennisation	0.44
VIH	Touchent	0.42
Camion	/	/
Vacciner	/	/
Niveau	Reconstruire	0.71
COREVIH	Tutelle	0.41
CRF	CeGGID	0.41
CTG	Compétences	0.41
Missions	Actions	0.41
	Thématiques	0.41
	Décliner	0.41
Périnat	Réseau	0.40
Terrain	Acteurs	0.48
Compétences	CTG	0.41
Populations	/	/
Sanitaire	DSP	0.48
	Médico-social	0.43
Thématiques	/	/

Figure 63 : Réseau de mots les plus fréquents et leurs corrélations aux termes associés, ARS Guyane, Pôle DSP



3.1 Thématique Périnatalité

Le réseau relationnel (figure 64) concernant la thématique de la périnatalité comprend 21 acteurs, et tous ont au moins un lien (n=20) établi entre eux. Les acteurs de « *premier niveau* » et dits « *redevables* » « *A la fois vis-à-vis des autorités euh, du gouvernement et à la fois vis-à-vis de la population* » Pôle ARS DSP, sont l'ARS et la CTG et la CGSS

Les acteurs « *mis au deuxième niveau* » sont le Réseau Périnat, le Réseau Kikiwi et le Pôle de Santé Publique du CH de Cayenne. Il s'agit « *dans cette façon, de voir une espèce de collaboration entre acteurs, ce serait plus un niveau de coordination.* » Pôle ARS DSP.

« *Et le groupe 3 vous l'avez compris ce sont les acteurs de terrain* », ARS DSP, parmi lesquels sont présents des acteurs qui interviennent en matière de périnatalité globale (les centres de PMI), dans l'accompagnement des IVG (réseau Kikiwi dans l'Ouest (SLM)) ou bien encore dans l'accompagnement spécifique liée aux mineures enceintes (SAMES – SAPAD) : ce sont « *tous les gens qui sont directement en prise avec le patient lui-même ou avec le besoin sanitaire lui-même* », Pôle ARS DSP. Néanmoins et toutes thématiques de travail confondues cette organisation en « *niveaux* » était à « *reconstruire* » selon l'acteur interrogé comme l'atteste la corrélation entre ces deux termes (0,71, tableau 35).

Figure 64 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Périnatalité

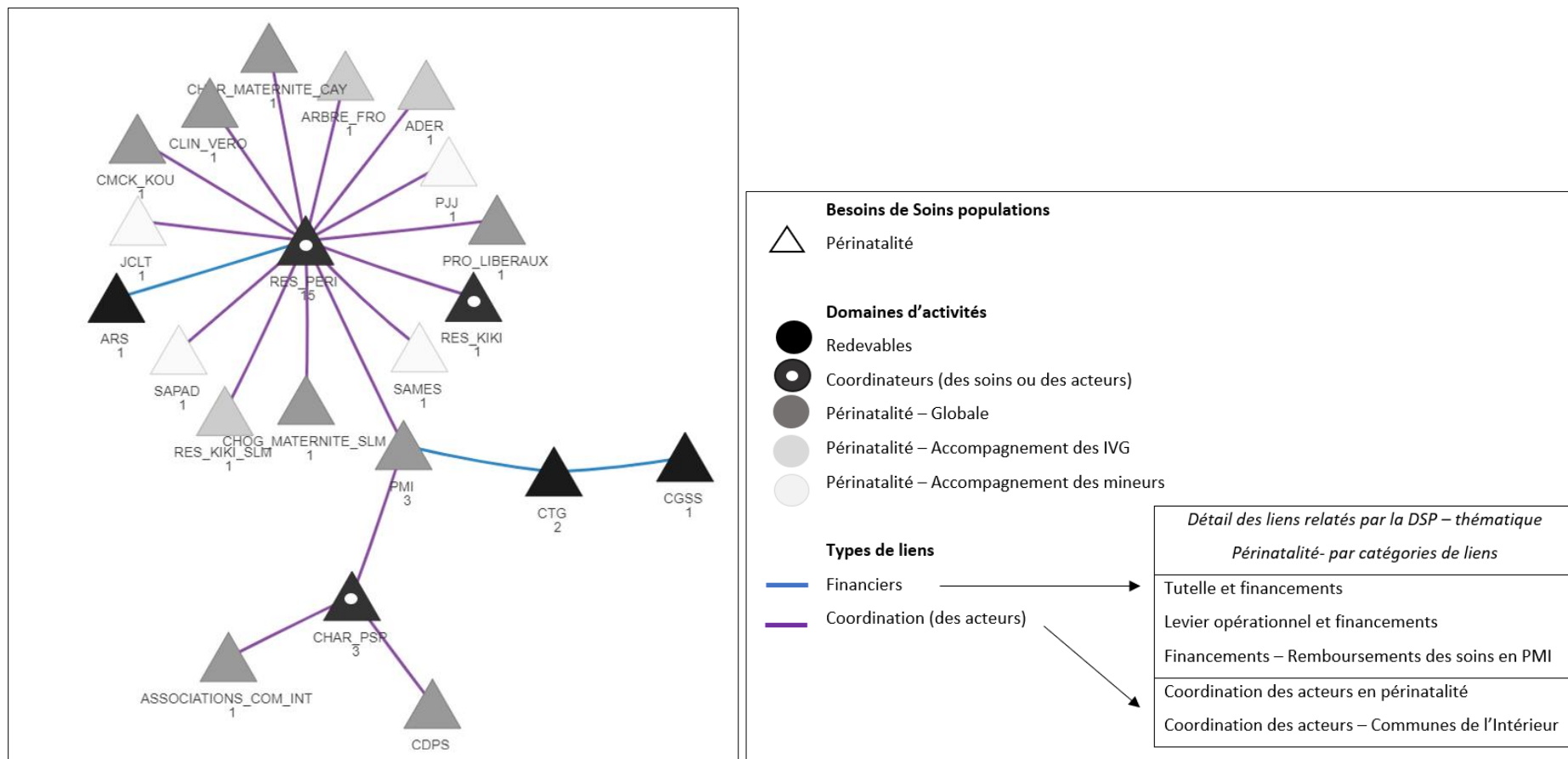


Tableau 36 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Périnatalité

Acteurs Acronymes	Degrés (entrants et sortants)
Réseau Périnatal RES_PERI	15
Centres de Protection Maternelle et Infantile PMI	3
CH de Cayenne – Pôle de Santé Publique CHAR_PSP	3
Collectivité Territoriale de Guyane CTG	2
Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche ADER	1
Arbre Fromager ARBRE_FRO	1
Réseau Kikiwi - SLM RES_KIKI_SLM	1
Centre Placement Familial Socio-Educatif JCLT	1
Protection Judiciaire et de la Jeunesse PJJ	1
Service d'Accompagnement des Mineures Enceintes Scolarisées SAMES	1
Service d'Assistance Pédagogique A Domicile pour les mineures enceintes SAPAD	1
Centre Hospitalier Andrée Rosemon - Maternité - Pole Femme Enfant - Cayenne CHAR_MATERNITE_CAY	1
Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly - Maternité - SLM CHOG_MATERNITE_SLM	1
Clinique Véronique CLIN_VERO	1
Centre Médico Chirurgical Kourou – Maternité - Kourou CMCK_KOU	1
Professionnels de santé libéraux PRO_LIBERAUX	1
Centre délocalisés de prévention et de soins CDPS	1
Associations des Communes de l'intérieur (non précisées) ASSOCIATIONS_COM_INT	1
Agence Régionale de Santé de la Guyane ARS	1
Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane CGSS	1
Réseau Kikiwi - Cayenne RES_KIKI	1

Les liens entre les acteurs concernant la périnatalité sont simplifiés en deux modalités (figure 64).

Les liens liés aux financements sont notamment établis entre des acteurs « redevables ». Par exemple, il existe un lien entre l'ARS de Guyane et le Réseau Périnatal pour l'octroi de financements pour la mission de coordination. Un autre lien existe entre trois acteurs, liés notamment dans le cadre de la gestion des

centres de PMI : un lien est établi entre la CTG et les PMI dont elle est la tutelle et un autre est établi entre la CGSS et la CTG dans le cadre du remboursement des soins effectués en PMI.

Les liens liés à la coordination des acteurs s'établissent entre les acteurs coordinateurs et ceux de terrain. Le réseau Périnat est classé parmi les acteurs qui « cordonnent ». Il comptabilise le plus grand nombre de relations (tableau 36, degré = 15) avec des acteurs de niveau trois (acteurs de terrain) puisqu'il est notamment le principal acteur qui coordonne les acteurs en matière de périnatalité. Ce réseau « *marche très, très bien* », « *là j'ai beaucoup de confort (...)* Il y a déjà un réseau tellement..., un levier opérationnel de l'ARS tellement opérationnel », ARS Pôle DSP. Par ailleurs, le Pôle de Santé Publique du CH de Cayenne coordonne les acteurs de terrain présents dans les communes de l'intérieur (CDPS, PMI, Associations). Il a « (...) *un vrai rôle de coordination dans les, dans les communes de l'intérieur. Euh, à la fois, euh ils se coordonnent entre CDPS, mais ça c'est normal, c'est infra, c'est dans la structure elle-même. Mais comme ils sont présents dans beaucoup d'endroits euh, des communes isolées... Euh, ils jouent ce rôle de coordination entre les partenaires, les PMI, les assos etc. les CDPS sont plus présents physiquement et couvrent plus le territoire que qui que ce soit d'autre comme acteurs. Et ils couvrent plus que la PMI et que les assos. Donc c'est un lien, disons que c'est un point commun... hyper efficace encore ouf* », ARS Pôle DSP. Enfin le réseau Kikiwi²³⁵ intervient dans la coordination des soins « *un petit peu par le biais des femmes enceintes* », ARS Pôle DSP.

En somme le Pôle de Direction de la Santé Publique (DSP) à une vision de la structuration des acteurs qui agissent en matière de Périnatalité qui met d'une part en valeur les acteurs de niveau 2, « les coordinateurs », soit le « Réseau Périnat » (degré=15) en tant que coordinateur des acteurs investis sur la bande Littorale (Cayenne, Kourou, Saint Laurent du Maroni), et le « Pôle Santé Publique du CH de Cayenne » en tant que coordinateur des acteurs des communes de l'intérieur (CDPS et PMI). Néanmoins, des liens directs de coopération et de collaboration entre acteurs n'ont pas été relevés. D'autre part, la structuration met en valeur des liens financiers entre acteurs (PMI/CTG/CGSS) ont été plus relatés contrairement aux autres pôles de direction.

²³⁵ Créée en Aout 2005, l'association réseau Kikiwi a pour but de développer et coordonner la prise en charge des patients infectés par le VIH dans le cadre d'un réseau de soins. L'association a également pour but d'aider les projets de recherche sur le VIH et les IST en Guyane. [gcsGuyasis.fr, 2021], en ligne, URL :<<https://gcsGuyasis.fr/membres-gcs/reseau-kikiwi/>>

3.2 Thématique Vaccination

Concernant la Vaccination, onze acteurs, quasiment tous en lien et relativement différents sont identifiés. Comme les autres thématiques du pôle de la DSP, la vision de l'organisation des acteurs est organisée en 3 niveaux : les redevables, les coordinateurs, les acteurs de terrain (figure 65).

Cependant, il n'existe pas véritablement d'acteur en charge de la coordination des acteurs pour l'ensemble du territoire : « *le groupe 2 vaccination il n'existe pas pour l'instant* » ARS Guyane, Pôle DSP et il en est de même pour le groupe des acteurs redevables : « *Ni le groupe 1, ni le groupe 2 ils sont virtuels* », ARS Guyane, Pôle DSP.

Le groupe 3 se compose des acteurs faisant de la vaccination, « *il n'y en pas 40 mille hein. C'est la CRF, les CDPS, la PMI, les libéraux au sens large* », ARS Guyane, Pôle DSP. Les CPS de la Croix Rouge Française sont répartis en 3 centres en Guyane pour les populations de plus de 6 ans, sans condition d'accès « *Il y a que la Croix Rouge qui dit « venez, venez qui que vous soyez. Que vous n'ayez pas de papiers, que vous soyez, que vous soyez apatrides ! On vous vaccine* », ARS Guyane, Pôle DSP. Les PMI exercent une mission de vaccination pour les moins de 6 ans, ouverts à tous et gratuits.

Néanmoins, certains de ces centres « *ne peuvent pas répondre à la totalité de leurs missions. Parce qu'il y a des tas d'obstacles. (...) Les raisons sont multiples hein. Ce n'est pas forcément la mauvaise volonté* » ARS Guyane, Pôle DSP. L'acteur en énumère quelques raisons : manque de ressources humaines, d'approvisionnement des vaccins (encadré 16).

Encadré 16 : Des multiples problèmes pour les centres de PMI d'après l'ARS Guyane

« Le problème des PMI est un problème extrêmement complexe (...) en Guyane, euh les vaccins ne sont pas dispos. Pas commandés, trop chers, parce que possible à stocker (...) Enfin, il n'y a pas assez de ressources humaines, postes vacants euh, enfin tout ce que vous voulez, la PMI n'est pas présente (...) Il y a des zones géographiques en Guyane où la PMI n'est pas physiquement présente. Il n'y a pas de local, il n'y a rien, pas de PMI. (...) Puis, elle peut être, physiquement présente mais pas fonctionnelle. », ARS Guyane, Pôle DSP.

Par ailleurs, et en dehors de ces dysfonctionnements, il existe « *Des freins, des freins à l'accès il y en a un paquet hein. Enfin je veux dire il y a une diversité de freins* », de ce fait « *il y a des gaps* ». L'acteur évoque une non vaccination en raison des conditions de vie, difficiles, des populations vulnérables (encadré 17).

Encadré 17 : Des difficultés d'accès à la vaccination pour les populations vulnérables d'après l'ARS Guyane

« Et contrairement à ce que l'on pourrait croire ce n'est pas un refus, ce n'est pas un renoncement. Enfin, il y en a hein. Il y a... là, la sous population dont vous parlez oui il y a d'autres choses à faire que de se faire vacciner. Quand il faut qu'ils se battent pour boire, manger et avoir un toit, se faire reconnaître dans leur existence, faire venir leur famille enfin de la survie, des besoins de base de l'être humain. La vaccination passe très largement après. », ARS Guyane, Pôle DSP

Toutefois, l'acteur précise qu'« *il y a une vaccination pour laquelle on n'a aucun problème.* », ARS Guyane, Pôle DSP. Le « carnet jaune » est déclaré comme utilisé des « *nouveaux arrivants qui ont besoin de prouver leur présence* »,

de plus de 3 mois sur le territoire pour entamer des démarches administratives en France. Néanmoins, l'acteur évoque des zones de non couverture à la Fièvre Jaune, surtout dans l'Ouest de la Guyane, pour des raisons propres à une communauté (les Kampous) (encadré 18). En somme, « *pour la vaccination, l'accès est, est vraiment complexe* », ARS Guyane, Pôle DSP.

Encadré 18 : L'accès à la vaccination, différentes réalités dans une même région d'après l'ARS Guyane

« Eux ils sont bien vaccinés. (...) ils ont utilisé cet outil euh, cet outil dans le système... à leur profit. Pour leurs besoins. Moi je ne vais pas m'en plaindre on a une super couverture fièvre jaune... ».

Il existe des « poches, c'est-à-dire de petites communautés qui ne sont pas du tout vaccinées. (...) Les grosses poches de non vaccination fièvre jaune c'est l'ouest Guyanais. C'est une partie, c'est certaines communautés du Maroni. Parce que ce sont des enfants qui sont nés au CHOG par exemple. Ils sont nés sur le territoire, sauf que l'on ne vaccine pas contre la Fièvre Jaune à la naissance. On vaccine à 1 an. Ils retournent chez eux dans leur communauté, les Kampous. Et puis après c'est fini. »

Le rattrapage vaccinal est difficile puisque « Il y a des enfants non scolarisés ». ARS Guyane, Pôle DSP.

Figure 65 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Vaccination

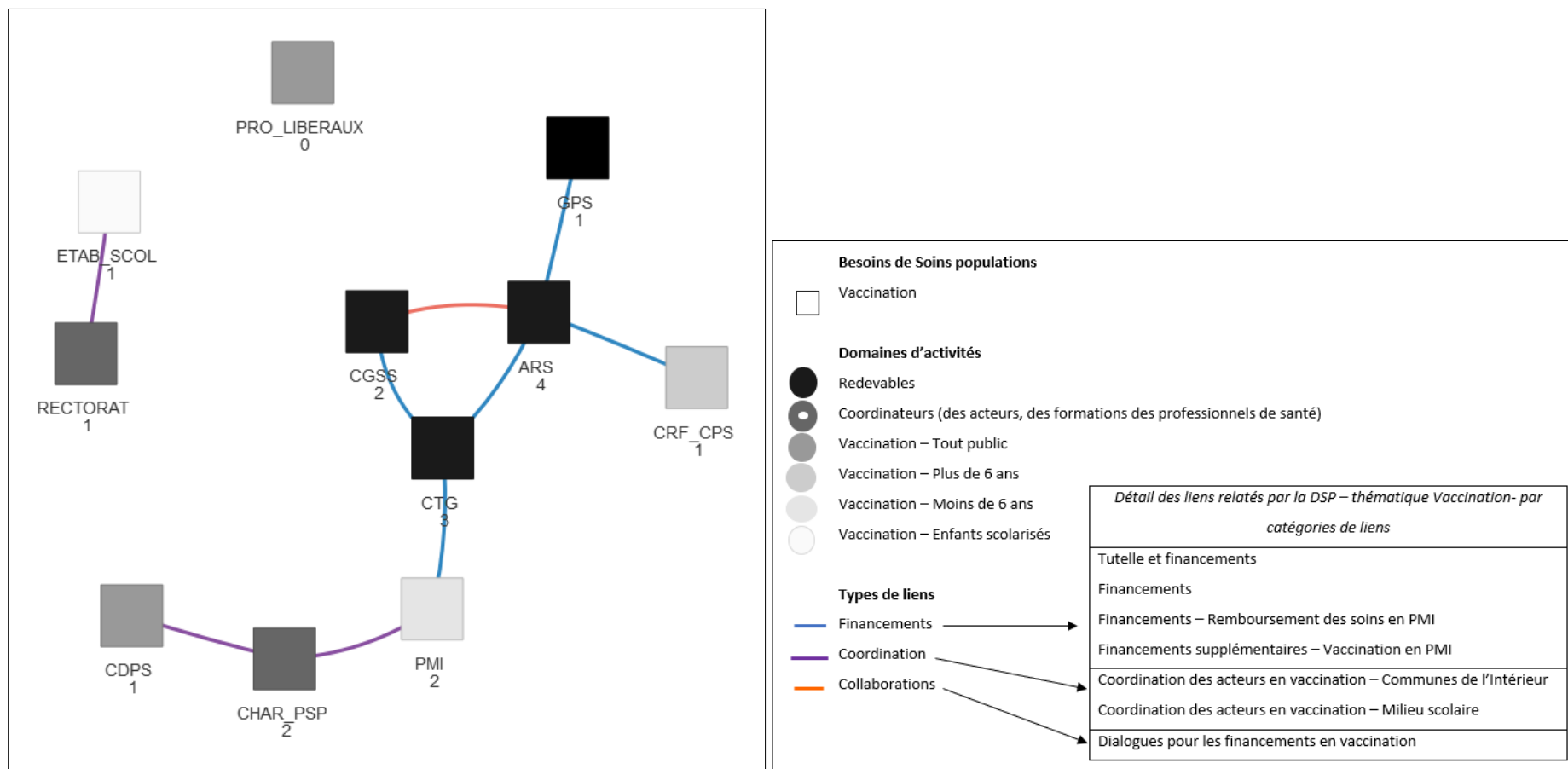


Tableau 37 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Vaccination

Acteurs Acronymes	Degrés (entrants et sortants)
Agence Régionale de Santé de Guyane ARS	4
Collectivité Territoriale de Guyane CTG	3
Centre Général de Sécurité Sociale CGSS	2
CH de Cayenne – Pôle Santé Publique CHAR_PSP	2
Centres de Protection Maternelle et Infantile PMI	2
Guyane Promo Santé GPS	1
Rectorat RECTORAT	1
Etablissements Scolaires ETAB_SCOL	1
Centre de Prévention Santé – Croix Rouge Française CRF_CPS	1
Centre Délocalisés de Prévention et de Soins CDPS	1
Professionnels de Santé Libéraux PRO_LIBERAUX	0

Concernant les relations entre les acteurs, de manière simplifiée, trois modalités sont présentes dans le graphe.

Les liens financiers impliquent des acteurs « redevables », ainsi la CGSS est impliquée dans le remboursement des soins effectués en PMI pour lesquelles la CTG est la tutelle. L'autre acteur redevable dans la thématique de la vaccination est l'ARS de Guyane dans la mesure où « *La CTG n'a pas le budget suffisant pour remplir l'ensemble des missions de vaccination de la PMI sur la Guyane* », ARS Guyane, Pôle DSP. Un lien de financement supplémentaire de l'ARS vers la CTG est créé en conséquence²³⁶ et illustre que l'ARS complète les besoins financiers avec le « *Fond d'Intervention Régional (FIR)* »²³⁷, ARS Guyane, Pôle DSP.

Ensuite, des liens de coordination sont identifiés pour les acteurs coordinateurs : un acteur, le Pôle Santé Publique du CH de Cayenne coordonne les acteurs des communes de l'intérieur (CDPS et PMI), le rectorat coordonne les établissements scolaires.

Enfin, un lien de collaboration est identifié entre l'ARS et la CGSS puisque ces derniers établissent des « dialogues » sur les besoins de financements en vaccination.

²³⁶ « (...) vous avez touché un point, quand l'acteur n'a pas son financement propre pour la vaccination, n'a pas suffisamment de financements propres pour faire les missions qui lui sont confiées en vaccination. La roue de secours financière, c'est l'ARS. (...) avec le FIR (Fond d'Intervention Régional), c'est toujours ce fameux FIR. » ARS Guyane, Pôle DSP

²³⁷ Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

En somme, en matière de vaccination, le pôle de la DSP met en valeur les acteurs de niveau 1 « redevables » tels que l'ARS, la CTG et la CGSS (degrés = 4, 3, 2, tableau 37) notamment à travers les liens financiers exercés entre ces acteurs et les PMI (vaccination des plus de 6 ans). Les autres acteurs « de terrain » investis pour la vaccination sont le CPS de CRF (pour les plus de 6 ans), les CDPS (dans les communes de l'intérieur) et les établissements scolaires (dans le cadre du rattrapage vaccinal des enfants).

Contrairement à la Périnatalité qui a un acteur coordinateur important sur le littoral, en matière de vaccination aucune coordination territoriale sur le littoral existe. Seule une coordination existe via le CH de Cayenne dans les communes de l'intérieur (coordination des CDPS assurant la vaccination dans les communes de l'intérieur) et via le rectorat pour coordonne le rattrapage vaccinal dans les établissements scolaires. Un acteur coordinateur principal en vaccination serait à créer, soit « *un comité régional qui est dans les textes nationaux et que je voudrais appeler COREVAC, comme COREVIH (...) aux côtés de la CTG et de l'ARS, en tant qu'acteurs redevables* », ARS Guyane, Pôle DSP. Ce lien à développer entre les différents acteurs agissant en matière de vaccination figurait par ailleurs parmi les recommandations de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en Guyane « Développer la prévention en promouvant les coopérations entre la PMI, la médecine scolaire et les CDPS : ARS / Rectorat / CTG / GHT » [IGAS, 2020, p.9].

3.3 Thématique Santé Sexuelle et Reproductive (SSR)

Concernant la Thématique Santé Sexuelle et Reproductive, le nombre d'acteurs est plus élevé (n=38) contrairement aux autres thématiques et ils sont plus détaillés. Néanmoins, les liens identifiés (n= 13, tableau 38) entre acteurs ne sont que peu nombreux contrairement à la thématique Périnatalité et Vaccination.

Là encore, la vision de l'organisation des acteurs est organisée en trois niveaux : les redevables, les coordinateurs, les acteurs de terrain. Trois acteurs sont dits « redevables », l'ARS, la Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) et la Coordination Territoriale Santé Sexuelle et Reproductive (CTSRR).

Ainsi, contrairement à la thématique Vaccination, il existe une Coordination Territoriale en Santé Sexuelle et Reproductive (CTSSR), néanmoins lors du recueil des données en 2019, cette CTSRR était « *à relancer, avec les 3 niveaux que ce soit logique* », ARS Guyane, Pôle DSP (encadré 19). Par ailleurs, des Contrats Locaux de Santé sont cités comme acteurs de cette coordination, mais là encore leur implication dans la coordination était à consolider (encadré 19). Enfin les autres acteurs classifiés dans la coordination sont : GPS (Guyane Promo Santé) en lien avec des professionnels de santé pour les formations ; le rectorat est en lien avec les établissements scolaires ; et le réseau Kikiwi coordonne dans le cadre de la prise en charge des besoins de soins de santé de patients atteints du VIH/Sida. Les acteurs du groupe 3 « de terrain » qui interviennent auprès des populations sont nombreux à être cités, mais des liens entre eux ne sont pas toujours précisés.

Encadré 19 : Des liens de coordination en SSR à relancer, d'après l'ARS Guyane

« Avec la CTSSR dans le programme, on vient de programmer la première réunion de rencontre des partenaires autour du SSR », il s'agissait de « repositionner déjà tous les coordinateurs (...) et qu'on mette autour de la table le groupe 3 par thème », ARS Guyane, Pôle DSP

« (...) c'est le début, ça, ça reprend il y a 2 – 3 CLS qui marchent très bien en particulier dans la thématique SSR. Euh, le CLS de Macouria, c'est une sage-femme qui est euh, qui est animatrice et euh, ça marche pas mal ça. Ils ont pas mal d'initiatives. Euh... il y a le nouveau CLS qui vient d'être signé à Saint Laurent. Avec une maire qui est extrêmement investie, extrêmement engagée dans le sanitaire et le médico-social. Ça devrait fonctionner, enfin ça présage euh, par exemple pour la mobilité euh... ils nous ont affirmé qu'ils avaient acheté un camion. » ARS Guyane, Pôle DSP

Figure 66 : Vision de l'organisation des acteurs par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Santé Sexuelle et Reproductive

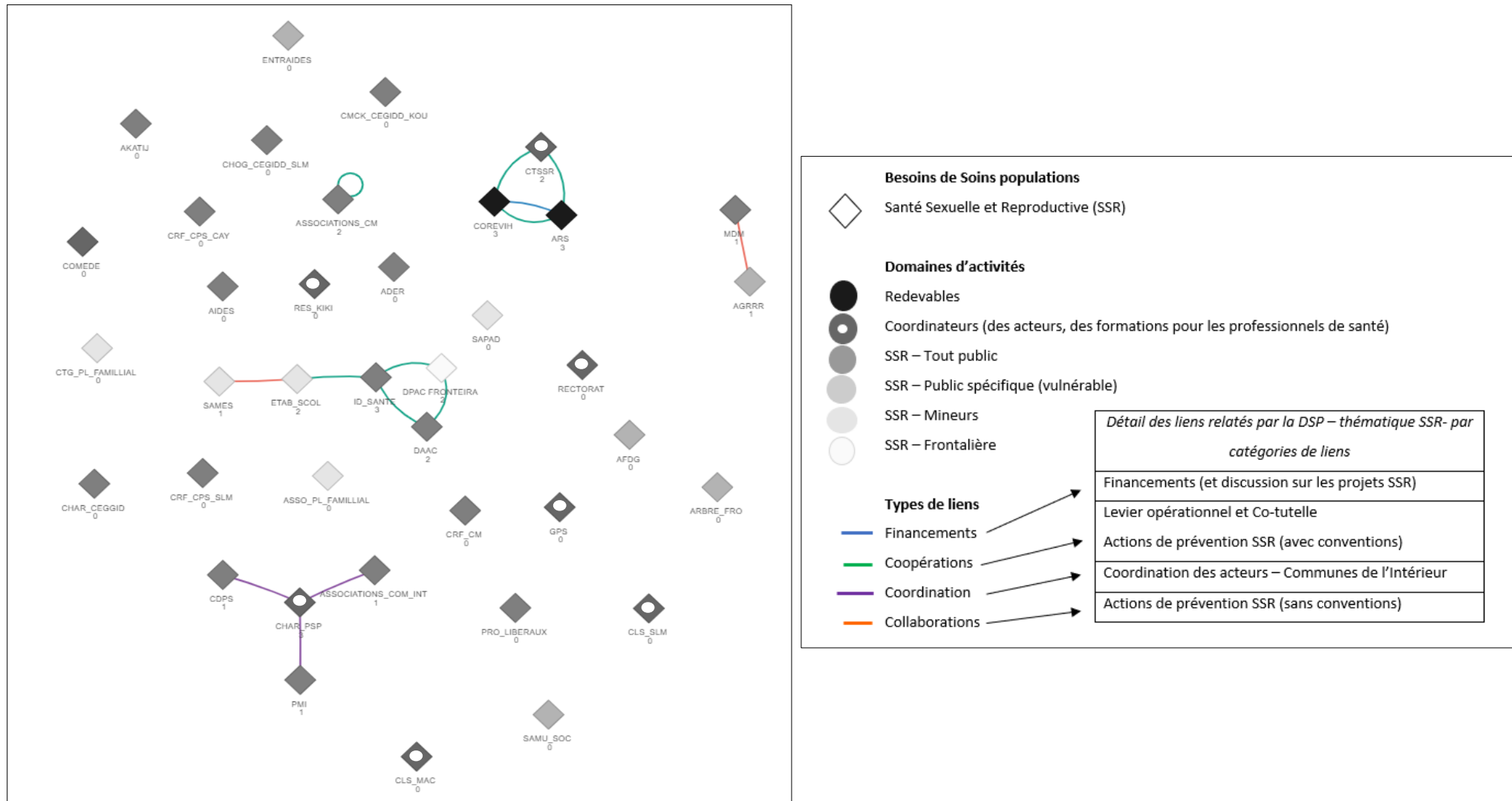


Tableau 38 : Mesure de centralité de degrés des acteurs cités par l'ARS Guyane, Pôle DSP – Santé Sexuelle et Reproductive

Acteurs Acronymes	Degrés (entrants et sortants)
CHAR_PSP	3
Association ID Santé – Saint Georges de l'Oyapock ID_SANTE	3
Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficience Humaine COREVIH	3
Agence Régionale de Santé ARS	2
Associations exerçant des missions en Camion Mobile (non précisées) ASSOCIATIONS_CM	2
Coordination Territoriale Santé Sexuelle et Reproductive CTSSR	2
Développement, Accompagnement, Animation, Coopération DAAC	2
Association pour le Développement, la Prévention, le Suivi et la Coopération des Frontières Oïapoque(Oyapock)-Guyane DPAC FRONTEIRA	2
Etablissements Scolaires ETAB_SCOL	2
Association Guyanaise de Réduction des Risques AGRRR	1
Centres Délocalisés de Prévention et de Soins CDPS	1
Médecins du Monde MDM	1
Centre de Protection Maternelle et Infantile PMI	1
Service d'Accompagnement des Mineures Enceintes Scolarisées SAMES	1
Associations des Communes de l'Intérieur (non précisées) ASSOCIATIONS_COM_INT	1
<i>Nota Bene</i> : Les acteurs avec des degrés égaux à 0 ne sont pas représentés dans le tableau	

Concernant les liens entre ces acteurs, quatre modalités sont identifiées : des liens financiers, de coopération, de coordination et de collaboration (figure 66).

Un lien financier (et de co-tutelle) unit l'ARS qui finance le COREVIH.

Une deuxième modalité de lien, la coopération, unit l'ARS au COREVIH dans le cadre de projets établis sur la SSR. De plus, l'ARS est lié à la CTSSR (en co-tutelle) dans le cadre de coopérations puisque la CTSSR « c'est *notre bras opérationnel* », ARS Guyane, Pôle DSP. L'ARS est également liée en coopération (et co-tutelle) au COREVIH qui a néanmoins une indépendance dans ses missions. Enfin, dans le cadre d'un projet en SRR des acteurs associatifs étaient en coopération à la frontière Brésilienne, dans l'Est à Saint

Georges de l'Oyapock. Ce projet²³⁸ associe les associations : ID Santé, l'association DAAC (médiation) et l'Association pour le Développement, la Prévention, le Suivi et la Coopération des Frontières Oiapoque-Guyane.

La troisième modalité de lien porte sur la coordination entre les acteurs. En parallèle de la CTSRR devant être relancée, le Pôle de Santé Public du CH de Cayenne coordonne les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS), les PMI et les associations des communes de l'Intérieur.

Enfin, la quatrième modalité de lien porte sur la collaboration entre les acteurs sur la SSR. Une collaboration est identifiée entre le SAMES et les Etablissements scolaires dans l'accompagnement des mineures enceintes ; entre MDM et AGRRR, deux associations intervenant principalement sur l'Île de Cayenne, et enfin entre d'autres acteurs intervenant en camion mobile sans qu'ils ne soient nommés précisément.

En somme sur la thématique de la Santé Sexuelle et Reproductive, les acteurs désignés comme « coordinateurs » et « de terrain » sont nombreux. Le pôle de la DSP est certainement celui qui regroupe des thématiques de travail (vaccination, santé sexuelle et reproductive) dans lesquelles s'entremêlent le plus d'acteurs institutionnels et associatifs. Néanmoins, peu de relations sont observées entre les acteurs coordinateurs et les acteurs de terrain, par exemple entre le COREVIH et les acteurs agissant en SSR à l'exception du Pôle Santé Publique du CH de Cayenne coordonnant les acteurs des communes de l'intérieur. D'autre part les liens de collaboration entre les acteurs « de terrain » identifiés sont peu nombreux ou non précisés, par exemple des « associations en camion mobile » ont des liens de collaboration entre eux sans qu'ils soient précisément nommés.

Tous pôles de direction de l'ARS confondus, leur vision sur la structuration des acteurs permet de mettre en lumière une territorialisation « par niveaux » acteurs : les acteurs redevables, coordinateurs et de terrain ; néanmoins cette vision permet que partiellement de rendre compte des liens entre acteurs investis dans l'accès aux soins de premier recours agissant dans : 1- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients... ²³⁹(article L. 1411-11 du Code de la santé publique) ; qui sont au cœur de la territorialisation en cours.

²³⁸ « *Qui est surtout ciblé, sur euh, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) et puis tous les acteurs autour. Donc il y a des programmes de formation, d'accompagnement, de médiation* ». Par ailleurs, l'association ID Santé intervenait également dans « *4- 5 établissements scolaires concernés sur l'Île de Cayenne* » avec l'idée dans ce projet « *d'apporter, de, dans les établissements scolaires, de, un complément d'information d'éducation à la santé* », ARS Pôle DSP.

²³⁹ 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,

4° L'éducation pour la santé."

Les soins de premier recours sont assurés par différents professionnels de santé.

Conclusion du chapitre VII

A partir de trois entretiens conduits auprès d'acteurs des différents pôles de l'ARS, ce chapitre a cherché à appréhender les connaissances et la vision à court ou moyen terme du paysage sanitaire. Dans la mesure où l'ARS divise ses missions de pilotage, le travail réalisé auprès des trois pôles permet d'avoir une vision la plus complète possible de la manière dont est perçue la structuration de l'ensemble de l'offre de soins de santé. Au travers de chacun de ces entretiens par pôle de direction de l'ARS, il est possible de dresser plusieurs constats.

Premièrement, d'après les réseaux relationnels établis, la vision de la structuration de ces derniers n'est pas similaire. En effet, la structuration des acteurs se fonde soit sur les statuts des établissements sanitaires (pôle de la DOS), des « types de populations » en fonction de leurs besoins médico-sociaux (pôle de la DA), ou bien encore en fonction de thématiques de soins de santé (pôle de la DSP). Ainsi, chacun des pôles établit une classification des acteurs sur des critères qui leurs sont propres.

Deuxièmement, un point commun existe entre ces pôles : celui des parcours de soins et de santé. Au moment où les entretiens ont été conduits (2019), ces parcours n'étaient pas établis ou étaient en cours de construction au sein de chaque pôle. Chacun de ces pôles dresse alors des constats sur l'existant : des complémentarités entre les établissements hospitaliers via le GHT (DOS), des « fléchages spécifiques », soit des amorces de parcours, pour la prise en charge de PDS (DA), et ce qui pourrait être mis en place dans le cadre des prochains PRS. En atteste des extraits d'entretiens de ces 3 différents pôle (encadré 20).

Encadré 20 : Des parcours de santé en construction à l'ARS Guyane

« Pour, pour l'instant, parce que **rien n'est, n'est encore euh... très amorcé**. En tous cas d'écrit. Au niveau des, des parcours. Euh, les complémentarités elles restent euh, seulement sur certains secteurs. Euh, donc les transferts de patients donc si on a besoin d'un service de REA. La néonate sur Cayenne. Et si on a des problèmes de capacité également on envoie sur Cayenne. Donc là c'est les principaux, enfin c'est les 3 grands euh, types de complémentarité que l'on peut observer entre établissements. Après ça va, ça va être euh, des niches. », ARS Guyane, Pôle DOS

« Ben justement l'**idée c'est euh, cette année c'est de créer des parcours**. (...) Bon c'est sûr que le parcours addicto(logie), ou le parcours. Le parcours addicto(logie) dans le parcours PDS. Euh... mais on n'est pas encore, on est en train de développer on n'est pas encore dans une logique de parcours. Mais c'est en cours. Et euh du coup, euh par exemple si je prends euh, comme population spécifique les personnes atteintes du VIH. On a des ACT qui sont fléchés pour les personnes atteintes du VIH. », ARS Guyane, Pôle DA

Les parcours « **C'est un petit peu ce que l'ARS essaie de faire évoluer**. », ARS Guyane, Pôle DSP

Trois raisons sont évoquées dans les entretiens sur la difficile mise en place des parcours de santé (encadré 21). Premièrement, la difficulté majeure rencontrée par les acteurs de l'ARS relève de l'organisation en pôles pour lesquels des spécialités de travail sont attribuées à chacune des directions. Cela amène alors en second lieu un cloisonnement des spécialités de travail alors que construire les parcours nécessiterait un travail en « transversalité ». Enfin, une dernière raison est relative à une certaine absence de gouvernance « de guidage »

pour mettre en place les parcours de santé, pour lesquels aucune définition est établie pour être commune à tous les pôles (encadré 21). Néanmoins les pôles de direction essaient de travailler ensemble.

Encadré 21 : Des difficultés pour la mise en place des parcours de santé d'après l'ARS Guyane

« Ça évoluera mais euh, ça évoluera lentement. Parce que c'est plus, en fait, **c'est plus confortable comme ça à l'heure actuelle parce que chacun à son expertise**. Si vous raisonnez en termes de parcours, euh...hum... votre champ de compétences il est hyper large. Et on n'est pas prêts. Parce que c'est aussi ça derrière... il faut que l'on ait euh, des professionnels qui permettent de répondre à..., à tout quoi. Il y a des ARS qui commencent à, à être organisées comme ça. Et euh, ça génère énormément de, d'arrêts maladies ! Non, non mais c'est, ça nécessite une grosse préparation, oui je pense... Après entre direction on arrive déjà à travailler ensemble, c'est pas mal. », ARS Guyane, Pôle DOS

« **Dans nos dir (directions), on est un petit peu cloisonné (...)** C'est vrai que nous on cloisonne en fait, mais l'idée c'est vraiment de travailler médico-social et sanitaire parce qu'au final ça s'imbrique vraiment. Mais du coup, on essaie de travailler justement euh, avec euh, enfin, ensemble... Mais parfois, on n'a pas forcément les mêmes problématiques et les mêmes sujets. Donc on a des problématiques qui se ressemblent. », ARS Guyane, Pôle DA.

« Leur concept parcours de soins, parcours de santé. Il n'y a absolument rien qui est décrit à l'ARS. Ni en fonctionnement interne, parce que du coup **le parcours de soins ou de santé demande un fonctionnement transversal à l'ARS. Nous on est saucissonné par maladies, par spécialités ou par thématiques**. Et qu'un parcours va par définition passer à travers plusieurs thématiques de l'offre de soins, de la prévention, de la promotion, de l'autonomie. Il n'y a rien pour l'instant à l'ARS qui a été mis en place là-dessus... Ça met en difficulté les agents on va dire, comme ANONYME, ou moi qui sommes en charge d'une mission, d'une thématique. Et on n'a pas, on n'a pas le guidage pour le décliner. On a beau être de bonne volonté après on est confrontés justement au système mis en place quand même. Donc ça c'est un premier point, c'est que l'ARS est encore un peu immature de ce point de vue-là. Sur sa méthode, et sa façon d'aborder le concept parcours de soins, parcours de santé. », ARS Guyane, Pôle DSP.

Troisièmement, si les relations ne portent pas strictement sur les parcours de santé, des relations entre les acteurs sont perçues par chaque pôle interrogé de l'ARS. Les analyses tendent à montrer que les pôles ont une connaissance globale des acteurs et à un niveau macroscopique, généralement régional. Une vision inter-régionale existe pour la DOS qui évoque les Antilles et l'Hexagone pour les transferts de patients pour soins. A un niveau mésoscopique, la vision par sous territoires de proximité est disparate. Elle est plus affinée pour le littoral et l'est moins pour l'intérieur de la Guyane. Les principaux acteurs sont cités nominativement des pôles de la DOS, de la DA et de la DSP sur les communes de Kourou, SLM. La DSP est quant à elle en capacité de citer de nombreux acteurs notamment sur l'île de Cayenne, toutefois sans en mentionner les relations.

Quatrièmement, et en dehors des aspects organisationnels de l'ARS, rentre en jeu les « *défaillances du système de santé (...)* C'est un constat. », ARS Guyane, Pôle DSP. Pour pallier ces difficultés, les associations viennent en renfort, et de par leurs connaissances « du terrain » viennent guider les institutions sur les interventions à envisager auprès des populations vulnérables (encadré 22). Néanmoins, la multiplicité des intervenants, notamment associatifs et de leurs compétences aux côtés d'acteurs institutionnels met en exergue des difficultés de l'ARS à les coordonner : « *C'est ça la difficulté c'est d'arriver à les faire... coordonner les intérêts d'un médecin libéral, d'une maternité et d'une assos 1901. C'est tout le challenge de la coordination. Ce n'est pas évident* », ARS Guyane, Pôle DSP.

Encadré 22 : Des acteurs associatifs auprès des acteurs institutionnels « pour pallier » les carences selon l'ARS Guyane

« (...) **les assos en Guyane on compte beaucoup sur elles pour pallier.** Mais comme ce sont des acteurs indépendants, c'est un vrai challenge. (...) Faire convergence dans les objectifs communs », ARS Guyane, Pôle DSP.

« Ce sont les associations qui gèrent les institutions. Donc en fait, euh, elles sont le tremplin, même en travaillant en équipe mobile parfois, euh... c'est grâce à l'équipe mobile qu'elles repèrent parfois certains, certains usagers. Et qu'elles arrivent à les convaincre pour venir. Pour intégrer en fait l'institution. (...) **Ils sont quand même en première ligne.** » ARS Guyane, Pôle DA.

Enfin, dans la mesure où les problématiques des individus en situation de vulnérabilité dépassent le cadre des soins au sens strict. La complémentarité des acteurs sanitaires et sociaux, institutionnels et associatifs sont des enjeux particulièrement importants pour prendre en charge ces populations. Une perception de l'ARS concernant ces liens pluriprofessionnels entre acteurs existe, même si elle n'est pas détaillée (encadré 23).

Encadré 23 : L'importance de l'accompagnement social et de la médiation en santé d'après l'ARS Guyane

Les PASS sont engorgées « (...) Et c'est souvent dû, plus souvent à **la demande sociale, que le besoin de soins au final.** Je pense que, je pense que ..., tout, tout, enfin le service social il n'est pas assez important. Ça c'est clair. (...) Et puis, je pense qu'il y a quelque chose aussi qui faut qu'on développe beaucoup c'est la médiation en santé. », ARS Guyane, Pôle DOS

« Mais les acteurs quand même, associatifs, travaillent quand même entre eux. Et **ils essaient de faire aussi de faire le maximum pour travailler avec les hôpitaux,** c'est, ce n'est pas facile tout le temps. », ARS Guyane, Pôle DA

En somme, ces trois entretiens relatent une organisation interne de l'ARS fragmentée par pôles aux missions spécifiques. Cela met en difficulté la mise en place des parcours de santé coordonnés ; un travail en transversalité pour l'élaboration de ces parcours est envisagé dans le cadre du PRS 2022 -2028 [Ars Guyane, 2018.e, SRS, p.2].

Concernant la vision que l'ARS porte sur les relations entre acteurs des soins de santé, elle est saisie globalement en région. Si cette vision ne porte pas spécifiquement sur les relations entretenues entre les acteurs des soins de santé pour la prise en charge des populations vulnérables ; l'ensemble des relations mentionnées permettent de saisir une classification des acteurs en trois niveaux : les acteurs redevables (notamment les financeurs), les acteurs qui coordonnent (notamment les réseaux), et les acteurs opérateurs, de terrain. Globalement l'ARS est capable de donner des éléments du paysage sanitaire local et régional puisqu'elle appréhende des relations établies entre les acteurs institutionnels et associatifs présents sur le territoire Guyanais. En raison des difficultés du système de santé en Guyane, les associations sont généralement saisies comme des acteurs qui « pallient » les manques. Néanmoins, l'ARS n'est pas toujours en capacité de citer nominativement ces acteurs -institutionnels et/ou associatifs - qui pourraient agir ensemble dans la prise en charge des populations, c'est pourquoi les deux prochains chapitres traiteront spécifiquement des relations relatées par les acteurs des soins en matière de prise en charge des populations vulnérables ainsi que les relations existantes qui ont trait aux stratégies de localisations des actions mobiles sur le territoire et aux liens opérationnels entre les acteurs.

Chapitre VIII

Prendre en charge les besoins de santé des populations en situation de vulnérabilité : entre coordination des acteurs, contraintes institutionnelles et territoriales

« Nous avons trois moyens principaux : l'observation de la nature, la réflexion et l'expérience. L'observation recueille les faits ; la réflexion les combine ; l'expérience vérifie le résultat de la combinaison.

Il faut que l'observation de la nature soit assidue, que la réflexion soit profonde, et que l'expérience soit exacte.

On voit rarement ces moyens réunis. »

D.Diderot, 1754, « De l'interprétation de la nature », XV

Ce chapitre vise à saisir la territorialisation des acteurs des soins de santé agissant pour les populations en situation de vulnérabilité. Si dans la loi « la territorialisation sanitaire » (article 58, loi du 26 janvier 2016) est plus définie par sa déclinaison d'outils structurants que par une définition concise, l'enjeu central est cependant d'adapter l'offre de services de santé aux besoins des populations d'un territoire donné, à un moment donné [J.-M. Amat-Roze, 2011, p.17 ; S. Fleuret, 2015, p.1]. Cette politique se décline en trois objectifs : un renforcement de l'action régionale et locale ; un renforcement de la coordination et de la complémentarité intersectorielle entre les acteurs ; et une réorganisation des périmètres d'action sanitaire sur la base de logiques de proximité et d'intégration des besoins des populations.

Etant donné que la territorialisation est mouvante dans le temps et dans l'espace au gré des composantes structurantes du territoire (acteurs, populations), il est nécessaire de souligner que ces analyses donnent à voir la situation au prisme des données recueillies, à un instant donné.

Néanmoins, ce chapitre huit cherche à questionner ces deux premiers objectifs de la territorialisation sanitaire à travers l'analyse d'une nature de lien relationnel : les liens entretenus entre les acteurs pour la prise en charge des besoins de santé des populations. Il s'agit alors de saisir la manière dont s'organisent les acteurs locaux dans la prise en charge des populations vulnérables.

Dans cette orientation il convient de saisir d'une part quels acteurs sont des points de « passages importants » dans la prise en charge des populations en précisant leurs rôles et fonctions ; et d'autre part de saisir d'un point de vue général, des groupes d'acteurs pour lesquels le réseau relationnel est similaire ou dissimilaire

afin d'observer des décloisonnements intersectoriels entre acteurs de différents statuts et domaines d'activités.

Les résultats portant sur l'organisation des acteurs pour la prise en charge des populations est essentielle dans ce travail dans la mesure où elle constitue l'interface entre acteurs et populations. C'est pourquoi par la suite, ils seront mis en parallèle avec les résultats portant sur les pratiques d'accès aux soins de santé des populations vulnérables (chapitre 11).

1 - L'organisation des acteurs sanitaires et sociaux de la CACL prenant en charge les populations vulnérables : fonctions et rôles d'acteurs

1.1 Des acteurs centraux dans la Prise En Charge (PEC) des besoins de santé des populations vulnérables

La figure 67 présente l'ensemble du réseau relationnel des différents acteurs renseignés lors des enquêtes menées par entretiens entre 2017 et 2018. Le graphe répertorie 91 acteurs en lien (soit les 26 acteurs ayant fait l'objet d'une enquête et 65 acteurs cités des acteurs enquêtés). Au centre, se situent ceux au cœur du système (par exemple : des services de l'hôpital, centre de prévention santé) et en périphérie ceux ayant moins de relations ou des missions souvent plus spécifiques (par exemple : les réseaux de soins, les hébergements d'urgence). Dans l'ensemble, les acteurs qui agissent dans la prise en charge des populations (BD1) sont majoritairement des institutions (53,85%) et des associations (36,29%) (tableau 39) et ont des relations informelles (71,13%) dans le cadre de la prise en charge des besoins des populations. Plus de la moitié des acteurs exercent dans trois domaines d'activités (tableau 40) : celui de l'accompagnement social (21,98%), de l'accès aux soins (17,58%), et du médico-social (14,28%). Les domaines de la prévention sont peu représentés (entre 4 et 9%) (tableau 40). Tandis que des domaines d'activités, qui contribuent indirectement à la santé des individus (aide alimentaire, vestimentaire...) représentent moins de 2% des acteurs.

Figure 67 : Ensemble des acteurs relevés dans les entretiens, intervenant dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité

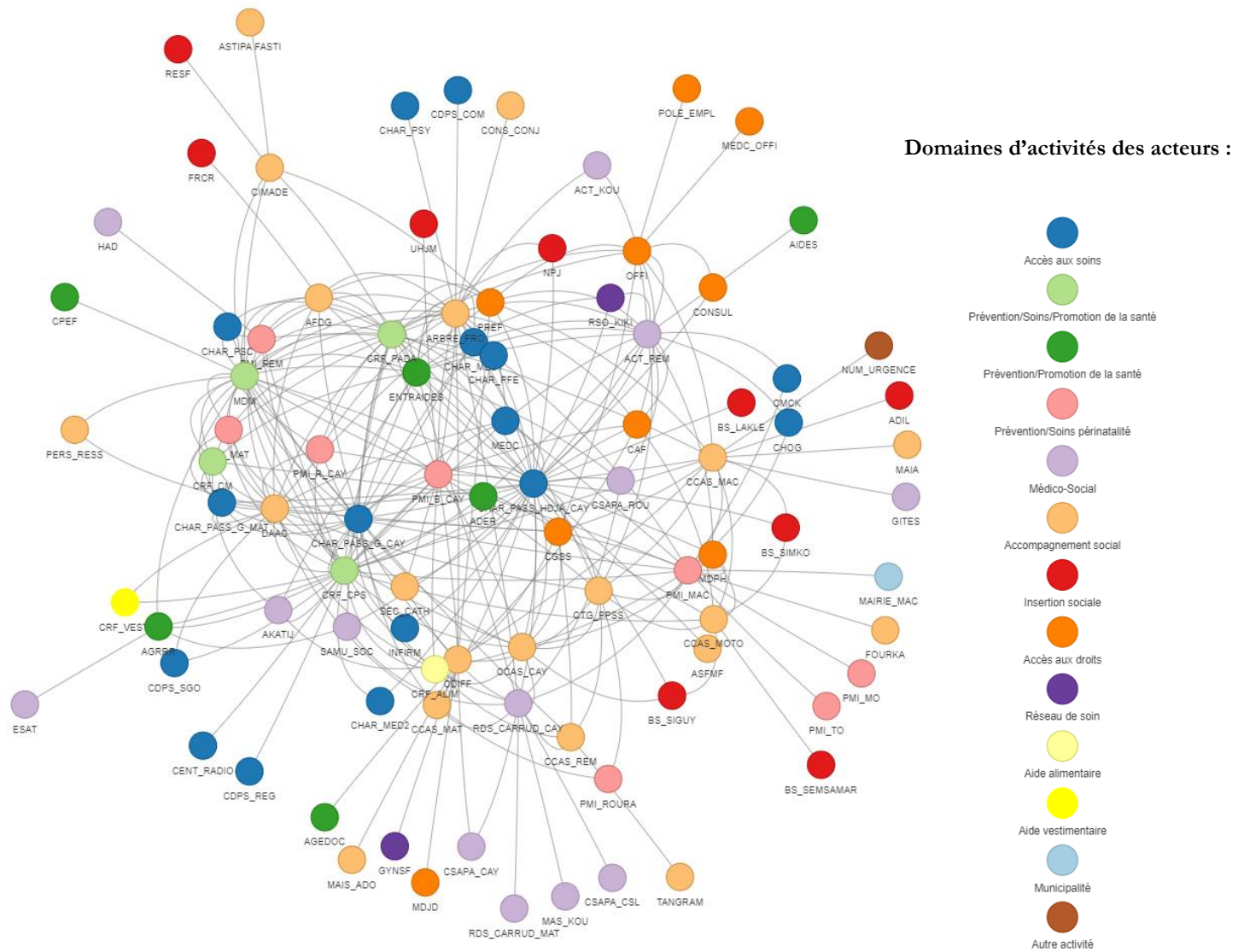


Tableau 39 : Statuts des acteurs relevés dans les entretiens, impliqués dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité

Statuts	Nombre	Pourcentage%
Institutions	49	53,85
Associations	33	36,26
Libéraux	4	4,40
Mixte	3	3,30
Autre statut	2	2,20
Total	91	100

Tableau 40 : Domaines d'activités des acteurs relevés dans les entretiens, impliqués dans la prise en charge des populations en situation de vulnérabilité

Domaines d'activités	Nombre	Pourcentage%
Accompagnement social	20	21,98
Accès aux soins	16	17,58
Médico-social	13	14,28
Accès aux droits	9	9,89
Insertion sociale	9	9,89
Prévention/soins/périnatalité	8	8,79
Prévention/promotion de la santé	6	6,59
Prévention/soins/promotion de la santé	4	4,40
Réseau	2	2,20
Aide alimentaire	1	1,10
Aide vestimentaire	1	1,10
Autre activité	1	1,10
Municipalités	1	1,10
Total	91	100

L'ensemble de ces acteurs illustre les interventions dans différents champs - soins, prévention, promotion de la santé, accompagnement social - afin de prendre en charge les multiples besoins liés à la santé des populations vulnérables. Ces populations traversées d'un cumul de vulnérabilités, sociales, administratives, politiques [H.Astre, C.Georges-Tarragano, F.Pierru et al., 2015 ; C.Georges-Tarragano, D.Grassineau, H.Astre et al., 2017] ont des besoins qui outrepassent le soin. Ce graphe est ensuite analysé au prisme des mesures de centralité : d'intermédiarité, d'autorité, et de hub afin de caractériser plus précisément chacun des acteurs par rapport aux autres au sein du réseau.

Figure 68 : Acteurs centraux - par la centralité d'intermédiation - prenant en charge les besoins des populations vulnérables – par domaines d'activités

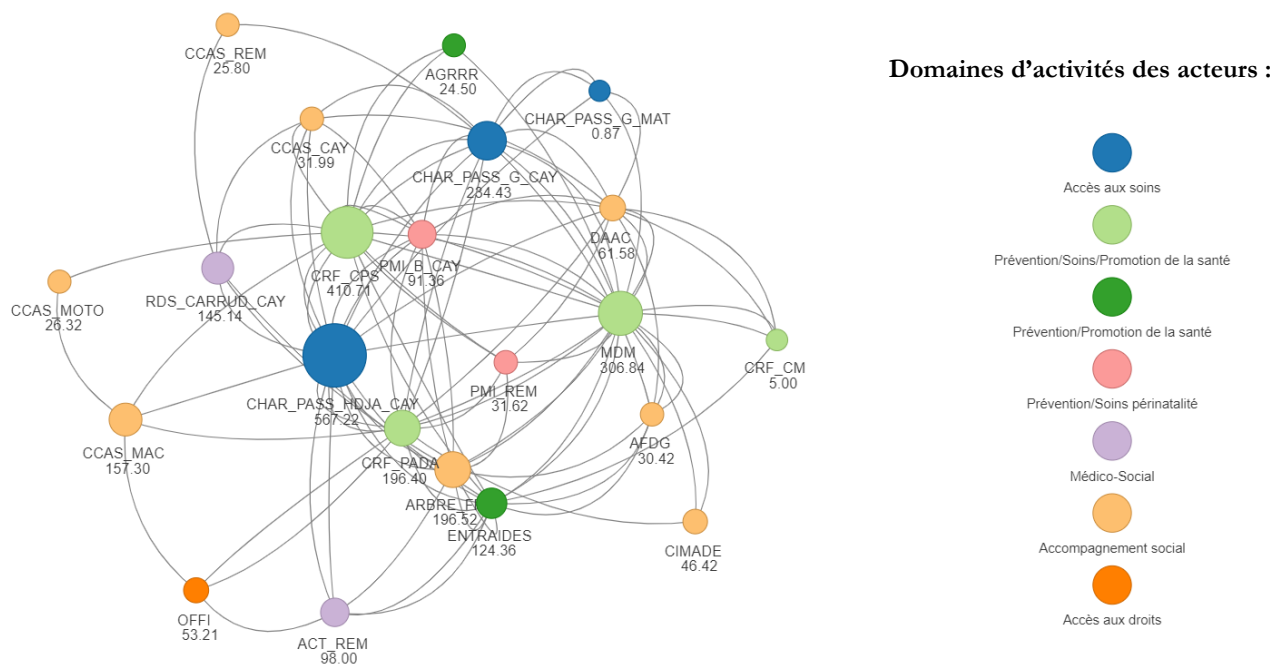


Tableau 41 : Coefficient de la centralité d'intermédiation (les 10 premiers acteurs au score élevé)

Acteurs - Acronymes	1. Centralité d'intermédiation (coefficient)
Permanence d'Accès aux Soins de Santé – Hôpital de jour – CH Andrée Rosemon CHAR – PASS - HDJA - CAY	567,22
Centre de Prévention Santé – Croix Rouge Française CPS - CRF	410,71
Médecins Du Monde MDM	306,84
Permanence d'Accès aux Soins de Santé – Générale - CH Andrée Rosemon CHAR- PASS – G - CAY	234,43
Arbre Fromager ARBRE_FRO	196,52
Croix Rouge Française – Centre de Premier Accueil des Demandeurs d'Asile CRF_PADA	196,40
Centre Communal d'Action Sociale – Macouria CCAS_MAC	157,30

Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues - Cayenne RDS_CAARUD_CAY	145,14
Entr'Aides ENTRAIDES	124,36
Appartements de Coordination Thérapeutique – Rémire-Montjoly ACT_REM	98,00

Réalisée à partir des relations relevées dans les entretiens, la figure 68 présente les acteurs intermédiaires les plus centraux du réseau (n=22). Les scores les plus élevés (tableau 41) correspondent à ceux étant des « points de passage » importants entre acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables.

Parmi les quatre premiers, deux sont des institutions aux missions d'accès aux soins (général ou spécifique) pour les plus précaires : la PASS Générale du CH de Cayenne (score = 234,43) et la PASS spécifique de l'hôpital de jour du CH de Cayenne (567,22). Deux autres sont des associations aux missions de prévention/soins/promotion de la santé : le Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française (410,71) et l'Organisation Non Gouvernementale Médecins du Monde (306,84).

Cette mesure faisant apparaître les acteurs faisant office de « lien le plus court » entre deux acteurs peut conduire à surreprésenter les acteurs qui émettent de nombreuses relations sans qu'ils n'en soient nécessairement d'importants récepteurs. Ainsi afin de préciser le rôle des acteurs, en particulier dans leurs capacités à attirer les liens des structures ou à les redistribuer, les mesures de centralité « d'autorité » (*Kleinberg's authority centrality scores*) (figure 69) et de « hub » (*Kleinberg's hub centrality scores*)²⁴⁰ (figure 70) sont appliquées à l'ensemble des acteurs.

1.2 Des rôles différenciés des acteurs dans la prise en charge des soins de santé des populations vulnérables

²⁴⁰ Rappel : Les sommets faisant autorité sont des sommets qui possèdent un nombre important de liens entrants en provenance des hubs. Les sommets faisant hub sont des sommets qui ont de nombreux liens sortants vers des sommets faisant autorité.

Figure 69 : Acteurs centraux « d'autorité » impliqués dans la prise en charge les besoins des populations vulnérables – par domaines d'activités

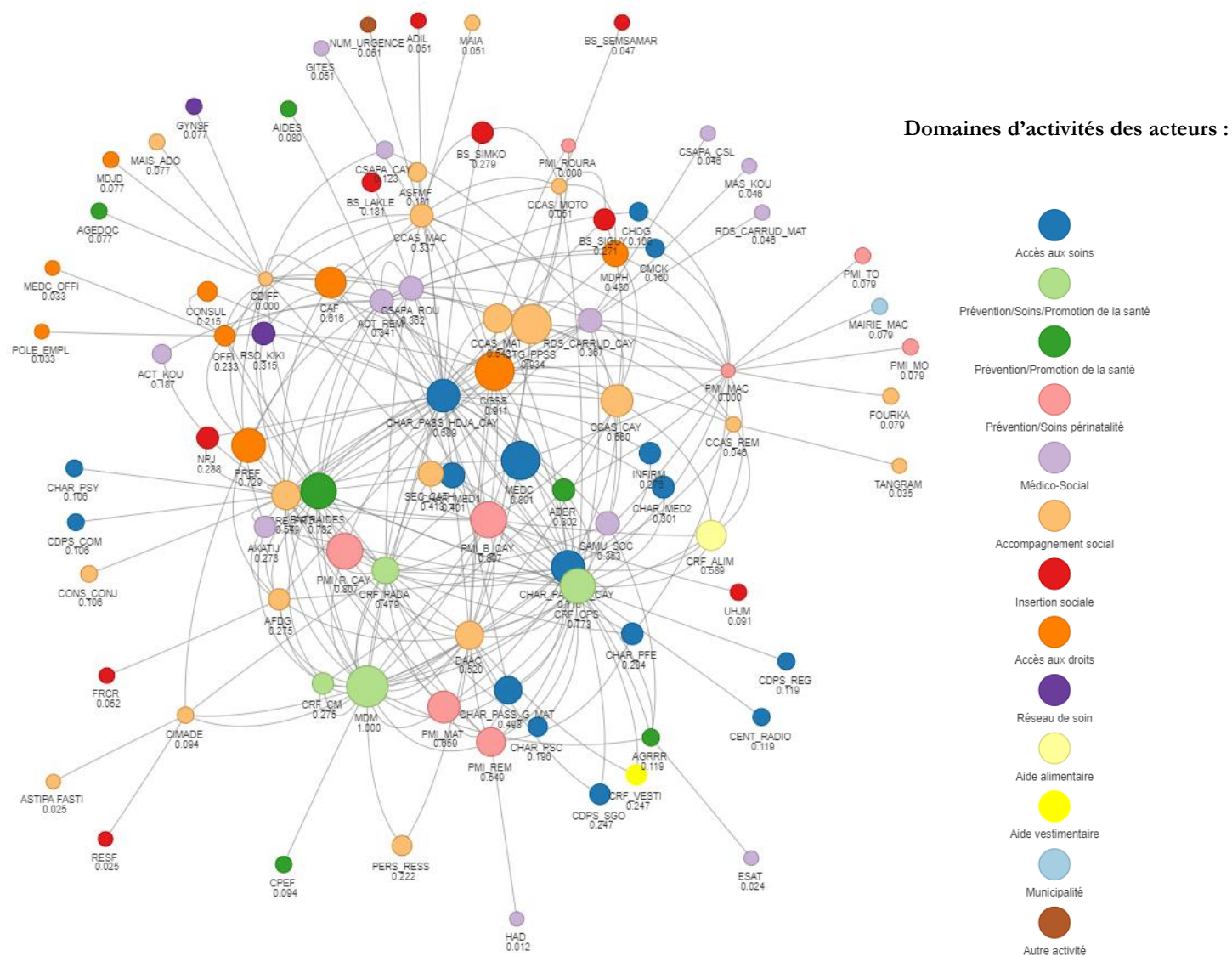


Figure 70 : Acteurs centraux de hubs – impliqués dans la prise en charge les besoins des populations vulnérables – par domaines d'activités

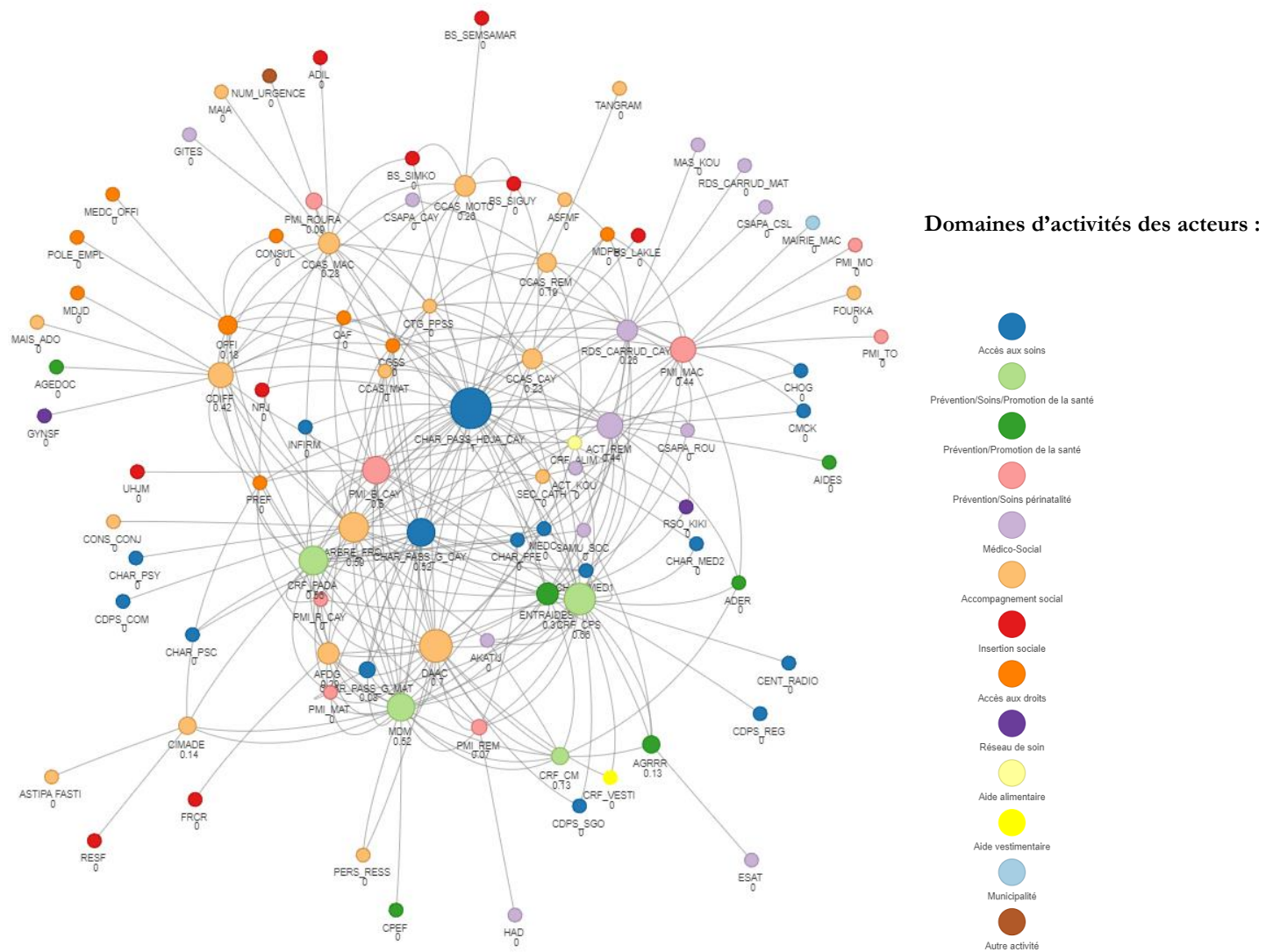


Tableau 42 : Mesure de « hubs » et « d'autorité » (Kleinberg's hub/ authority centrality scores) des acteurs (les 10 premiers scores les plus élevés)

Acteurs - Acronymes - AUTORITE	2-Score de centralité (autorité)	3-Score de centralité (hub)	Acteurs - Acronymes HUBS
Médecins Du Monde MDM	1,00	1,00	Permanence d'Accès aux Soins de Santé – Hôpital de jour – CH Andrée Rosemon CHAR – PASS - HDJA - CAY
Collectivité territoriale de Guyane – Pôle Prévention Solidarité et Santé CTG - PPSS	0,93	0,70	Association DAAC Développement, Animation, Accompagnement, Coopération DAAC
Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane CGSS	0,91	0,66	Centre de Prévention Santé – Croix Rouge Française CPS - CRF
Médecins libéraux	0,89	0,59	L'Arbre Fromager ABRE-FRO
Centre de Protection Maternelle et Infantile – Barrat – Cayenne PMI – B - CAY	0,81	0,56	Centre de Consultation des Demandeurs d'Asile - Croix Rouge Française CRF - PADA
Centre de Protection Maternelle et Infantile – Ronjon – Cayenne PMI – R - CAY	0,81	0,52	Permanence d'Accès aux Soins de Santé – Générale - CH Andrée Rosemon CHAR- PASS – G - CAY
Association Entr'Aides ENTRAIDES	0,78	0,52	Médecins Du Monde MDM
Centre de Prévention Santé – Croix Rouge Française CRF - CPS	0,77	0,50	Centre de Protection Maternelle et Infantile – Barrat - Cayenne PMI – B - CAY
Préfecture PREF	0,73	0,44	Appartement de Coordination Thérapeutique – Rémire-Montjoly ACT_REM
Permanence d'Accès aux Soins de Santé – Générale - CH Andrée Rosemon CHAR_PASS_G_CAY	0,72	0,44	Centre de Protection Maternelle et Infantile – Macouria PMI_MAC

Le tableau 42 présente les 10 premiers scores de centralité d'autorité et de hub les plus élevés qui ont été appliqués à chacun des acteurs. Etant donné que chacun des acteurs est caractérisé par deux degrés d'importance²⁴¹, retenir les 10 premiers acteurs d'autorité et de hub (aux scores élevés) permet de saisir quels sont les acteurs qui sont de « bons hubs » puisqu'ils citent des relations vers de « bonnes autorités »; et quels acteurs sont de « bonnes autorités » puisqu'ils sont cités par de « bons hubs ».

Sept acteurs se positionnent uniquement en « autorité » (figure 69) : le Pôle Prévention Solidarité et Santé de la Collectivité territoriale de Guyane (0,93), la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane (0,91), les Médecins libéraux (0,89), les Centres de Protection Maternelle et Infantile – Barrat et Ronjon de Cayenne (0,81), Entr'Aides (0,78) et la Préfecture de la Guyane (0,73).

Sept se positionnement en nœuds « redistributeurs » (hubs) (figure 70) : la PASS de l'Hôpital De Jour (HDJ), l'Association Développement, Animation, Accompagnement, Coopération (0,70), l'Arbre Fromager (0,59), le Centre de Consultation des Demandeurs d'Asile - Croix Rouge Française (0,56), les Appartements de Coordination Thérapeutique – Rémire-Montjoly (0,44), le Centre de Protection Maternelle et Infantile – Macouria (0,44).

Trois structures (en gras dans le tableau 42) présentent cependant un double rôle avec des scores d'autorité et de hub élevés : le Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française (score d'autorité = 0,77 et score de hub = 0,66), Médecins du Monde (1 et 0,52), et la PASS Générale du CH de Cayenne (0,72 et 0,52). Si leurs fonctions d'acteurs intermédiaires sont communes, leurs rôles et missions identifiées par les mesures de l'analyse de réseau se différencient (figure 71).

En croisant les mesures de centralité d'intermédiarité ainsi que celles d'autorité et de hub, les 4 premiers acteurs centraux intermédiaires sont retrouvés parmi les 10 premiers acteurs d'autorité et/ou de hub. Deux associations, le Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française²⁴² (CPS de CRF) et Médecins Du Monde²⁴³ (MDM) repérées en tant qu'acteur intermédiaires se situent à la fois du côté des acteurs « d'autorité » et de « hub ». Toutefois ces deux acteurs ont un score de centralité d'autorité plus élevé (respectivement 0,77 et 1). Ainsi, s'ils constituent d'importants points de passage dans la prise en charge des populations vulnérables, ils « captent » aussi les individus « orientés » des structures « hub » (figure 71). Dans le domaine de l'accès aux soins, parmi deux institutions repérées en tant qu'acteur intermédiaire, la PASS Générale du CH de Cayenne²⁴⁴ se situe à la fois du côté des acteurs « d'autorité » et de « hub » avec un plus

²⁴¹ Pour rappel : le degré d'hubité d'un acteur est égal à la somme des degrés d'autorité des acteurs qu'il cite. Le degré d'autorité d'un acteur est égal à la somme des degrés d'hubité des acteurs qui le citent.

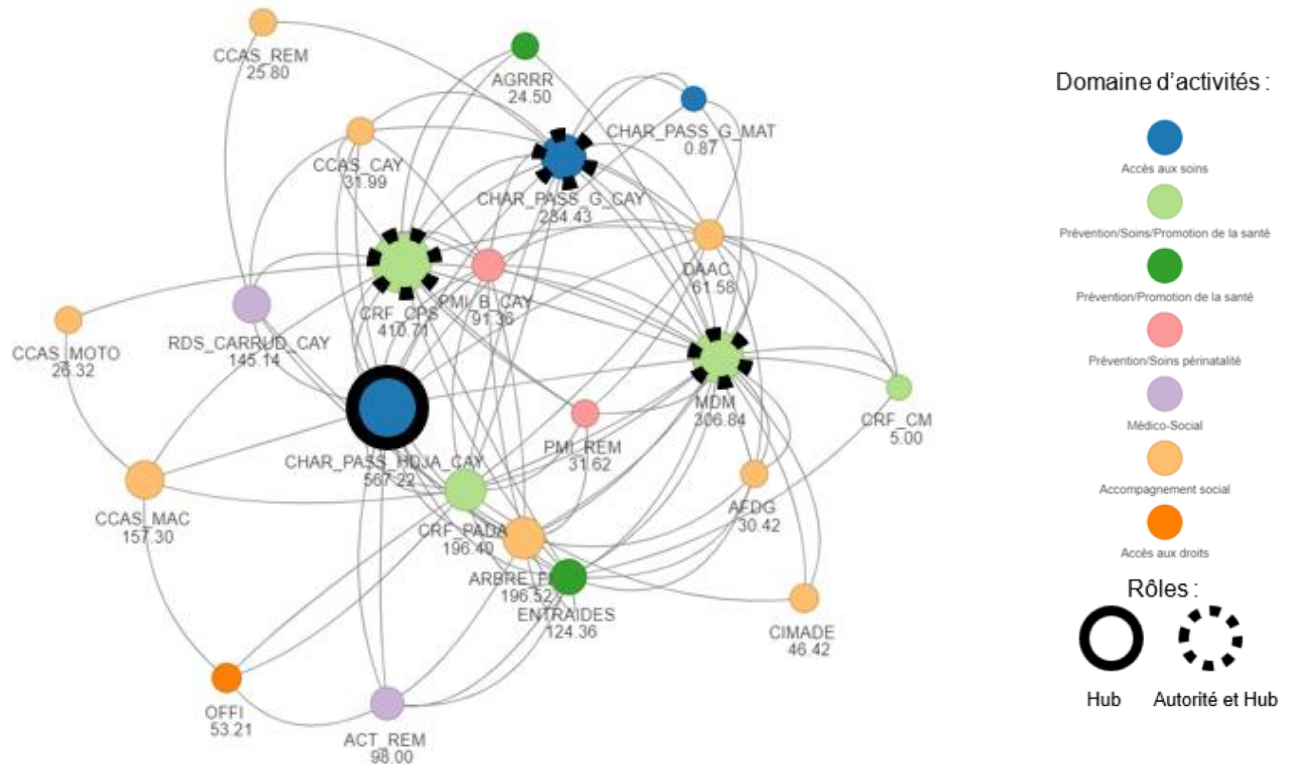
²⁴² Le CPS est chargé de la vaccination des plus de 6 ans, du dépistage des IST et de la Lutte Antituberculeuse. CRF est implanté via des délégations en Guyane [Data.Gouv, 2016] et exerce certaines de ses missions dans le cadre de contractualisations [Guyane.Gouv, 2018]

²⁴³ Il assure des missions en camion mobile dans les quartiers les plus précaires (ateliers de prévention et promotion de la santé, consultations de médecine générale, dépistage)

²⁴⁴ PASS : Permanence d'accès aux Soins. Dispositif créé en 1998 suite à la loi contre les exclusions. Elles accueillent notamment les personnes n'ayant aucune couverture sociale et les personnes migrantes en situation irrégulière.

haut score d'autorité (0,72). Ainsi, cette PASS en plus de constituer un point de passage important dans la prise en charge des populations, « capte » aussi les individus orientés par les structures « hub ». A contrario, la PASS de l'Hôpital De Jour (HDJ) figure uniquement parmi les 10 premiers acteurs « hub ». Son rôle est donc plus d'orienter les individus vers des structures d'« autorité ».

Figure 71 : Acteurs à forte centralité d'intermédiarité dans la prise en charge des populations et rôles respectifs²⁴⁵



Plusieurs éléments peuvent expliquer ces rôles. Premièrement, concernant le CPS de CRF, MDM et la PASS Générale de Cayenne, ces structures agissent en grande majorité pour un public sans ouverture de droits à la santé, économiquement précaire et migrant²⁴⁶.

Elles ont des missions spécifiques respectives en matière d'offre : la prévention vaccinale, le dépistage des IST et la Lutte Antituberculeuse pour CRF ; la prévention (dépistage pat TROD, consultation de médecine générale) et la promotion de la santé « hors les murs » pour MDM ; et l'accès aux soins et l'accompagnement social (en structure hospitalière) pour la PASS générale du CH de Cayenne. Concernant le service de la PASS

²⁴⁵ Dans ce graphe (mesures de centralité d'intermédiarité) aucun acteur figurant n'est repéré strictement comme ayant un rôle d'autorité

²⁴⁶ Les entretiens passés relatent « A Cayenne (...) pour retenir c'est deux tiers à trois quarts de migrants sans couverture sociale et tout le reste de la population générale tout milieu social », Croix Rouge Française, le 02/05/2017.

« (...) c'est selon les quartiers (...) une population qui est présente depuis plus longtemps sur le territoire. Avec différentes nationalités, que ce soit des brésiliens, des surinamiens, Georges-Towniens et un petit peu d'africains » MDM, le 02/04/2017.

« En totalité des étrangers c'est 99 % des migrants on doit être à 60,70 % de primo-arrivant nous c'est en grande majorité des patients qui sont arrivés sur le territoire depuis moins de 6 mois. » PASS Générale du CH de Cayenne, 29/03/2017

spécifique de l'HDJ, positionné également en tant qu'acteur intermédiaire, il intervient auprès d'un public en situation de vulnérabilité aux pathologies spécifiques. Dans la mesure où il est en capacité d'orienter et d'accompagner les populations auprès des partenaires pouvant répondre à leurs besoins sanitaires et sociaux, il se positionne en rôle prédominant de « hub » (encadré 24).

Encadré 24 : Un double rôle « d'autorité » et de « hub » pour des acteurs

« (...) **les gens viennent nous voir que pour ce que l'on fait c'est-à-dire du vaccin et du dépistage.** (...) Et si en discutant on découvre s'autres pathologies, alors soit connues mais en rupture thérapeutique par exemple ou soit pas connues, ben si on n'est pas capable de les soigner nous-même, ben **on oriente vers qui de droit à l'hôpital.** Pour éviter que ce soit systématiquement la PASS, pour essayer au maximum de privilégier les filières d'accès directes. », CRF, 02/05/17

Les acteurs en relation « Ils sont nombreux, euh ben CRF, PASS, les PMI, planning familial. Qui d'autre, toutes les associations style Entraides, DAAC, Arbre fromager, euh Samu social, l'association euhh... là j'ai envie de dire de toutes les cocher ! Cimade. »

« **On a des personnes qui reviennent,** d'autres non. Donc **on arrive à savoir qu'elles ont été prises en charge,** qu'elles ont été au CCAS, elles ont fait leur domiciliation, elles ont été à la sécu, oui après elles ont été à la PASS, puis après... et tout roule quoi. », MDM, le 25/05/2017.

D'autres acteurs « d'autorité » et de « hub » sont identifiés (tableau 42.2 et 42.3). Le Pôle Prévention Santé Solidarité de la Collectivité Territoriale de Guyane (CTG – PPSS) et la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guyane (CGSS) exercent respectivement dans le domaine de l'accompagnement social (via les assistantes sociales de secteur), de l'accès aux droits (couverture sociale) et sont des acteurs d'autorité (0,91 et 0,93). La CGSS capte de nombreux liens des acteurs qui orientent (hubs), car elle est la seule structure permettant aux populations sans couverture sociale d'ouvrir leurs droits. De même, le PPSS de la CTG se positionne en « autorité », puisqu'il a des services d'accompagnement social aux pluri-compétences dévolues par la loi (assistantes sociales de secteurs, aide à l'enfance, etc.) vers lesquels les acteurs peuvent orienter les populations vulnérables. Les médecins libéraux (score d'autorité : 0,89), eux aussi, sont sollicités par les acteurs qui orientent (hubs), dans la mesure où ils peuvent constituer non seulement une alternative à l'offre et à l'orientation dans l'accès aux soins mais aussi faciliter le repérage et le suivi des populations. Quant à l'association DAAC²⁴⁷ (score de hub : 0,70) est en capacité d'accompagner et d'orienter les populations vers les autres acteurs via ses missions de médiation sociale, culturelle et en santé. Enfin, le Premier centre d'Accueil et de consultation des Demandeurs d'Asile de la CRF (score de hub = 0,56) offre pour les personnes primo-arrivantes et demandeuses d'asile une série de services médicaux et sociaux (visite médicale approfondie, vaccination, dépistage... ; pré enregistrement administratif auprès de l'OFFI, domiciliation postale...) et peut les orienter vers d'autres structures.

²⁴⁷ Association DACC : Développement, Accompagnement, Animation, Coopération, reprise sous sa forme actuelle en 2005 (créée en 2000 par les habitants du quartier Arc en Ciel BP 134). Elle agit, principalement et entre autres, dans la médiation et l'accompagnement social en santé.

Concernant les relations de prise en charge établies entre les acteurs, elles sont notamment informelles (71,1% des liens). Ainsi, si la demande de « (...) formalisation de la coordination n'empêche pas le maintien de pratiques informelles comme l'illustre la manière dont se déroule le suivi des patients dans les différents réseaux » [M.Robelet, M.Serré, Y.Bourgeuil, 2005]. La nature même de ces relations, majoritairement informelles, interroge alors l'objectif et la terminologie de la « coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers » visé dans la loi de 2016 puisque cette « coordination » des acteurs appelle de manière sous-entendue la notion de « partenariat » entre les acteurs puisque le processus de coordination réfère à l'aspect organisationnel du partenariat [A.C Moreau et al., 2005, p.152].

Plusieurs arguments des acteurs permettent d'étayer ces analyses (encadré 25) et expliquent les raisons des relations de collaboration non formalisées, entre acteurs institutionnels et associatifs ou entre acteurs associatifs différents. Premièrement la raison du « bon sens » lié à la pratique professionnelle de l'accompagnement des patients est évoquée, les acteurs se contactent entre eux pour orienter les patients. Deuxièmement, pour certains acteurs, des liens entre acteurs sont perçus comme immuables, et ne nécessitent donc pas la mise en place de conventions de partenariats dans le cadre de la prise en charge des patients. Troisièmement, et notamment pour les acteurs associatifs, les liens ne sont pas formalisés en raison des apprentissages mutuels et de la relation de confiance que les acteurs ont entre eux. Toutefois certains acteurs reconnaissent que « *C'est vrai que si on commence à, à avoir un différend avec la personne et bah c'est fini. (...) Ça reste des partenariats fragiles* », PASS HDJ du CH de Cayenne. Enfin, le manque de temps et l'important turn-over des professionnels de santé en Guyane ne facilite pas la mise en place d'une coordination. Les professionnels de santé sur place doivent sans cesse informer les nouveaux des liens établis, mais ce temps d'échange est parfois difficile à trouver dans la mesure où les professionnels de santé gèrent en flux tendu les consultations des patients (encadré 25)²⁴⁸.

Encadré 25 : Des liens présents entre les acteurs, mais formellement invisibles

« (...) (Assistante sociale 1) il n'y a rien de formalisé. (Assistante sociale 2) Oui, voilà, voilà **ce n'est pas formalisé** mais..., (Assistante sociale 1) Après c'est à nous aussi d'entretenir ce partenariat. (...) (Assistante sociale 1) De toute façon je pense que les gens comprennent bien que **c'est dans l'intérêt des personnes qu'il s'agit de travailler ensemble** », PASS HDJ du CHAR, le 15/05/2017

« Avec Médecins du Monde de la Croix-Rouge, **il n'y a pas d'écrits c'est très ancré**. Il n'y a rien d'écrit, mais même si je pars, ça continuera comme ça parce que c'est vraiment... moi quand je suis arrivée il y a 4 ans, c'était déjà comme ça. Médecins du Monde et la Croix Rouge, on est toujours... **c'est le parcours**. », PASS Générale du CH de Cayenne, le 29/03/2017

« Bon tu vois **les associations par exemple ce sont des vrais partenaires et ce n'est pas formalisé**. Mais là c'est vraiment parce que **on a des objectifs communs et que l'on veut travailler ensemble et que l'on n'a jamais vu la nécessité d'aller faire une convention** non plus quoi. Ça n'apporterait rien. **On est sur des relations de confiance** que l'on construit ensemble », DACC, le 09/05/2017

« (...) théoriquement il faudrait que régulièrement j'arrive à faire le tour des services pour aider les médecins, pour expliquer comment ça fonctionne. Surtout qu'ici il y a surtout un gros turnover des personnels, donc **il y a plein**

²⁴⁸ Ce constat figure également dans le rapport du PRS 1 « La difficulté à organiser les parcours de santé coordonnés. La coopération entre établissements et entre professionnels du soin est très variable et dépend en grande partie de l'investissement individuel » [Regard Santé, 2017, p.34].

de gens qui arrivent et qui ne savent pas. Donc moi je travaille un peu beaucoup avec les mêmes, mais pas toujours...et pas avec tous. Donc il faudrait que j'aille faire de l'information mais j'avoue que j'ai un peu de mal à le faire. On a un petit peu **le quotidien des patients qui se présentent là comme ça, tout le temps, et donc du coup, c'est difficile de dégager du temps.** », PASS du CHAR – le 29/03/2017.

Si cette première analyse peut permettre d'apporter une lecture générale de l'organisation des acteurs dans la prise en charge des populations, ces mesures ne permettent cependant pas d'identifier des relations « privilégiées » qui existeraient entre les acteurs : selon leurs statuts ou domaines d'activités. Néanmoins, les extraits des entretiens (encadré 25) apportent des indices concernant ces relations et invitent à affiner l'analyse de ces dernières entre les acteurs. C'est pourquoi, afin de préciser s'il existe des formes de relations plurisectorielles (par exemple entre professionnels qui agissent dans deux domaines d'activités différents : l'accès aux soins/l'accompagnement social), cette analyse peut être approfondie par des mesures effectuées sur les réseaux relationnels individuels des acteurs (*egos*) afin de dresser une typologie des collaborations selon les statuts des acteurs et leurs domaines d'activité.

2 - Les dynamiques des liens entre acteurs prenant en charge les populations : échanges relationnels entre acteurs de mêmes statuts mais des « ouvertures » vers différents domaines d'activité

L'objectif de cette analyse fondée sur les réseaux individuels des acteurs (égo-réseaux) vise à apporter un éclairage supplémentaire sur la structuration des acteurs. Ici, au lieu de faire ressortir individuellement certains acteurs comme précédemment, il s'agit plutôt de mieux comprendre les structurations relationnelles similaires ou dissimilaires des acteurs (basés sur les statuts et les domaines d'activités) sous-jacentes à ce collectif d'acteurs en lien. L'objectif de cette typologie est d'éclairer la territorialisation sanitaire en cours du point de vue de la collaboration pluridisciplinaire entre les acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables.

2.1 Une typologie de groupes d'acteurs en fonction de leurs modalités relationnelles et de leurs périmètres d'intervention

Dans un premier temps, une analyse en composantes principales (ACP) ou (*Principal Component Analysis, PCA*)²⁴⁹ permet d'étudier les *egos* réseaux décrits par plusieurs variables. L'hypothèse sous-jacente à cette analyse est qu'il existe des acteurs, caractérisés par leur statut et leurs domaines d'activités, qui sont plus à

²⁴⁹ URL : < <http://www.statsoft.fr/concepts-statistiques/analyse-en-composantes-principales/analyse-en-composantes-principales.htm> »

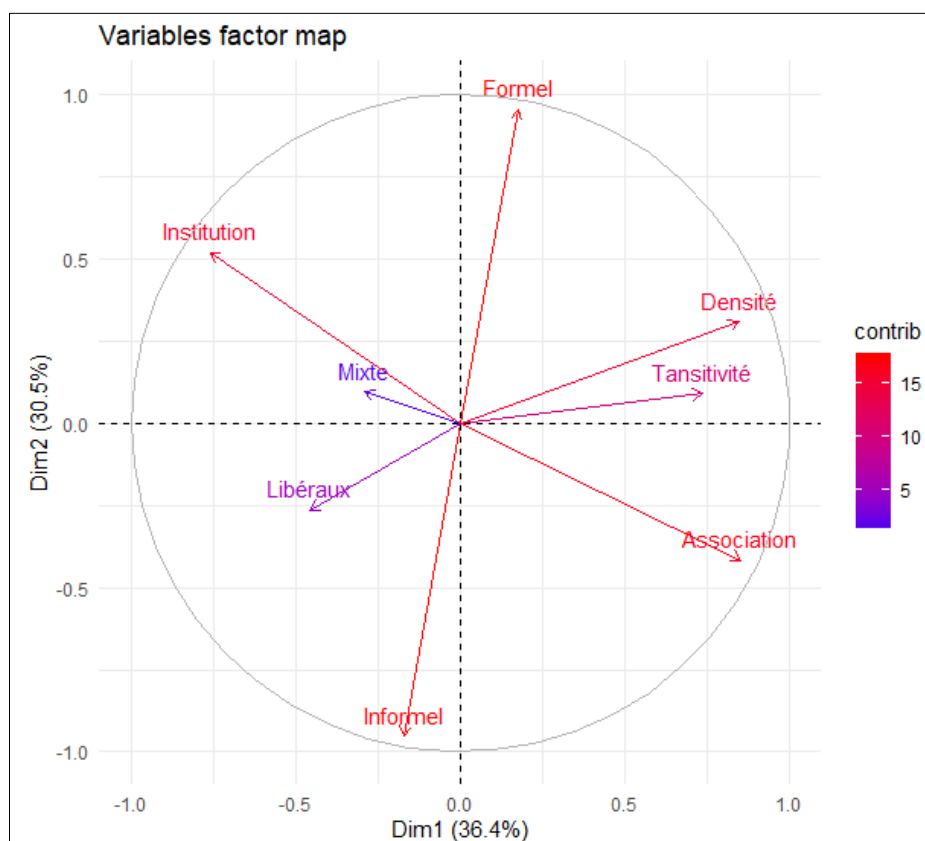
même d'établir des liens relationnels similaires pour la prise en charge des populations. De cette manière, dans cette ACP, les *egos* sont définis — par les variables d'attribut suivantes : les statuts comprenant les Institutions, les Associations, les Libéraux, les acteurs Mixtes²⁵⁰ ; les types de liens soit Formels et Informels ; les variables mesurées que sont la densité, la transitivité. L'objectif de l'ACP est d'identifier les directions (axes principaux ou composantes principales) le long desquelles la variance des données est maximale. La quantité de variance expliquée par chaque axe factoriel est mesurée par sa valeur propre. Pour plus de représentativité, l'objectif est d'atteindre au moins 50% d'explication via les deux axes factoriels principaux. Avec les deux premiers axes factoriels, la variance est expliquée à hauteur de 66,95% (respectivement 36,45 % et 30,5 %) (tableau 43)

Tableau 43 : Variance des données expliquée par les axes de l'ACP effectuée à partir des egos-réseaux des acteurs

Axes	Valeur propre	Pourcentage de variance (%)	Pourcentage cumulé de variance (%)
1	2.92	36.45	36.45
2	2.44	30.50	66.95
3	1.14	14.30	81.25
4	0.75	9.35	90.60
5	0.52	6.45	97.05
6	0.22	2.78	99.83
7	0.01	0.17	100.00

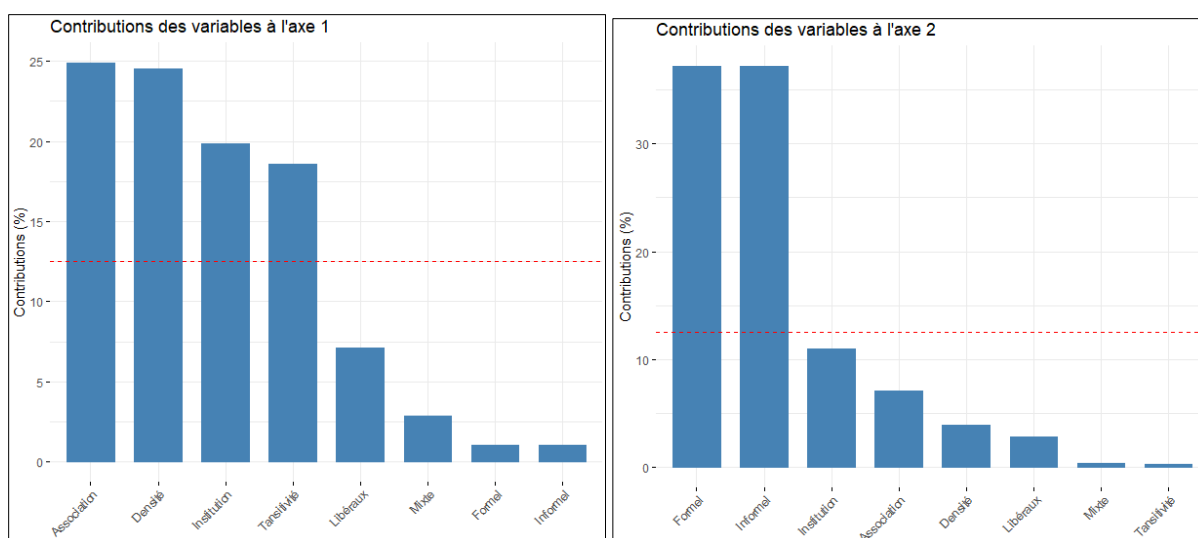
²⁵⁰ Par exemple : les bailleurs sociaux au capital social partagé entre collectivité territoriale, communes ...

Figure 72 : ACP des egos-réseaux des acteurs



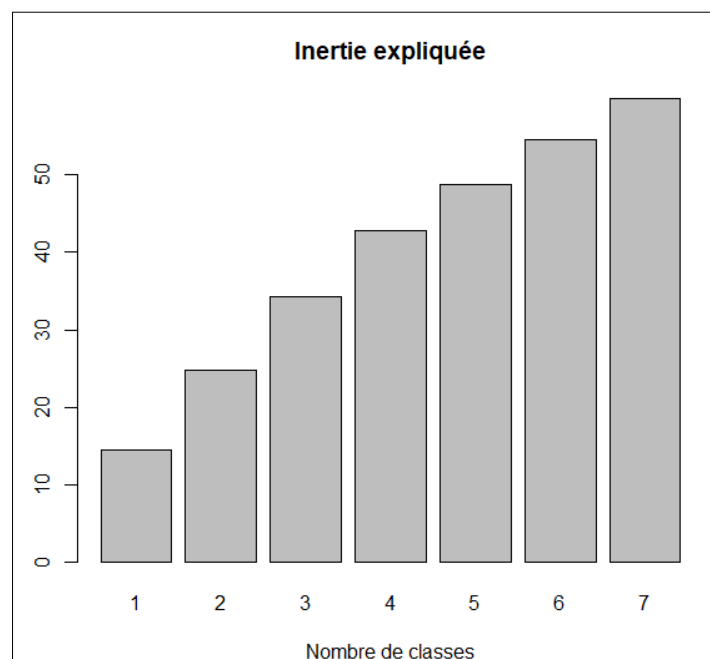
Les variables contributives sur l'axe 1 opposent les types de statut (« association » et « institution ») et sur l'axe 2, les types de liens (« formel » et « informel ») (figures 72, 73, annexe 28).

Figure 73 : Détails des variables contributives aux axes factoriels 1 et 2



Dans un second temps, la Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) sur les résultats de l'analyse factorielle (ACP) avec la méthode HCPC²⁵¹ (Hierarchical Clustering on Principal Components ou classification hiérarchique sur composantes principales) a été réalisée sur le logiciel *RStudio*²⁵². Elle permet d'appliquer les méthodes de classification sur les résultats des analyses factorielles et d'établir une typologie des acteurs tout en mettant l'accent sur les modalités d'organisation des différents groupes d'acteurs. L'inertie expliquée à hauteur de 50%²⁵³ est suggérée à 5 classes (clusters), mais ce découpage isole deux classes contenant un seul acteur (annexe 29). C'est pourquoi, une classification à quatre classes a été effectuée bien que l'inertie expliquée passe à 45% (figure 74).

Figure 74 : Inertie expliquée selon le partitionnement



Cette CAH à 4 classes permet d'agréger dans une seule classe un des acteurs isolés dans la CAH à 5 classes. De plus les axes principaux associées aux classes (dimensions 1 et 2) figurent au moins l'un ou l'autre dans les 4 groupes (annexes 29 et 30). La CAH sur l'ACP suggérée permet ainsi de regrouper 25 acteurs²⁵⁴ en quatre groupes (figure 75).

²⁵¹ HCPC pour Hierarchical Clustering on Principal Components (ou classification hiérarchique sur composantes principales). Réalisée avec le logiciel *RStudio*, elle combine les méthodes de classification (CAH et k-Means) et les méthodes de composantes principales (ACP, AFC, AFM, etc). En d'autres termes, elle applique les méthodes de classification sur les résultats des analyses factorielles (ACP, ACM, AFM, etc), URL: <<http://www.sthda.com/french/articles/38-methodes-des-composantes-principales-dans-r-guide-pratique/87-cah-classification-ascendante-hierarchique-dans-r-avec-factominer-cours/>>

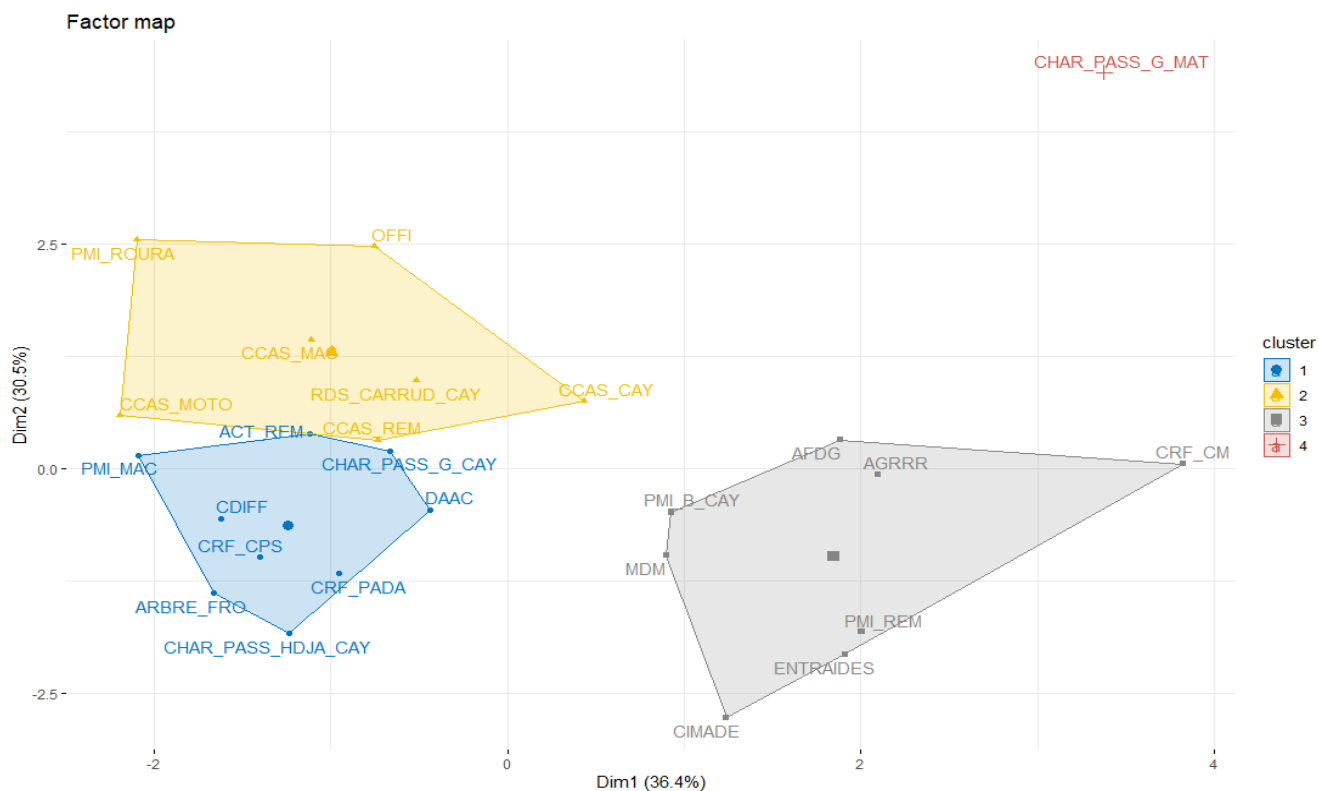
²⁵² Ce logiciel a été choisi dans la mesure où il permet de traiter rapidement un volume de données important et d'obtenir des graphiques pour visualiser les analyses.

²⁵³ Afin de choisir le nombre de classes de la CAH, il est regardé l'inertie selon le partitionnement. L'objectif étant d'atteindre les 50% d'inertie expliquée par le nombre de classes de la CAH pour plus de représentativité.

²⁵⁴ Dans la CAH le nombre d'acteurs passe de n=26 egos réseaux d'acteurs à n=25 egos réseaux d'acteurs dans la mesure où certains d'entre eux avaient des liens entrants mais non sortants dans les bases de données.

Chaque classe est formée par des acteurs (egos) caractérisés par les variables (statut, domaines d'activités, densité et transitivité) (annexe 31) ; et par les acteurs qu'ils ont en lien (alters). Ces caractéristiques permettent de répartir les acteurs au sein des classes par similarité, et de les différencier entre les classes constituées (tableau 44, annexes 33, 34).

Figure 75 : CAH en 4 classes des egos selon les variables de statut, de type de liens, de transitivité et de densité



Groupe 1 : Institutions et associations du soin ouvertes vers les acteurs de l'accès aux droits

Groupe 2 : Institutions de l'accompagnement social et de l'accès aux droits ouvertes vers les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.

Groupe 3 : Associations de prévention, du soin, de la promotion de la santé ouvertes vers les acteurs de l'accès aux soins et aux droits

Groupe 4 : Acteur institutionnel isolé agissant dans l'accès aux soins

Tableau 44 : Tableau de synthèse des caractéristiques des groupes d'egos et de leurs relations

Classes	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Egos Acteurs du groupe Par Statuts (%)	Institutions 44% (4) Associations 56% (5)	Institutions 100% (7)	Institutions 25% (2) Associations 75% (6)	Institutions 100% (1)
Egos Acteurs du groupe par Domaines d'Activités (%)	Accompagnement social 33,33% (3) Accès aux soins 22,22% (2) Prévention_soins_Promo_santé 22,22% (2) Médico-Social 11,11% (1) Prévention_soins_perinat 11,11% (1)	Accompagnement social 57,14% (4) Accès aux droits 14,29% (1) Médico-Social 14,29% (1) Prévention_soins_perinat 14,29% (1)	Prévention_Promo_santé 25% (2) Accompagnement social 25% (2) Prévention_soins_Promo_santé 25% (2) Prévention_soins_perinat 25% (2)	Accès aux soins 100%
Relations des acteurs des classes avec les alters par statuts (x moy du %)	Association 31,67 Institutions 61,41 Libéraux 6,37 Mixte 0,68	Institutions 70,19 Association 21,90 Mixte 6,97 Autre statut 0,96	Association 68,88 Institutions 28,63 Autre statut 2,50	Association 40 Institutions 60
Relations les plus caractéristiques des classes d'acteurs avec les alters par domaines d'activités (x moy du %)	Accès aux soins 23,86 Prévention_soins_perinat 14,30 <i>Aide vestimentaire 0,94</i> Réseau 1,73 <i>Politique municipale 0,66</i>	Insertion sociale 7,91 Accompagnement social 34,89 Accès aux droits 22,17 <i>Aide alimentaire 3,73</i>	Médico-Social 14,66 Prévention_soins_Promo_santé 29,14 Prévention_Promo_santé 8,50	Accès aux soins 40
Détail des autres relations des classes d'acteurs avec les alters par domaines d'activités (x moy du %)	Médico-Social 8 <i>Prévention_Promo_santé 6,23</i> <i>Insertion sociale 1,90</i> Accompagnement social 21,05 Accès aux droits 12,04 <i>Aide alimentaire 2,19</i> Prévention_soins_Promo_santé 7,10 <i>Aide vestimentaire 0,94</i>	Médico-Social 11,97 <i>Prévention_Promo_santé 0,96</i> <i>Accès aux soins 6,94</i> Prévention_soins_Promo_santé 7,30 <i>Autre activité 0,96</i> Prévention_soins_perinat 3,21	<i>Médico-Social 14,66</i> <i>Insertion sociale 4,78</i> Accompagnement social 22,53 Accès aux droits 7,19 Accès aux soins 8,64 <i>Aide alimentaire 0,78</i> <i>Réseau 1,04</i>	Accompagnement social 20 Accès aux soins 40 Prévention_soins_Promo_santé 20 Prévention_soins_perinat 20
Type de liens des acteurs par classe (x moy)	Formel 25,22 Informel 74,78	Formel 43,29 Informel 56,71	Formel 25 Informel 75	Formel 83 Informel 17
Transitivité des egos -réseaux (x moy)	0,36	0,31	0,49	0,92
Densité des egos-réseaux [0-1] (x moy)	0,15	0,21	0,32	0,57

Le groupe 1 est constitué de 9 acteurs : 4 institutions (44%) et 5 associations (56%) agissant plus particulièrement dans le domaine de l'accès aux soins (22,22%) et - par rapport aux autres groupes - dans une moindre mesure dans la prévention, soins et promotion de la santé (22,22%). Les réseaux relationnels des acteurs de ce groupe sont presque exclusivement informels (74,78 % en moyenne sans convention de partenariat) avec d'autres acteurs (intra et inter groupe) de même statut (associatifs 31,67%, institutionnels 61,41%). Les réseaux relationnels des acteurs de ce groupe sont caractérisés par une ouverture qui peut être identifiée vers les acteurs au statut libéral (6,37%) puisqu'elle est l'une des variables les plus significativement associée positivement ($p=2.509458e-05$) au groupe 1. Du point de vue des domaines d'activités, les acteurs de cette classe, comparativement aux autres classes ouvrent leurs relations à des acteurs aux domaines d'activités de l'accès aux droits (12% en moyenne) et des réseaux de soins (1,73%).

Le groupe 2 est constitué de 7 acteurs exclusivement institutionnels (100%) qui agissent essentiellement dans le domaine de l'accompagnement social (57,14%), de l'accès aux droits (14,29%) et du médico-social (14,29%). Les relations avec les autres acteurs sont à part quasi égale d'ordre formelle soit avec une convention de partenariat (43,29%) et informelle (56,71% en moyenne). Bien que particulièrement en lien avec les acteurs institutionnels (70,19%) aux domaines d'activités identiques, ils s'ouvrent vers les acteurs de statut mixte (exemple : bailleurs sociaux) pour laquelle la variable est significativement associée au cluster 2 ($p=0.0084$). Les acteurs de cette classe, comparativement aux autres classes, s'ouvrent aux acteurs exerçant dans les domaines d'activités de l'insertion sociale (7,91% en moyenne), de la prévention/soins/promotion de la santé (7,30% en moyenne) et de de l'aide alimentaire (3,73% en moyenne).

Le groupe 3 est constitué de 6 acteurs avant tout associatifs (75%) dans le domaine de la prévention/soins/promotion de la santé (25%) et de la prévention/promotion de la santé (25%). Ces acteurs entretiennent essentiellement des relations informelles avec d'autres acteurs (75% en moyenne). Les relations de ces acteurs contenues dans le groupe 3, sont particulièrement tournées vers les acteurs associatifs (69%) pour laquelle la variable est plus positivement associée au cluster 3 ($p=3.080521e-05$). Du point de vue des domaines d'activités, les acteurs de cette classe, ont une ouverture vers des acteurs aux domaines d'activités plus variés que ceux qu'ils exercent initialement : le médico-social (14,66 % en moyenne), l'accès aux soins (8,64 % en moyenne) et l'accès aux droits (7,19% en moyenne). Contrairement aux autres groupes, ces acteurs, ont la particularité d'être plus transitifs (score = 0,49), signifiant qu'ils entretiennent plus de relations réciproques entre eux.

Enfin, le groupe 4 est constitué d'un acteur institutionnel agissant dans l'accès aux soins. Il est isolé dans la mesure où ses liens sont caractérisés avec les autres acteurs comme formels (83%). Ses caractéristiques se rapprochent cependant plus du groupe 1.

Ces résultats permettent d'illustrer plusieurs points. Premièrement, les acteurs institutionnels et associatifs s'organisent avant tout par eux-mêmes (sans convention), (groupes 1, 2, 3). Deuxièmement, la dynamique des liens des acteurs de différents statuts (institutionnel/associatif) reste globalement cloisonnée aux statuts

respectifs du groupe auxquels ils appartiennent (groupes 2, 3). Sans aller jusqu'à identifier un découpage, on peut toutefois noter une ouverture des relations entre différents acteurs qui exercent dans des domaines d'activités différents des leurs (accès aux soins, promotion de la santé, etc.) (groupes 1,2,3).

Cette typologie établie grâce au réseau relationnel des acteurs peut être complétée en identifiant les périmètres d'intervention dans lesquels les acteurs agissent (tableau 45, et annexe 33, 34). Ainsi, le groupe 1 est constitué d'acteurs qui ont des missions d'intervention à un niveau départemental et régional (par exemple : les services de l'Hôpital de Cayenne, la Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile de la Croix Rouge Française). Quant au groupe 2, il regroupe majoritairement des acteurs agissant à un niveau communal (par exemple : les CCAS, les PMI). Enfin, le groupe 3 regroupe une majorité d'acteurs qui interviennent à un niveau très local, dans les quartiers de la politique de la ville et/ou dans les quartiers spontanés (notamment de l'île de Cayenne). Il regroupe plus particulièrement les acteurs qui agissent en camion mobile (par exemple : Médecins du Monde, AGRRR, Entr'Aides...). En d'autres termes, tandis que les deux premiers groupes ont des missions sur les périmètres hérités de la politique de santé (ARS) et des collectivités territoriales et locales (région, département, communes), le dernier groupe se distingue par des actions dans et hors des périmètres réglementaires des QPV. Dans cette recomposition en cours, les actions mobiles (« camions mobiles ») (photographie 6) jouent donc un rôle important dans le développement de « nouveaux espaces d'action ».

Tableau 45 : Groupes de la CAH et niveaux d'intervention des acteurs

Périmètres d'action \ Groupes d'acteurs	Régional avec des actions dans l'intercommunalité (CACL)	Communal	Quartiers de L'Île de Cayenne	Total Acteurs / Groupe
Acteurs du groupe 1	7 (77,8%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Acteurs du groupe 2	1 (14,3%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	7 (100%)
Acteurs du groupe 3	1 (12,5%)	2 (25%)	5 (62,5%)	8 (100%)
Acteurs du groupe 4	1 (100%)	/	/	1 (100%)
Total Acteurs / Périmètres d'action	10 (40%)	8 (32%)	7 (28%)	25 (100%)

Le groupe 3 de cette typologie étant caractérisé par une forte transitivité (tableau 44) ; signifiant que ses acteurs ont une structure relationnelle « en triade fermées » (les *alters* des egos sont fortement en lien les uns avec les autres), nous nous intéresserons particulièrement à leur organisation. Dans cette perspective, il convient donc de préciser les conditions de leurs localisations en mobilisant la nature des liens « Stratégiques » (BD2) et « Opérationnels » (BD3) relevés dans les entretiens.

Photographie 6 : Intervention en camion mobile de Médecins du Monde dans les quartiers « Savane » et « Manguiers », le 10 mai 2019, et le 20 mai 2019 Source : E.Autrive



2.2 Des amorces de trajectoires pour les populations vulnérables ?

« Itinéraires thérapeutiques », « trajectoires de soins/de santé », « parcours de soins » sont des termes mobilisés dans les études de santé. Elles recouvrent différentes définitions et sont plus ou moins employées préférentiellement au gré des disciplines.

Les « itinéraires thérapeutiques » sont une approche, notamment employée par les anthropologues, sociologues ou psychologues, « qui se concentre sur les comportements de l'individu et le considère comme responsable de ses choix », néanmoins elle ne prend pas en compte « les contextes politiques et les rapports sociaux qui conditionnent le recours aux soins dans les pays d'accueil » [A.C.Hoyez, 2012].

La notion de « trajectoire de santé » est employée en sociologie. Sous le sens donné par A. Strauss (1992) « la trajectoire » est employée « pour parler de l'organisation de la prise en charge de la maladie par les professionnels de la santé et du social, les patients, leurs proches. Cette notion se réfère « aux chaînes d'organisation des soins : recours à différents actes médicaux, mobilisation de différents savoir-faire à différents moments, répartition des tâches entre les acteurs, le tout d'un bout à l'autre du processus de la maladie et de la guérison » [A.C.Hoyez, 2012]. Selon M. Frossard (2002), économiste du vieillissement, «

Une trajectoire est un parcours effectué par une personne ou un patient dans un dispositif d'offre de services ou de soins ; ce parcours se caractérise par des passages d'un service à un autre, par un temps de passage dans un service, par des ensembles d'aides et de soin ». La notion de trajectoire, telle qu'elle soit définie ne se réfère « (...) donc pas seulement à l'évolution de la pathologie qui est prise en considération ni au sens donné à la maladie, mais à l'ensemble des actions et des pratiques qui mettent en forme sa « gestion » [A.Pian, 2012].

Tout comme la notion de « trajectoire », le « parcours de soins », du point de vue de la santé publique n'a pas de dimension spatiale dans le système en France. Il « est la succession d'étapes conduisant l'individu à utiliser des structures de soins pour se soigner, dans le cadre strict du dispositif de santé publique » [A.C.Hoyez, 2012]. Mise en place en 2004, la notion de parcours de soins « coordonné » consiste quant à elle, à confier à un médecin généraliste désigné comme « traitant », « les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré » [ARS, 2012, p.26]. Des exceptions au parcours de soins existent, et permettent à un assuré de consulter des professionnels de santé (spécialistes) en « accès direct » (gynécologue, ophtalmologue...) [Ameli, 2021.a.b]. Enfin, et de manière plus globale, le « parcours de santé » « est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donné. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médicosocial et le social » [ARS, 2012, p.25]. Puisque cette notion de « parcours » appelle à une organisation des soins de santé en étapes d'un individu, assuré ; en raison des contraintes administratives (régularisation administrative de séjour, accès à une couverture sociale) qui pèsent sur les populations migrantes : « Il n'existe pas de parcours de soins homogènes pour les migrants, tous dépendent des structures en place, de la connaissance que les individus en ont, et de l'utilisation qu'ils en font. » [A.C Hoyez, 2011, §53]. En effet, à un moment donné ces derniers peuvent avoir des droits ouverts (de type AME) et amorcer « un parcours » puis être en rupture de droits. Dans cette perspective, nous préférons adopter le terme de « trajectoire » puisqu'elle fait référence à « une chaîne de soins » qui n'est pas nécessairement organisée, voire coordonnée. De plus, l'évolution de ces trajectoires n'est pas linéaire dans le temps, ces dernières pouvant passer différentes phases de stabilité, d'instabilité, lors de l'amélioration ou la détérioration de l'état du malade [M.Ménoret, 1999]. Cette notion illustre ici le fait que pour un même besoin de santé (sanitaire ou social), les étapes suivies entre deux individus peuvent correspondre à des acteurs ou des groupes d'acteurs différents. En somme, « (...) les lieux de soins pour les migrants varient considérablement en fonction de ce qui est disponible et négocié dans les réseaux locaux constitués des acteurs du médical, du social et du politique » [A.C Hoyez, 2011, p.§53].

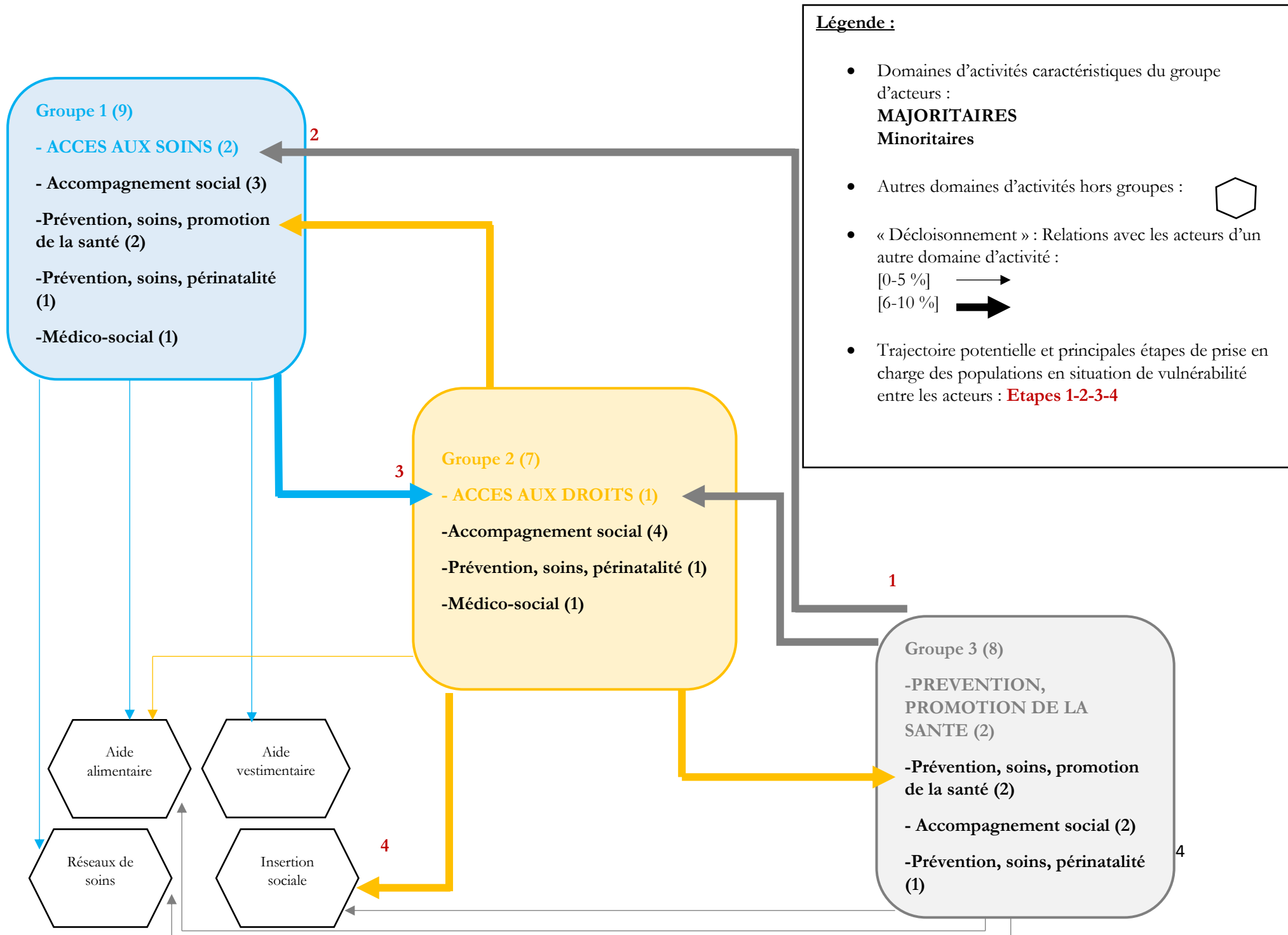
Dans ce travail, si l'on approfondit ces résultats au regard des analyses exposées précédemment, une hypothèse de « trajectoire » de prise en charge peut être avancée.

Dans cette perspective, chaque groupe d'acteurs verra ses caractéristiques du réseau relationnel schématisés. Sur la figure 76, les trois principaux groupes d'acteurs de la typologie sont représentés. Chaque groupe est précisé avec les domaines d'activité auxquels le nombre d'acteurs se rapporte (annexes 33 et 34). Les flèches indiquent les relations qu'un groupe pourrait avoir avec un autre groupe étant donné les caractéristiques de

son réseau relationnel (tableau 44 de synthèse). De cette manière, afin de représenter les formes de collaboration pluri-sectorielles (« décloisonnement » ou du moins les ouvertures) émergeant entre les acteurs, seules les relations de chacun des groupes vers d'autres groupes d'acteurs qui exercent dans un ou des domaines d'activité différents des leurs ont été représentées.

Ce schéma couplé aux résultats exposés précédemment permet d'identifier des trajectoires que suivraient les individus en situation de vulnérabilité lorsqu'ils sont pris en charge. Une semble se dessiner plus particulièrement si l'on suit cette logique du réseau relationnel des acteurs.

Figure 76 : Des structures relationnelles illustrant des trajectoires de prise en charge des populations implicites ?



Dans cette logique de trajectoire, le groupe 3 est caractérisé par des acteurs qui agissent notamment dans «la prévention, promotion de la santé » comparativement aux autres groupes. Son réseau relationnel concernant la prise en charge des populations avec des acteurs qui agissent dans d'autres domaines d'activités que lui est caractérisé par des relations avec des *alters* qui exercent dans l'accès aux soins, mais aussi l'accès aux droits. Ainsi la flèche partant du groupe 3 « prévention, promotion de la santé » s'oriente vers le groupe 1 « accès aux soins » et le groupe 2 « accès aux droits ». Cela indique que ce groupe (3) « décloisonne » ou ouvre ses relations vers deux autres groupes (1 et 2).

Puis, en partant ensuite du groupe 1, caractérisé par des acteurs agissant dans « l'accès aux soins » comparativement aux autres groupes, le réseau relationnel est caractérisé par des relations avec des *alters* qui exercent à l'évidence dans l'accès aux soins (même domaine d'activité), mais aussi vers « l'accès aux droits ». Hors, « l'accès aux droits » est représenté par des acteurs inclus dans le groupe 2. Ainsi la flèche partant du groupe 1 « accès aux soins » s'oriente vers le groupe 2 « accès aux droits ». Elle indique que ce groupe d'acteurs institutionnels et associatifs (1) « décloisonne » ou ouvre ses relations vers des acteurs du groupe caractérisé par le domaine de l'accès aux droits (2).

Partant du groupe 2, caractérisé comparativement aux autres groupes par des acteurs agissant dans « l'accès aux droits », son réseau relationnel est caractérisé avec des *alters* qui exercent dans « l'insertion sociale ». Ainsi la flèche partant du groupe 2 « accès aux droits » se dirige vers le groupe des acteurs au domaine de l'insertion sociale ».

Ce schéma couplé aux résultats exposés précédemment permet d'identifier une sorte de « trajectoire » que suivrait les individus en situation de vulnérabilité lorsqu'ils sont pris en charge.

Une trajectoire principale s'illustre donc ici à partir du réseau relationnel des acteurs prenant en charge les populations :

- Etape 1 : les populations ayant obtenu le premier contact avec les acteurs essentiellement associatifs intervenant notamment dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé (groupe 3) et agissant dans les quartiers de l'Île de Cayenne, notamment les QPV, ont la particularité d'être orientées ensuite vers
- Etape 2 : les acteurs agissant dans le domaine de l'accès aux soins (groupe 1) institutionnels et associatifs qui ont pour certains un rôle au niveau régional/intercommunal (services de l'hôpital, centres CRF) mais dont les actions sont dans la CACL puis
- Etape 3 : vers les acteurs institutionnels agissant notamment dans les domaines de l'accès aux droits et de l'accompagnement social (groupe 2) qui interviennent notamment à une échelle communale (CCAS)²⁵⁵. Enfin ces acteurs se distinguent des autres groupes puisqu'ils orientent leurs relations vers les acteurs agissant dans
- Etape 4 : le domaine de l'insertion sociale (bailleurs sociaux).

²⁵⁵ Dans ce groupe l'accès aux droits est représenté par l'OFFI qui intervient à une échelle régionale

Ainsi tandis que les associations humanitaires (CRF, MDM) développent, quant à elles, des actions dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé avec des composantes d'accompagnement et d'orientation des populations. Avec sa PASS, le Centre Hospitalier de Cayenne développe une approche pluriprofessionnelle (coordination dans les soins et collaboration avec les structures extra-hospitalières : associations, administrations...²⁵⁶) afin de rendre effectif l'accès aux droits à la santé via les assistantes sociales [C.Georges-Tarragano et al., 2017].

De fait, parce qu'ils reçoivent les mêmes publics, ces acteurs s'en trouvent rapprochés et agissent en complémentarité. Le système de santé français, historiquement clivé entre soins curatifs/prévention et promotion de la santé [M.Aquilino D.Tabuteau, 2015 ,§11] se réinvente ainsi afin de s'adapter aux besoins des populations vulnérables. Les associations aux côtés de l'hôpital - prennent peu à peu une place croissante dans le système de santé [J-F. Corty, 2011].

Illustrée avec les acteurs appartenant aux différents groupes, tout en faisant référence aux connaissances des acteurs et aux échanges recueillis auprès des populations en situation de vulnérabilité peut, par exemple, se décrire comme suit : Les populations rencontrées des acteurs faisant de la prévention et promotion de la santé en camion mobile (ex : MDM) sont orientées vers les acteurs de l'accès aux soins (ex : PASS Générale du CH de Cayenne), puis vers les acteurs qui agissent plus spécifiquement dans l'accompagnement social (ex : CCAS) qui peuvent les aider pour avoir une aide alimentaire par exemple. En ce sens, « la démarche de promotion de la santé dépasse les missions et frontières du système de santé. Elle s'intéresse à l'ensemble des déterminants de la santé et doit s'intégrer à de nombreuses politiques publiques (éducation, action culturelle, emploi, transports, sport...). Ce caractère global explique sans doute les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'actions coordonnées et cohérentes de promotion de la santé. » [M.Aquilino D.Tabuteau, 2015 ,§6].

Cette trajectoire reste grandement simplifiée au regard des réalités rencontrées. Néanmoins, la logique de prise en charge de la PASS assurant une transition vers le système de droit commun a déjà été perçue à travers une étude menée dans trente PASS de France métropolitaine et de Guyane [F.Tapié de Céleyran, H.Astre, N.Aras, D.Grassineau, T.Saint-Val, N.Vignier, et al.,2017]. Des autres trajectoires possibles et multiformes peuvent exister dans la mesure où chacun de ces différents groupes d'acteurs sont caractérisés par un domaine d'activité en particulier par rapport aux uns et aux autres, mais des groupes peuvent contenir des acteurs qui agissent dans d'autres domaines d'activité qui, quant à eux, caractérisent d'autant plus d'autres groupes. Toutefois, elle permet d'entrevoir une illustration de l'une des portes d'entrée dans le système socio-sanitaire des populations en situation de vulnérabilité et migrantes : à partir du premier contact des acteurs agissant en prévention et promotion de la santé, les individus sont ensuite orientés vers l'accès aux soins puis vers le droit commun bien que cette structuration soit établie uniquement par des liens informels entre les acteurs.

²⁵⁶ Comme le relate un extrait d'entretien portant sur le public qui se rend à la PASS pour une aide sociale : « 25 % viennent d'eux-mêmes ; 60 % adressés par l'hôpital parmi lesquels figure : 40% de pôle femme-enfant, 20% autres services de l'hôpital. ; 15 % adressés par le secteur associatif », PASS générale du CH de Cayenne, le 29 mars 2017

Conclusion du chapitre VIII

L'objectif de ce chapitre était de mieux comprendre les fonctions et rôles des acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables dans un contexte de territorialisation sanitaire au sein de la CACL. L'analyse de réseau effectuée permet de relever plusieurs points et de les mettre en perspective avec les deux premiers objectifs de la territorialisation sanitaire : un renforcement de l'action régionale et locale et un renforcement de la coordination et de la complémentarité intersectorielle entre les acteurs.

Premièrement, le réseau relationnel de l'ensemble des acteurs permet d'identifier ceux qui sortent strictement du champ de la santé (aide alimentaire, accompagnement social) mais s'y inscrivent par leur contribution à la santé globale des individus. L'analyse des positions et rôles des acteurs à l'aide des mesures de centralité utilisées permet de repérer des structures constituant des points de passage importants dans la prise en charge des populations (PASS du CH de Cayenne, CPS de la Croix Rouge Française). Elles forment une sorte d'« écosystème » où chacun a sa place à travers ses missions spécifiques. Tandis que la PASS de l'hôpital assure l'accès aux soins des personnes sans couverture sociale, des associations humanitaires comme la Croix Rouge Française en Guyane exerce ses missions spécifiques localement – certaines dans le cadre de contractualisations : prévention (vaccination des plus de 6 ans, Lutte Anti Tuberculeuse, dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (en centre et en camion mobile), Plateforme Alimentaire, organisation d'une filière de soins intégrée pour les demandeurs d'asile (PADA) en partenariat avec les institutions (préfecture de Guyane, OFFI depuis 2017). Quant à l'association Médecins du Monde, elle exerce ses missions de prévention et de promotion de la santé dans les quartiers les plus précaires particulièrement via les équipes mobiles. Enfin d'autres associations, locales, participent à cet ensemble, par exemple la DAAC facilite la médiation en santé entre professionnels et publics en difficultés.

Deuxièmement, si cette structuration générale repose avant tout sur des collaborations entre acteurs de mêmes statuts (institutions/associations), une ouverture entre acteurs de champs d'activités différents est perceptible. Cet indice peut constituer le début d'un décloisonnement pluri-sectoriel. Il peut traduire une réponse à la pluralité des besoins pour maintenir un individu en bonne santé et permettre de formuler l'hypothèse d'une trajectoire de prise en charge des populations. Au regard de la typologie exposée précédemment, une se dessine plus particulièrement : les populations ayant obtenu le premier contact avec les acteurs agissant dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé (groupe 3) ont la particularité d'être orientées ensuite vers les acteurs exerçant dans le domaine de l'accès aux soins (groupe 1) et enfin, vers les acteurs agissant dans les domaines de l'accès aux droits et de l'accompagnement social (groupe 2). Cette trajectoire peut illustrer l'une des portes d'entrée dans le système de santé des populations vulnérables et migrantes à partir du premier contact avec des acteurs du domaine d'activité de la prévention/soins, et promotion de la santé qui réalisent aussi des interventions mobiles.

Enfin, ce chapitre permet de porter plusieurs réflexions sur la territorialisation.

D'un point de vue organisationnel, les concepts normatifs de « coopération et de coordination » sous des « partenariats », conventionnés tels que définis dans la loi de santé de 2016 n'apparaissent que peu dans ce travail. Ainsi, si l'on s'en réfère aux textes de loi, la territorialisation n'aurait que peu d'existence dans ce contexte ; puisque les liens sont « informels » entre les acteurs. Néanmoins, si l'on s'en réfère à la définition de A. Dubresson et S. Jaglin (2005), la territorialisation aurait lieu puisque ces liens informels attestent d'une régulation autonome entre les acteurs. Selon l'approche, ce « qui fait territorialisation » est diamétralement différent.

Finalement, derrière ces approches de la territorialisation se fonde l'opposition classique de l'organisation formelle et informelle²⁵⁷. Selon les écoles de pensées « l'informel » peut être perçu comme « néfaste » ou « allié » de l'organisation » [Brunet. L, Savoie. A, 2003], il n'empêche qu'« à toute organisation formelle se greffe inévitablement une contrepartie informelle (Sayles, 1963) » [opsit].

En conséquence, afin de saisir la réalité, une étude de la territorialisation, requiert de s'autoriser à penser que l'informel et le formel sont co-présents et que l'informel est « beaucoup plus ordonné qu'on ne le croit. » [Brunet. L, Savoie. A, 2003, §11].

Dans ce contexte la territorialisation est à repenser, non pas réduite au cadre normatif de la « coopération », de la « coordination » et des « partenariats » au sens strict ; elle revêt plutôt d'une forme d'organisation hybride à appréhender également sous l'angle de relations partenariales qui s'illustrent par des relations de « collaborations », informelles définies alors entre un cadre normatif décliné à un niveau local et un cadre auto-régulé par les acteurs locaux eux-mêmes.

Par exemple, pour certains dispositifs spécifiques, la territorialisation sanitaire « normée » au prisme des conventions de partenariats prend une forme plus spécifique. Il ne s'agit pas de décliner une norme d'un niveau national au niveau local ; mais plutôt de créer un cadre normé et adapté aux enjeux locaux mêlant acteurs publics étatiques et associations. Par exemple, la prise en charge des migrants qui sont demandeurs d'asile est assurée conjointement par l'association CRF et par des institutions étatiques telles que la préfecture et l'OFFI. Depuis la mise en place d'une filière intégrée en mars 2017, la CRF exerce des missions de pré accueil des demandeurs d'asile et de domiciliation postale, en délégation de service public, en réponse à un appel à projet. Si c'est « *une spécificité de l'outre-mer, il y a une grande proximité inter-institutionnelle. (...) avec l'ARS, enfin c'est tout ce qui est Etat, et la préfecture et l'OFFI. Si tenté que l'on peut nous considérer comme institution* », Association CRF ; elle atteste également de l'articulation entre logiques de régulation ascendantes et descendantes : entre services de l'Etat et acteurs associatifs.

Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'il existe une absence de partenariats normés dans le cadre de « parcours de santé coordonnés » dans le Projet Régional de Santé, outil structurant de la territorialisation, qu'aucune organisation des acteurs n'a été observée. En ce sens « La structure informelle peut accentuer les fonctions

²⁵⁷ « De façon plus large, le mot formel revêt la connotation de ce qui est prescrit, faisant l'objet d'un accord, officiel, fixe, imposé et planifié, alors que l'informel revêt la connotation de ce qui est spontané, inattendu et fluide. Ainsi, l'informel est défini dans la documentation scientifique par la négative, sur la base de ce qu'il n'est pas, soit quelque chose de non voulu ou de non désiré par les détenteurs de l'autorité formelle. » [Brunet. L, Savoie. A, 2003, §20].

positives de la structure formelle, en facilitant la communication, en suscitant la confiance et en corrigeant les insuffisances du système formel.» [Brunet. L, Savoie. A, 2003, §12]. En atteste les collaborations informelles entre acteurs qui en l'absence de normes décrites ont la capacité de s'approprier des objectifs normés attendus et de mettre en commun leurs compétences afin de s'adapter au mieux, et avec leurs moyens, à la prise en charge des besoins des populations. Nous verrons dans le chapitre 9 que cette logique est particulièrement visible pour les acteurs intervenant en camion mobile.

Chapitre IX

Les territoires en construction des interventions mobiles : entre contraintes des zonages établis et adaptations des acteurs

« Si l'action sociale des pouvoirs publics se doit être organisatrice de dispositifs, cela ne veut pas dire instrumentalisation des acteurs, mais acceptation de leur appropriation critique en fonction des besoins des publics. Cette appropriation critique peut même aller jusqu'à la subversion provisoire de ces dispositifs »,

J. P Hardy, in P. Micheletti, 2001

Le chapitre neuf cherche à questionner plus particulièrement le dernier des trois objectifs de la territorialisation sanitaire, c'est-à-dire la réorganisation des périmètres d'action sanitaire sur la base de logiques de proximité et d'intégration des besoins des populations. Cette analyse cherche à enrichir l'analyse de l'organisation des acteurs qui prennent en charge les populations vulnérables, puisque leur spécificité est d'intervenir « en allant-vers » les populations vulnérables. Dans cette perspective il conviendra d'enrichir ce que donne à voir les cartographies des actions mobiles. Ce chapitre propose de traiter ce questionnement par l'analyse de deux natures de liens relationnels : ceux qui réfèrent premièrement aux stratégies de localisation des actions mobiles des acteurs et deuxièmement ceux qui réfèrent aux liens opérationnels des acteurs de terrain. Autrement dit, il s'agit de mieux comprendre les stratégies et opérationnalités entre acteurs qui interagissent avec différents maillages préétablis (Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville) et en mouvance (ceux des bâtis spontanés où vivent des populations vulnérables). Etant donné que la territorialisation est mouvante dans le temps et dans l'espace au gré des composantes structurantes du territoire (acteurs, populations), il est nécessaire de souligner que ces analyses donnent à voir la situation au prisme des données recueillies, à un instant donné.

1- Etat des lieux des interventions mobiles dans la CACL

1.1 Concilier les périmètres visibles de l'action publique et les périmètres « invisibles » : un enjeu des actions mobiles

Les interventions mobiles ont pour mission d'aller au-devant des personnes en situation de vulnérabilité, de précarité et d'exclusion afin de faciliter la prévention, le repérage de pathologies, et un accès aux dispositifs de soins, sociaux, de droit commun. Elles se réalisent dans un contexte où la politique de santé est conduite sur un territoire de démocratie sanitaire unique correspondant à toute la région et quatre sous territoires dits de proximité [ARS Guyane, 2017.a].

Néanmoins, et pour mieux comprendre cette réparation des actions mobiles, il est dans un premier temps nécessaire d'apporter des précisions sur les maillages investis par l'action publique (territoire de santé, QPV) et les maillages administratifs « invisibles », à savoir ceux des « quartiers spontanés ».

Inclue dans le « territoire de proximité » du centre littoral²⁵⁸, la CACL comprend 23 Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) sur les 32 QPV de Guyane.

D'une part, les QPV de la CACL sont essentiellement situés sur les communes de Cayenne (13 QPV), de Matoury (5), de Rémire-Montjoly (3), de Macouria (2). Aucun QPV n'est localisé dans les communes de Montsinéry-Tonnégrande et Roura. Les QPV s'inscrivent dans les quatre communes les plus peuplées de la CACL (tableau 46)²⁵⁹. En 2013, 55% de la population vivait dans un QPV à Cayenne, 62% à Matoury, 12% à Rémire-Montjoly et 63% à Macouria [Insee, 2020.e, p.1]. Ces QPV ont cependant des « profils » différents [Insee, 2020.e]. Dans le centre-ville de Cayenne, les QPV (7) présentent un habitat dégradé et insalubre où vivent notamment des personnes seules ou des familles monoparentales et il y a plus de logements vacants que dans les autres QPV de la CACL. A l'inverse, dans ceux situés en périphérie du centre-ville de Cayenne (6), à Rémire-Montjoly (3) et à Matoury (5), la population installée se situe dans les quartiers spontanés, insalubres, où « les populations les plus précaires et les étrangers s'installent » [Insee, 2020.e]. Par ailleurs, Rémire-Montjoly, se distingue des 6 autres communes de la CACL parce que « les logements individuels représentent presque sept logements sur dix et la grande majorité des ménages sont équipés d'une salle de bain et de toilettes (94 %). De plus, davantage d'actifs (72 % d'actifs) et de cadres y vivent (55 %) » [Insee, 2020.e]. Les quartiers prioritaires sont alors relégués loin du centre-ville.

Enfin, à Macouria les deux QPV sont plus mixtes du point de vue du bâti et ont des difficultés différentes. Pour le QPV de Tonate l'enjeu est la cohésion sociale avec un objectif d'insertion de villages amérindiens

²⁵⁸ Pour rappel : Ce territoire de proximité comprend les 6 communes de la CACL et les communes de Iracoubo, Kourou, Roura, Saint Elie et Sinnamary

²⁵⁹ Se reporter à l'image 6. Les derniers QPV sont définis dans d'autres communautés d'agglomération/ de communes. La communauté de communes des Savanes (CCDS) dans la commune de Kourou (3 QPV) et la Communauté de Communes de l'Ouest Guyanais (CCOG) dans la commune de Saint Laurent du Maroni (6 QPV).

dans la ville ; pour le QPV de Soula, contenant le quartier spontané de Sablance « ancien et étendu », les enjeux sont liés à une Zone d'Aménagement Concerté (ZAC)²⁶⁰ [Insee, 2020.e].

Toutefois, et comme déjà vu par ailleurs, ces périmètres administratifs établis ne couvrent pas l'ensemble des quartiers en difficulté de la CACL. Les cartes suivantes illustrent par exemple, à Cayenne (carte 27), les quartiers de « Collery » (ouest et est) en dehors des QPV, à Rémire-Montjoly les quartiers Patoze et « Belle Humeur » et à Matoury le quartier de « Stoupan ».

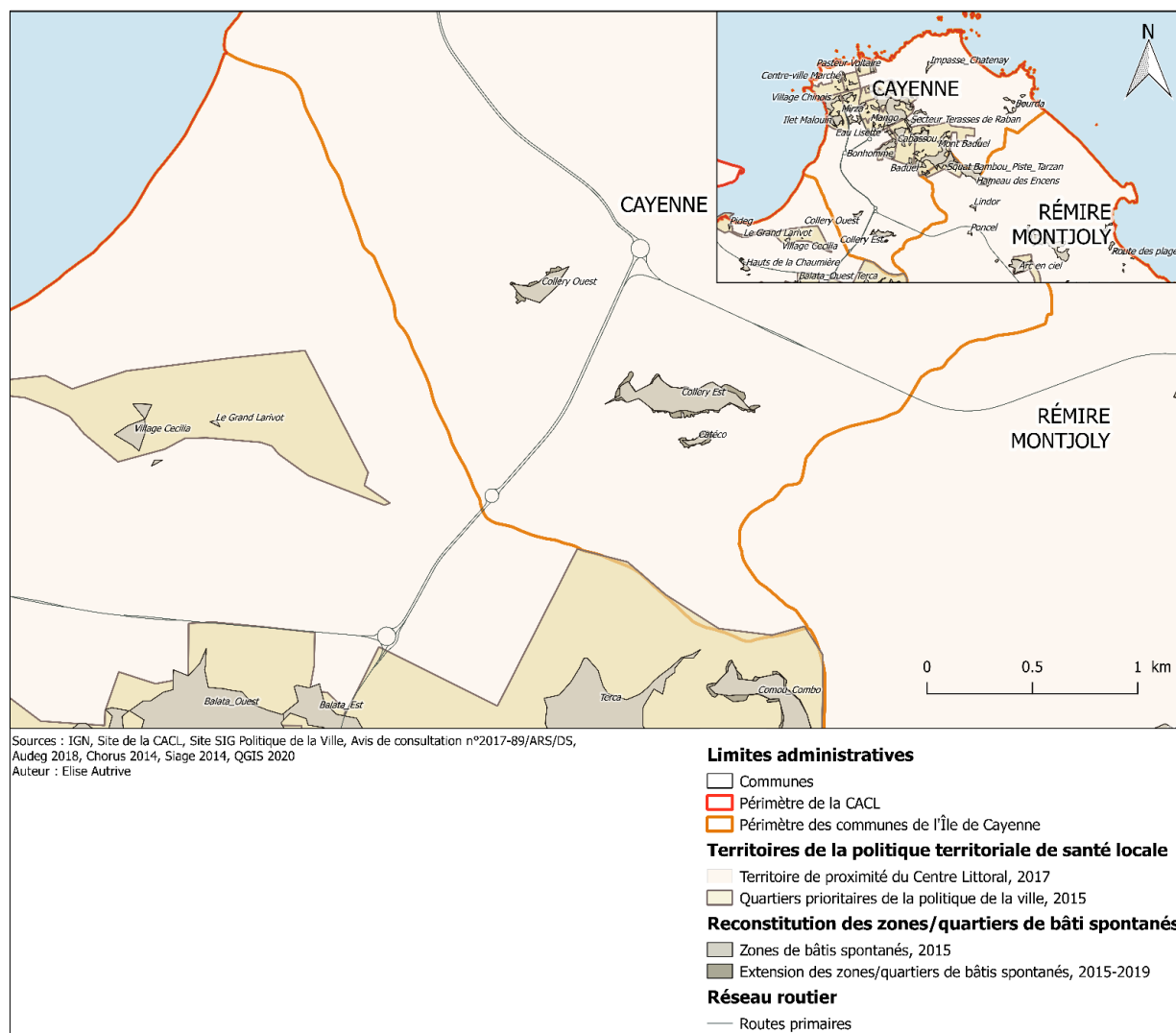
Tableau 46 : La population de la CACL concentrée dans l'Île de Cayenne, sources : Insee, 2020.b, Sig.ville.gouv.fr (n.d)

	Population municipale au 1 ^{er} janvier 2018	Nombre de QPV
Guyane	276 128	32
CA du Centre Littoral	144 501	23
Cayenne	63 652	13
Remire-Montjoly	26 143	3
Matoury	32 942	5
Macouria	15 602	2
Roura	3 390	
Montsinéry-Tonnegrande	2 772	
CC des Savanes	29 843	3
Iracoubo	1 773	
Kourou	24 959	3
Sinnamary	2 895	
Saint-Élie	216	
CC de l'Ouest Guyanais	94 677	6
Mana	11 234	
Saint-Laurent-du-Maroni	45 576	6
Saül	152	
Maripasoula	11 994	
Grand-Santi	8 698	
Apatou	9 381	
Awala-Yalimapo	1 430	
Papaïchton	6 212	
CC de l'Est Guyanais	7 107	0
Régina	865	
Saint-Georges	4 188	
Ouanary	220	
Camopi	1 834	

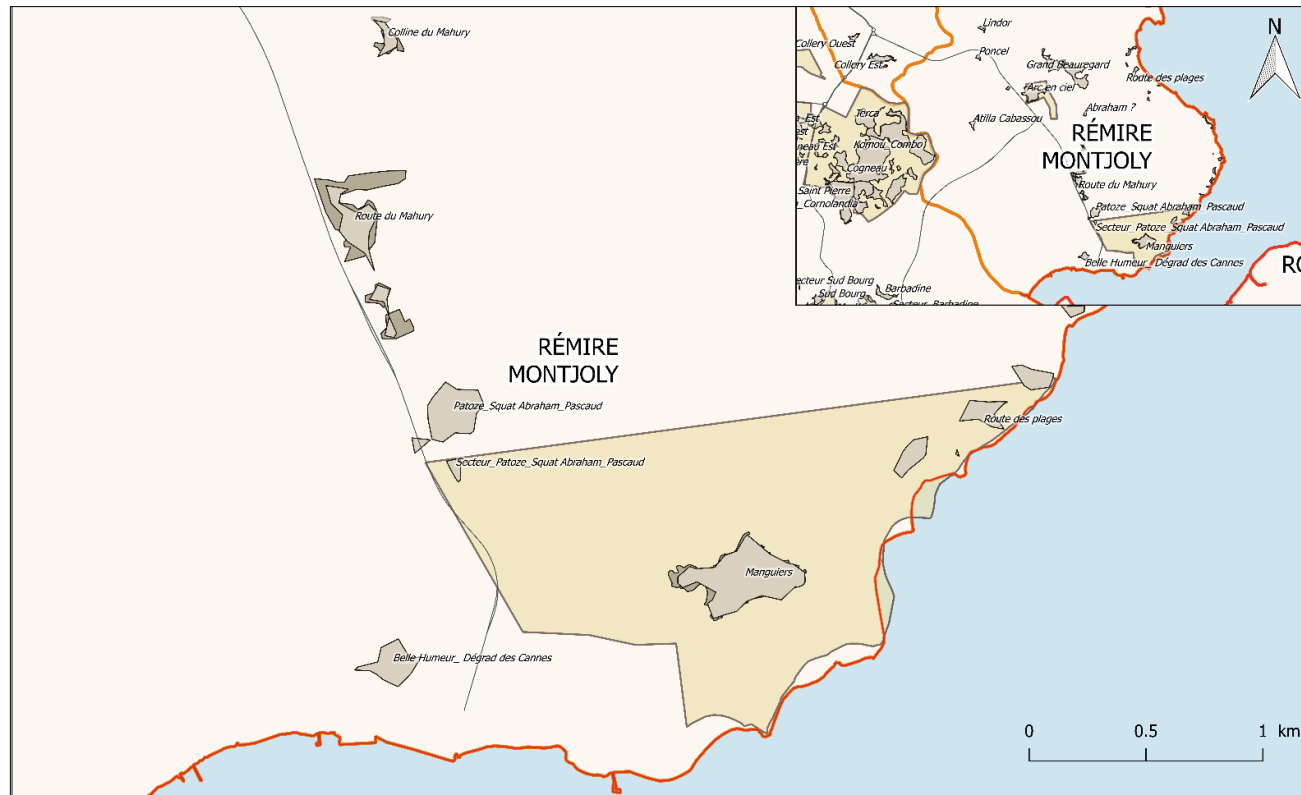
²⁶⁰ La ZAC est une opération d'urbanisme publique ayant pour but de réaliser ou de faire réaliser l'aménagement et l'équipement de terrains à bâtir en vue de les céder ou de les concéder ultérieurement à des utilisateurs publics ou privés » [CEREMA, 2021].

Carte 27 : Des quartiers spontanés en dehors des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville

L'exemple de la commune de Cayenne



L'exemple de la commune de Rémire-Montjoly



Sources : IGN, Site de la CACL, Site SIG Politique de la Ville, Avis de consultation n°2017-89/ARS/DS, Audeg 2018, Chorus 2014, Siage 2014, QGIS 2020
Auteur : Elise Autrive

Limites administratives

- Communes
- Périmètre de la CACL
- Périmètre des communes de l'île de Cayenne

Territoires de la politique territoriale de santé locale

- Territoire de proximité du Centre Littoral, 2017
- Quartiers prioritaires de la politique de la ville, 2015

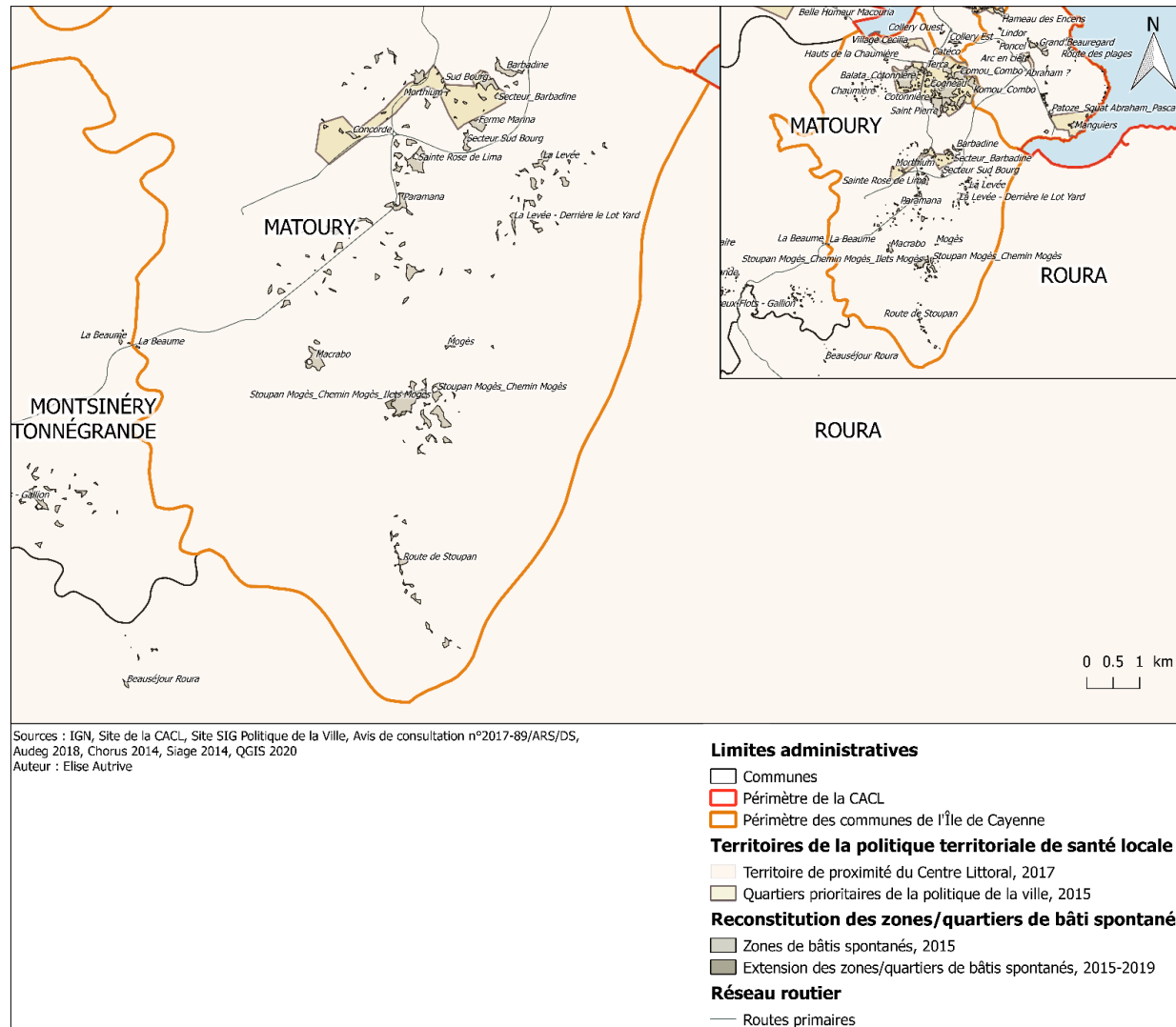
Reconstitution des zones/quartiers de bâti spontanés

- Zones de bâtis spontanés, 2015
- Extension des zones/quartiers de bâtis spontanés, 2015-2019

Réseau routier

- Routes primaires

L'exemple de la commune de Matoury



Hormis les différences en termes de QPV situés sur les communes, il est d'autre part nécessaire d'apporter des précisions sur le phénomène de bâti spontané qui n'est pas de même nature dans les six communes. Ces détails, couplés aux spécificités des QPV permettent en effet de mieux comprendre pourquoi certaines communes n'ont aucune action mobile recensée et pourquoi les enjeux en santé publique ne sont pas les mêmes dans les quartiers spontanés, qu'ils soient inclus ou non dans les QPV. Selon le rapport de l'Audeg de 2018, les trois communes, urbaines, de l'Île de Cayenne : Cayenne, Matoury et Rémire-Montjoly ont la part de leur bâti spontané en zones potentiellement insalubres, respectivement 53%, 39% et 18% (tableau 47). À l'inverse, les communes de Montsinéry-Tonnégrande et Roura ont seulement une part de leur bâti spontané en zones potentiellement insalubres égale à 1 et 2% ; ne comprennent aucun QPV et aucune action mobile n'a été recensée. Ces communes ont essentiellement une vocation d'usage agricole, avec un bâti spontané associé à cette fonction d'usage (serres et hangars à Roura par exemple, Audeg, p.89). La commune de Macouria, bien que qualifiée de rurale, comporte quant à elle 22% de son bâti spontané en secteur insalubre, principalement dans le quartier de Sablance où s'entremêle bâti spontané de bonne et de mauvaise facture. Par ailleurs, pour la commune de Rémire-Montjoly (urbaine), ce phénomène de bâti spontané de bonne facture est aussi observé (résidences principales, carbets et abris de jardins, Audeg, p.55). Ainsi les communes bien qu'appartenant à une même communauté d'agglomération n'ont pas les mêmes caractéristiques en termes d'usage de leur espace et les enjeux de santé publique des populations des populations vivant dans les quartiers spontanés s'en voient ainsi différenciés.

En résumé, la quasi-totalité des quartiers spontanés de Cayenne se situent dans des périmètres QPV. Ailleurs, dans les communes de Rémire-Montjoly et de Matoury, les quartiers spontanés les plus vastes sont inclus dans les QPV, néanmoins tous les quartiers spontanés ne se situent pas dans les QPV. Ces quartiers spontanés sont plus nombreux que dans les autres communes de la CACL et ils sont plus dispersés dans la commune de Matoury que dans la commune de Rémire-Montjoly.

Tableau 47 : Caractéristiques du phénomène de bâti spontané par commune de la CACL selon le rapport de l'Audeg, 2018

Communes	Part du bâti spontané ²⁶¹	Evolution annuelle moyenne du bâti spontané (entre 2011-2015)	Part du bâti spontané en secteur potentiellement insalubre ²⁶²	Part du bâti spontané en zones agricoles ²⁶³	Remarques
Cayenne	18%	+6,2%	53%	0%	Urbain Présence de « poches d'habitat spontané et précaire », p.53
Matoury	52%	+7,6%	39%	3%	Urbain Présence de « poches d'habitat spontané et précaire », p.53
Rémire-Montjoly	30%	+7%	18%	0%	Urbain Présence de bâtis de bonne facture + carbets + abris de jardins, p.55 Présence de « secteurs d'habitat précaire », p.53
Macouria	60%	+6,7%	22%	58%	Rural, p.89 Présence de bâtis anciens de bonne facture à Sablance, p.65
Montsinéry-Tonnégrande	80%	+9,1%	1%	85%	Rural, p.89 Mitage du bâti, p.77
Roura	69%	+8,4%	2%	33%	Rural, p.89 Présence de bâti spontané à destination agricole : hangars et serres, p.89
CACL (6 communes)	42%	+7,4%	26%	26%	

1.2 Des cartographies pour représenter une offre mobile croisant les lieux de vie des populations vulnérables

Selon les entretiens réalisés auprès de l'ARS, les acteurs qui font des interventions mobiles agissent sur « ce que j'appelle le lampadaire²⁶⁴, c'est-à-dire que ça on le sait, et on le voit, et on, on sait ce qu'ils font entre eux. Par exemple MDM ils affichent leur programme de maraudes et font le programme de maraudes, ils le font avec AGRRR, en

²⁶¹ « La méthode employée consiste en la géolocalisation par photo-interprétation des constructions d'une superficie supérieure à 20m² et qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation d'urbanisme. » [Audeg, 2018.a, p.9]

²⁶² « L'insalubrité est caractérisée par un habitat dont la configuration, l'équipement, l'état ou les conditions dans lesquelles il est occupé altèrent, aggravent ou constituent un risque direct pour la santé de ses habitants. (...) Le degré d'insalubrité varie selon qu'elle concerne la dégradation du bâti ou l'absence de réseaux (eau potable, électricité, assainissement). » Le zonage est issu du « Recensement de l'habitat insalubre de la DEAL (2014). [Audeg, 2016, p.18].

²⁶³ « Les données prises en compte ici sont les zones agricoles des documents d'urbanisme en vigueur des communes étudiées. Il est à noter que la commune de Cayenne ne définit aucune zone agricole dans son PLU. » [Audeg, 2016 p.10]

²⁶⁴ Ce qui est entendu par le « lampadaire » sont des quartiers où il est observé tout particulièrement une concentration de plusieurs acteurs.

avec d'autres assos. Donc euh, euh, on sait que les uns et les autres arrivent à travailler ensemble. (...) Par contre, pour une personne comme moi à l'ARS qui a besoin d'une visibilité globale, et ben il y a trop de zones en dehors du lampadaire. (...) On ne sait pas, on ne sait pas ce qui se passe », ARS Guyane, Pôle DSP. Le rapport du PRS 1 [Regard Santé, 2017] faisait également le constat, dans les perspectives de travail à mener pour les enjeux relatifs à la Prévention Promotion de la Santé dans le PRAPS de « Cartographier les projets pour sensibiliser les institutions et valoriser les actions » [opsit, p.82]. Concernant plus précisément le dépistage hors les murs, ce rapport faisait le constat d'un « Manque de connaissance de la cartographie de l'offre » [opsit, p.99] et indiquait que « les actions doivent être donc soutenues dans le temps, diffusées dans l'espace. » [opsit, p.97]. Ce travail, dans un premier temps, fait cet état des lieux des interventions mobiles sur la CACL.

Les cartographies présentées ci-après (cartes 28, 29 30, 31, 32, 33) présentent les données collectées et localisent l'implantation des actions mobiles^{265 266} effectuées pour chacune des six communes de la CACL pour l'année 2019, sauf, pour deux acteurs pour lesquels des données plus récentes n'ont pu être obtenues (2016 et 2018).

Les actions mobiles sont plus nombreuses sur les communes qui composent l'Île de Cayenne : Cayenne, Rémire-Montjoly et Matoury, contrairement aux trois autres communes de la CACL : Macouria, Montsinéry-Tonnégrande, et Roura. A notre connaissance (lors du recueil des données entre 2016 et 2019), sur ces trois dernières communes, seules des actions mobiles ont été signalées dans les quartiers de Sablance et de Tonate situés sur la commune de Macouria (carte 31).

Ces figurés ponctuels indiquent uniquement les localisations des action mobiles, dans la mesure où leurs fréquences dans les lieux visités n'a pas été renseignée systématiquement par les acteurs interrogés. En raison des lacunes concernant ces informations les cartes n'ont pu être produites. Par ailleurs, les actions représentées ne tiennent pas compte du nyctémère. Certains dispositifs mobiles, agissent en effet plutôt en soirée afin de s'adapter aux populations qu'elles cherchent à sensibiliser. Par exemple, l'association Entr'Aides effectue notamment ses maraudes entre 22 heures et 02 heures du matin afin de rencontrer les travailleu.rs.es du sexe (TDS).

Enfin sur ces cartographies, les localisations des actions mobiles sont par ailleurs associées aux périmètres des quartiers de la politique de la ville (QPV) instaurés en 2015, ainsi qu'aux zones de quartiers de bâti spontanés reconstitués en 2015²⁶⁷ et actualisés personnellement (2019).

Ces différentes cartographies, font naître le double constat d'une répartition irrégulière. Plus en détail, dans les communes de Montsinéry-Tonnégrande et Roura une absence d'actions mobiles est relevée. Néanmoins

²⁶⁵ Les dispositifs mobiles premiers apparaissent dans les années 1990 avant de s'étendre au niveau national avec la circulaire de 2005 qui va créer les Equipes Mobiles Psychiatrique Précarité (EMPP) à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion [M.Baud et al., 2016].

²⁶⁶ Il est possible de noter des démarches similaires dans l'hexagone tournées vers un public précaire et migrant, un peu avant les années 2010 [Popovici.E, Pawlik.C, 2018].

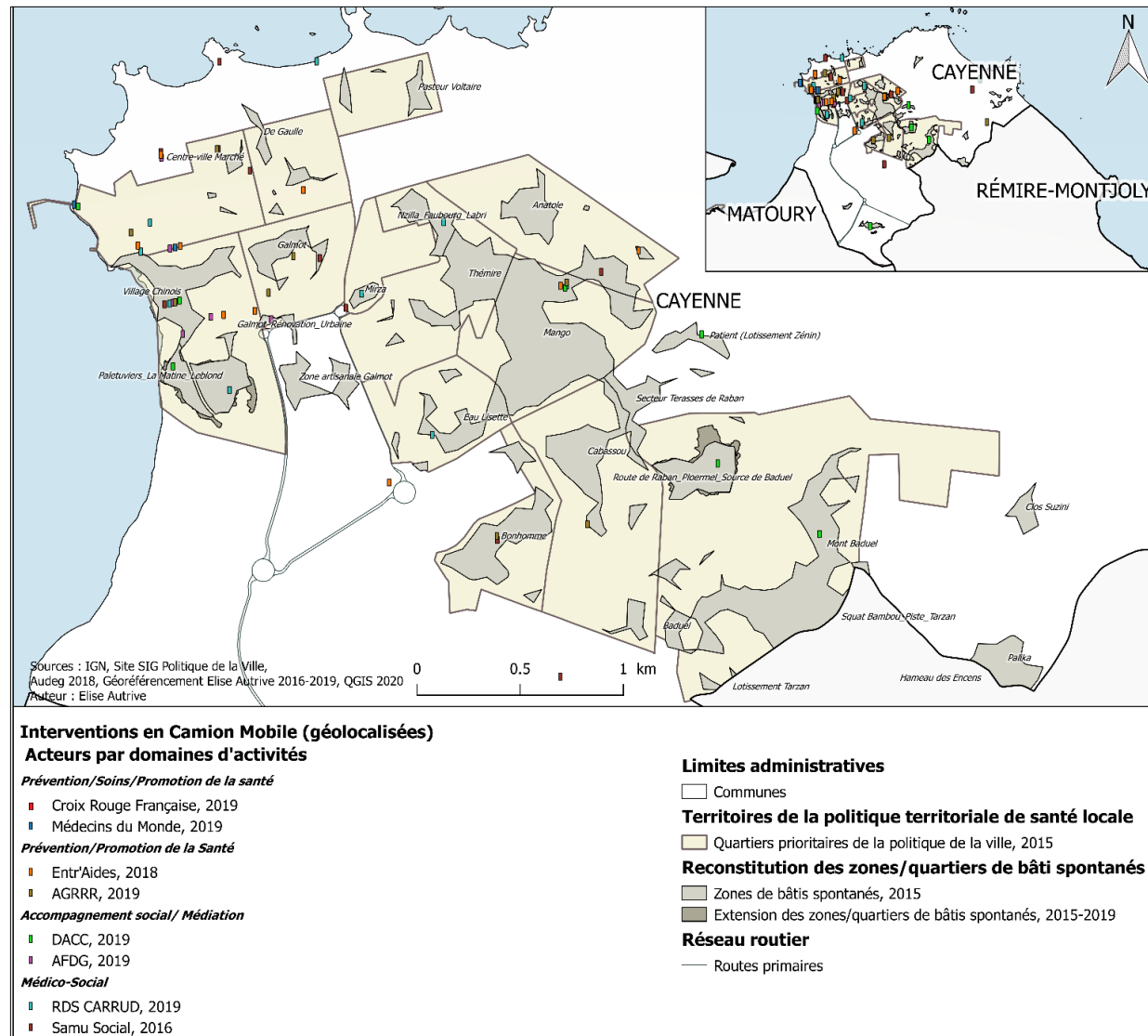
²⁶⁷ Pour rappel, les cartes représentent l'ensemble des zones de bâti spontanés, c'est-à-dire les plus comme les moins précaires. Se référer à la méthodologie pour s'informer de la classification de ces quartiers.

L'absence de d'actions mobiles dans ces communes peut premièrement se justifier en l'absence de QPV, et deuxièmement en raison de la grande majorité du bâti spontané qui ne se situe pas en zone potentiellement insalubre. A l'inverse, les actions sont nombreuses dans la commune de Cayenne qui compte le plus de QPV (13). Les actions se déroulent dans des quartiers spontanés inclus dans les QPV, et se concentrent particulièrement dans certains quartiers, tels que « Mango » et un quartier du centre-ville « Village Chinois ». Concernant la commune de Matoury, des actions apparaissent dans de grands QPV dans lesquels sont inclus des quartiers spontanés tels que « Cogneau » et « Balata », mais aussi en dehors des QPV dans des quartiers spontanés plus éloignés du centre tels que « Sainte Rose de Lima » et « La Levée ».

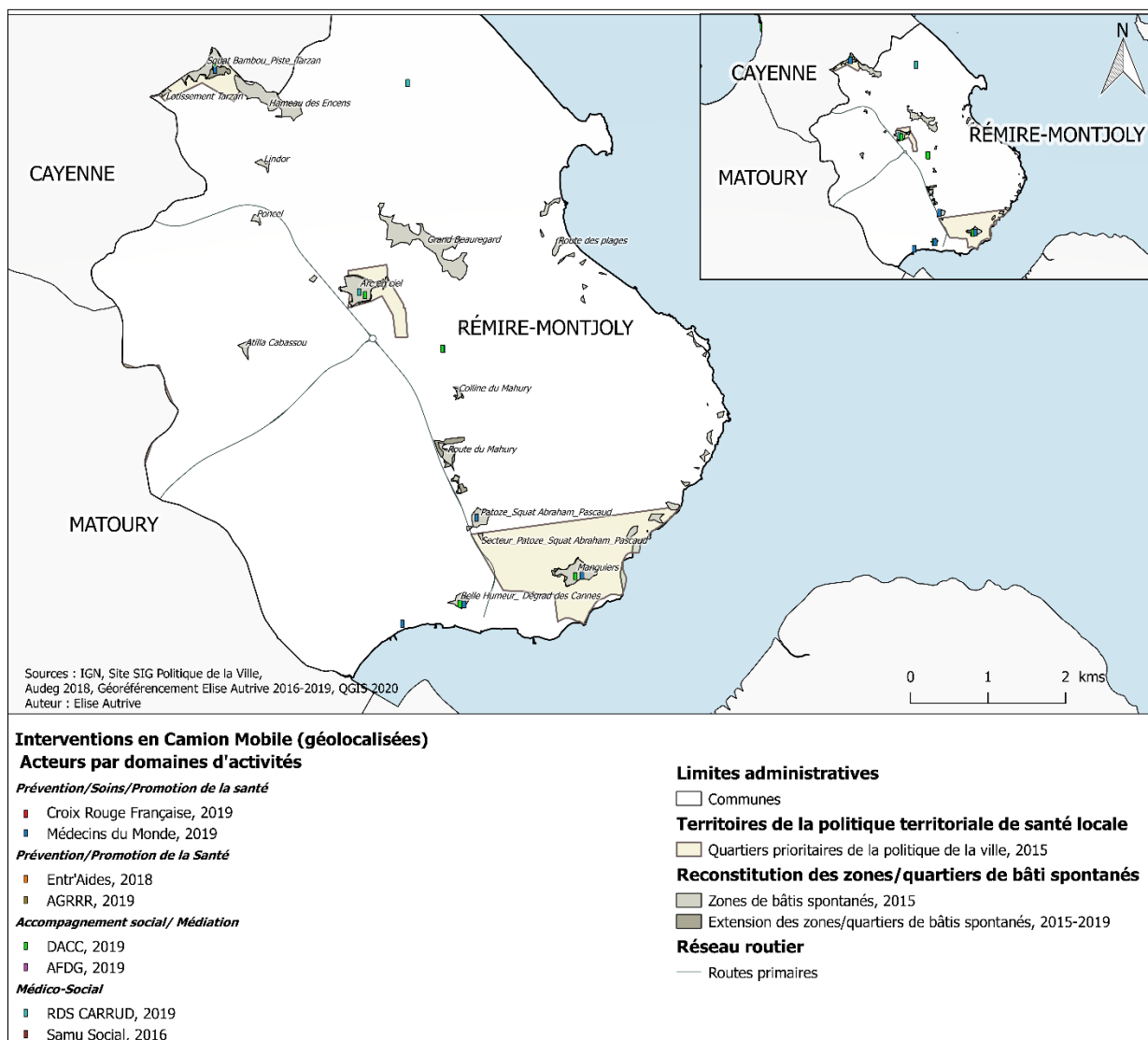
Quant à la commune de Rémire-Montjoly qui compte le moins de QPV (2), les actions sont disséminées et certaines apparaissent hors des QPV. Enfin, sur la commune de Macouria, seules deux actions sont relevées dans un seul des deux QPV (Soula).

Afin de comprendre les logiques sous-jacentes à cette répartition, c'est-à-dire les choix de localisation des dispositifs mobiles, il est proposé dans un second temps de mobiliser une nouvelle fois l'analyse réseau à partir de la nature des liens « Stratégiques » (BD2) et « Opérationnels » (BD3) relevés dans les entretiens.

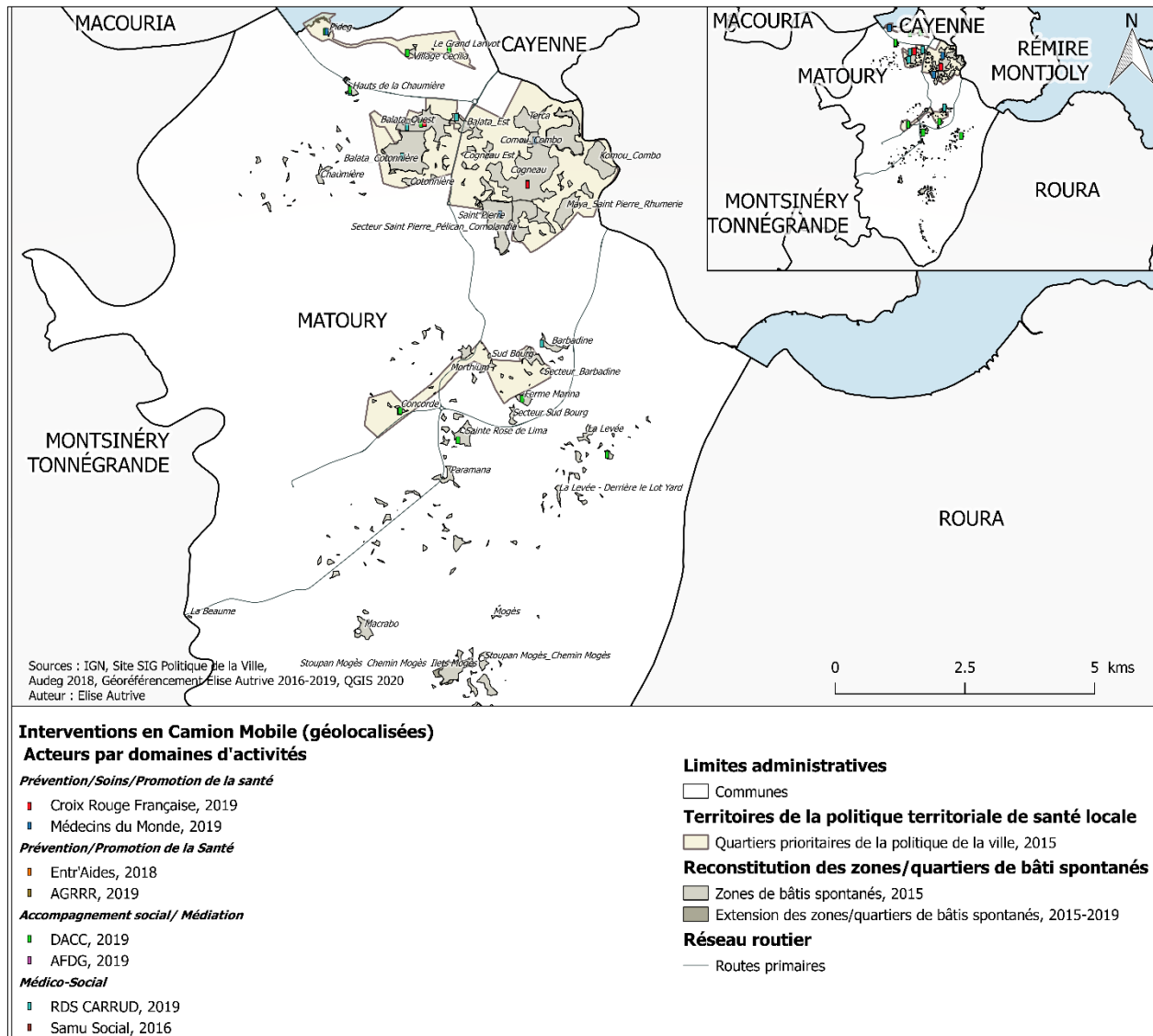
Carte 28 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Cayenne, source : E. Autrive



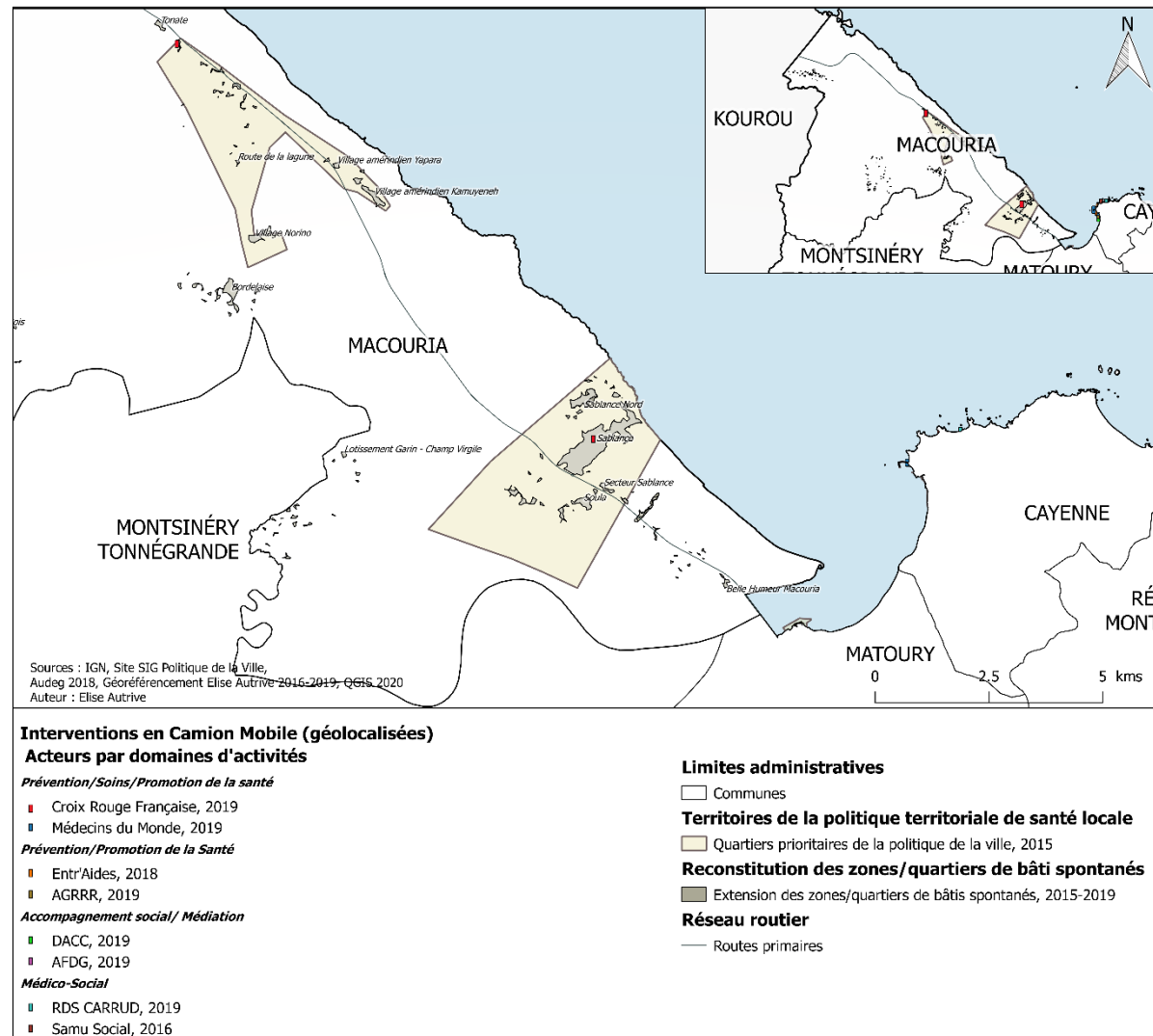
Carte 29 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Rémire-Montjoly



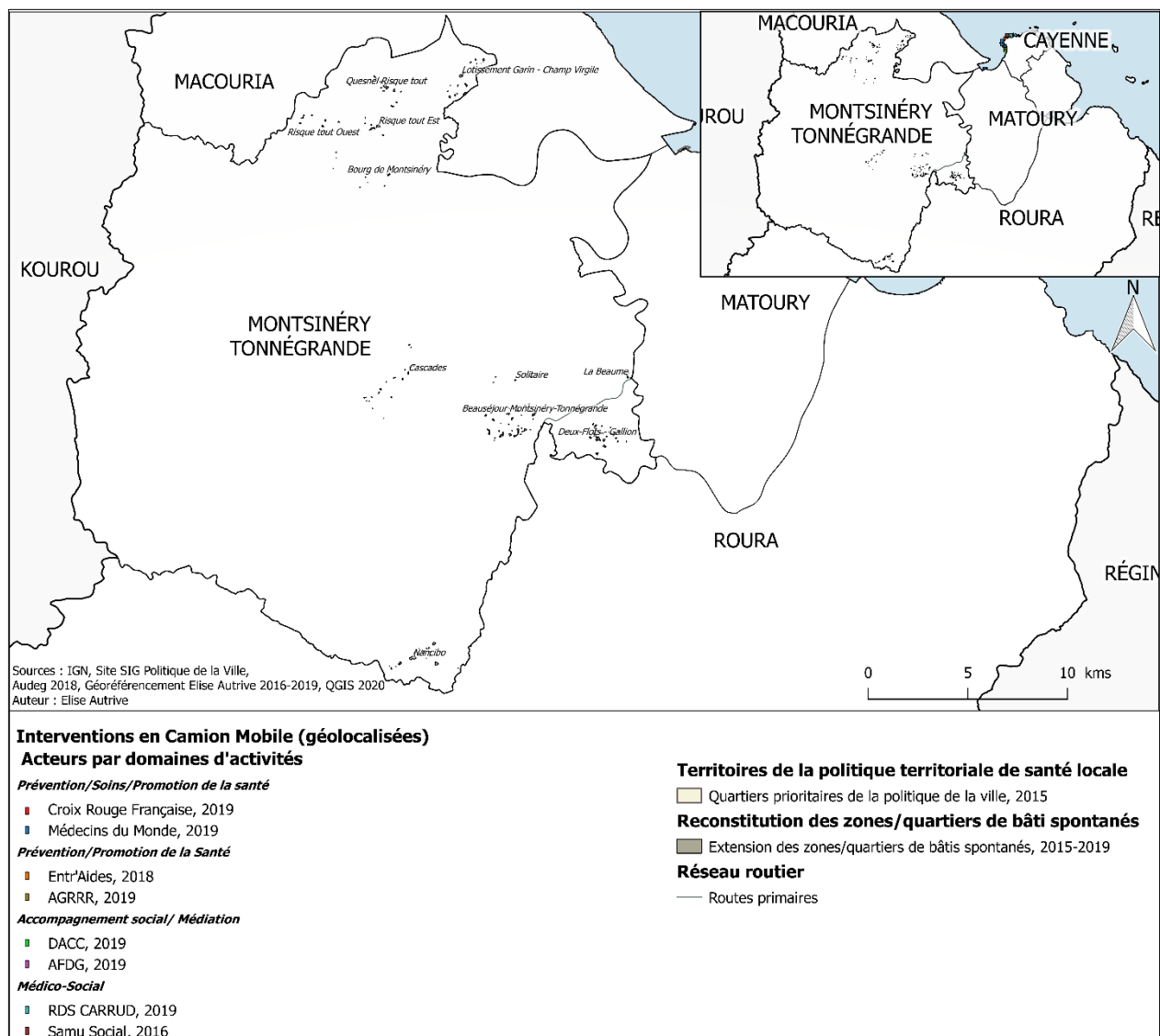
Carte 30 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Matoury



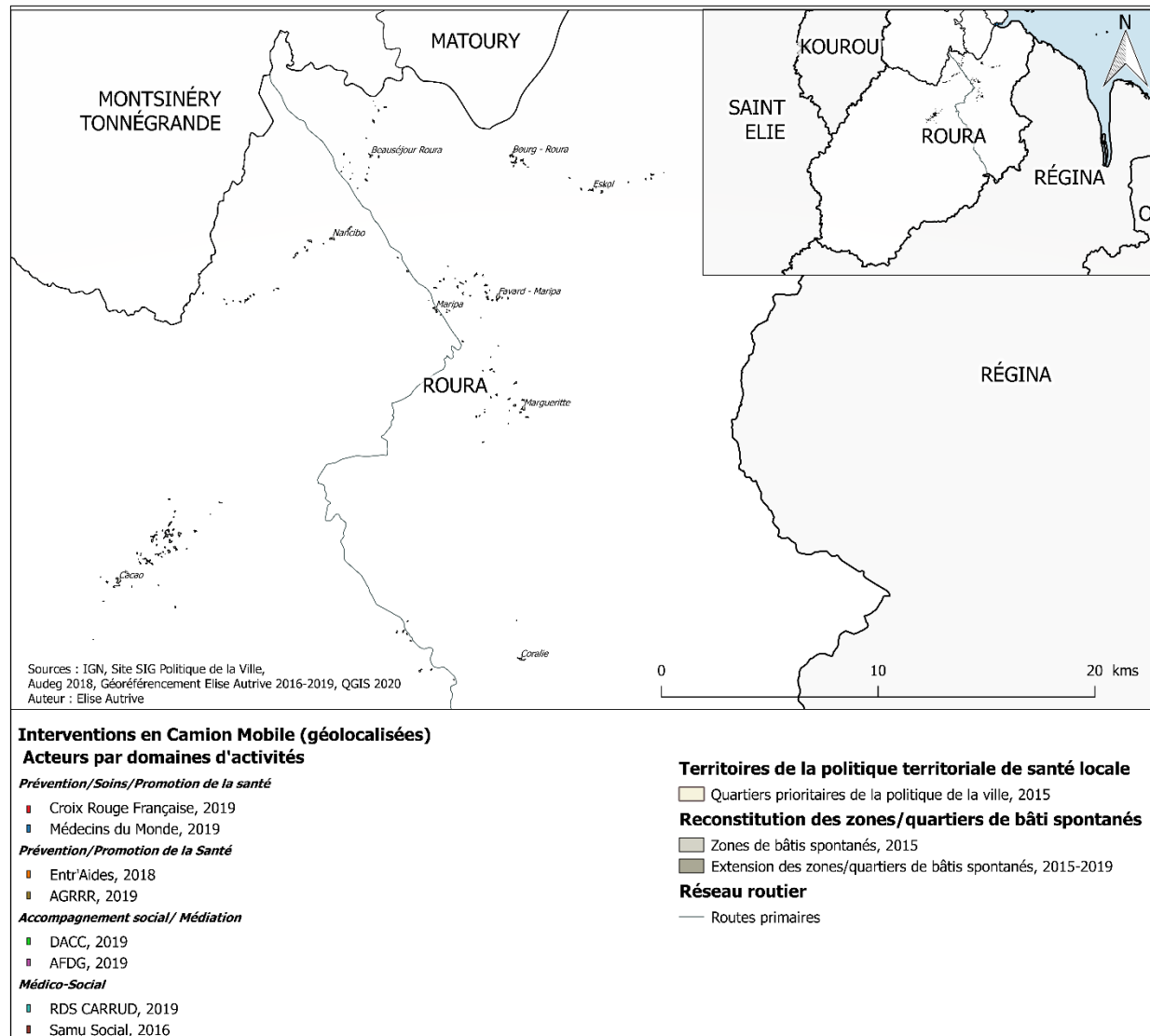
Carte 31 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Macouria



Carte 32 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Montsinéry-Tonnégrande



Carte 33 : Dispositifs mobiles des acteurs agissant auprès des populations vulnérables dans la commune de Roura



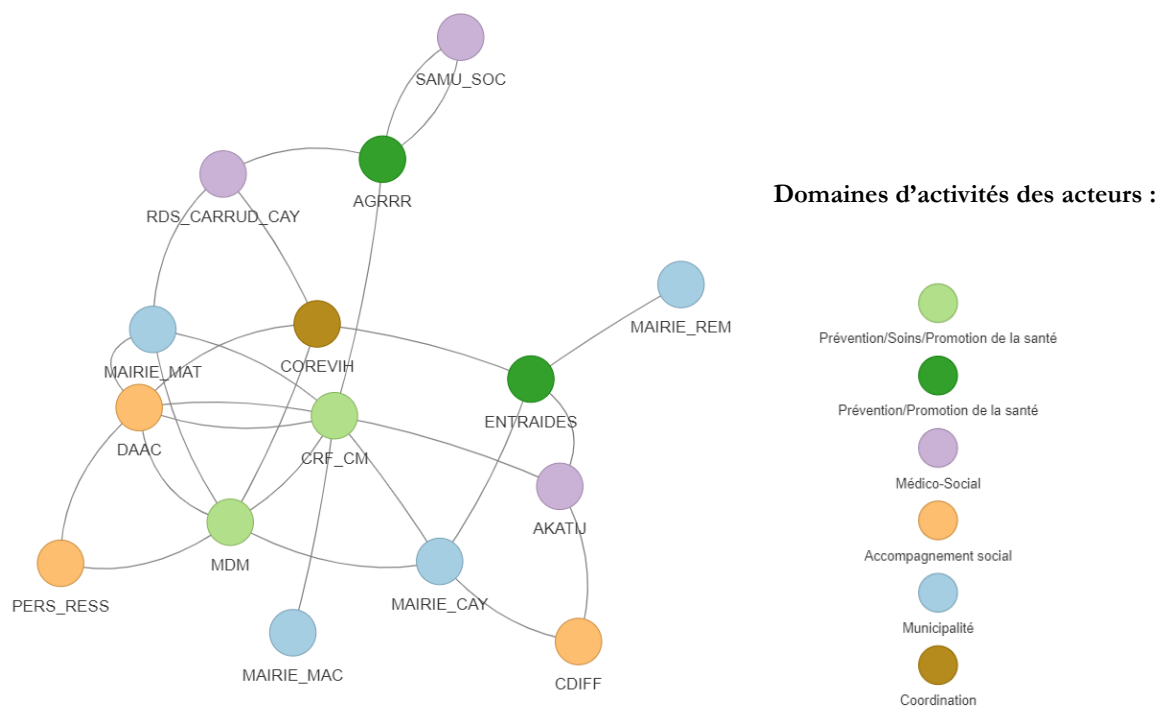
2 - S'adapter : entre stratégies d'implantation des actions mobiles et logiques complémentaires

2.1 Des localisations mobiles essentiellement concentrées dans les QPV et dispersées ailleurs...

Du point de vue de la répartition des actions mobiles, les entretiens conduits précisent les liens entre acteurs concernant les stratégies d'implantation des camions mobiles, et permettent de mieux comprendre les choix opérés en matière de localisation des activités.

Par les « stratégies de localisation », nous en entendons les décisions qui ont été opérées par des acteurs en vue d'atteindre un but. Les « liens stratégiques » utilisés dans l'analyse de réseau font référence aux échanges entre acteurs pour organiser leurs actions mobiles sur le territoire de la CACL. L'objet de cette partie est donc d'identifier les spécificités et les choix en matière de localisation opérés par les acteurs.

Figure 77 : Graphe de l'ensemble des acteurs définissant les stratégies d'implantation des actions mobiles dans la CACL



Dans la figure 77, 15 acteurs figurent dans le réseau (53,33% d'associations et 46,67% d'institutions) et ont des liens essentiellement informels (92,59%). Les municipalités via les communes - auxquelles sont associées les services de la Politique de la ville (via les Ateliers Santé Ville, les Contrats Locaux de Santé, les Contrats de Ville) - représentent la part la plus élevée des acteurs qui interfèrent dans les stratégies de localisation des

actions mobiles. Viennent ensuite les acteurs « de terrain », qui exercent tout ou en partie leurs activités (prévention et promotion de la santé, accompagnement social, médico-social...) en camion mobile. Enfin, un acteur chargé de coordonner les acteurs intervenant dans la lutte contre le VIH – le COREVIH – est présent dans la définition de ces stratégies auprès des acteurs de terrain (tableau 48).

Tableau 48 : Domaines d'activités des acteurs définissant les stratégies d'implantation des actions mobiles

Domaines d'activités	Fréquence	Pourcentage%
Municipalités (communes)	4	26,67
Accompagnement social	3	20,00
Médico-social	3	20,00
Prévention/Promotion de la santé	2	13,33
Prévention/ Soins/Promotion de la santé	2	13,33
Coordination	1	6,67
Total	15	100

Afin de préciser le rôle de ces acteurs dans les stratégies d'implantation des camions mobiles, les mesures de Kleinberg's aux scores d'autorité et de hub sont à nouveau mobilisées.

Figure 78 : Mesure « d'autorité » sur les acteurs définissant des stratégies d'implantation territoriales des actions mobiles

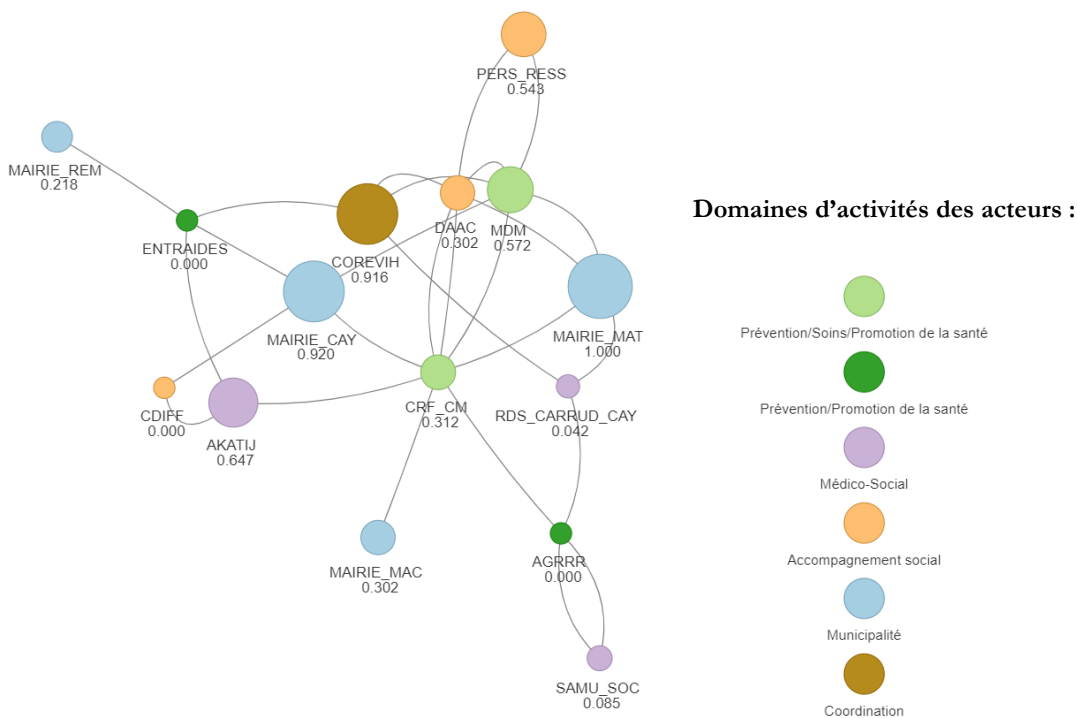


Figure 79 : Mesure de « hub » sur les acteurs définissant des stratégies d'implantation territoriales des actions mobiles

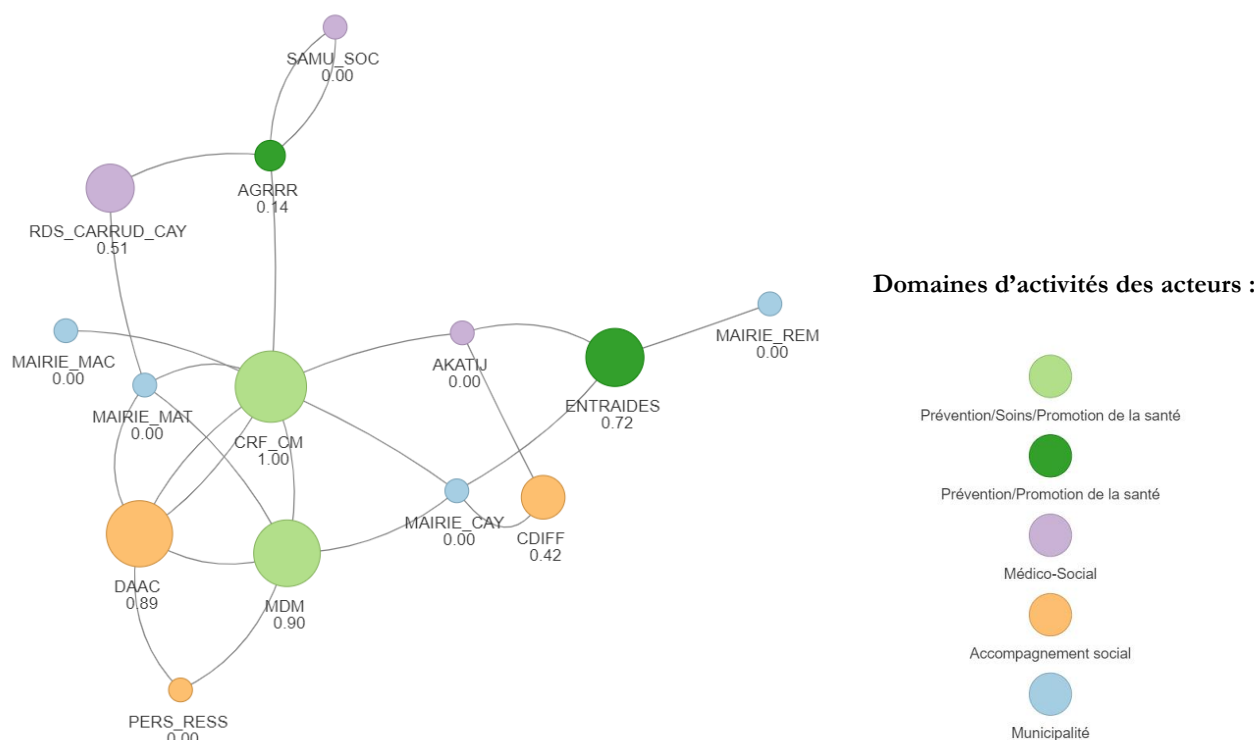


Tableau 49 : Mesures de centralité d'autorité et de hub sur le réseau relationnel des acteurs concernés par les stratégies de localisation des actions mobiles

Acteurs - Acronymes AUTORITE	Score de centralité d'Autorité	Score de centralité de Hub	Acteurs - Acronymes HUBS
MAIRIE – MAT – Mairie Matoury	1,00	1,00	CRF-CM – Croix Rouge Française – Camion mobile
MAIRIE – CAY - Mairie Cayenne	0,92	0,90	MDM – Médecins Du Monde
COREVIH – Coordination Régionale de la lutte contre l'infection due au VIH	0,92	0,89	DAAC- Association Développement, Animation, Accompagnement, Coopération
AKATIJ - Association Akati'j	0,65	0,72	ENTRAIDES - Association Entr'Aides
MDM- Médecins Du Monde	0,57	0,51	RDS – CARRUD – CAY Relais drogues Solidarité Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues Cayenne
PERS – RESS – « Personne ressource/relais » du quartier pour le secteur associatif	0,54	0,42	CDIFF – Centre d'Information sur les droits des Femmes et des Familles -

CRF – CM Croix Rouge Française - Camion	0,31	0,14	AGRRR – Association Guyanaise de Réduction des Risques
Association DAAC - Développement, Animation, Accompagnement, Coopération	0,30		
MAIRIE MAC- Mairie Macouria	0,30		
MAIRIE REM - Mairie Rémire-Montjoly	0,22		
NB. Les scores inférieurs à 0,10 associés dans le tableau ont été supprimés		NB. Les scores égaux à 0 associés dans le tableau ont été supprimés	

Effectuées sur les liens « stratégiques » (BD2) entre les acteurs, ces mesures permettent de repérer ceux qui polarisent les décisions stratégiques pour la localisation des camions mobiles (autorités). La mesure de hub permet d'identifier les acteurs les plus reliés à ces acteurs « d'autorité »²⁶⁸.

Ainsi, la mesure « d'autorité » (figure 78, tableau 49) identifie principalement deux municipalités : celles de Matoury (1) et de Cayenne (0,92) via la politique de la ville. Toutes les mairies ne sont cependant pas impliquées : les mairies de Rémire-Montjoly et de Macouria ont des scores d'autorité parmi les plus bas. A l'inverse, les associations présentant un faible score d'autorité ont des scores élevés pour la mesure de « hub » (figure 79).

Ces mesures permettent d'avancer que la Croix Rouge Française (score de hub = 1), Médecins du Monde (0,90), l'association DAAC (0,89), Entr'Aides (0,72) ont leurs stratégies d'implantation des camions mobiles fortement associées aux deux municipalités. Ceci semble confirmé par les extraits des entretiens. Si deux municipalités se placent en acteurs « d'autorité » (figure 78), et les acteurs de terrain en position de « hub » (figure 79), ceci signifie que les stratégies d'implantation des camions mobiles sont marquées par la politique de la ville dont les communes financent notamment les actions dans le cadre des Contrats Locaux de Santé. Par ailleurs, le faible score d'autorité des deux communes de Rémire-Montjoly et de Macouria peut s'expliquer par la structuration respectivement absente²⁶⁹ ou récente²⁷⁰ de leur CLS.

Les extraits des entretiens confirment ces résultats : « (...) ils (les acteurs de la politique de la ville) demandent que l'on intervienne dans les quartiers prioritaires (...) » Association Entr'Aides. De fait, les acteurs se retrouvent ainsi parfois « canalisés » dans les quartiers qui ont « une certaine légitimité, les quartiers qui sont issus

²⁶⁸ Pour rappel : « les centres et les autorités présentent ce que l'on pourrait appeler une relation qui se renforce mutuellement : un bon hub est un sommet qui pointe vers de nombreuses bonnes autorités ; une bonne autorité est une sommet qui est pointé par de nombreux bons hubs » [J.Kleinsberg, 1999]

²⁶⁹ « Les travaux initiés en 2016, pour rédiger, avec le service DSU, le Contrat Local de Santé de la commune de Rémire-Montjoly, n'ont pas permis d'aboutir à la signature du CLS malgré la finalisation du diagnostic territorial » [CRPV, 2018.a, p.21]

²⁷⁰ En 2018, la commune de Macouria a bénéficié d'un accompagnement du CRPV « pour la première animation de son CLS » [CRPV, 2018.a, p.21]

de la politique de la ville, enfin classés quartiers prioritaires de la politique de la ville », Association MDM, et regrettent parfois qu'il « (...) n'y ait pas le même regard entre eux ce qui leur paraît nécessaire. Et nous ce qui nous paraît pertinent » Association Entr'Aides.

Ces localisations d'actions résultent essentiellement de « choix contraints » liés aux mailles de la politique de la ville et aux financements des associations : « Si demain Cayenne ils ne nous donnent plus d'argent, ben on se posera des questions, est-ce que l'on peut se permettre financièrement nous de continuer à y aller sur nos fonds propres²⁷¹. Ou demander l'ARS ou donc voilà. (...) Matoury ne nous finance pas, mais si on voulait aller dans un quartier à Matoury on pourrait. On pourrait y aller quand même sur fonds propres en demandant à l'ARS etc. on peut toujours en faire plus », Association Entr'Aides.

Outre les contraintes des maillages et des financements, les acteurs essaient d'avoir une approche ciblée en santé publique²⁷² reposant sur l'identification de « groupes, de lieux à risque » : quartiers isolés des services de santé, lieux de vie insalubres, lieux ponctuels de prostitution, d'addictions.

« Certaines zones sont peuplées jusqu'à 6000 habitants donc il n'est pas question de venir une fois par an. (...) A Rémire même dans les zones d'habitats spontanés ou à Cayenne on n'est jamais très loin d'un centre Croix Rouge, d'une PMI, d'un hôpital. Donc quelque part voilà... Sablance, à Sablance²⁷³, **on est à 25 bornes et il n'y a rien.** », Association CRF.

« Pasteur Voltaire c'est assez proche du centre, c'est au niveau de l'avenue Pasteur. Donc du coup, il n'y a pas de dynamique, il n'y a pas de quartier, **il n'y a pas de vie de quartier comme il peut y avoir ailleurs.** Alors que finalement, ils sont considérés comme quartiers prioritaires. Donc c'est difficile de mener une action dans un quartier comme celui-là. (...) Même si c'est assez réducteur hein, ça se trouve il y a beaucoup de personnes, fin voilà... » Association Entr'Aides.

Si cette démarche « d'auto-diagnostic » sert notamment à cibler parmi les 23 QPV de la CACL les QPV d'interventions à favoriser, dans certains quartiers la question d'y intervenir reste en suspens puisque les professionnels de terrain déplorent un manque « (...) d'informations globales », Association Entr'Aides. Pour mieux cibler ces quartiers d'interventions les professionnels de terrain souhaiteraient avoir des informations partagées : « *il n'y a rien qui est fait au niveau de l'hôpital et ce serait assez intéressant de dire aux gens, ben vous vivez dans quel quartier ? Et d'avoir des statistiques non pas sur 200 personnes que l'on accompagne mais sur 1300 personnes qui sont suivies à l'Hôpital de Jour pour leur traitement du VIH/Sida* » Association Entr'Aides.

Confrontés aussi à des pressions humaines (manque de personnel), les acteurs de terrain sont contraints de « *resserrer un peu le territoire (...), alors qu'il aurait encore tellement de choses à faire* » Association DAAC.

²⁷¹ En l'occurrence et hormis l'ARS, ce sont des fonds provenant de « Solidarité Sida, de Sidaction et de la Fondation de France ».

²⁷² La Haute Autorité de Santé a défini en 1992 une démarche stratégique pour définir une politique de santé. « 1 : une approche globale et intersectorielle de la santé ; 2 : les buts généraux à atteindre pour améliorer la santé, des objectifs plus spécifiques et des actions à mener selon les thèmes retenus (différents âges de la vie, groupes de pathologies, conduites et comportements à risque, déterminants de la santé transversaux), 3 : objectifs stratégiques de soutien à une politique de santé : soutien au long cours des pouvoirs publics (à la formation, la recherche, le système d'information et l'utilisation des connaissances en santé, l'amélioration de l'action administrative, le développement des actions de partenariat pour les actions intersectorielles et à la réflexion éthique), meilleure prise en compte de la dimension régionale pour la programmation et l'évaluation des actions » [J.-C.Henrard, 2018]

²⁷³ Sablance est un quartier situé sur la commune de Macouria (se reporter à la carte 31).

(plus de 40% cumulé) (figure 80, tableau 50). Toutefois, la figure 81 permet aussi d'illustrer que ces acteurs qui collaborent sur le terrain sont en lien avec des acteurs aux domaines d'activités différents. Là encore, la structuration du réseau et des rôles des acteurs peut être approfondie par les mesures de centralité d'autorité et de hub.

Figure 81 : Mesure « d'autorité » sur les acteurs définissant des coopérations sur le terrain lors des actions mobiles

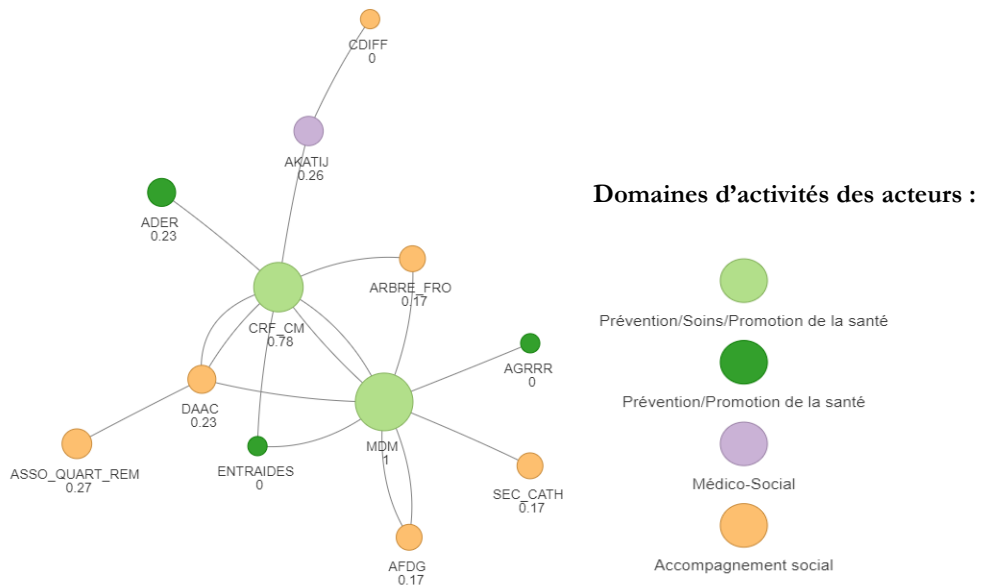


Figure 82 : Mesure de « hub » sur les acteurs définissant des coopérations sur le terrain lors des actions mobiles

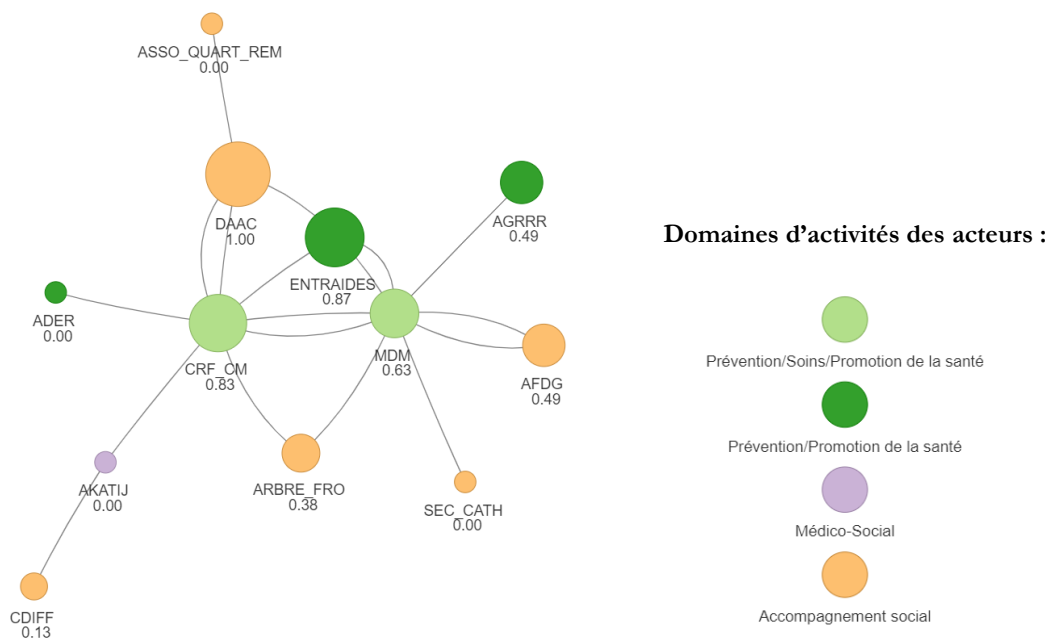


Tableau 51 : Mesure « d'autorité » (Kleinberg's authority centrality scores) et de hubs des acteurs

Acteurs – Acronymes AUTORITE	Score de centralité d'Autorité	Score de centralité de Hub	Acteurs - Acronymes HUBS
MDM – Médecins Du Monde	1	1	Association DAAC - Développement, Animation, Accompagnement, Coopération
CRF-CM – Croix Rouge Française – Camion mobile	0,78	0,87	ENTRAIDES - Association Entr'Aides
ASSO_QUART_REM Association de quartier Rémire- Montjoly	0,27	0,83	CRF – CM Croix Rouge Française - Camion
AKATIJ - Association Akati'j	0,26	0,63	MDM- Médecins Du Monde
ADER Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche	0,23	0,49	AGRFR – Association Guyanaise de Réduction des Risques
DAAC- Association Développement, Animation, Accompagnement, Coopération	0,23	0,49	AFDG Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche
AFDG Actions pour le Développement, l'Education et la Recherche	0,17	0,38	ARBRE_FRO Arbre Fromager
ARBRE_FRO Arbre Fromager	0,17	0,13	CDIFF Centre d'Information du Droit des Femmes et des Familles
SEC_CATH	0,17		
<i>NB. Les scores inférieurs à 0 associés dans le tableau ont été supprimés</i>		<i>NB. Les scores égaux à 0 associés dans le tableau ont été supprimés</i>	

La mesure de centralité d'autorité (figure 81, tableau 51) permet d'identifier deux principaux acteurs : Médecins du Monde (1) et la Croix-Rouge Française en camion mobile (0,8). Tandis que la mesure de centralité de hub (figure 82, tableau 51) permet d'identifier quatre acteurs principaux : l'association DAAC (1), Entr'Aides (0,87), la Croix-Rouge Française en camion mobile (0,83) et Médecins du Monde (0,63). Ces mesures illustrent que les acteurs (d'autorité) qui rassemblent le plus de relations avec les autres acteurs (de hub) sont MDM et la CRF, tandis que ceux qui créent le plus de relations vers ces acteurs d'autorité sont les associations DAAC, Entr'Aides, MDM et CRF²⁷⁴. Ces mesures et graphes mettent en valeur des collaborations entre acteurs d'autorité et de hub qui s'inscrivent individuellement dans différents domaines d'activités.

²⁷⁴ MDM et CRF collaborant avec un ou des autres acteurs qu'eux-mêmes

Les acteurs « d'autorité », tels que la CRF et MDM assurent des actions de prévention (dépistage VIH, IST, ponctuellement de la vaccination) ; des soins de premier recours (consultation de médecine générale – MDM) ; de la promotion de la santé (sensibilisation du public par des thématiques de santé publique abordées en groupe – MDM ou individuellement pour CRF) ; de l'aide dans les démarches administratives et de « l'empowerment » (concernant les papiers administratifs destinés aux instances d'accès aux droits communs telles que la CGSS, pour les demandes alimentaires dans les CCAS...pour MDM). Quant à l'association de quartier de Rémire-Montjoly, implantée dans un quartier spontané, elle est un moyen pour les acteurs associatifs en camion mobile de faire « le relais » de leurs interventions auprès des populations du quartier.

Les acteurs de « hub », tels que l'association DAAC exerce de la médiation en santé (facilitant si besoin les échanges entre patients et professionnels de santé), de l'accompagnement social et de l'empowerment collectif concernant les démarches administratives (accompagnement et un suivi des personnes qui ont besoin d'être guidés dans leurs démarches pour accéder aux soins, aux droits ou qui rencontrent des difficultés administratives). Quant à l'association Entr'Aides, elle sensibilise à la réduction des risques des populations plus spécifiques telles que les travailleurs/ses du sexe.

En somme, les acteurs identifiés comme « autorité » et comme « hub » collaborent entre eux. Ainsi, il existe des collaborations d'acteurs faisant entre autres de la prévention primaire (dépistage, vaccination...) du soin de premier recours (CRF, MDM), de la prévention et promotion de la santé (sexuelle et reproductive, addictions) ; avec des acteurs plus tournés vers l'accompagnement social, de la médiation auprès des populations vulnérables.

Si ces collaborations sur le terrain existent, elles sont notamment dues aux compétences respectives de chacun ces acteurs. Plusieurs extraits d'entretiens permettent de mieux comprendre ces liens : « *une fois sur le terrain on a besoin de bosser tous parce que on ne fait pas tout à fait la même chose.* » Association, CRF. Par ces collaborations, les acteurs partagent en plus de leurs compétences, leurs connaissances respectives qu'ils ont des populations : « *Moi de toute façon j'ai besoin des associations parce que on ne sait pas se déployer seuls sur le terrain, on n'a pas les connaissances que peuvent avoir certaines connaissances que peuvent avoir DAAC qui est un très bon exemple. Et une fois sur le terrain on a besoin de bosser tous parce que on ne fait pas tout à fait la même chose. ADER²⁷⁵ typiquement fait de l'accès aux droits tandis que moi sur le terrain je ne vais pas avoir des AS (assistantes sociales) mais des infirmières* », Association CRF. Ces associations de médiation jouent donc un rôle central auprès des acteurs de prévention et de promotion de la santé [HAS, 2017]. Si une forte concentration dans des quartiers peut paraître absurde, la réalité est différente ; pour ces acteurs de terrain la vision est tout autre : « *Justement comme on ne fait pas les mêmes choses, ça n'a pas de sens que l'on soit chacun dans les quartiers, on a plutôt tendance à se dire que l'on va amener nos différentes compétences dans le même quartier* » Association CRF.

²⁷⁵ Ader intervient sur le plateau des savanes, haut Maroni, haut Oyapock

Néanmoins, la cartographie des actions mobiles illustre aussi un plus petit nombre d'actions, plus dispersées, hors des périmètres réglementaires des QPV. Dans ces lieux non investis par la Politique de la Ville, certaines associations essaient de proposer des actions dans des quartiers spontanés mais ne peuvent viser la complémentarité en termes d'actions, faute de moyens humains et financiers (encadré 26).

Encadré 26 : Des QPV favorisés par les financements des dispositifs de contractualisation

« (...) **On est un peu, coincés dans cette question de la politique de la ville avec des quartiers prioritaires qui sont déterminés et il faut aller dans ces quartiers là si on veut avoir des financements** », Association Entr'Aides, 10/04/2017

« Après **on fait des choses ponctuelles, surtout en déambulation**. Notamment sur Macouria. Mais euh... voilà, ça reste du ponctuel et ce n'est pas demain la veille que l'on sera en capacité... De proposer ce que l'on fait sur les 3 communes (de l'Île de Cayenne) », Association, DAAC, le 09/05/2017

La nature des liens majoritairement informels (88,24%), dans ces complémentarités sur le terrain les rendent fragiles. Les conventions sont parfois difficiles à mettre en place par les acteurs en raison des contraintes administratives et la distance de la Guyane vis-à-vis des sièges des associations localisés en France hexagonale (encadré 27).

Encadré 27 : Des difficultés à formaliser les collaborations

Les relations sont « De plus en plus formalisées mais pour certains partenariats c'est quand même informel. *Et ce sont lesquels qui sont informels ?* Ben ils sont tous, fin, formalisés normalement quand on a un partenariat, on est censés faire une convention de partenariat. Chose qui est très compliquée à... dans les structures style associatives. Et c'est très compliqué de pondre sur le papier « allez on va se faire... » Une petite convention ? Une petite convention parce **que chacun a ses contraintes de chaque côté et du coup, les conventions elles doivent à Paris, être signées, relues tout ça**. Donc euh, là on essaie de se dire avec les acteurs que ce serait bien de l'écrire. Mais **il y a aucune association avec qui nous avons... un partenariat formel, écrit** ou on peut ressortir... voilà. », Association MDM

Même si la nature des liens majoritairement informels (88,24%), voire interpersonnels, fragilise la pérennité des actions., elles permettent de mettre en place des actions pour les populations vulnérables et sont les indices de structurations émergentes. « *Les liens sont là et ça ne nous empêche pas de travailler avec eux, mais c'est vrai que... c'est malheureusement trop rare. Tout ça devrait être formalisé.* » Association MDM.

Cette complémentarité thématique comporte en tout état de cause une avancée notable en termes de coordination des acteurs puisque « (...) *ce qui s'est passé jusqu' à présent, c'est chacun vit dans son monde* » Association, CRF. Malgré les difficultés, les acteurs cherchent à assurer le plus pour ceux qui ont le moins dans certains quartiers : « *avec les réalités qui sont, les nôtres (...) et faire (...) avec les moyens que l'on a et les possibilités sur le territoire que l'on a.* » Association MDM ; sans nier que des quartiers restent en « zone blanche » : « (...) *on va réussir à aller vers une meilleure complémentarité thématique mais par contre pas géographique.* » Association CRF.

Conclusion du Chapitre IX

L'objectif de ce chapitre était de mieux comprendre les modalités de la localisation des actions mobiles au sein de la CAACL. L'analyse de réseau effectuée, couplée aux extraits d'entretiens et aux cartographies permet de relever plusieurs points.

Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que l'essentiel des actions s'opère dans les quartiers inclus dans les périmètres concentrant la majorité des aides (QPV). Toutefois, hors de ces zonages établis, de nouveaux espaces d'action à la croisée des lieux de vie des populations se construisent.

La pérennité de ces actions mobiles repose certes sur les financements annuels – mis en place selon les orientations dessinées en matière de santé publique pour les populations vulnérables – de l'ARS et de la politique de la ville, mais aussi sur la capacité des modes d'organisation à évoluer et à répondre aux besoins des populations dans le temps. En effet, une logique de complémentarité des actions mobiles est rendue visible par l'analyse des entretiens. Fragiles car fondées sur des relations informelles et ponctuelles, leur complémentarités relevées dans les quartiers, exprime cependant une dynamique articulant besoins multiples des populations vulnérables : prévention, accompagnement social, médiation en santé, et l'offre correspondante spécifique de ces acteurs.

De ce point de vue, la multiplication des actions – certes complémentaires (prévention sur le VIH/IST, addiction, accompagnement social...) – dans les QPV pourrait nécessiter pour la mise en place d'un réseau de coordination porté par un groupe d'acteurs locaux.

Une autre option de territorialisation, bien que déjà discutée [M.Nacher et C.Rousseau, 2020, Regards Santé, 2017, p.83], reposerait sur le développement d'actions où chaque dispositif mobile agirait individuellement « sur un bouquet de thématiques prioritaires » (exemple : dépistage VIH/IST, des maladies chroniques et accompagnement social...), permettant ainsi de proposer une offre plus large au cours de chaque action menée et probablement un déploiement sur des espaces d'action plus vastes que les seuls QPV. Cette option nécessiterait cependant une plus grande intersectorialité d'une part (mise à disposition de médecins dans les associations, ou extension des domaines d'actions du secteur associatif (para-médicalisation)), orientée des politiques publiques. Enfin, étendre l'offre sur le territoire nécessiterait également le « renfort de la coordination des politiques publiques »²⁷⁶ afin de réévaluer les territoires d'interventions.

Ces deux options ont par ailleurs été relatées par l'ARS « *Si l'on veut faire un constat euh, sur lequel on fonde nos actions, le constat c'est effectivement qu'il n'y a pas assez de prise de conscience des actions menées et des compétences mises à disposition. Ce n'est pas assez valorisé. Qui lui dit faire prendre conscience et doit faciliter cette collaboration dans le but d'aller voir en dehors du lampadaire. Et d'aider certaines assos soit à renforcer certaines compétences, soit les élargir un peu pour des besoins de santé publique.* », ARS Guyane, Pôle DSP.

²⁷⁶ Ce constat est présent dans le rapport [Regard Santé, 2017, p.34]

Néanmoins et quelle que soit la forme prise : plus de collaborations de compétences complémentaires entre acteurs ou plus de compétences pour un seul acteur, il n'empêche que pour résoudre la question de la maille « lampadaire » (Entretien ARS, Pôle DSP) il semble revenir aussi aux politiques publiques de se questionner sur la marge de manœuvre qu'ils accordent aux acteurs en camion mobile pour sortir des QPV. Ce, dans la mesure où les entretiens montrent que ce sont aussi ces politiques publiques qui favorisent les actions dans les QPV par le financement des acteurs mobiles via des dispositifs de contractualisation (contrat de ville, contrats locaux de santé).

Plus largement cette question renvoie aussi aux politiques publiques la question de l'égalité d'accès à des services à favoriser ou non dans des quartiers spontanés, qui situés de plus hors des QPV, peuvent être perçus comme non légitimes [R.Colombier et al.,2017, p.2] de toute intervention.

L'apport méthodologique de ce chapitre est donc de croiser différents outils d'analyse qui se complètent.

L'analyse de réseau permet d'identifier la structuration des acteurs par les différentes mesures ; couplée à l'analyse des cartographies et aux extraits d'entretiens, elle permet de mieux saisir la globalité des actions des acteurs en charge des populations vulnérables ou migrantes, non pas seulement à travers le prisme d'une structure d'accueil mais en appréhendant, l'action commune et les logiques propres aux acteurs à l'œuvre. Ces analyses de réseau montrent que Médecins du Monde, Croix Rouge Française en Camion mobile sont notamment des acteurs au centre de ces collaborations établies entre les acteurs dans la mesure où ils sont à la fois en capacité d'émettre (centralité de hub) et de recevoir (centralité de d'autorité) tout comme l'association DAAC des liens de collaboration pour favoriser la complémentarité des actions menées.

Enfin, les graphes et les cartographies montrent que les actions de terrain sont conduites sur des périmètres où se rejoignent les compétences des acteurs. C'est typiquement ce qu'illustre les stratégies et les complémentarités de terrain des acteurs en camion mobile dont l'implantation révèle une logique fondée : sur les zonages établis des QPV (dans lesquels sont inclus des quartiers spontanés) et la mise en commun des compétences des acteurs de manière concertée.

La territorialisation prend une forme particulière. Du point de vue de la localisation des actions mobiles, ce sont les maillages établis des politiques publiques qui portent les stratégies d'intervention des acteurs puisque leurs actions sont situées dans des quartiers spontanés qui s'inscrivent dans les mailles des Quartiers de la Politique de la Ville. Néanmoins, du point de vue de leurs complémentarités, elles sont impulsées par les acteurs de terrain puisque ce sont eux qui régulent de manière autonome leurs collaborations en décidant de collaborer ensemble en l'absence d'une définition d'une coordination « formelle ». De cette manière la dynamique d'ensemble des actions mobiles est portée par une territorialisation « bricolée » : les acteurs inscrivent leurs actions dans des quartiers spontanés qui s'inscrivent notamment dans les QPV ; mais leur manière de fonctionner ensemble est auto-régulée par leurs collaborations à visée complémentaire.

Si cette forme d'organisation paraît moins stable puisque fondée sur des liens informels, elle peut en tirer une forme de solidité par les objectifs communs perçus entre les acteurs et les apprentissages mutuels qu'ils

font de leurs collaborations construites d'eux-mêmes. Dans ce contexte la territorialisation revêt plutôt d'une forme d'organisation hybride (« jointe », figure 22) à appréhender sous l'angle de relations partenariales qui s'illustrent par des collaborations informelles, définies entre un cadre normatif décliné à un niveau local et un cadre auto-régulé par les acteurs locaux eux-mêmes.

Ces acteurs des soins de santé étant en interface avec les populations vulnérables de par « l'accès » qu'ils proposent, il s'agira dans les prochains chapitres d'identifier les pratiques d'accès aux soins de santé d'un point de vue des populations vulnérables dans l'optique de croiser les résultats d'analyse portant sur la structuration des acteurs de soins de santé aux résultats portant sur les recours aux soins de santé, et aux aides à caractère social des populations vulnérables. Dans un premier temps, les facettes de la vulnérabilité des populations interrogées seront exposées.

Chapitre X

Le caractère multiforme de la vulnérabilité des populations rencontrées dans les quartiers spontanés

« Tous les hommes ne sont pas vulnérables de la même façon ; aussi faut-il connaître son point faible pour le protéger davantage. »,

Sénèque, « De la colère », 3av.J.C.-65

« Être vulnérable c'est être exposé à des facteurs de risque (personnels, sociaux, environnementaux) qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes, et des communautés sur un territoire. » [C.Adam, 2017, p.96]. Dans ce chapitre, l'objectif est de rendre compte des diverses facettes de la vulnérabilité des personnes interrogées. En raison des difficultés des enquêtes des populations et dans la mesure où l'échantillon (n=70) présente un nombre de personnes interrogées qui n'est pas égal d'un point de vue du quartier (plus de personnes interrogées dans certains quartiers) et du sexe (plus de femmes que d'hommes interrogés), les analyses seront réalisées sur l'ensemble de l'échantillon. Dans un premier temps, des éléments descriptifs sur les conditions socio-économiques des personnes interrogées, et leurs conditions de vie seront apportés. Ces éléments font écho aux différentes dimensions de la vulnérabilité (chapitres 2 et 5). Dans un second temps, il s'agira d'investiguer la question du recours aux soins de santé de ces populations. Les études sur la santé et le recours aux soins pour ces populations en situation de vulnérabilité et migrantes sont à notre connaissance relativement peu nombreuses en Guyane (chapitre 3).

Concernant la santé des personnes interrogées, les éléments apportés font état de la mobilisation des questions du mini module européen [Dress, 2015], également mobilisé dans le baromètre santé DOM de 2014 [Inpes, 2014]. Les données portent sur la santé perçue des personnes, et bien qu'elles ne soient pas issues de mesurées mais déclarées, « (...) à côté des mesures de l'état de santé issues de sources médicalisées ou médico-économiques (mortalité, hospitalisations, consommations de soins, etc.), ces données reflètent bien le ressenti des personnes et se révèlent prédictives de consommations médicales, de maladies et incapacités » [Dress, 2015, p.53]. Les données obtenues sur les recours seront notamment mises en parallèles avec des données issues des rapports de Médecins du Monde qui accueillent ces populations.

1 - Des conditions de vie défavorables à la santé

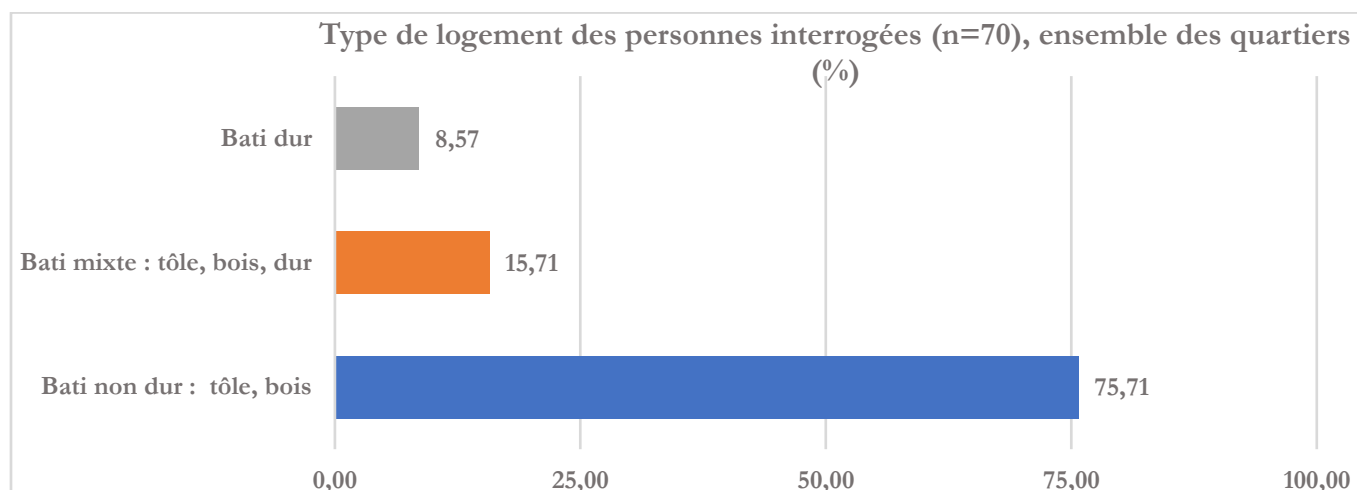
1.1. Des logements indignes

75, 7% de l'effectif des personnes interrogées déclarait habiter dans un logement fait de tôles et de bois (bâti non dur) (figure 83). Par ailleurs, la qualité du bâti est plus dégradée dans certains quartiers, par exemple à Piste Tarzan que dans certains quartiers comme Savane et la Gonave (photographie 7).

L'habitat est « indigne », c'est-à-dire que les « locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé. » [Légifrance, 2009.c, Loi Boutin, Article 84]. Les habitats les plus dégradés, « ensembles de locaux, installations ou terrains, utilisés aux fins d'habitation mais impropres à cet objet pour des raisons d'hygiène, de salubrité ou de sécurité » [Légifrance, 2011.b, Loi Letchimy, Article 9] sont « insalubres » - par nature indignes - puisqu'ils présentent « un danger ou risque pour la santé ou la sécurité physique des personnes²⁷⁷ » [Légifrance 2020, Article L1331-22].

Ces chiffres provenant de ce qu'ont déclaré les personnes interrogées confortent la classification de ces quartiers d'enquêtes comme « très précaires » (chapitre 5). De plus, entre 3 et 6 personnes vivent, dans des espaces restreints, sous le même toit pour la moitié de l'échantillon (figure 84).

Figure 83 : Type de logement des personnes interrogées, ensemble des quartiers (%)

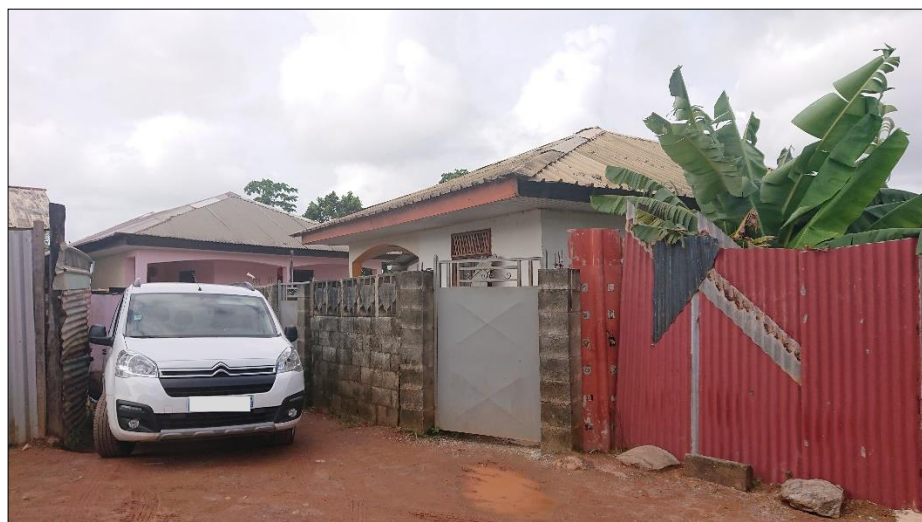


²⁷⁷ « Tout local, installation, bien immobilier ou groupe de locaux, d'installations ou de biens immobiliers, vacant ou non, qui constitue, soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est occupé, exploité ou utilisé, un danger ou risque pour la santé ou la sécurité physique des personnes est insalubre. » [Légifrance, 2020, Article L1331-22]. Un habitat est défini comme tel par une commission de médiation ou des opérateurs mandatés pour constater l'état des lieux [Légifrance, 2009.c, Article 75], selon une série de caractéristiques de décence (raccordement au réseau d'eau usées...) [Légifrance, 2020]. Il peut être classé ensuite de bâti réparable ou irréparable si les travaux nécessaires à sa résorption seraient plus coûteux que la reconstruction. [opsit, Article L1331-26].

Photographie 7 : Types de logements : dur, mixte, non dur



Piste Tarzan, le 23/05/2019, Bâti non dur

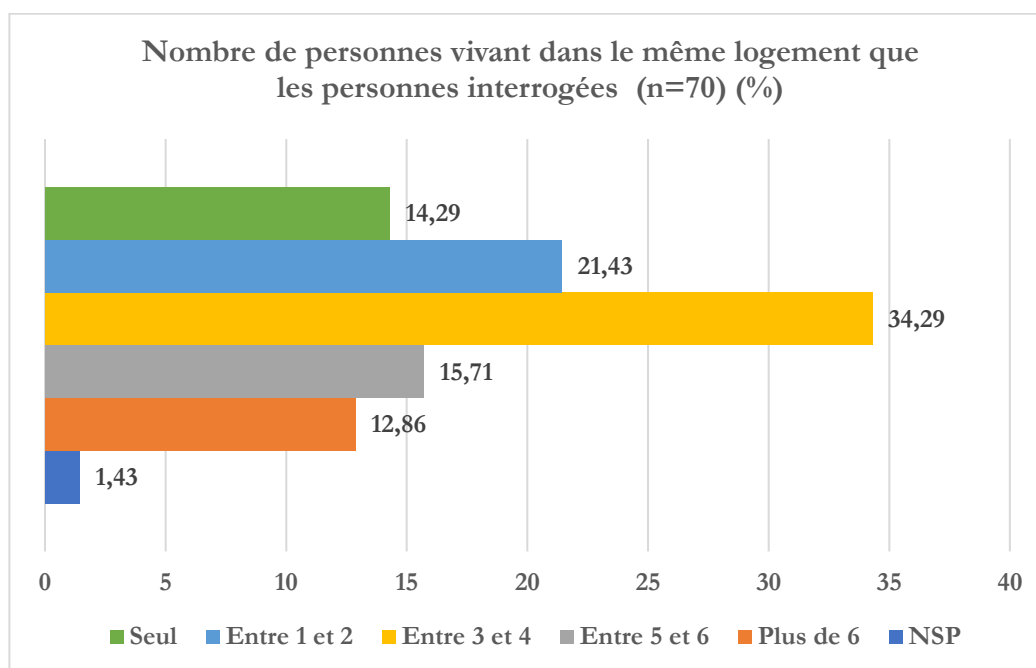


La Gonave, le 17/05/2019, Bâti Dur



Manguiers, Le 20/05/2019, Bâti Mixte

Figure 84 : Nombre de personnes vivant dans le même logement que les personnes interrogées (%)



La totalité des personnes de l'échantillon n'avaient pas accès à l'eau courante (100%). L'eau de consommation première des personnes interrogées est à 80% celle des puits de forage, souvent impropres à la consommation en raison des rejets des eaux usées à même le sol se situant à côté du logement ou dans les chemins du quartier (figure 85) et peuvent favoriser la venue de certaines pathologies comme la fièvre typhoïde [MDM, 2021, p.36]. Certains interrogés ont dit « traiter l'eau » avec de l'eau de javel (photographie 8). L'eau de consommation peut être aussi l'eau de pluie (11,43%) récupérée à l'aide de cuves de récupération ou des réfrigérateurs usagés faisant office de contenant (photographie 9). L'eau en provenance des Bornes Monétiques Fontaines (BMF), potable ne représente que 2,86% de l'eau de consommation première. Ces bornes ne sont pas à proximité directe des quartiers (carte 25).

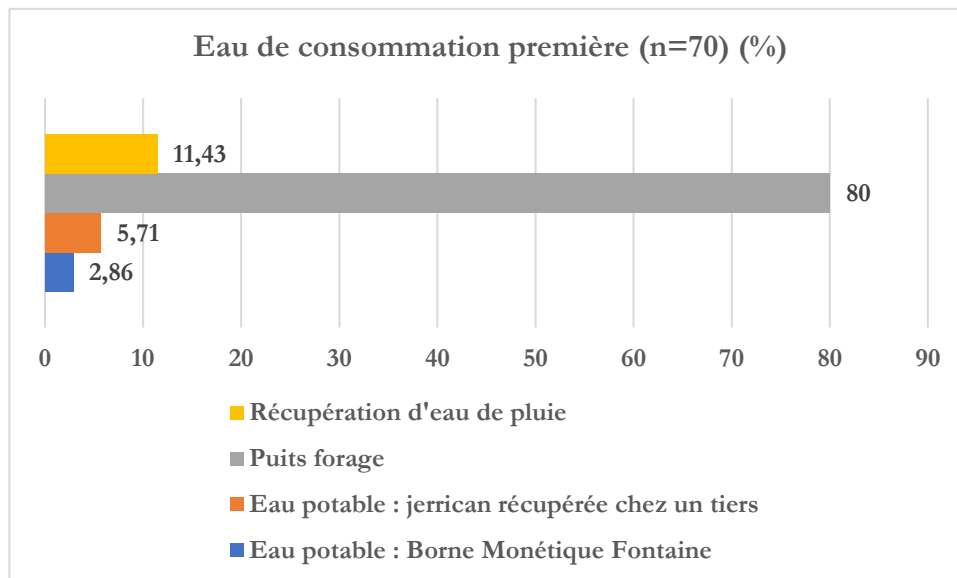
Les données obtenues sur les BMF auprès de la Communauté d'Agglomération Centre Littoral (2019) faisaient état de la présence de 4 BMF sur la commune de Cayenne, 2 à Matoury, 4 à Macouria, 3 à Montsinéry-Tonnégrande, 1 à Roura (annexe 35, carte 25). Il est probable que les données transmises ne fassent pas état de toutes les Bornes Monétiques Fontaines présentes sur le territoire. Il a été souhaité de compléter ces données en contactant la société privée, la Société Guyanaise des Eaux (SGDE), qui gère une partie de ces installations mais les sollicitations n'ont pas abouti.

Par ailleurs, lors de la pandémie de la Covid-19, en 2020, l'accès à l'eau potable a été renforcé par l'installation de « 25 rampes de distribution d'eau dont 3 sur bâches alimentaires souples et 45 bornes-fontaines monétiques ont été mises en gratuité temporairement » [Préfet de la Région Guyane, 2020]²⁷⁸. En

²⁷⁸ L'information détaillée de la présence de ces points d'eau a par ailleurs été obtenue dans le cadre d'un projet en collaboration avec l'association Kaïros concernant la mise en place d'un annuaire et d'une cartographie des ressources (eau potable, lignes de bus...), et des structures de soins et sociales de Guyane ouvertes durant le premier confinement

dehors de ce contexte, l'accès à l'eau des BMF est payant. En 2016, l'achat d'une carte rechargeable avec cinq mille litres d'eau était à 33 euros puis 10,28 euros la recharge de cinq mille litres, d'après les données obtenues auprès de la CAEL.

Figure 85 : Eau de consommation première déclarée des personnes interrogées (%)



Photographie 8 : L'eau de consommation première, l'eau du puits, Quartier Piste Tarzan, le 28/03/2019, Quartier de la Gonave, le 31/05/2019, source : E.Autrive



en 2020. L'intégralité de ces informations qui ont été géolocalisées ont été rendues publiques sur Open Street Map. En ligne, URL : <Kairos.gf>.

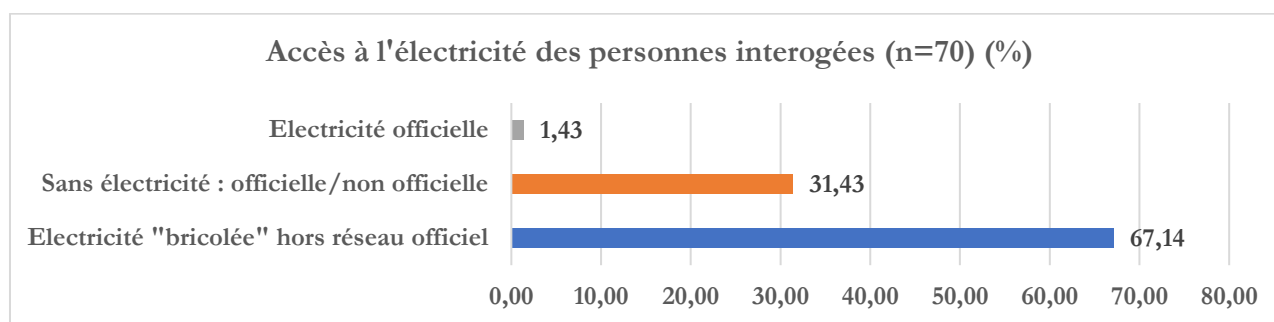
Photographie 9 : Système de récupération d'eau de pluie, Piste Tarzan, dans une cuve de récupération d'eau de pluie le 23/05/2019, dans un ancien réfrigérateur le 16/05/2019, source : E.Autrive



Parmi les 70 personnes interrogées, seule 1 personne (1,43%) avait un accès à l'électricité courante, tandis que 98,57% des personnes interrogées (n=69) ne l'avaient pas. Cependant, 67,14% (n=47 personnes sur 70) déclaraient avoir toutefois un accès à l'électricité sans raccordement au réseau « en bonne et due forme » c'est-à-dire, avec un raccordement « bricolé » sur un boîtier électrique à proximité (photographie 10). Généralement, les personnes qui utilisent ce moyen doivent payer ce service à des personnes tiers du quartier, néanmoins et malgré ces pratiques 31,43% (n=22/70) des personnes interrogées n'avaient aucun accès à l'électricité (figure 86). Ce système d'accès à l'électricité n'est qu'une réponse partielle au besoin de ces habitants ; « bricolé »²⁷⁹ il pose question quant au besoin d'électrification de ces quartiers « non reconnus », en attendant il est source de risque d'électrocution pour les habitants de ces quartiers [Guyane 1^{ère}, 2019].

²⁷⁹ « Le raccordement à l'électricité varie de 30 à 80 % selon les quartiers et il est dans tous les cas illégal. Plusieurs sources d'énergie sont utilisées en parallèle. Une grande partie des logements est éclairée à la bougie et à l'aide de lampes électriques, soit par manque de ressources financières suffisantes, soit parce que la maison est située trop loin des revendeurs. Les installations électriques sont souvent très dangereuses. Le raccordement à l'eau potable et à l'électricité est parfois réalisé gracieusement par un membre de la famille ou un voisin qui habite une maison raccordée et dispose d'un compteur individuel. Ces services sont néanmoins le plus souvent obtenus en passant par des revendeurs qui pratiquent des prix élevés. Le coût mensuel pour un ménage d'accès à l'énergie peut atteindre 200 €/mois et 188 €/mois pour l'eau » [R.Colombier et al., 2017, p.9, § 41,42].

Figure 86 : Accès à l'électricité des personnes interrogées (%)



Photographie 10 : Système de raccordement au réseau électrique, source : E.Autrive



La Gonave, le 17/05/2019, Manguiers, le 27/05/2019

1.2. Des difficultés quotidiennes exacerbées par l'absence d'emploi et de revenus

Les personnes rencontrées au sein des quartiers (n=70 au total) sont 55, 71% (n=39) à être sans emploi. Respectivement, 17,1% (n=12) des personnes ont un « travail fixe » et « fluctuant » (figure 87). Plus de la moitié des interrogés (54,29%, n=38) vivaient avec moins ou 50 euros maximum par mois, montant bien en dessous du seuil de pauvreté local défini à 550 euros/mois en Guyane par l'INSEE en 2020 (figure 88).

Figure 87 : Activité des personnes interrogées (%)

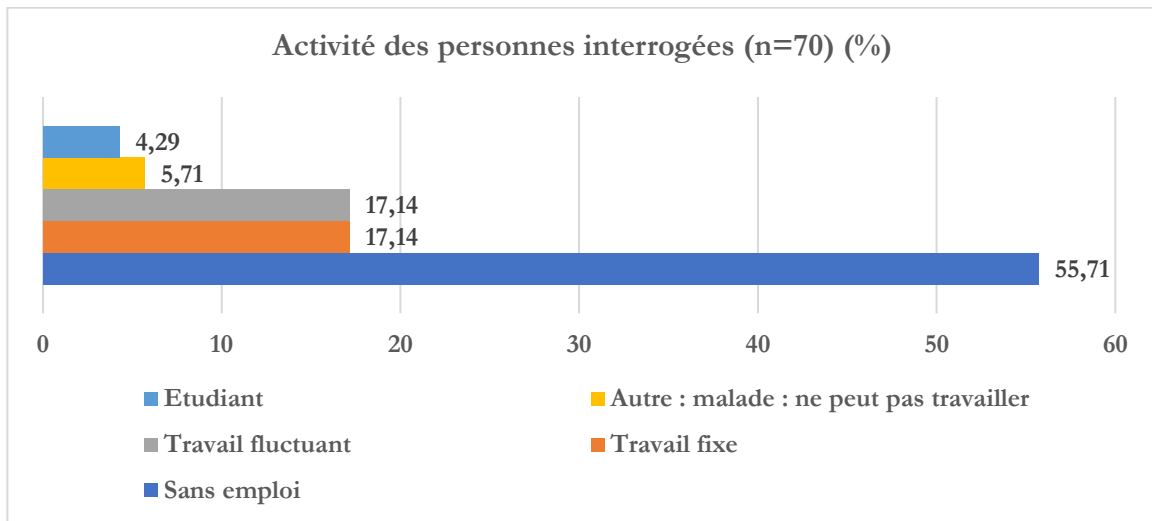
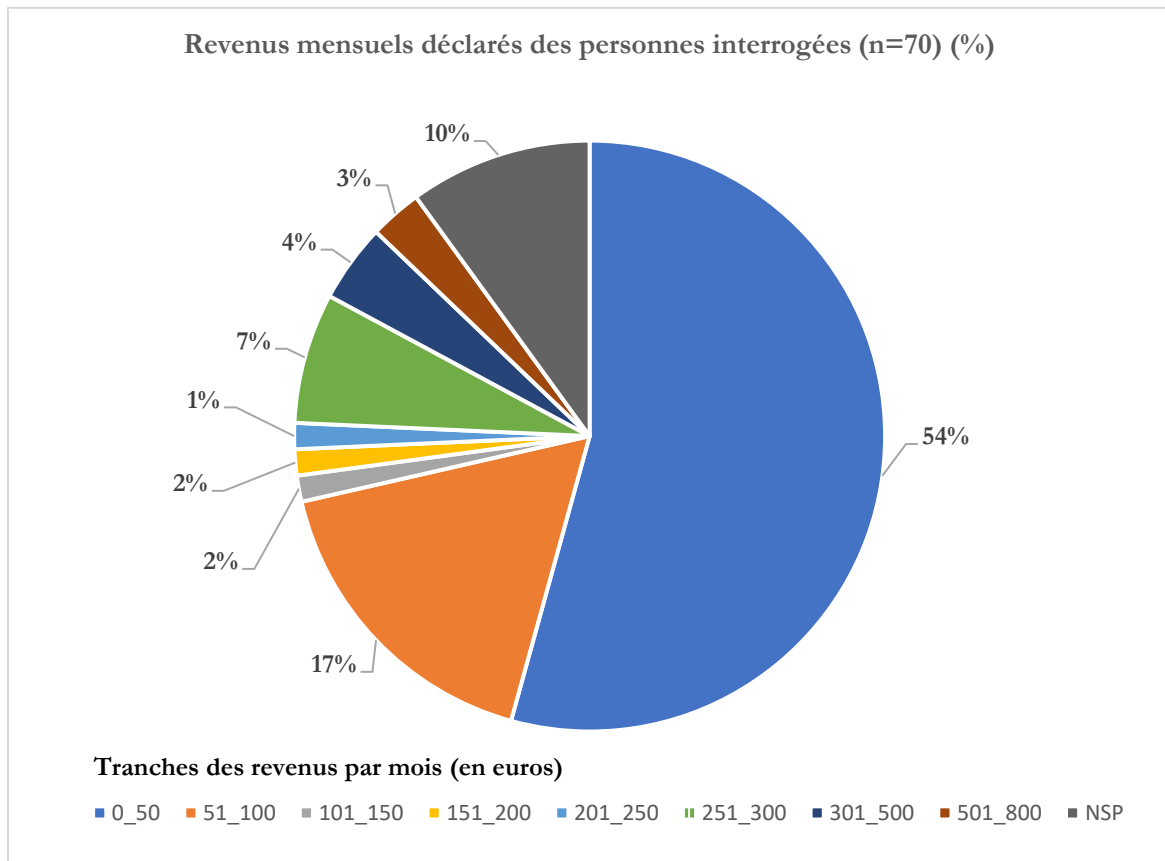


Figure 88 : Revenus mensuels déclarés des personnes interrogées



La vulnérabilité économique et matérielle de ces personnes est d'autant plus accentuée par le fait de 21,4% (n=15) déclaraient avoir des difficultés pour trouver un travail (figure 89) ; et 61,4% (n=43) d'entre eux avaient pour premier moyen de déplacement la marche à pied, et les transports en commun pour 21,4% (n=15) des individus interrogés (figure 90).

Figure 89 : Première des difficultés quotidiennes déclarée des personnes interrogées (%)

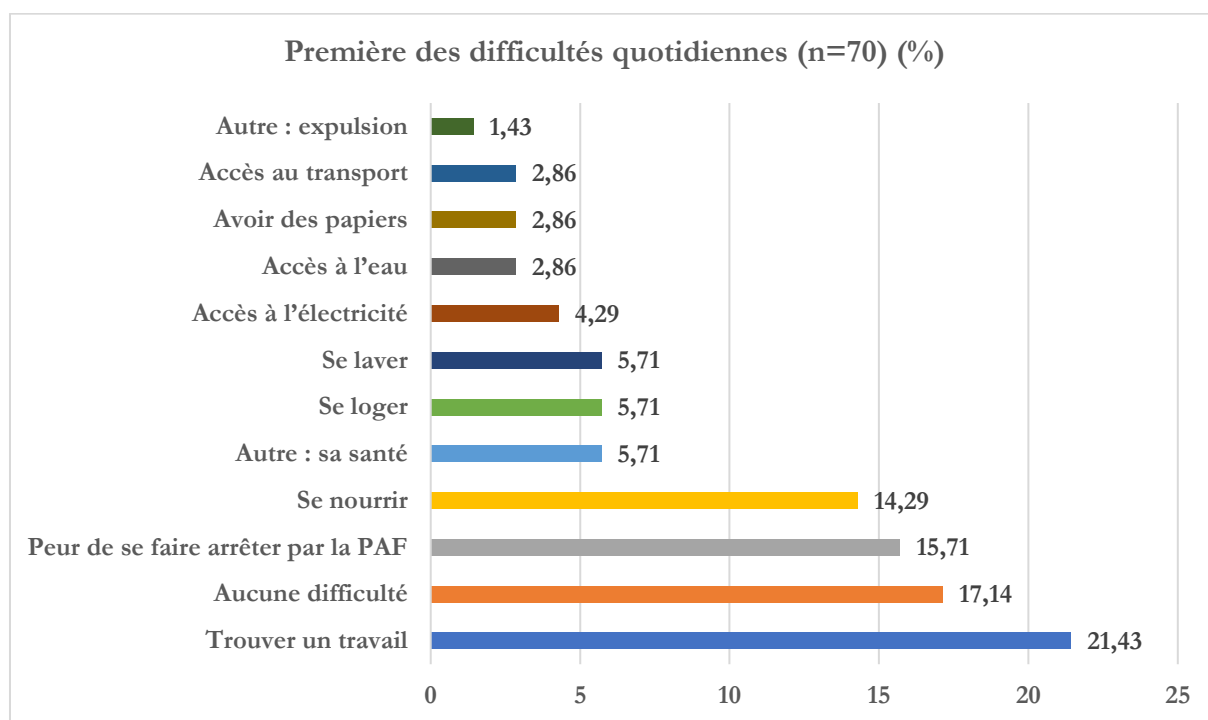
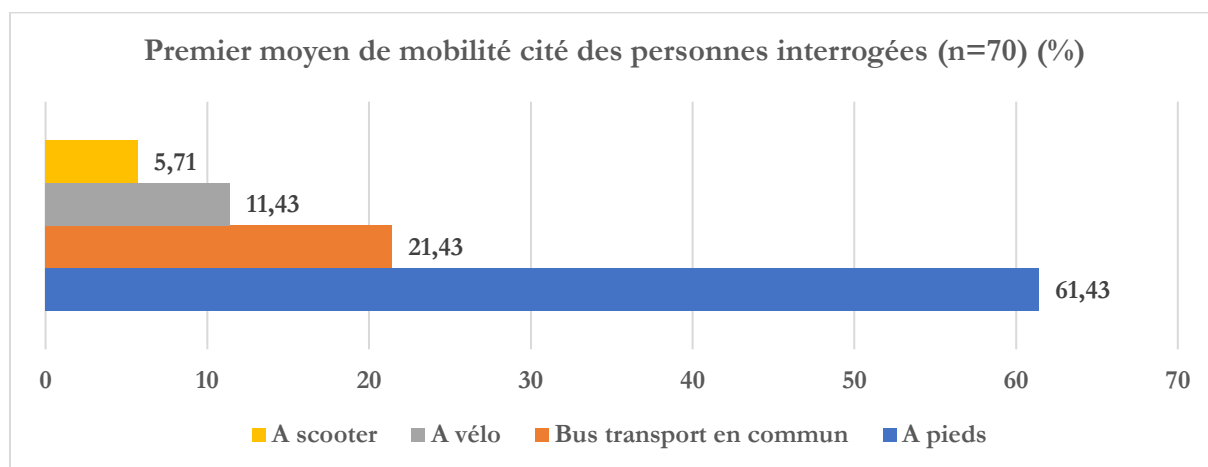


Figure 90 : Premier moyen de mobilité cité des personnes interrogées (%)

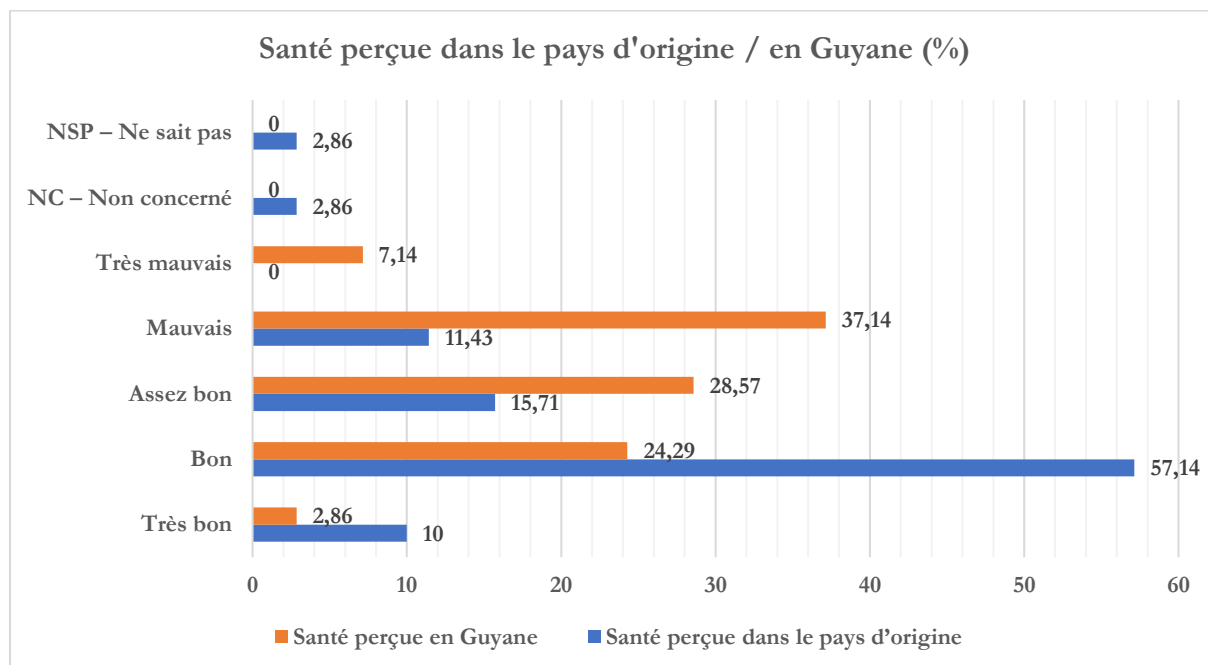


1.3 Une santé perçue dégradée et potentiellement invalidante

Ces conditions de vie affectent particulièrement l'état de santé perçue des populations (figure 91). 57,14% (n=40) d'entre elles se déclaraient en « bonne » santé dans leur pays d'origine tandis que depuis leur arrivée en Guyane 37,1% (n=26) se déclaraient en « mauvaise » santé ou en « assez bonne » santé (28,6%, n=20). Ces résultats vont dans le sens de ceux d'autres études menées [A.Jolivet, 2014 ; F.Jusot, J.Silva, P.Dourgnon, C.Sermet, 2009 ; C.Berchet, F.Jusot, 2010 ; Ined, 2010, Irdes, 2008] qui montrent que « généralement des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de

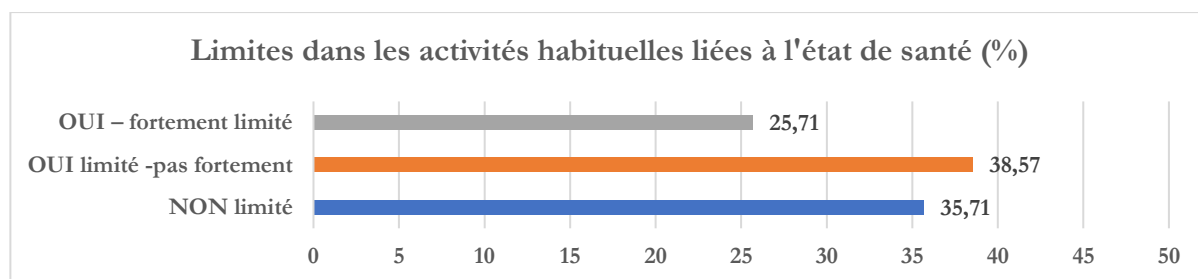
santé initial des immigrés », néanmoins, dans le pays d'accueil leur situation économique fragilisée ainsi que la détérioration du lien social contribuent à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins » [Irdes, 2012].

Figure 91 : Santé perçue dans le pays d'origine / en Guyane, des personnes interrogées (%)



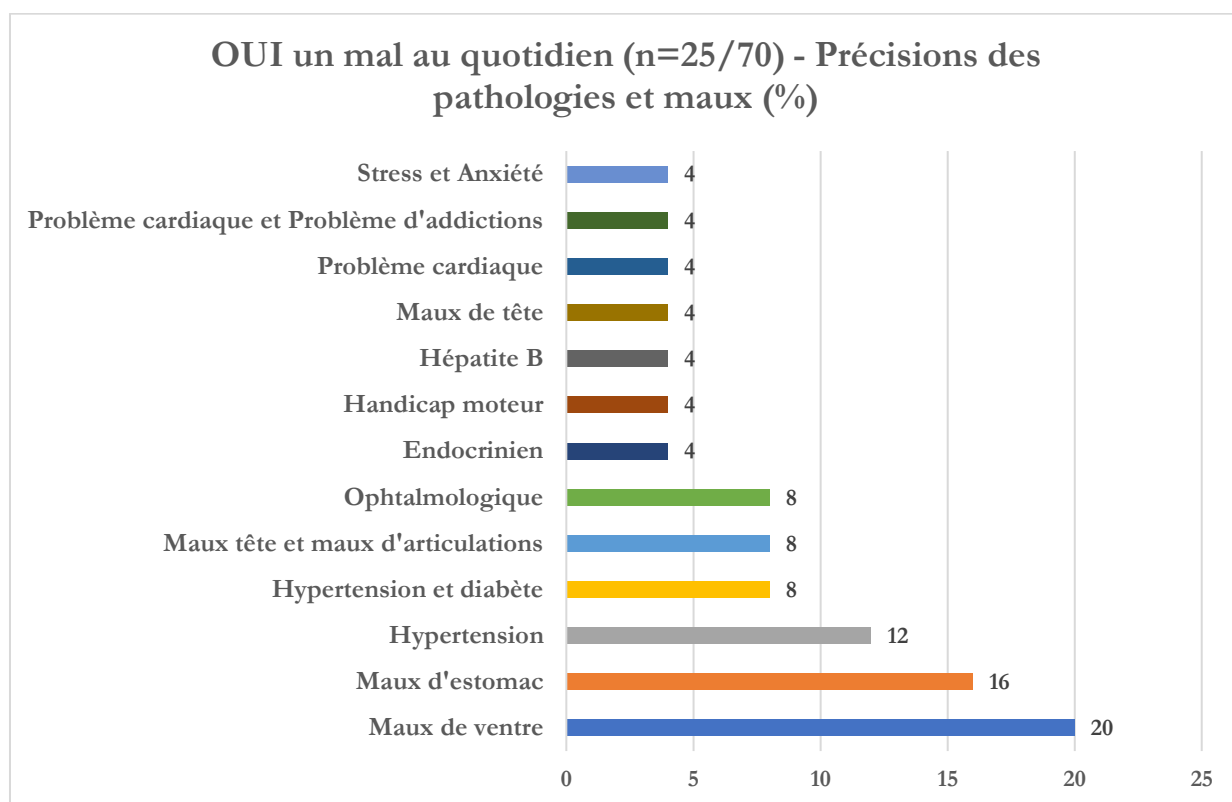
Ces états de santé perçus ont des effets sur les activités des personnes interrogées, elles déclaraient être limitées « peu » (38,57%, n=27) ou « fortement » (25,71%, n=18) dans leurs activités habituelles à cause de leur santé depuis au moins 6 mois (figure 92).

Figure 92 : Limites des personnes interrogées dans les activités habituelles liées à l'état de santé (%)



Parmi les personnes interrogées, 35,71% (n=25/70) déclaraient avoir au moins « un mal » au quotidien. Parmi ces personnes ayant des maux, les plus courants sont les douleurs au ventre et à l'estomac (20%, n=5/25, et 16%, n=4/25) relevés comme quotidien pour une partie de l'effectif interrogé (figure 93). La consommation première de l'eau provenant du puits pourrait probablement en expliquer la raison. De plus, l'hypertension et le diabète figurent également parmi ces maux. En termes d'affections de longue durée, le diabète est plus fréquent en Guyane, et une surmortalité est observée concernant les maladies hypertensives en Guyane [Santé Publique France, 2015 - Baromètre Santé DOM, 2014].

Figure 93 : Pathologies et maux premiers déclarés des personnes interrogées ayant au moins un mal au quotidien (%)



2 - Les conditions migratoires : des facteurs pouvant limiter l'accès aux soins et aux droits

2.1. Des populations vulnérables en mouvement

Parmi les personnes interrogées 32,9% vivaient en Guyane depuis 3-4 ans et 24,3% étaient arrivées depuis 1 à 2 ans (figure 94). Toutefois, ces personnes ne sont pas ancrées dans un quartier puisque la plus grande part de l'effectif, 28,6% résidait dans le quartier de rencontre depuis 1 à 2 ans (figure 95).

Figure 94 : Temps de vie en Guyane depuis l'arrivée des personnes interrogées (%)

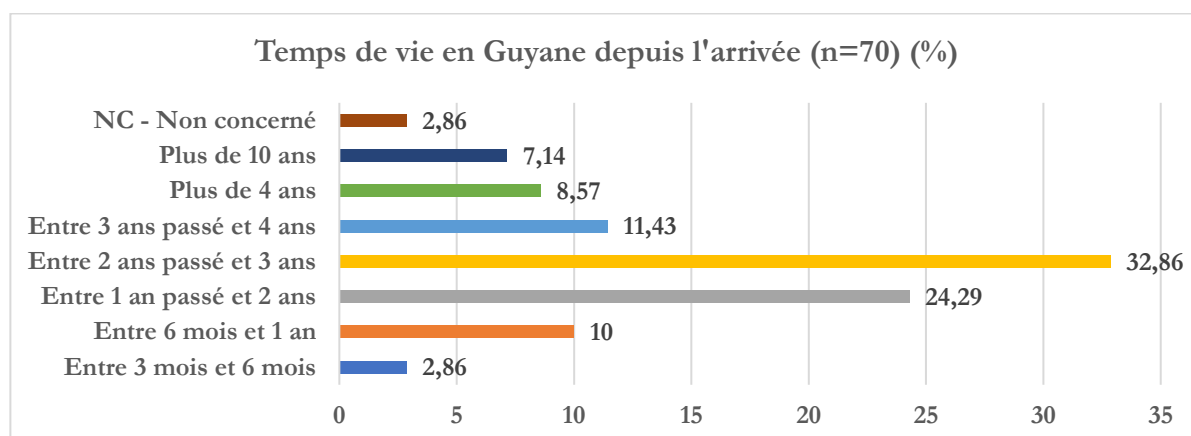
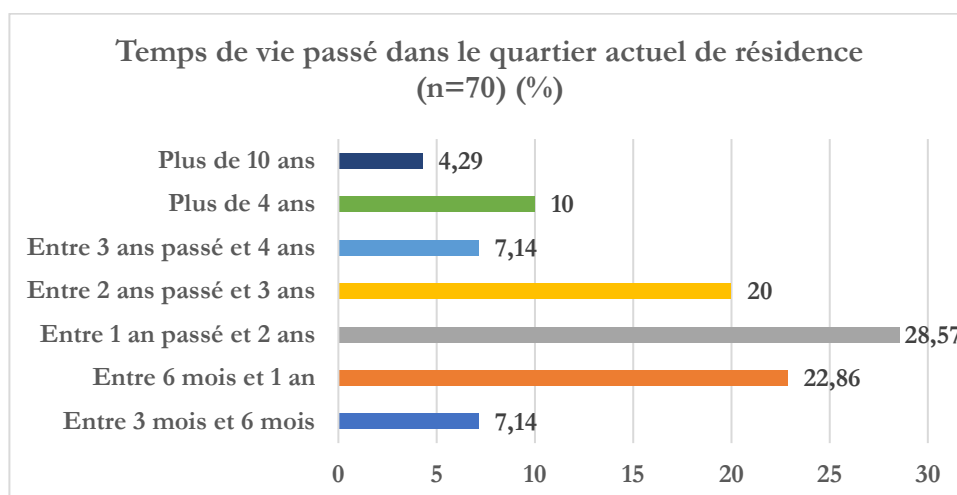


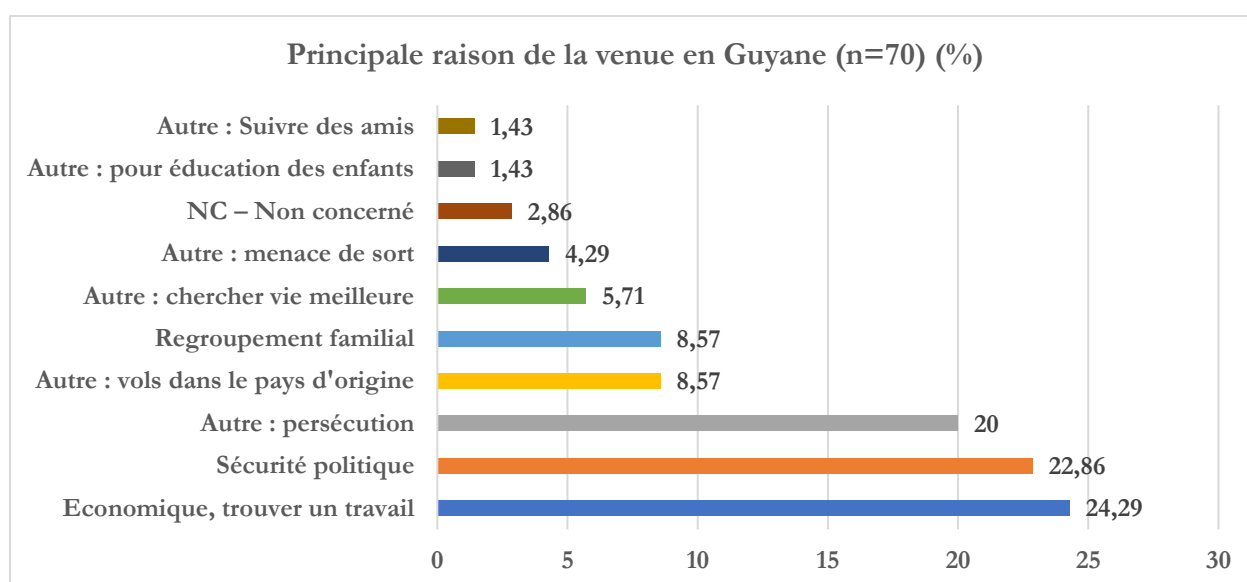
Figure 95 : Temps de vie passé dans le quartier actuel de résidence des personnes interrogées (%)



Les raisons de la présence en Guyane de ces personnes sont principalement au nombre de trois. A 23,3% (n=17/70) pour une raison « économique », pour « la sécurité politique » (22,8%, n=16/70) ou lié à des « persécutions subies au pays d'origine » (20%, n=14/70) (figure 96).

Le premier motif de venue en Guyane et plus particulièrement au sein de l'agglomération de Cayenne²⁸⁰ n'est pas lié à une demande de soins, tout comme dans d'autres parties du territoire Guyanais [A.Jolivet, 2014, p.79]. Néanmoins, et à tort cette question de la migration pour soins généralisée en Guyane agite souvent les débats politiques en quête d'arguments pour limiter « un appel d'air » des personnes d'origine étrangère [E.Carde, 2009 ; J-F.Corty, O.Bernard, 2012, p.407].

Figure 96 : Principale raison de la venue en Guyane des personnes interrogées (%)



²⁸⁰ Contrairement à Saint Laurent du Maroni proche du Suriname où des migrations pour soins pendulaires -très ponctuelles - ont été observées [A, Jolivet, 2014]

2.2. Un difficile accès aux droits

Plus de 80% (n=57/70) des personnes interrogées étaient en situation irrégulière (figure 97) même si, parmi eux, plus de 63% (n=36/57) avaient fait une demande d'asile qui a été rejetée (figure 98).

Figure 97 : Situation administrative actuelle des personnes interrogées (%)

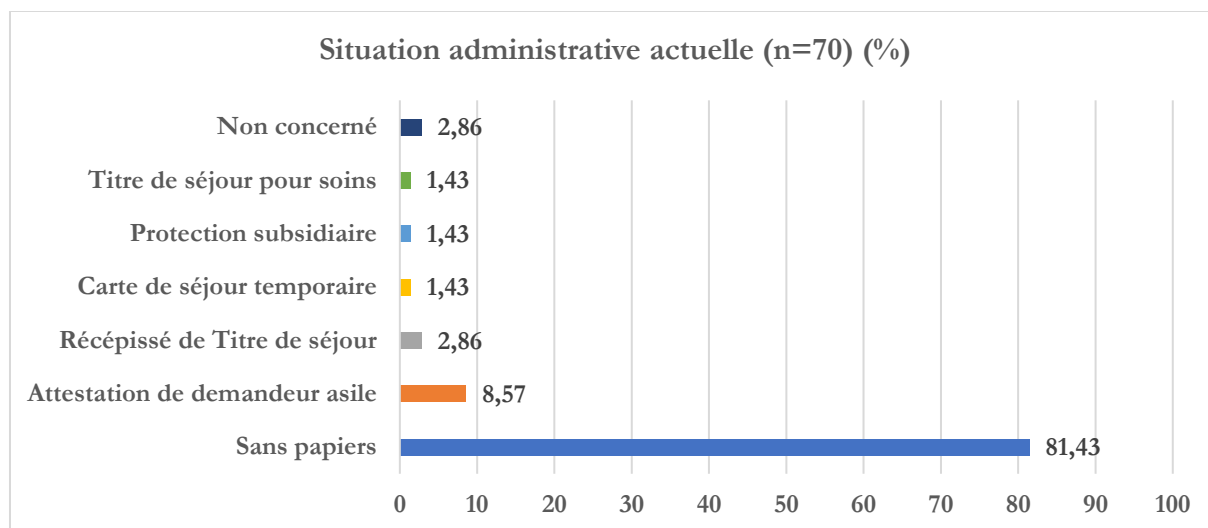
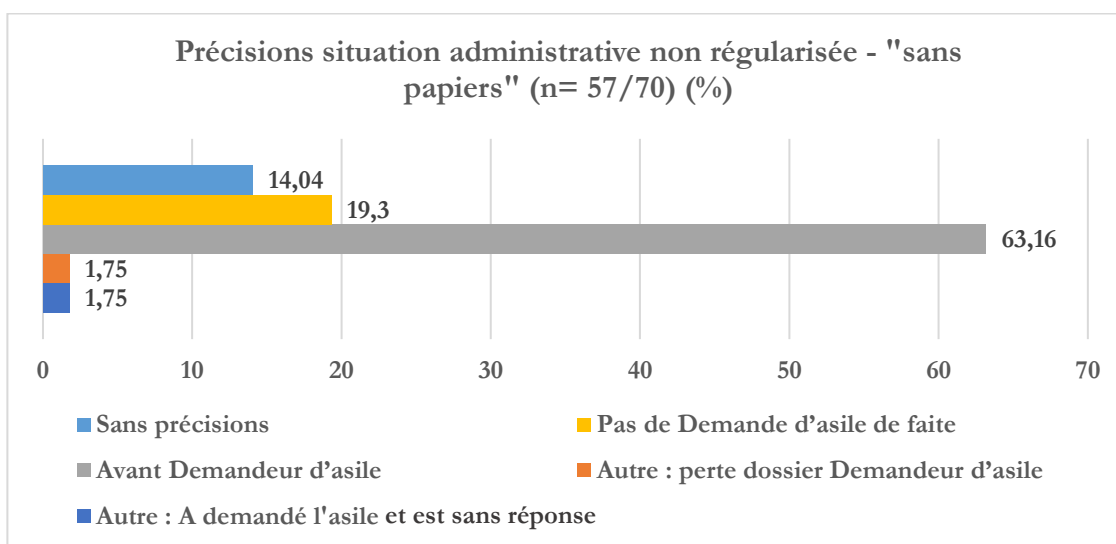


Figure 98 : Précisions sur la situation administrative non régularisée des personnes interrogées (%)

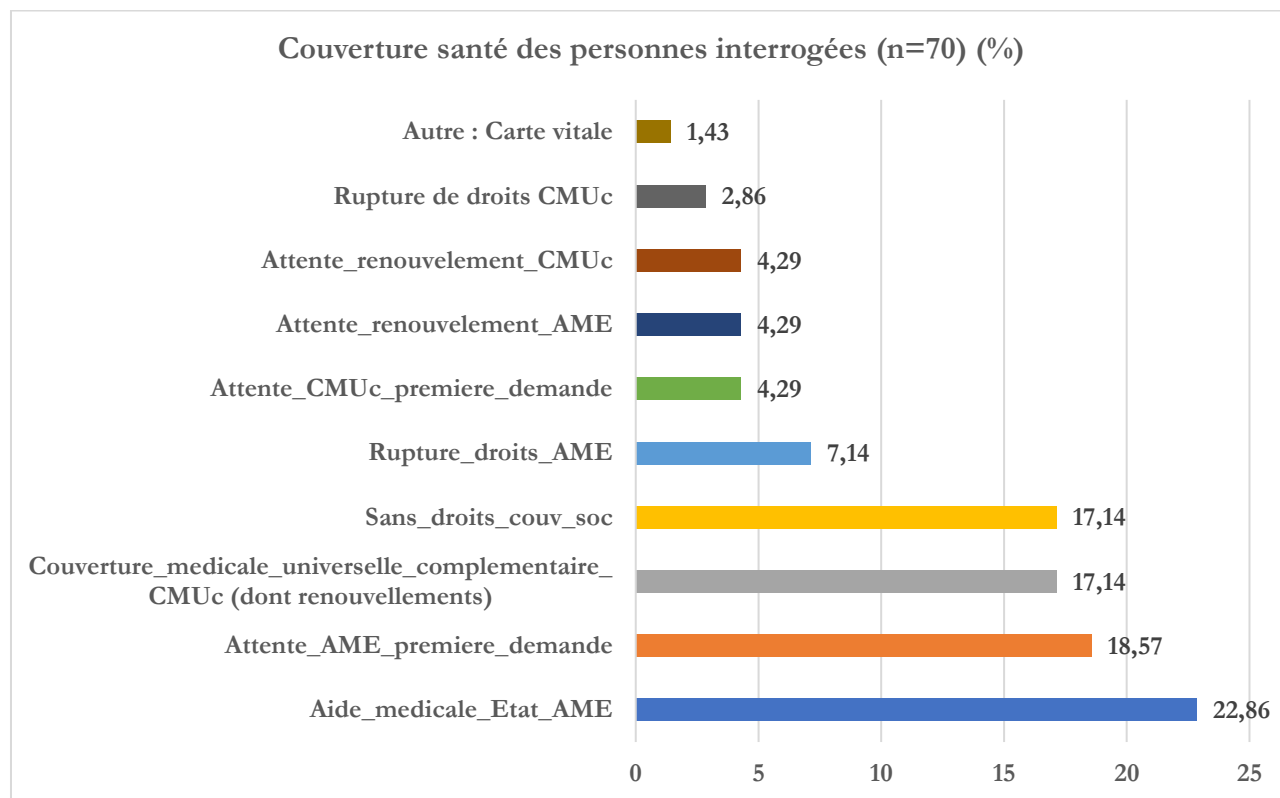


Seulement 22,86% (n=16/70) de l'effectif avait des droits ouverts à l'AME et 17,14% (n=12/70) avait la CMUc²⁸¹. La grande majorité des autres personnes de l'effectif était sans droits ouverts (17,14%, n=12/70),

²⁸¹ La CMU est depuis le 1^{er} janvier 2016 remplacée par la Protection Universelle Maladie (PUMa) ou protection de base. La CMUc à quant à elle été remplacée par la Complémentaire santé solidaire. Toutefois les personnes interrogées citaient « la CMU ». Rappelons que parmi l'échantillon des personnes interrogées les personnes étaient en moyenne présentes sur le territoire Guyanais depuis 2 à 3 ans. Soit une arrivée comprise sur le territoire Guyanais entre 2016 et 2017, d'où la connaissance de ce vocable.

en rupture de droits (7,14%, n = 5/70, en rupture de droits AME) ou en attente de renouvellement de leurs droits (4,29%, n=3/70, en renouvellement de droits AME) (figure 99). Ces situations d'incertitude au regard des droits concerne près de la moitié des personnes. En 2013, les ruptures de droits étaient d'ailleurs « trois fois plus fréquentes en Guyane qu'au niveau national » [MDM, 2014, p.86].

Figure 99 : Accès à une Couverture santé des personnes interrogées (%)



2.3. Des recours marqués à des types de soins de santé primaires

Sur les 70 personnes interrogées, concernant leurs différents recours aux besoins de soins proposés (question 29 du questionnaire)²⁸², seules 2 personnes n'ont eu aucun recours aux types de soins proposés. Les analyses concernant le recours sont donc fondées sur un échantillon de 68 personnes qui ont déjà eu recours à des besoins de soins, soit 97,14% de l'échantillon.

Il est très important de signaler qu'il a été privilégié de comptabiliser l'ensemble des recours possibles et ce pour un même type de soins²⁸³. Par exemple, pour un type de recours : « consultation avec un médecin », une même personne peut avoir eu deux recours à des structures/dispositifs différents. C'est

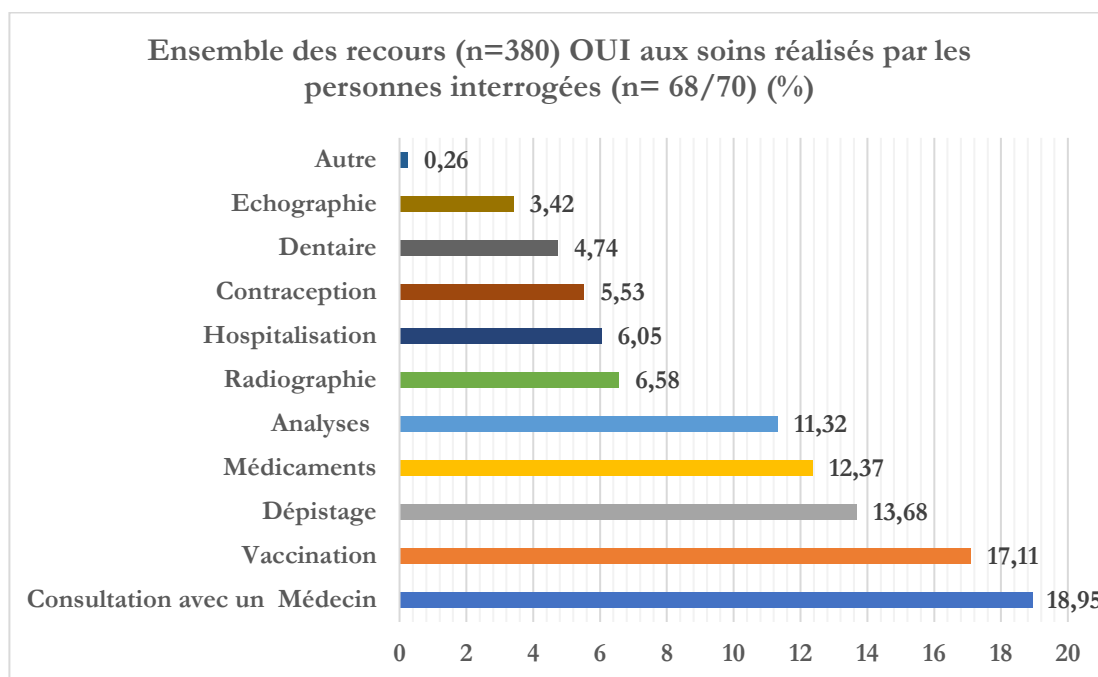
²⁸² Types de soins de santé proposés : consultation avec un médecin, la vaccination, le dépistage, les médicaments, les analyses de sang, la radiographie, l'hospitalisation, le dentiste, et la contraception et l'échographie (femmes uniquement).

²⁸³ Pour rappel : il ne s'agit pas dans cette analyse de réaliser une interprétation en fonction de « rangs » (Chapitre 3, 2.2.3)

pourquoi le recours à une consultation chez un médecin comptabilise plus de recours (n=72) que de personnes ayant eu au moins un recours (n=68). Ce choix a été pris afin, par la suite, d'identifier les structures et dispositifs de soins « préférentiels » pour un type de soin donné.

Ainsi, concernant le recours à ces types de soins de santé, tous confondus, un total de 380 recours ont été réalisés par les 68 personnes. Deux d'entre eux sont les plus fréquemment réalisés parmi les types de soins proposés : le recours à une consultation chez un médecin concerne 18,95% (n=72/380) des recours parmi l'ensemble des 380 recours et le recours à la vaccination 17,11% (n=65). Viennent ensuite le recours au dépistage VIH et IST à hauteur de 13,68% (n=52), le recours aux médicaments (12,37%, n=47), le recours aux analyses (de sang – hors dépistage du VIH et IST, 11,32%, n=43). Pour les autres types de soins, tels que le recours à la radiographie (n=25), l'hospitalisation (n=23), les soins dentaires (n=18), l'échographie²⁸⁴ (femmes, n=13) et la contraception (femmes, n=21), et autre type de recours (n=1) ils représentent respectivement moins de 10% des recours parmi l'ensemble des recours (figure 100, annexe 36).

Figure 100 : Ensemble des recours aux soins réalisés par les personnes interrogées (%)



Concernant les besoins d'aide à caractère social, parmi les 70 personnes interrogées, 40 personnes soit 57,14% de l'échantillon ont déclaré avoir au moins recouru à l'une des aides proposées : une aide en matière d'accompagnement social, d'aide alimentaire, d'aide vestimentaire.²⁸⁵ Ainsi 30 personnes interrogées

²⁸⁴ En moyenne une personne avait déjà eu recours à 5,59 structures de soins de santé (soit la moyenne des degrés sortants des individus), annexe 34.

²⁸⁵ Les aides concernant « trouver un logement social » et l'aide pour « trouver un travail » présentes dans le questionnaire ont été exclues de l'étude de terrain dans la mesure où elles n'étaient pas pertinentes au regard de la situation administrative des personnes rencontrées.

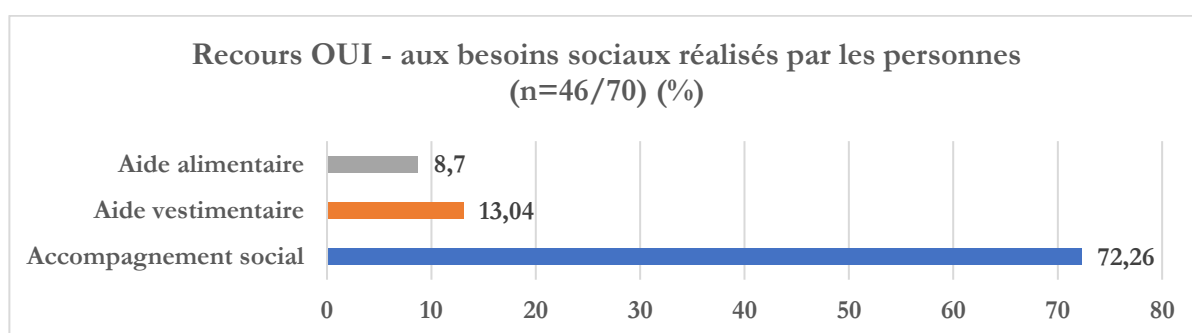
n'ont eu aucun recours à une aide proposée. Les analyses concernant le recours à une aide à caractère social sont donc fondées sur un échantillon de 40 personnes qui ont déjà eu au moins un recours²⁸⁶.

Là encore, la démarche est identique, il a été privilégié de comptabiliser l'ensemble des recours possibles et ce pour un même type d'aide. Par exemple, pour un type de recours : accompagnement social, une même personne peut avoir eu deux recours à des structures différentes. Ce choix a été pris afin, par la suite d'identifier les structures/dispositifs « préférentiels » proposant des aides à caractère social pour un type d'aide donné.

Ainsi, concernant le recours à ces types d'aides, tous confondus, un total de 46 recours ont été réalisés. Seul l'un d'entre eux, l'accompagnement social, comptabilise le plus de recours soit 72,26% (n=36/46) des recours (figure 101). L'aide vestimentaire et alimentaire comptabilisent respectivement quant à elles seulement 13,04% des recours (n=6/46) et 8,70% (n=4/46), alors qu'une récente étude montre qu'il existe une situation d'insécurité alimentaire alarmante dans ces quartiers précaires [C.Basurko et al., 2020].

Par ailleurs, il est intéressant de constater que ces deux types d'aides rencontrent aussi de forts renoncements dans notre échantillon. L'aide alimentaire compte 91,43% (n=64/70) de personnes ayant renoncé à cette aide notamment parce qu'elles « ne savaient pas où aller » à hauteur de 89,06% (n=57/70). Tandis que 84,29% (n=59/70) des personnes interrogées ont renoncé à une aide vestimentaire pour ce même motif à hauteur de 93,22% (n=55/70). En ayant conscience que les effectifs de l'échantillon sont peu élevés et qu'il convient de ne pas généraliser ces chiffres, l'importance des renoncements à des aides alimentaire, vestimentaire et de leur principale raison tend à monter que les personnes sont insuffisamment en capacité d'exprimer leur demande auprès des organismes qui répondent à cette aide puisqu'elles ne les connaissent pas.

Figure 101 : Ensemble des recours aux aides à caractère social réalisés par les personnes (%)

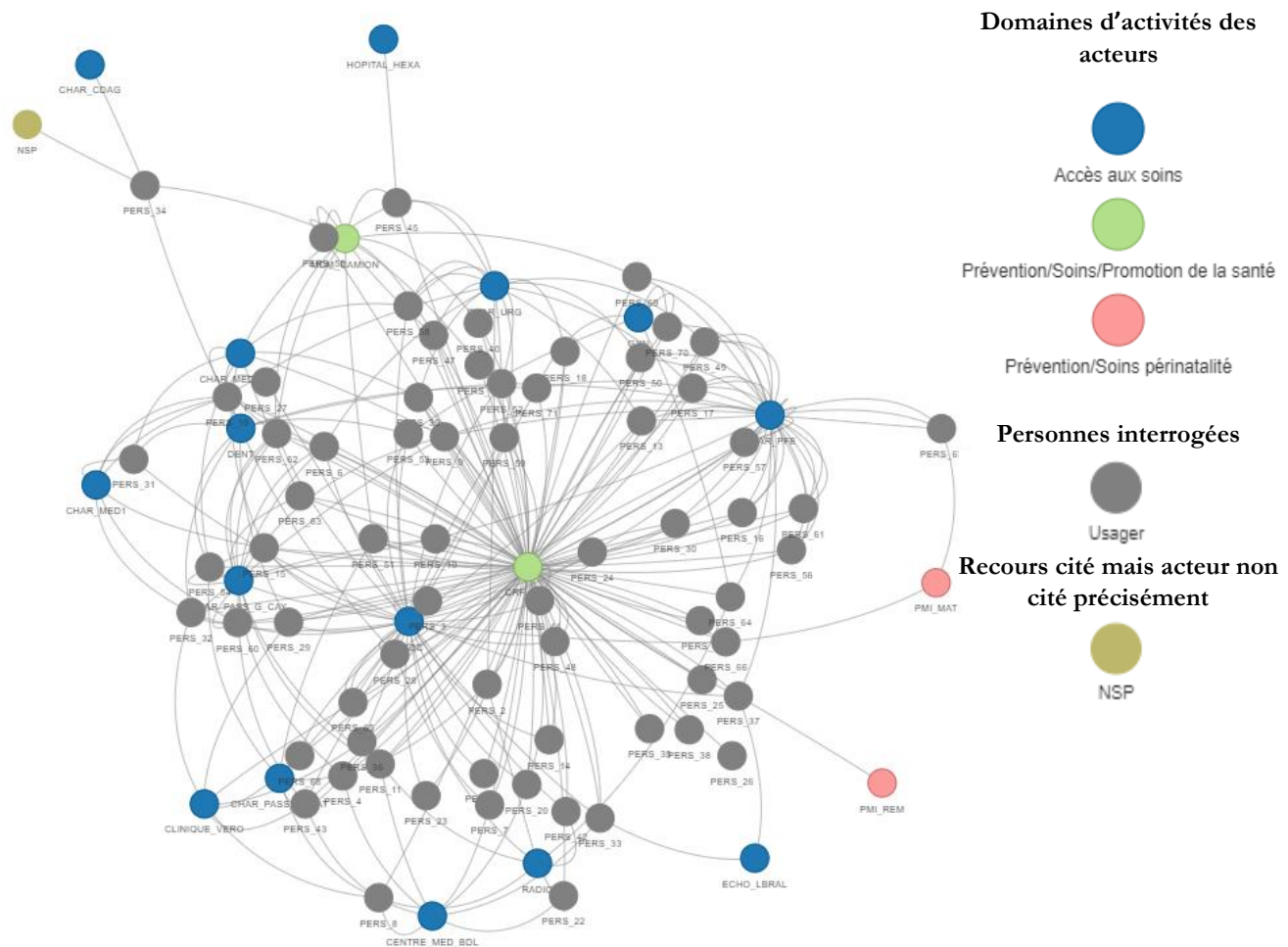


Etant donné que les lieux de recours ont été précisés dans les questionnaires, il est ainsi possible d'identifier au total 23 structures/dispositifs de recours qui ont été les plus côtoyés pour tous types de recours aux soins. Ces acteurs s'inscrivent dans les domaines d'activité de l'accès aux soins, la prévention, soins et promotion de la santé, la prévention/soins et périnatalité (figure 102).

²⁸⁶ En moyenne une personne avait eu recours à 1,15 dispositifs d'aide à caractère social (soit la moyenne des degrés sortants des individus), annexe 35.

La légende des graphes de ce chapitre est commune aux graphes présentés auparavant. Les acteurs sont classifiés selon leurs domaines d'activité. Par exemple, le CPS de CRF se classifie dans le domaine d'activité Prévention/soins et promotion de la santé ; et le médecin dans l'accès aux soins. Une catégorie s'ajoute à la légende, étant donné qu'il s'agit de représenter le recours des personnes interrogées, ainsi ces dernières figurent en tant que sommets « usager », en gris, sur le graphe. Les lieux de recours qui n'ont pas été cités de manière nominative par certaines personnes interrogées figurent en tant que « NSP » (Ne Sait Pas).

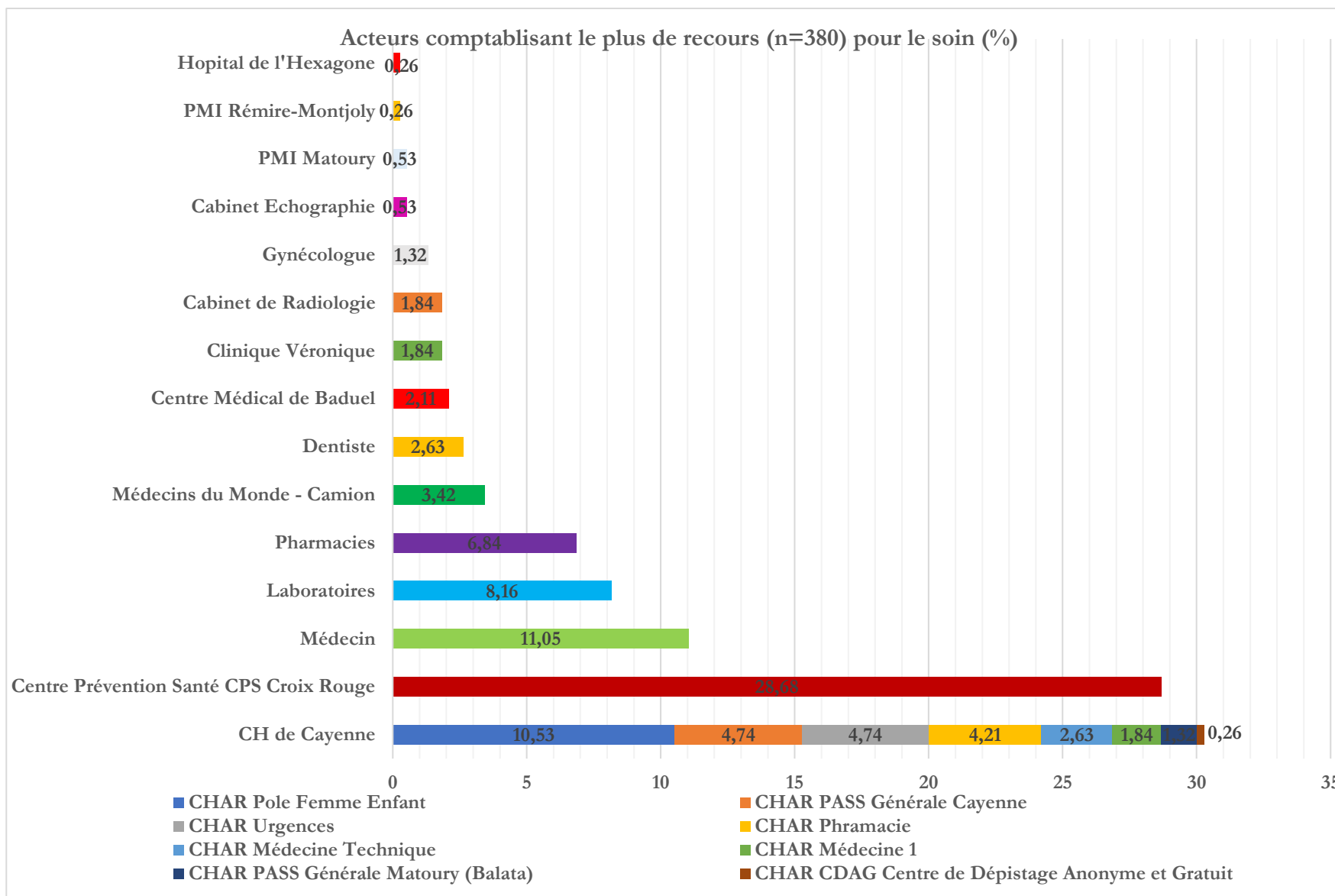
Figure 102 : Ensemble des recours aux soins des personnes interrogées déclarés par lieux



Ainsi, les lieux qui comptent le plus de recours sont le Centre de Prévention Santé Croix Rouge Française soit 28,68% parmi l'ensemble des recours (n=109/380), viennent ensuite le médecin libéral soit 11 % parmi l'ensemble des recours (n = 42/380). Puis, le Pôle Femme Enfant du CH de Cayenne soit 10,5% (n=40) parmi l'ensemble des recours, le Laboratoire d'analyses (8,16%, n=31), la Pharmacie 6,24%, n=26), la PASS générale du CH de Cayenne (4,74%, n=18).

Il est à signaler que si les recours qui réfèrent aux multiples services du CH de Cayenne sont agrégés, le CH de Cayenne détient plus de 30% des recours parmi l'ensemble des recours aux soins de santé réalisés des personnes interrogées (figure 103).

Figure 103 : Acteurs comptabilisant le plus de recours pour le soin (%)



Concernant les lieux de recours pour une aide à caractère social (figure 104, annexe 37), le camion de Médecins du Monde compte le plus de recours soit 41,30% (n=19/46) parmi l'ensemble des recours à une aide à caractère social (figure 105). D'autre part, ces recours aux aides à caractère social témoignent de liens interpersonnels avec les personnes du quartier puisque 15,22% (n=7/46) des recours à une aide sociale ont été réalisés « auprès d'une personne du quartier » et auprès « d'une personne proche » (8,70%, n=4/46). Ces deux derniers « moyens » de recours, qui sortent du champ des acteurs/ dispositifs de recours conventionnels sont légendés par « autre activité ».

Figure 104 : Ensemble des recours aux aides à caractère social par acteur/dispositif déclaré des personnes interrogées

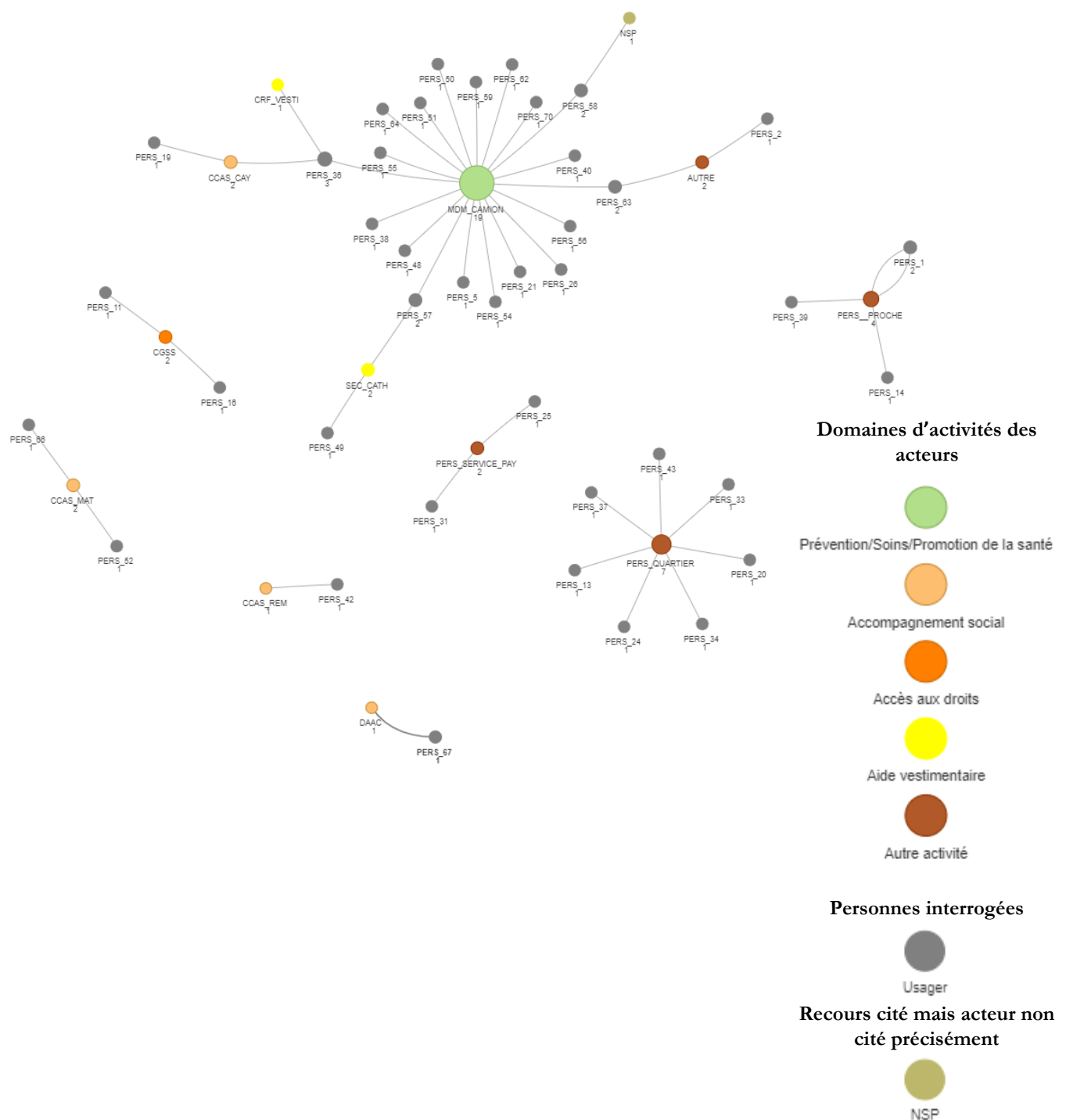
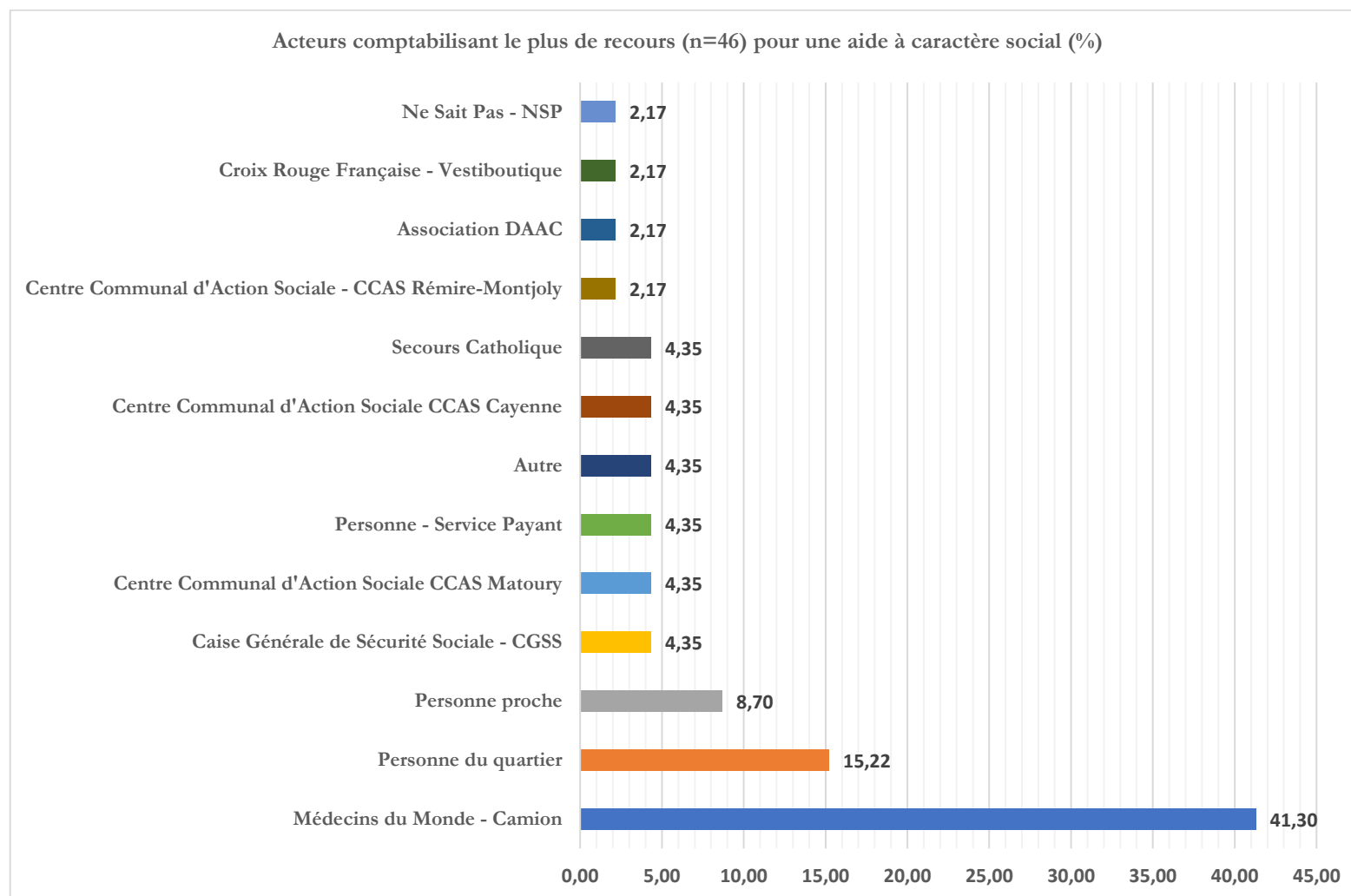


Figure 105 : Acteurs comptabilisant le plus de recours pour une aide à caractère social (%)



Cette analyse globale sur les types de recours aux soins de santé et à caractère social, permet d'apporter un premier éclairage sur les types de recours les plus réalisés des populations vulnérables interrogées. De plus elles permettent d'identifier certains lieux/dispositifs de recours les plus cités.

Néanmoins, elle n'apporte pas de précisions quant au lieu de recours préférentiel choisi pour un type de recours à un besoin de soins de santé ou d'aide à caractère social. C'est pourquoi, dans la mesure où le questionnaire précisait - en plus du type de recours - la structure et la raison du choix de cette structure de recours, l'enjeu devient double autour de l'identification des structures préférentiellement choisies (1) et la raison première ayant motivé ce choix (déterminant de l'accès) (2).

Analysés indépendamment, les types de recours aux soins de santé (soins, vaccination, dépistage ...) et à caractère social (accompagnement social, aide alimentaire...) permettent d'identifier les lieux de recours spécifiques et les raisons (déterminants) pour lesquelles les individus y ont recouru. Ces analyses seront l'objet du chapitre 11.

Conclusion du Chapitre X

Ce chapitre, bien que l'échantillon ne permette pas de faire des analyses statistiques dans l'optique de généraliser les résultats, et que les résultats apportés soient donc descriptifs, permet de rendre compte des caractéristiques socio-économiques des personnes rencontrées et interrogées dans les 4 différents quartiers. Ces populations sont en situation de multiples vulnérabilités : économique, matérielle, administrative, sanitaire. Les résultats des analyses descriptives clarifient ces multiples états de vulnérabilité.

En effet, plus de la moitié de l'échantillon des personnes interrogées vivaient avec un revenu mensuel compris entre 0 et 50 euros déclaraient vivre entre 3 et 4 personnes (34,29%) sous le même toit. Plus de 75% des personnes vivaient dans des logements très précaires, bâtis de tôles et de bois, sans accès à l'eau courante ni à l'électricité (par raccordement officiel).

Les conditions de vie de ces personnes dans ces quartiers à vocation d'habitat permanent en zone urbaine et périurbaine y sont « précaires » : une densité moyenne à forte, le bâti de moyenne à de mauvaise facture, et il n'y a pas accès à l'eau courante et à l'électricité (sauf de manière informelle).

La question des populations non alimentées en eau potable par des réseaux publics en Guyane n'est pas nouvelle [F.Mansotte, T.Margueron, D.Maison, 2010], ces populations ayant recours à « des sources d'eau peu sûres augmentent le risque de survenue de pathologies du péril fécal comme la fièvre typhoïde » [C. Basurko et al., 2020 in F.Mansotte, T.Margueron, D.Maison, 2010].

Les personnes rencontrées étaient notamment en situation migratoire, de nationalité Haïtienne (90%). Arrivés entre 2 et 3 ans en moyenne en Guyane pour des raisons économiques et d'insécurité politique en Haïti, peu d'entre eux avaient une situation administrative régularisée (81,43%) ; pourtant, 63,7% d'entre eux avaient effectué une Demande d'Asile qui a été rejetée.

Dans ces conditions, la santé perçue de ces personnes s'était dégradée entre le pays d'origine et la Guyane passant d'un état de santé perçu comme « Bon » à hauteur de 57,14 % dans le pays d'origine à 24,29 % en Guyane. Malgré ce mauvais état de santé perçu, seules 22,9% des personnes interrogées avaient accès à l'Aide Médicale d'Etat (AME), tandis que 17,1% n'avait aucune couverture santé et ce sans compter les personnes qui sont en rupture ou en attente de renouvellement de leur couverture sociale.

Enfin, 97,14% des personnes interrogées avaient eu au moins déjà eu un recours à des besoins de soins. Le recours à la vaccination et à une consultation avec un médecin sont les plus importants parmi ces recours (17% et 19%). Quant au recours aux aides sociales, 57,14% des personnes interrogées y avaient déjà recouru, et parmi elles, notamment pour un accompagnement social (72,26%).

Dans la mesure où le questionnaire précisait la structure et la raison du choix de cette structure pour un recours à un type de soins de santé, l'enjeu devient double concernant l'identification des structures préférentiellement choisies et la raison de ce choix par les personnes (chapitre 11).

Chapitre XI

Les lieux et les déterminants de l'accès aux soins de santé des populations vulnérables : une précision sur la place tenue des acteurs centraux identifiés

Ce dernier chapitre est relatif à une hypothèse de travail qui est la suivante : les populations ont des structures/ dispositifs de recours associés à des déterminants de recours propres à un type de soins de santé / d'aide à caractère social. Ces recours des populations peuvent permettre de préciser la place d'acteurs identifiés comme centraux dans les analyses précédemment menées.

Ainsi, ce dernier chapitre, propose au travers les pratiques de recours et de renoncements aux besoins de soins de santé et aux aides à caractère social des populations de répondre à trois objectifs.

Le premier vise à identifier, pour chacun des types de soins de santé, les structures/dispositifs qui comptabilisent le plus de recours²⁸⁷.

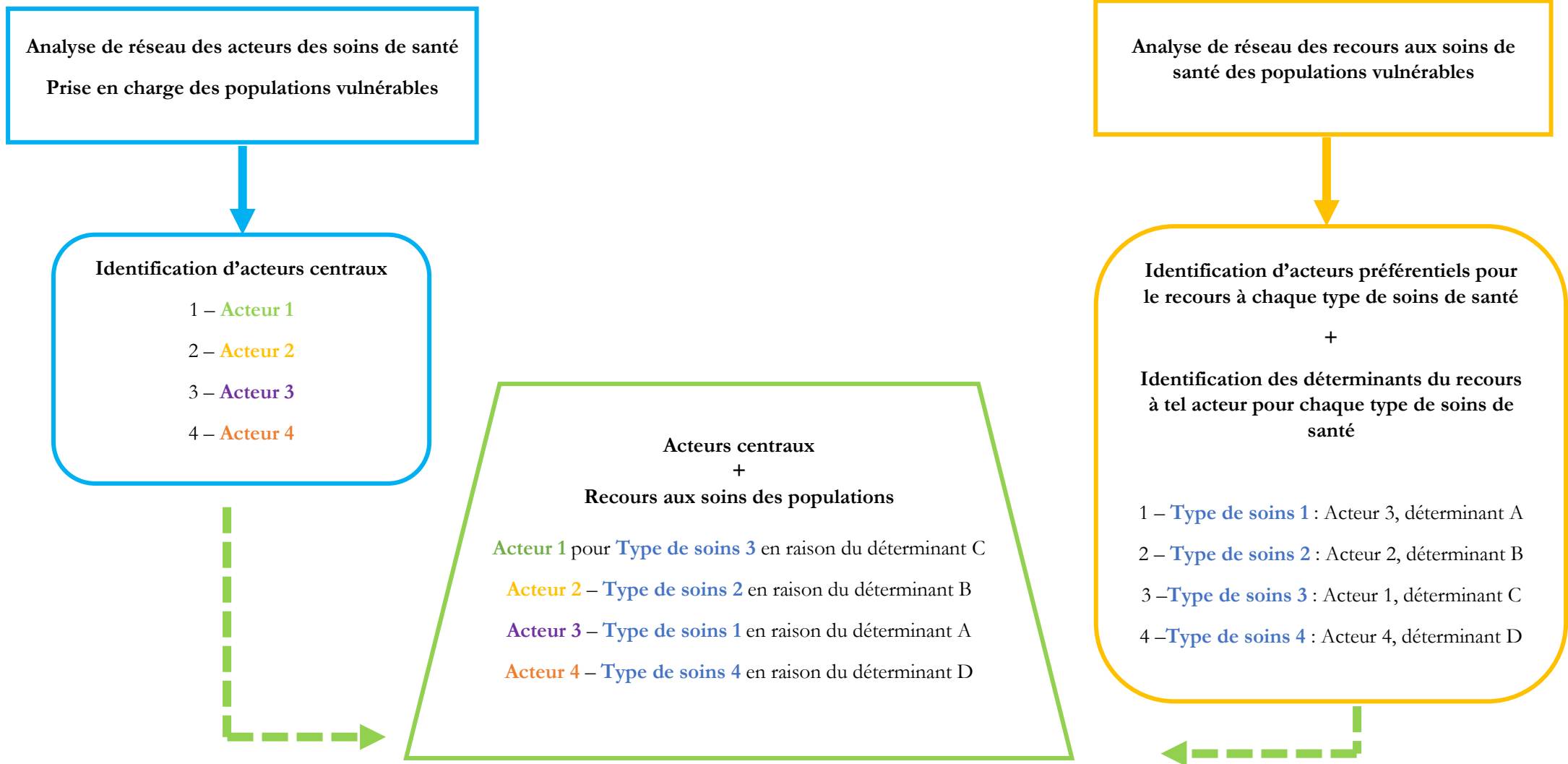
D'autre part, les questionnaires étant centrés sur « l'accès » des personnes, le second objectif a pour but l'identification des déterminants de recours à un(e) structure/dispositif plus qu'un(e) autre pour chacun des types de soins de santé et d'aides à caractère social. Cette analyse permettra ainsi de mettre en perspective les déterminants de l'accès aux soins de santé [R.Penchansky et Thomas, 1981; E.Saurman, 2015 ; J-F Levesque et al., 2013] de ces populations.

Enfin, le dernier objectif vise à préciser la place tenue par des acteurs centraux et d'ouvrir des perspectives. Pour ce faire, il s'agira de croiser les résultats des enquêtes menées auprès des populations avec les résultats précédents qui résultent de l'analyse des acteurs (figure 106).

Cette analyse vise ainsi à préciser la place de certains acteurs identifiés comme étant centraux dans la prise en charge des populations (chapitre 8). Ce même objectif est également appliqué pour les recours aux aides à caractère social.

²⁸⁷Pour rappel : pour un type de besoin de soins de santé/ aide à caractère social, il a été comptabilisé l'ensemble des recours réalisés. Par exemple, le recours à la consultation chez un médecin a pu être réalisé pour un même individu une fois à la PASS du CH de Cayenne et une fois chez le médecin libéral.

Figure 106 : Croiser l'analyse de réseau de la structuration des acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables avec l'analyse de réseau portant sur les recours aux soins de santé des populations



Une analyse statistique multifactorielle n'a pas été envisageable en raison du faible échantillon des interrogés. Les recours aux différents types de besoins de soins et d'aides à caractère social des personnes interrogées sont étudiés avec l'analyse de réseau. Menée à partir d'une analyse de centralité, simple, sur les degrés, cette mesure permet de mesurer le nombre de recours aux différentes structures pour les différents types de soins de santé/ aux aides à caractère social proposées ; et de rendre compte visuellement de toutes les structures mobilisées. L'étude permet en somme, de mettre l'accent sur les structures/dispositifs de recours et ses raisons pour un type de soins et une aide à caractère social donné.

Enfin, les renoncements et leur(s) raison(s) ont quant à eux été décrits par des statistiques descriptives, en effet, si le recours à des besoins de soins de santé sont réalisés ce n'est pas pour autant que les personnes n'y ont pas déjà renoncé. De cette manière, cette analyse permet aussi d'entrevoir les besoins de soins et d'aides qui sont exprimés ou non des individus²⁸⁸.

Bien que ces résultats ne soient que des tendances en raison de l'effectif des personnes interrogées au sein des quartiers ; ils permettront de préciser la place tenue par des acteurs centraux et d'ouvrir des perspectives.

1 - Des recours et des acteurs ciblés pour certains types de soins de santé et aides à caractère social

1.1 Le Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française : un dispositif de recours majeur connu des populations pour la vaccination et le dépistage du VIH/Sida et des IST

Parmi les recours à la vaccination²⁸⁹ (n=65/380) (figure 107), le CPS de CRF compte à lui seul 95,38% (n=62 liens entrants/65) des recours à la vaccination²⁹⁰. L'autre moyen de recours à la vaccination s'élève à 3% (n=2/65) chez un médecin libéral (figure 108). En effet, certains sont habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune en Guyane.

De la même manière, le recours au dépistage (VIH Sida/IST) (n=52/380) (figure 109) se fait préférentiellement au CPS de CRF qui compte à lui seul 84,62% (n=44/52) des recours au dépistage. En second lieu le laboratoire d'analyse représente 9,62% des recours (n=5/52). Enfin deux autres dispositifs

²⁸⁸ Laisser la place à la question du renoncement éclaire plus en profondeur les besoins réels des populations. En effet, ce n'est pas parce qu'un besoin est présumé dans le questionnaire qu'il l'est réellement ressenti auprès des populations interrogées. Pour illustrer ce propos, la question de la contraception. Concernant le recours à la contraception des femmes, elle ne représente que 5,53% (n=21) des recours pour autant ce faible recours n'est pas pour autant associé à un problème d'accès dans la mesure où parmi les renoncements à la contraception seuls 4 sont subis (« raisons financières ») et 19 sont choisis (« pas besoin », « ne veut pas prendre la pilule » ...).

²⁸⁹ Pour tous types de vaccins au calendrier vaccinal, des plus de 6 ans (c'est-à-dire accessibles pour les plus de 6 ans hors des PMI).

²⁹⁰ Le nombre sous le nom des sommets, représente les degrés du sommet en question, soit pour les personnes le nombre total de recours effectués pour la vaccination ; et pour les acteurs (CPS, médecins) le nombre total de recours effectués par les personnes, pour la vaccination.

ont été recourus respectivement de deux personnes pour le dépistage : le camion de MDM et le Ceggid (équivalent à l'ex CDAG) du CH de Cayenne (figure 110).

Figure 107 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d’activité - à la vaccination des personnes interrogées

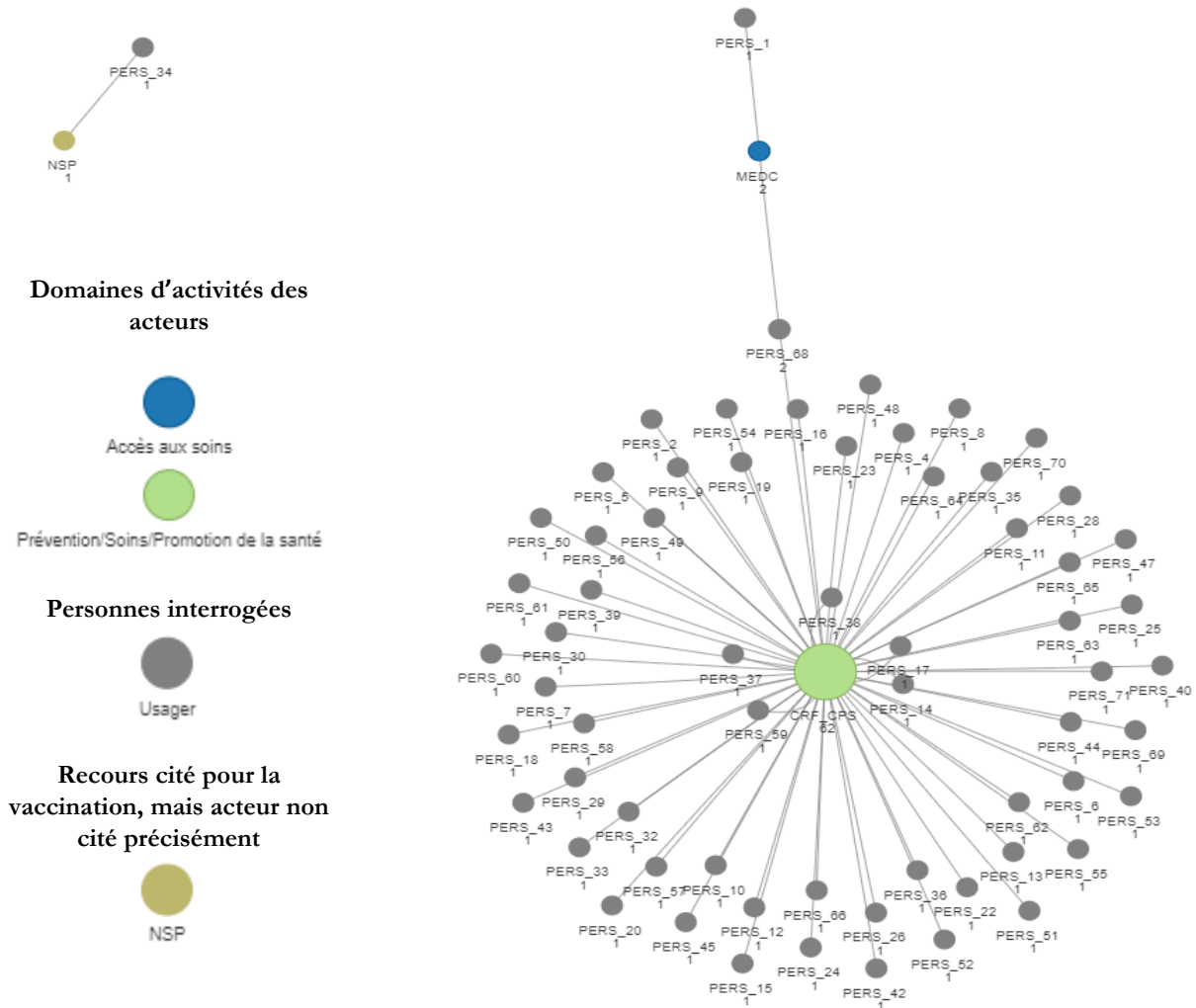


Figure 108 : Structures/dispositifs de recours à la vaccination (%)

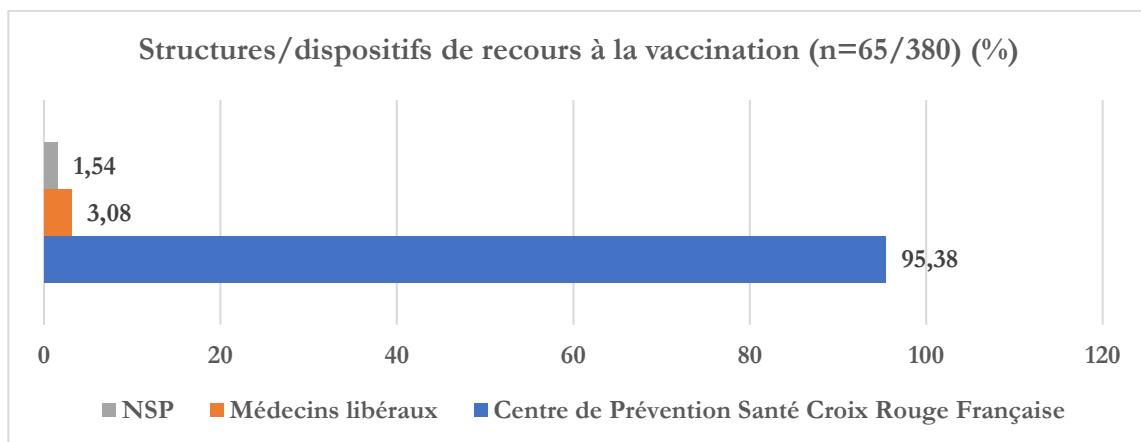


Figure 109 : Structures/dispositifs de recours – par domaine d'activités - au dépistage des personnes interrogées

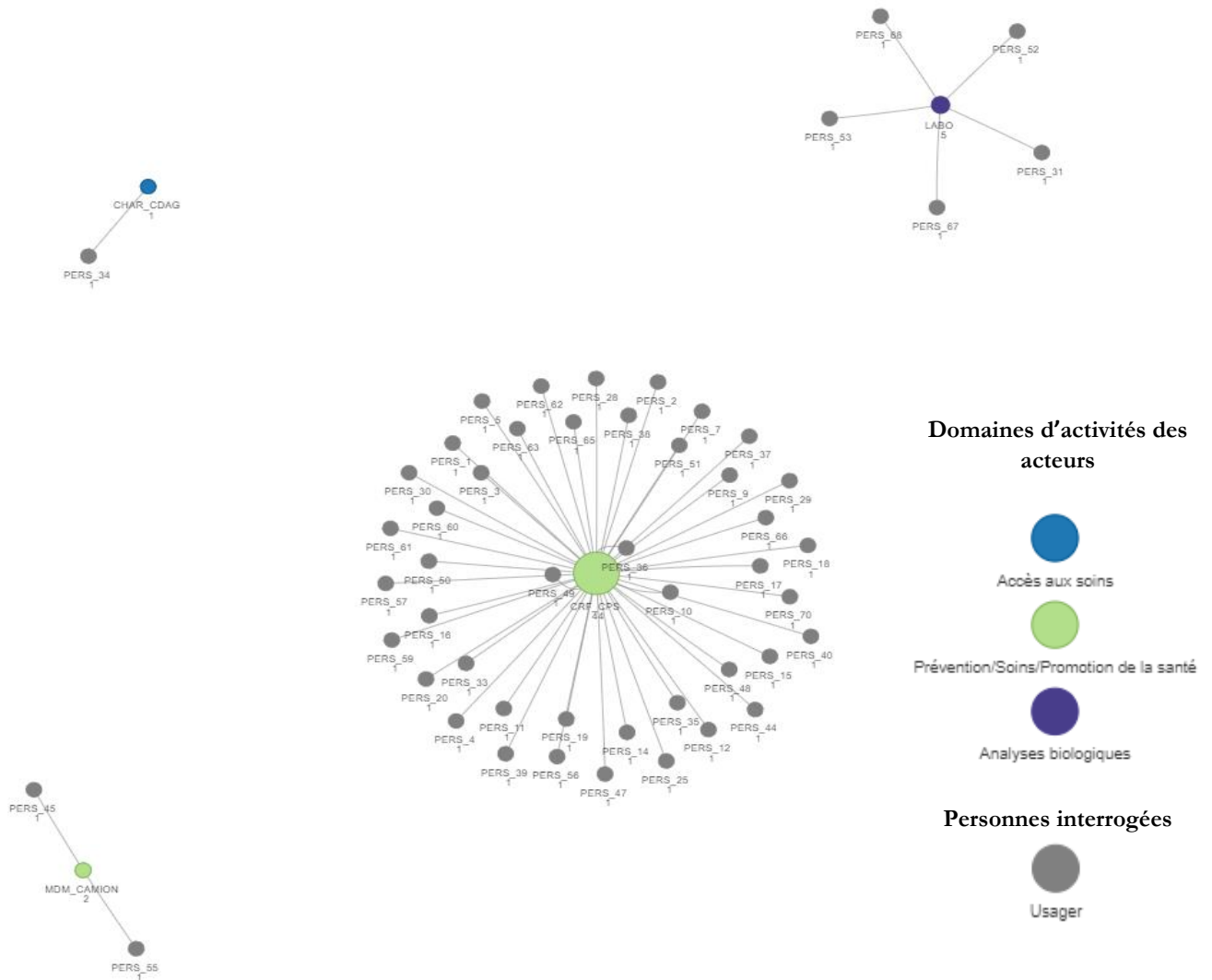
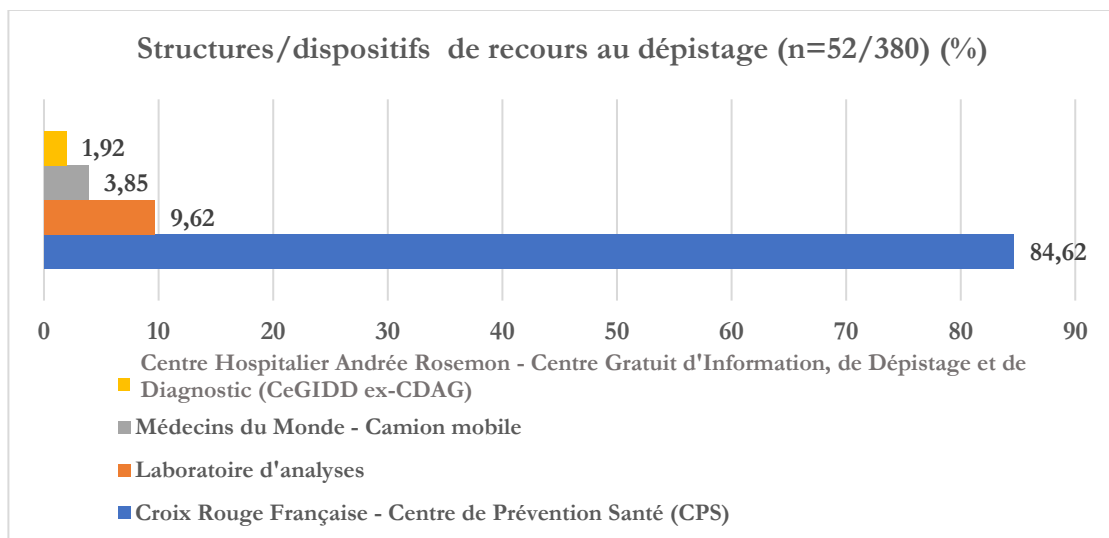


Figure 110 : Structures/dispositifs de recours au dépistage (%)



Concernant les raisons ayant motivé le recours à ce lieu pour la vaccination et le dépistage, elles permettent de préciser les principales dimensions ayant motivé cet accès effectif.

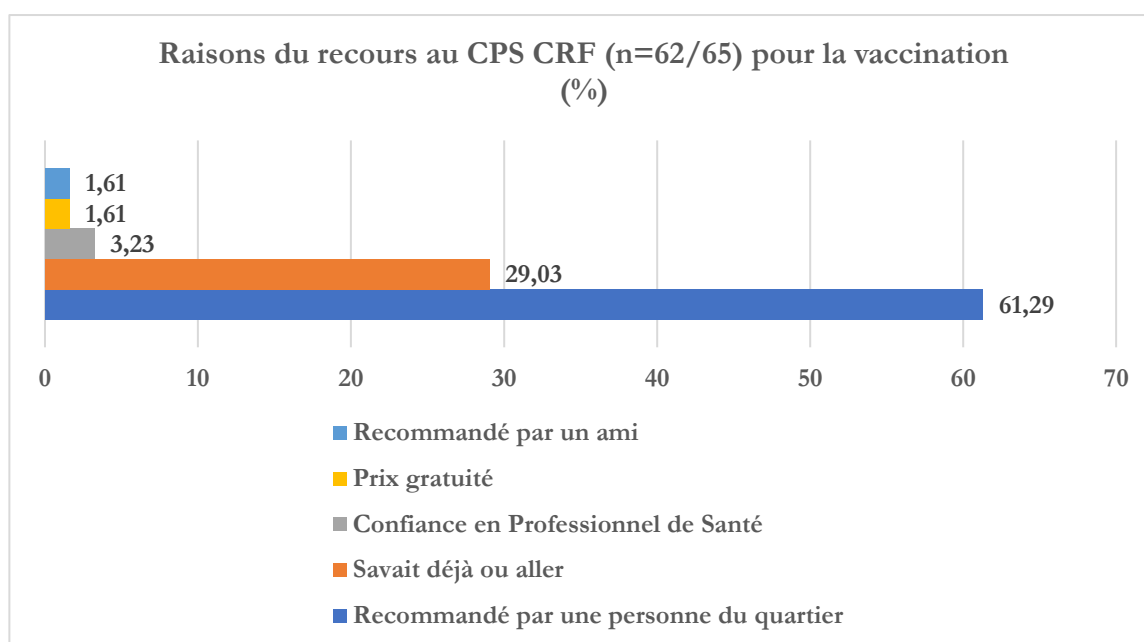
La première dimension de l'accès à la vaccination au centre CRF s'apparente à la « sensibilisation » (par la communauté élargie) [Saurman, 2015] dans la mesure où la raison première déclarée des individus concernant le recours à ce lieu pour ce type de besoin est à 61,3% (n=38/62) par le fait qu'il leur a été renseigné par « quelqu'un du quartier ».

La seconde dimension de l'accès à la vaccination dans ce centre est plus portée par la « capacité » des individus à mobiliser des connaissances acquises [J.Y Barreye, 2007] pour réaliser ce recours. En effet, 29% (n=18/62) des recours à la vaccination au centre CRF ont eu lieu parce que les personnes « savaient déjà où aller » (figure 111).

Autrement dit, ces déterminants de recours illustrent l'importance du « capital social, au sens des réseaux interpersonnels » [Dasgupta,2005, p.11]. Certaines études ont montré qu'il existe « une association robuste entre l'accès au capital social et l'état de santé des populations immigrées (Zambrana et al. [2004] ; Leclere et al. [1994] ; Campbell et Mclean [2002] » [C.Berchet et F.Jusot, 2010, §10]. Cette sensibilisation et diffusion de l'information par les personnes du quartier peut être ici considérée comme un déterminant qui facilite l'accès à certaines ressources.

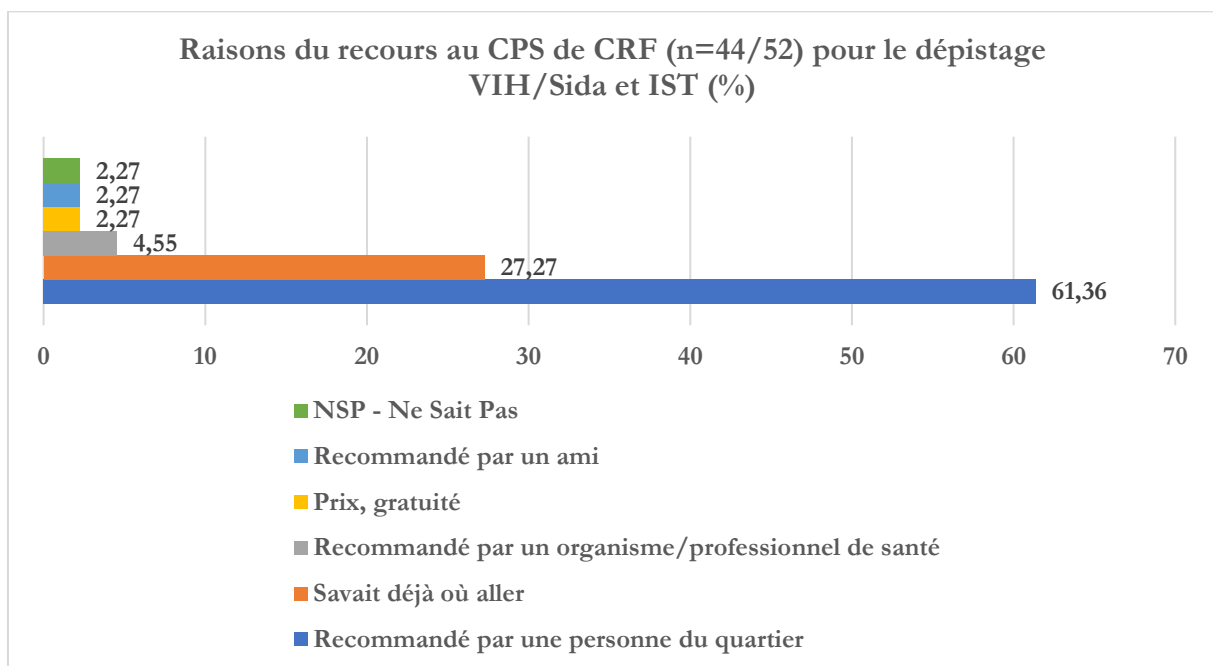
Selon la conceptualisation de l'accès de J-F.Levesque et al., 2013, centré sur le patient, cette utilisation effective du centre se réfère à la réalisation de la « capacité à s'engager » dans la mesure où la connaissance de l'information est mobilisée. A l'inverse les raisons du recours au médecin libéral pour la vaccination sont motivées toutes deux à 50% (n=1/2) par « la proximité géographique au lieu de vie », et par le fait qu'il leur a été « recommandé par un organisme/professionnel de santé ».

Figure 111 : Raisons du recours au CPS de CRF pour la vaccination (%)



Les raisons du recours des interrogés au centre CRF pour le dépistage (n=44) sont constitués des mêmes motifs respectifs que pour la vaccination : par 61,4% (n=27/44) du fait qu'il leur a été renseigné par « quelqu'un du quartier » ou que les personnes « savaient déjà où aller » à hauteur de 27,3% (n=12/44) (figure 112). Quant au recours au laboratoire d'analyses il est motivé à 60% par le fait d'avoir été « recommandé par un organisme/professionnel de santé » (n=3/5), et en raison de la « proximité au lieu de vie » et de la « confiance en le professionnel de santé » respectivement pour les deux raisons à hauteur de 20% (n=1/5).

Figure 112 : Raisons du recours au CPS de CRF pour le dépistage VIH/Sida et IST (%)



Au regard de ces résultats d'analyse sur les recours aux soins des populations et de ceux portant sur la structuration des acteurs qui prennent en charge les populations vulnérables ; les deux enquêtes menées peuvent se compléter et apporter des éléments de compréhension supplémentaire sur la place des acteurs centraux identifiés et l'importance des recours à cet acteur.

Le Centre de Prévention Santé de la Croix Rouge Française de Cayenne (CPS de CRF) a été identifié dans l'analyse de réseau des acteurs prenant en charge les populations (chapitre 8) comme le deuxième lieu central intermédiaire (coefficient de centralité d'intermédiarité = 410,71) et précisé avec un double rôle de structure faisant autorité (centralité d'autorité = 0,77) et hub (centralité de hub = 0,66).

Du point de vue de l'analyse de réseau portant sur les recours aux soins de santé des personnes interrogées, le CPS de CRF s'érige en tant que principale structure de recours à la vaccination et au dépistage.

Croiser les résultats de ces deux enquêtes menées permet d'avancer que le CPS de CRF est le principal acteur prenant en charge les populations vulnérables en matière de recours à la vaccination et au dépistage.

Outre les missions intrinsèques portées de la CRF en Guyane qui ont déjà été évoquées²⁹¹ (chapitre 8), deux éléments peuvent expliquer l'importance des recours observés des populations interrogées à ce centre de prévention santé. Premièrement, ses modalités d'accès et les dysfonctionnements d'autres structures peuvent expliquer sa place de « clef de voûte » dans la prise en charge des populations ; deuxièmement l'obligation de se faire vacciner pour le vaccin de la fièvre jaune en Guyane. Là encore, les extraits d'entretiens permettent d'avancer ces arguments.

La Croix Rouge permet un recours inconditionnel à la vaccination et au dépistage c'est-à-dire que toute personne, avec une couverture sociale ou non, de nationalité française ou non, peut y avoir accès. De plus, pour tout premier vaccin contre la fièvre jaune au cours de cette consultation au centre CRF le dépistage des IST est proposé gratuitement au cours de cette consultation au centre CRF. Vaccination et dépistage au CPS du CRF de Cayenne sont donc deux recours de soins de prévention fortement associés. De ce fait, le CPS du CRF de Cayenne reçoit surtout des personnes migrantes et sans couverture sociale (encadré 28). C'est pourquoi ce centre constitue pour les personnes interrogées qui ressentent un besoin de dépistage pour diverses raisons (encadré 28), l'unique lieu de recours pour réaliser un dépistage dans la mesure où le CeGGID du CH de Cayenne semble moins fonctionnel pour ces types de recours contrairement aux autres hôpitaux (Kourou, Saint Laurent du Maroni) de la région (encadré 28).

Encadré 28 : Le CPS de Cayenne un acteur central pour la vaccination et le dépistage des populations vulnérables

Les trois principales missions exercées au sein « des centres de santé classiques (CPS) (...) **sont des missions déléguées d'État. (...) leur accès n'est pas conditionné** : l'accès est gratuit à tous, avec ou sans couverture sociale. Les personnes accueillies au CPS de CRF à Cayenne sont « **en majorité entre deux tiers et trois quarts de personnes sans couverture sociale, migrantes**. Et un quart, **un tiers de population générale**, tout milieu social. », Association CRF, 02/05/17.

Les personnes qui vont au Centre Croix Rouge pour la mission CeGIDD « (...) viennent chercher du dépistage, avec les **différents motifs** que l'on a dans ces situations c'est-à-dire après une exposition à risque ou avant le début d'une belle histoire d'amour ou alors un conjoint pas très sûr. », Association CRF, 02/05/17.

« Non, non, c'est, c'est clair, il ne fonctionne pas (...) Euh, **le seul Ceggid qui fonctionne à Cayenne, c'est le Ceggid CRF**. Alors qu'à SLM il y a les deux, il y a aussi le Ceggid CHOG qui fonctionne un petit peu mieux et puis celui de CRF. Et à Kourou il y a que le Ceggid CRF ? Ouais », ARS Guyane, Pôle DSP, 17/04/2019

²⁹¹ L'association Croix Rouge Française en Guyane exerce plusieurs activités sur ses multi-sites répartis sur le territoire Guyanais :

- 1 centre de Premier Accueil et Consultation d'Orientation des Demandeurs d'Asile (PADA), crée et actif depuis mars 2017.
- Des interventions de dépistage en Camion Mobile dans les quartiers spontanés depuis 2012 (sauf en 2016).
- 3 Centres de Prévention Santé (CPS) : A Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni.

Les CPS proposent des consultations de vaccination du calendrier vaccinal pour les plus de 6 ans (ROR, BTCP, BTP, méningite) et des vaccins obligatoires en Guyane (fièvre jaune).

Ils proposent également la LAT (la Lutte Anti-Tuberculeuse) avec une prise en charge des patients diagnostiqués positifs à la Tuberculose. Enfin, les CPS proposent le dépistage sous forme de CeGIDD (Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine)²⁹¹, des hépatites virales et des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Deuxièmement du point de vue des importants recours à la vaccination au centre CRF, ils peuvent s'expliquer par le fait que le vaccin de la Fièvre Jaune en Guyane est obligatoire. Des arguments présents dans l'entretien mené avec le CPS de CRF à Cayenne et le Pôle de la DSP de l'ARS (encadré 29) permettent d'émettre la supposition d'une mise en place d'une « filière invisible » basée sur la vaccination au vaccin de la fièvre jaune qui serait pour les personnes vulnérables et migrantes synonyme d'amorce dans les démarches administratives. En effet, dans la mesure où le « carnet jaune » permet - grâce à la date de vaccination - de prouver une période de résidence sur le territoire de 3 mois minimum, il permet de tenter d'être couvert à minima par l'Aide Médicale d'Etat.

Ce motif de recours à la vaccination est également précisé grâce aux discussions informelles menées avec les personnes interrogées dans les quartiers spontanés. Pour les personnes immigrées, le passage au CPS de CRF équivaldrait à une « mise en situation », [questionnaire, n°36, quartier Manguiers, le 20/05/2019] à l'entrée du parcours migratoire en Guyane : « tout le monde sait que c'est obligatoire le passage à Croix Rouge pour aller se faire vacciner surtout pour commencer les démarches pour AME et CMU, les papiers... ». En atteste par ailleurs, la raison majeure du recours des personnes au CPS de CRF qui « savaient où aller » pour la vaccination et le dépistage.

Encadré 29 : Des recours aux soins de prévention sous-jacents à des besoins d'accès à l'ouverture de droits d'après des acteurs

« Les personnes qui se rendent en Centre Croix Rouge ayant recours à la vaccination « (...) viennent en vaccination pour se vacciner contre la fièvre jaune. Parce que c'est signe pour eux de procédures administratives. C'est-à-dire accession à l'assurance maladie. Et puis voilà », Association CRF, 02/05/2017.

« Alors il y a une vaccination pour laquelle on n'a aucun problème. Vous savez pourquoi ? (...) ils ont utilisé cet outil euh, cet outil dans le système... », ARS Guyane, Pôle DSP, 17/04/2019.

Enfin, le recours à la vaccination et au dépistage témoigne que l'accès à des soins de santé est plus complexe que les déterminants tels que l'accessibilité spatiale, financière... reliés à l'utilisation d'une structure, et nécessite l'inclusion de déterminants fondés sur le déterminant de la capacité des usagers à s'approprier des dispositifs de santé [Astre.H, Georges-Tarragano.C, Pierru.F et al.,2015, §10, §84]. Ces arguments développés en faveur de « la capacité à s'engager », corollaire au déterminant de la « pertinence » de la conceptualisation de l'accès centrée sur le patient J-F Levesque, mettent en valeur des facteurs tels que « l'autonomisation, et l'information ». Quant aux extraits d'entretiens, ils témoignent aussi, de la capacité des usagers à bâtir des stratégies d'adaptation face à ce que leur propose le système de santé français.

1.2 La consultation avec un médecin, deux acteurs majeurs de recours : le médecin libéral et la PASS générale du CH de Cayenne, aux déterminants de recours différenciés

Les structures/dispositifs de recours à une consultation avec un médecin ($n=72/380$)²⁹² et les raisons les ayant motivés sont plus diversifiés (figure 113). Si le médecin libéral est à hauteur de 50% ($n=36/72$) le premier des dispositifs de recours pour une consultation, deux autres lieux s'illustrent : la Permanence d'Accès aux Soins de Santé Générale du CH de Cayenne comptabilise 12,50% des recours ($n=9/72$) et le camion de MDM compte 11,11% des recours ($n=8/72$). Par ailleurs, si les recours aux services du CH de Cayenne sont cumulés pour une consultation avec un médecin, ils comptabilisent 23 recours sur les 72 recours à une consultation avec un médecin réalisés (figure 114).

²⁹² Rappel : Dans ce type de recours, le n est égal à 72, ce qui est supérieur à l'effectif des personnes interrogées ($n=70$). Ce dans la mesure où il a été comptabilisé l'ensemble des recours : une personne peut avoir eu recours 2 fois à un médecin dans deux structures/dispositifs différents. Par ailleurs, la diversité de ces dispositifs de recours à une consultation avec un médecin s'illustre plus fréquemment pour une seule et même personne. Par exemple le questionnaire 15 identifie une personne ayant eu recours une fois chez un médecin à la PASS Générale du CHAR de Cayenne et l'autre chez un médecin libéral.

Figure 113 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d'activités - à une consultation avec un médecin des personnes interrogées

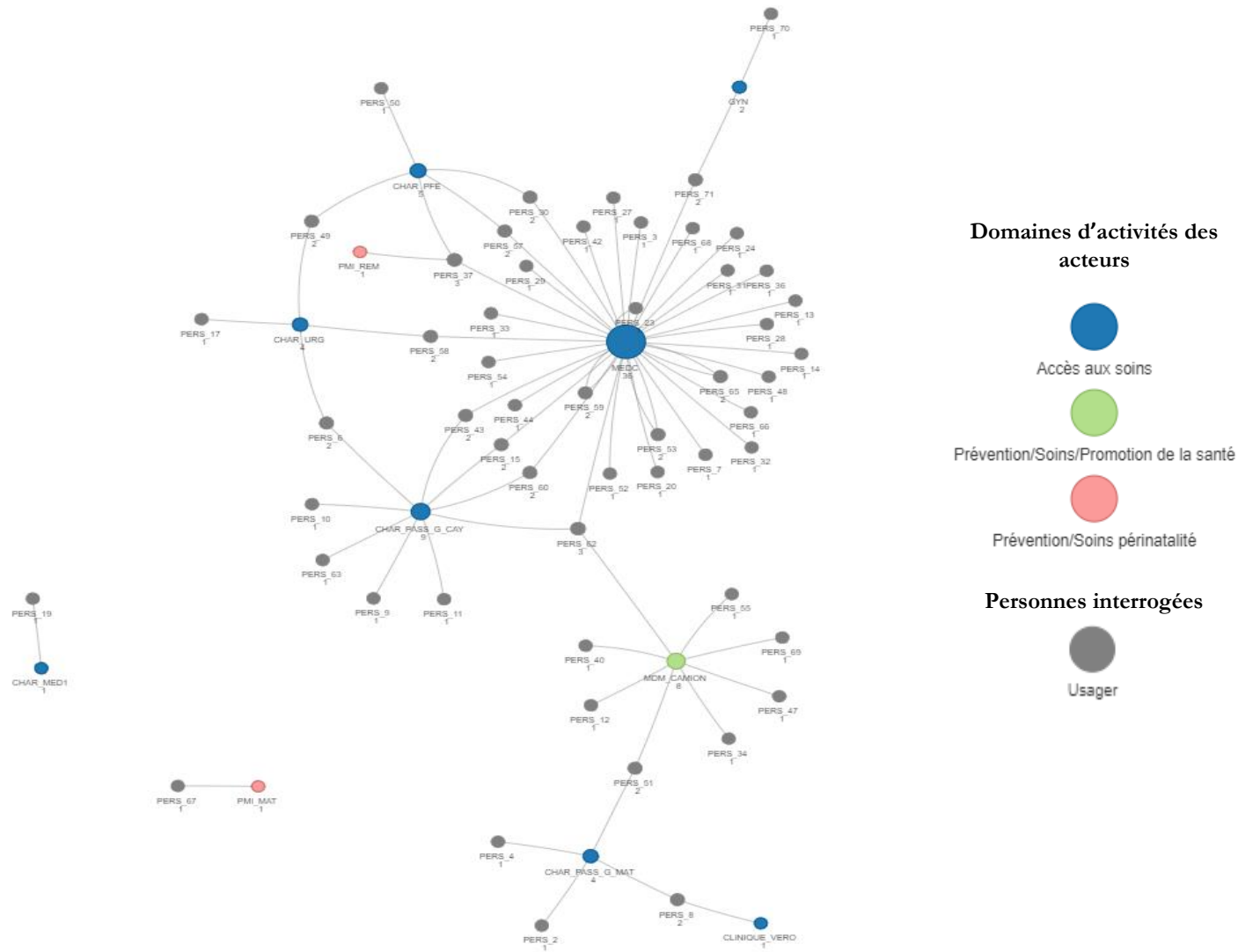
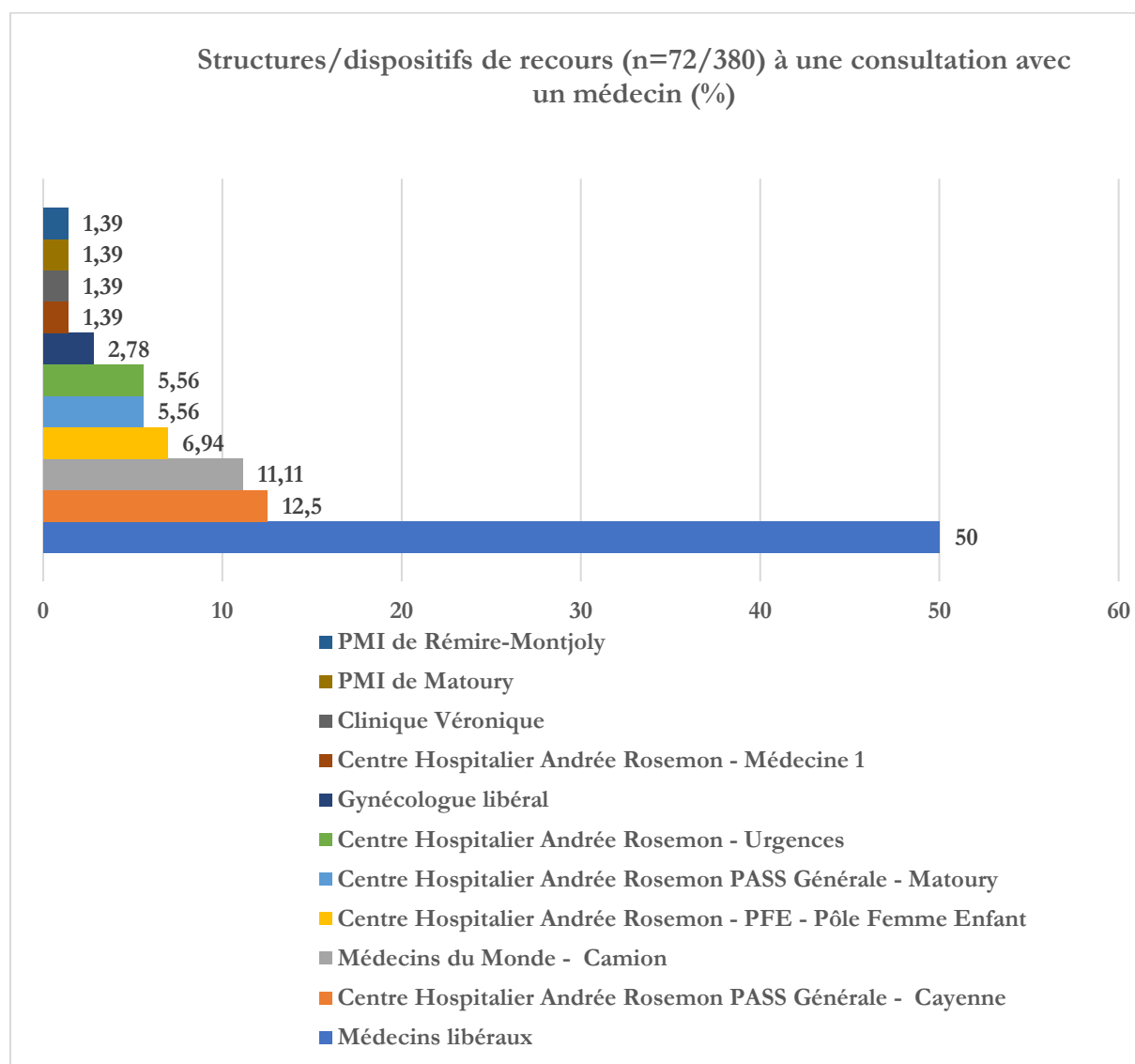


Figure 114 : Structures/dispositifs de recours à une consultation avec un médecin (%)



Les raisons qui motivent le recours à un médecin libéral sont notamment la « proximité du lieu de vie » (n=19/36) et « la confiance envers le professionnel de santé » (n= 8/36), qui illustrent les déterminants de « l'accessibilité géographique » (*Accessibility*) et de « l'acceptabilité » (*Acceptability*) [R.Penchansky et J.W Thomas, 1984] (figure 115).

Toutefois, les raisons du recours à la PASS Générale de Cayenne pour une consultation avec un médecin sont différentes : « l'offre adaptée aux besoins » (n=3/9) et le fait que ce lieu a été « renseigné par un professionnel de santé » (n=3/9) sont les principales raisons qui ont motivés les recours des usagers (figure 116). Elles illustrent les dimensions de l'accès de « l'adéquation » (*accomodation/ adequacy*) [R.Penchansky et J.W Thomas, 1984 ; Saurman, 2015] et de la « sensibilisation » (*awareness*) [E.Saurman, 2015] par les professionnels de santé.

Par ailleurs, même si elle totalise moins de recours (n=4/36) la PASS Générale de Matoury (Balata), succursale de la PASS Générale du CHAR, est également l'un des dispositifs de recours pour une

consultation²⁹³. Ainsi, en cumulé, le service de la PASS de l'hôpital du CH de Cayenne totalise 13 recours (n=9+4).

Le dernier principal dispositif de recours à une consultation d'un médecin est à 11,11% (n=8/72) le camion Médecins Du Monde. Ce dispositif de recours est notamment motivé en raison de la présence du « camion qui était dans le quartier » (n=6/8) (figure 117). Ce motif illustre « l'adéquation » (*Accommodation*) de l'organisation de ce dispositif « d'aller vers » de MDM pour qui « (...) vraiment le but c'est de rencontrer les personnes sur les quartiers, sur les lieux d'habitation », Association MDM, le 25/05/2017.

Figure 115 : Raisons du recours au médecin libéral pour une consultation avec un médecin (%)

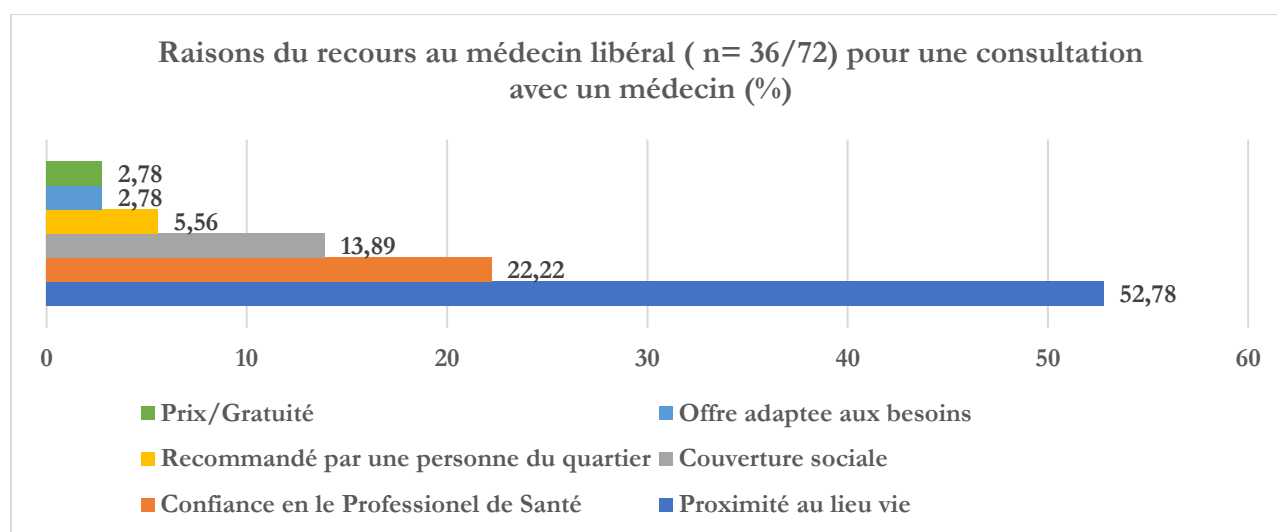
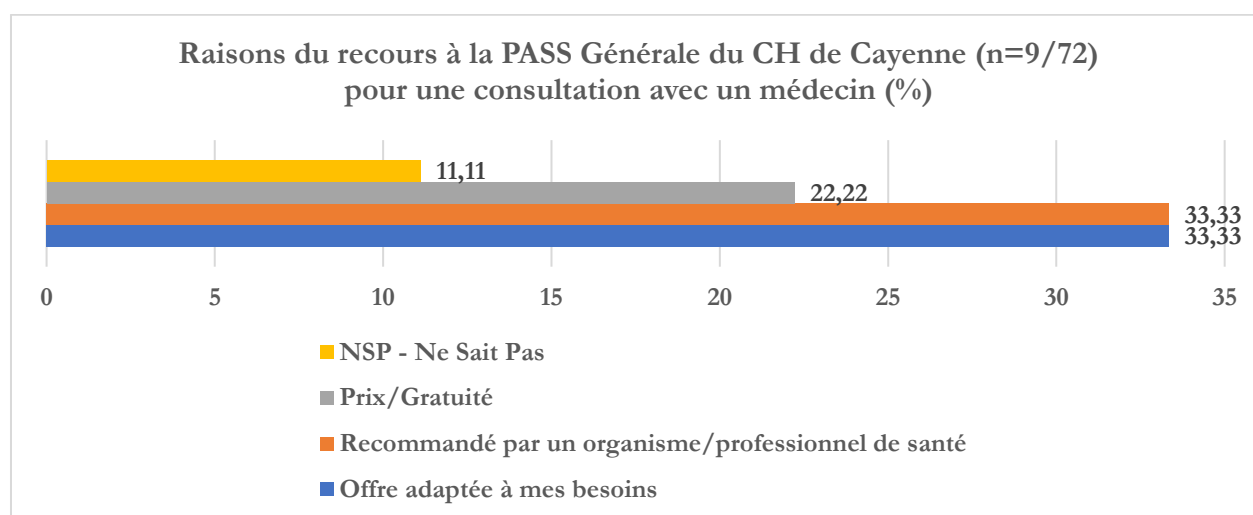
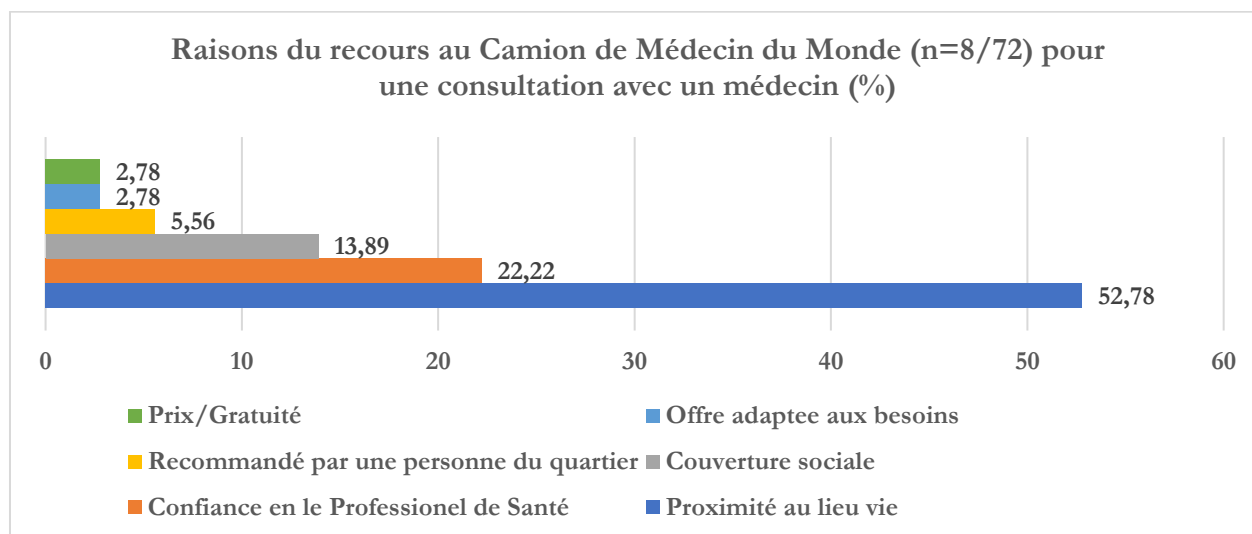


Figure 116 : Raisons du recours à la PASS Générale du CH de Cayenne pour une consultation avec un médecin (%)



²⁹³ Toutefois les raisons de recours changent de déterminants pour la PASS de Balata. Bien que les effectifs soient faibles, les deux principales motivations du recours identifiés se rapportent à la proximité du lieu de vie soit le déterminant de « l'accessibilité géographique » (n=2/4) et le fait « d'avoir été informé par un professionnel » soit le déterminant de « la sensibilisation » (n=2/4). Il aurait pu être intéressant d'interroger des personnes dans le quartier de Balata, où est implantée la succursale de la PASS du CH de Cayenne afin d'identifier si le recours en raison de « l'accessibilité géographique » était plus marqué.

Figure 117 : Raisons du recours au Camion de Médecin du Monde pour une consultation avec un médecin (%)



Bien que les médecins libéraux n'aient pas été identifiés comme « d'importants points de passage » par la mesure de centralité d'intermédiation dans le réseau global des acteurs concernant la prise en charge des besoins de santé des populations ; ils ont été identifiés principalement comme un nœud « captant » les relations des autres acteurs prenant en charge les populations en situation de vulnérabilité (centralité d'autorité = 0,89). Cela signifie que les acteurs qui sont en relation avec ces derniers ont tendance à orienter leurs relations vers les médecins pour la prise en charge des populations. Néanmoins, il est nécessaire de rester prudent sur cette analyse dans la mesure où les raisons du recours des usagers au médecin libéral ne témoignent pas d'une « orientation par des professionnels de santé ». En effet, les raisons qui motivent ce lieu de recours sont notamment la « proximité du lieu de vie » (n=19/36) et « la confiance envers le professionnel de santé » (n= 8/36), qui illustrent le déterminant de « l'accessibilité géographique » (*Accessibility*) et de « l'acceptabilité » (*Acceptability*) [R.Penchansky et J.W Thomas, 1984].

La place du médecin libéral semble être important pour l'accès aux soins des populations vulnérables dans la mesure où ils peuvent se situer à proximité plus directe d'un quartier contrairement à d'autres dispositifs de soins gratuits tels que la PASS. En effet, dans certains quartiers enquêtés (exemple : Piste Tarzan), un médecin libéral était plus spatialement proche que les services de la PASS du CH, bien que gratuits.

Afin de lier cet accès de proximité tout en facilitant l'accès aux personnes ayant des droits potentiels à une couverture sociale, mais encore non ouverts, de nouveaux dispositifs « PASS de Ville », dites aussi « PASS de Proximité » ou « PASS ambulatoires » [Ars Guyane – PRAPS, 2018, p.14] figurent parmi les projets du PRAPS 2018-2022. Ces dispositifs visent à faciliter l'accès à des soins en ville auprès des professionnels libéraux, des pharmacies, des laboratoires d'analyses médicales ..., et aux personnes de bénéficier d'un accompagnement vers l'ouverture de leurs droits. A ce jour, début 2021, Médecins Du Monde en Guyane, développe ce projet.

De ce fait, à l'heure des enquêtes (2019), pour les personnes qui n'ont pas de droits ouverts, et/ou en situation administrative irrégulière, la PASS Générale²⁹⁴ du CH de Cayenne constitue un lieu unique de recours²⁹⁵, public, pour l'accès à une consultation avec un médecin et un accompagnement social. Ceci peut expliquer, premièrement, l'importance de sa centralité d'intermédiation (234,43), qui la place en 4^{ème} « point de passage important » dans la prise en charge des populations et la majeure partie des recours des populations à ce dispositif en raison de « l'offre adaptée aux besoins » (33%). Les extraits d'entretiens menés auprès de la PASS générale du CH de Cayenne permettent de préciser que la majorité des personnes qui s'y rendent sont principalement des personnes en situation migratoire arrivées depuis peu en Guyane (encadré 30). Ce recours à la PASS permet pour des personnes sans droits ouverts d'accéder à l'ensemble des autres services de l'hôpital par des « Bons PASS », afin d'être suivies, notamment dans le cadre du traitement de maladies chroniques (hypertension, diabète...) (encadré 30). Néanmoins, la problématique de la mobilité, énoncée comme renoncement des populations subsiste, et les personnes accueillies proviennent surtout des quartiers périphériques de l'hôpital (encadré 30).

Encadré 30 : La PASS générale du CH de Cayenne un dispositif indispensable pour le recours à une consultation médicale pour les personnes sans couverture sociale

La PASS du CH de Cayenne reçoit « en totalité des étrangers, c'est **99 % des migrants on doit être à 60-70 % de primo-arrivants**. Nous c'est en grande majorité des patients qui sont arrivés sur le territoire depuis moins de 6 mois (...) », Entretien PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017.

Concernant les demandes de soins à la PASS générale du CH de Cayenne « C'est assez varié c'est de la **consultation de médecine généraliste standard, avec un peu plus ici, beaucoup de pathologies chroniques type hypertension, diabète, type pathologie qui traîne**. En fait qui n'ont pas été bilantées. (...) Donc on va plutôt faire ici du suivi de pathologies chroniques. », PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017.

La PASS permet « (...) **l'accès à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital** par l'intermédiaire de ce que l'on appelle les « **Bon PASS** » qui vont être **délivrés en fonction de la situation sociale de la personne** et qui vont permettre, qui vont lui permettre, d'avoir **accès à une consultation médicale généraliste et spécialiste** et aux **examens complémentaires et aux médicaments**. », PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017

A la PASS de Cayenne les personnes accueillies sont d'ici, Ile de Cayenne, non ce n'est pas Ile de Cayenne, c'est **Cayenne**. C'est aussi **en grande majorité autour de l'hôpital finalement. C'est-à-dire Bonhomme, Ploërmel, Raban, Mango, Zéphir, Eau Lisette**, c'est la grande majorité » ; mais aussi des communes voisines : « Et après un petit peu des autres, **un petit peu du reste** de Cayenne, et un petit peu de Rémire, et un petit peu Cogneau et de Balata. Aussi un petit peu de Macouria, un petit peu de Montsinéry, **pas beaucoup, parce qu'il faut venir. Ce qui pose problème c'est le transport**. Il y a un gros problème mais au transport...le transport c'est un vrai, vrai problème le transport. », PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017

Deuxièmement, là encore, des arguments des entretiens menés avec les professionnels de santé peuvent être avancés afin de préciser la place de la PASS Générale de Cayenne notamment en tant qu'acteur

²⁹⁴ Pour rappel, les services de la PASS sont créés à la suite de la Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, et visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. « Une PASS doit offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. » [Légifrance, 2013].

²⁹⁵ Avec la PASS de Balata (Matoury), et les consultations de MDM dans certains quartiers spontanés.

intermédiaire au rôle de « *capteur* » (centralité d'autorité = 0,72). En effet, si les personnes qui se rendent à la PASS du CH de Cayenne pour une consultation avec un médecin peuvent « venir d'elles-mêmes », une grande partie est adressée par d'autres acteurs associatifs qui interviennent dans les quartiers spontanés (encadré 31) [France Guyane, 2021]. Malgré le faible effectif, l'une des raisons du recours à la PASS du CH de Cayenne des populations interrogées va en ce sens puisqu'il est à 33,33% (n=3/9) du fait que ce lieu a été « renseigné par un professionnel de santé ».

Encadré 31 : La PASS générale du CH de Cayenne, un recours orienté auprès des populations

« C'est en grande majorité des gens qui viennent d'eux-mêmes (...) et il y a **une grosse partie, qui arrive, une grosse partie qui est adressée par le secteur associatif Croix Rouge et Médecin du Monde** », PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017

« (...) les assistantes sociales, elles, elles ont tous les patients dans l'hôpital, qui sont vus aux urgences ou ailleurs, qui viennent les voir pour avoir accès aux médicaments et tout ça. Elles, **elles ont beaucoup de patients qui sont adressés par l'hôpital, ou par d'autres médecins de ville** ou par des structures où il y a déjà des médecins et ils ont besoin d'avoir des médicaments ou des examens complémentaires. (...) Elles ont 25 % qui viennent d'eux-mêmes et 60 % qui viennent de l'hôpital et les autres qui viennent du secteur associatif. Et dans les 60 % qui viennent adressés par l'hôpital il y a 40 % de pôle femme-enfant donc de gynéco obstétrique²⁹⁶. En fait il y a 25 % qui viennent d'eux même 40 % du pôle femme-enfant 20 % des autres services de l'hôpital et 15 % des associations », PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017

Quant à la PASS de Balata (Matoury), elle aussi est l'un des dispositifs de recours pour une consultation avec un médecin. Les raisons du recours identifiées sont différentes de la PASS située au CH de Cayenne. Elles se rapportent à la proximité du lieu de vie soit le déterminant de « l'accessibilité géographique » (n=2/4) et le fait « d'avoir été informé par un professionnel », soit le déterminant de « la sensibilisation » (n=2/4) peuvent être précisés également dans les extraits des entretiens. En effet, la PASS de Balata, accueille en grande majorité des personnes du quartier d'où elle est située, et résout en partie le problème des difficultés liées à la mobilité des personnes vulnérables (encadré 32). Néanmoins, les personnes en provenance d'un autre quartier sont orientées et accompagnées sur place par les acteurs associatifs intervenant en camion mobile dans les quartiers spontanés (encadré 32). A la différence de la PASS de Cayenne, la PASS de Balata accueille des personnes avec des pathologies aiguës à l'image des conditions de vie du quartier (encadré 32).

Encadré 32 : La succursale de la PASS de Cayenne à Balata, un recours plus marqué par la proximité géographique

Les personnes qui se rendent à la PASS de Balata sont « (...) à 90 % c'est des patients de Cogneau²⁹⁷, même **95 % c'est des patients de Balata et de Cogneau. Mais pour des problèmes de transports**. Parce que même pour venir de Cogneau à Balata ils ont du mal. C'est compliqué quoi, il y a un bus mais ce n'est pas... déjà c'est payant,

²⁹⁶ En raison de la forte demande de suivi de grossesse « on a mis en place au mois de décembre (2016) un accueil spécifique. Une PASS spécifique en fait au pôle femme-enfant avec une assistante sociale spécifique pour les femmes enceintes. »

²⁹⁷ Cogneau est un quartier de bâti spontané situé à côté du quartier de Balata, à Matoury

et puis ce n'est pas très facile les horaires ne sont pas très fixes. Donc c'est un peu compliqué. Donc vraiment **en grande majorité, ce sont des personnes du quartier.** » Entretien PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017.

« Par contre, il y a très **exceptionnellement des gens de Rémire**, d'ailleurs mais généralement, eux, ils ont été **accompagnés par Médecins du Monde** où ils n'ont pas réussi à avoir des rendez-vous assez rapides d'ici et du coup ils ont été raccompagnés à Balata. », Entretien PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017.

Concernant les demandes de soins à la PASS de « Balata on a **une population un peu différente**, parce qu'on travaille vraiment avec **la population du quartier**, et on travaille plutôt sans rendez-vous²⁹⁸ donc on a plutôt des **pathologies aiguës**. A Balata les personnes viennent vraiment comme un cabinet de médecine générale, ils viennent lorsqu'ils sont malades. Du coup on a beaucoup plus de pédiatrie, beaucoup de gynéco et beaucoup de dermato. (...) Les problèmes de Galle, en a beaucoup à Balata. (...) Et un petit peu de pathologies chroniques mais beaucoup moins, d'autant plus que **tout ce qui est chronique on a tendance à les réorienter sur le CHAR** parce qu'il y a besoin de faire des examens etc. », Entretien PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017

Par ailleurs, afin d'être plus près des personnes en situation de vulnérabilité, une autre antenne de la PASS du CH de Cayenne a été nouvellement créée en février 2021 en plus de la PASS de Balata (Matoury). Elle se trouve dans le quartier de Soula à Macouria [France Guyane, 2021 ; France Info, 2021.a]. Le CH de Cayenne fonctionne en partenariat avec les acteurs associatifs Médecins du Monde et Croix Rouge Française qui interviennent régulièrement auprès des personnes vivant dans les quartiers spontanés pour les orienter vers ces dispositifs. Une fois à la PASS les personnes sont accompagnées dans leurs ouverture des droits, visant à faciliter leur accès à des soins en ville.

²⁹⁸ Contrairement à la PASS du CH de Cayenne où il est nécessaire de prendre un rendez-vous pour une consultation : « Actuellement on a deux mois de délai, un mois et demi de délai, donc c'est pour ça que l'on n'a pas les pathologies aiguës. Parce que les pathologies aiguës, quand on les voit les gens s'ils ont vraiment un problème aigu, ils vont venir aux urgences où aller à l'époque, au CASO de Médecins du Monde qui a fermé, ou même éventuellement venir à Balata », PASS CH de Cayenne, le 29/03/2017

1.3 Les recours aux actions mobiles de Médecins du Monde marqués par le besoin d'accompagnement social

Le domaine de l'accompagnement social dispose de structures institutionnelles qui peuvent constituer des lieux de recours multiples bien que plus ou moins spécifiques : la CGSS, les PASS (aide à l'ouverture des droits à une couverture santé), les CCAS des communes (accompagnement dans les démarches administratives plus globales²⁹⁹). En revanche, elles ne constituent pas en réalité la majorité des dispositifs de recours (figures 118, 119). En effet sur les 36 recours effectués dans cette enquête pour un besoin « d'accompagnement social », 52,8% (n=19/36) ont été réalisés majoritairement auprès de l'association MDM. Même si ce résultat peut être biaisé en raison de l'intervention du camion MDM dans les quartiers enquêtés³⁰⁰, il permet néanmoins d'entrevoir que les actions menées par MDM sont pratiquées par les populations dans la mesure où une seule raison du recours au camion MDM est identifiée : « la présence du camion dans le quartier », à hauteur de 100% (n=19/19).

L'accompagnement social a été également réalisé à hauteur de 19,4% (n=7/36) auprès des personnes du quartier, majoritairement en raison de la « confiance » en la personne (85,71%, n=6/7). Cette dernière raison peut illustrer l'importance des relations interpersonnelles basée sur la « confiance les uns dans les autres » [P.Dasgupta,2005, p.3]. Des autres liens avec les « personnes du quartier » ont pu être identifiés, toutefois l'aide pour le remplissage des papiers administratifs nécessitait de payer ce service (n=2) à hauteur de « 10 euros par papier » selon une des personnes interrogées.

²⁹⁹ « 3 quarts du public que l'on reçoit au CCAS de Cayenne sont des ressortissants étrangers avec pour la majeure partie une situation administrative non régularisée. Il ne faut pas que l'on se voile la face, puis l'autre part en situation administrative régulière. Si l'on doit scinder en deux, on a des ressortissants étrangers avec une part plus importante en situation administrative irrégulière, que les ressortissants étrangers avec une situation administrative régulière. Les un quart qu'il reste on va dire français, citoyens français, citoyens européens qui habitent à Cayenne, qui veulent faire une demande relative à tout ce qui est l'aide aux personnes âgées, qui veut faire une démarche pour l'aide à une personne en situation de handicap, démarche liée aux droits aux prestations familiales, démarche liée à l'emploi, à l'insertion professionnelle, démarche dans le cadre des demandes d'aide que notre service peut présenter. A l'heure actuelle pour tout ce qui est accès aux droits santé, droits liés à la protection sociale dits AME, ensuite pour les personnes qui sont quand même en situation administrative régulière le droit à la CMUc. Et c'est essentiellement ça. Parce que on traite juste les dossiers, on est juste une courroie de transmission, parce qu'on instruit, on aide les personnes à remplir les dossiers de CMUc, AME, ensuite ces dossiers sont transférés à la CGSS. » Entretien CCAS de Cayenne, le 22/03/2017

³⁰⁰ D'autre part, il est nécessaire de signaler que les quartiers enquêtés sont éloignés des services de la PASS (CH de Cayenne et sa succursale à Balata), des CCAS, ainsi qu'une importante association de médiation en santé, la DAAC (située à Rémire-Montjoly). Dans d'autres quartiers ces recours à l'accompagnement social auraient certainement été différents.

Figure 118 : Structures et dispositifs de recours— par domaine d'activité - à l'accompagnement social des personnes interrogées

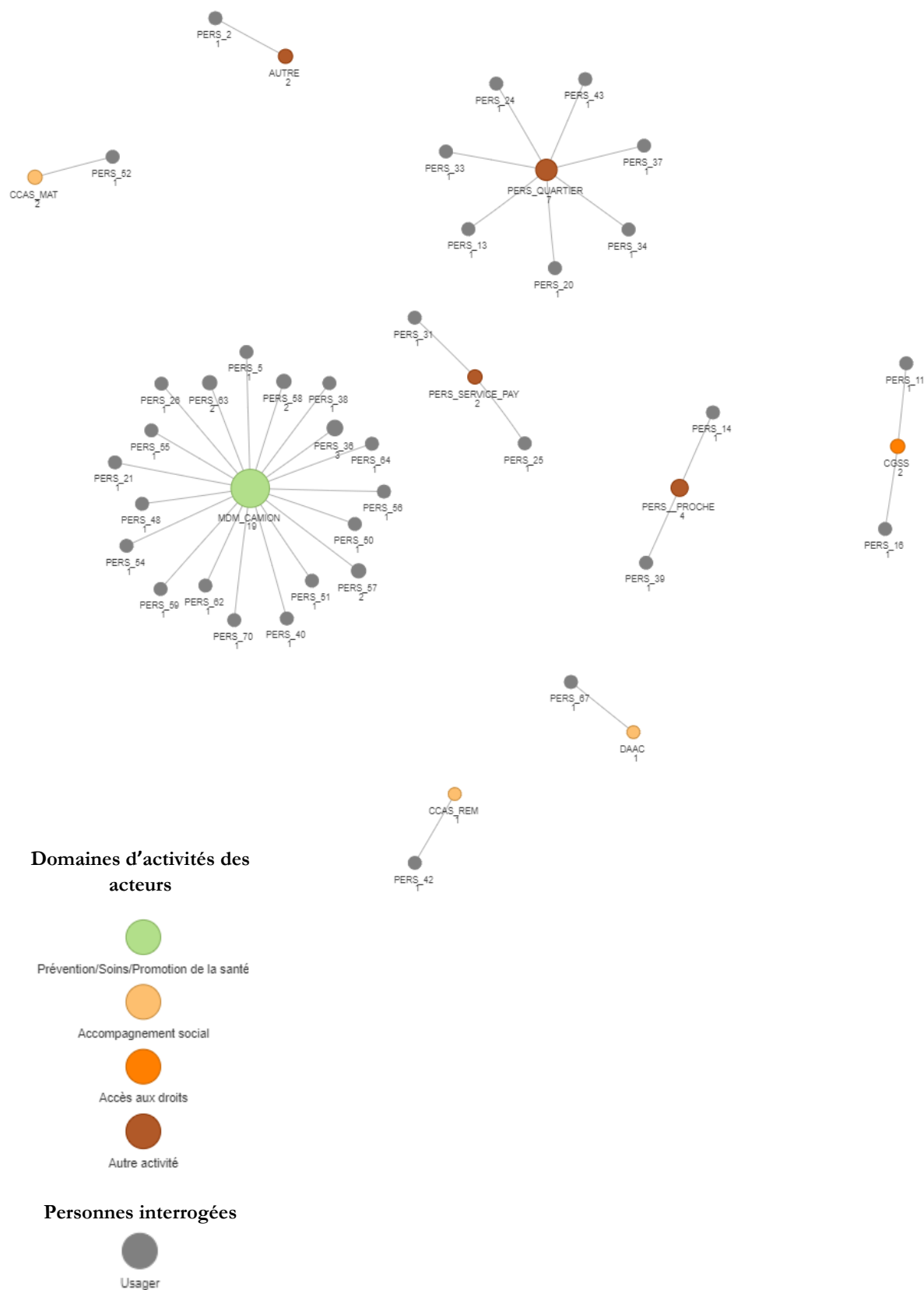
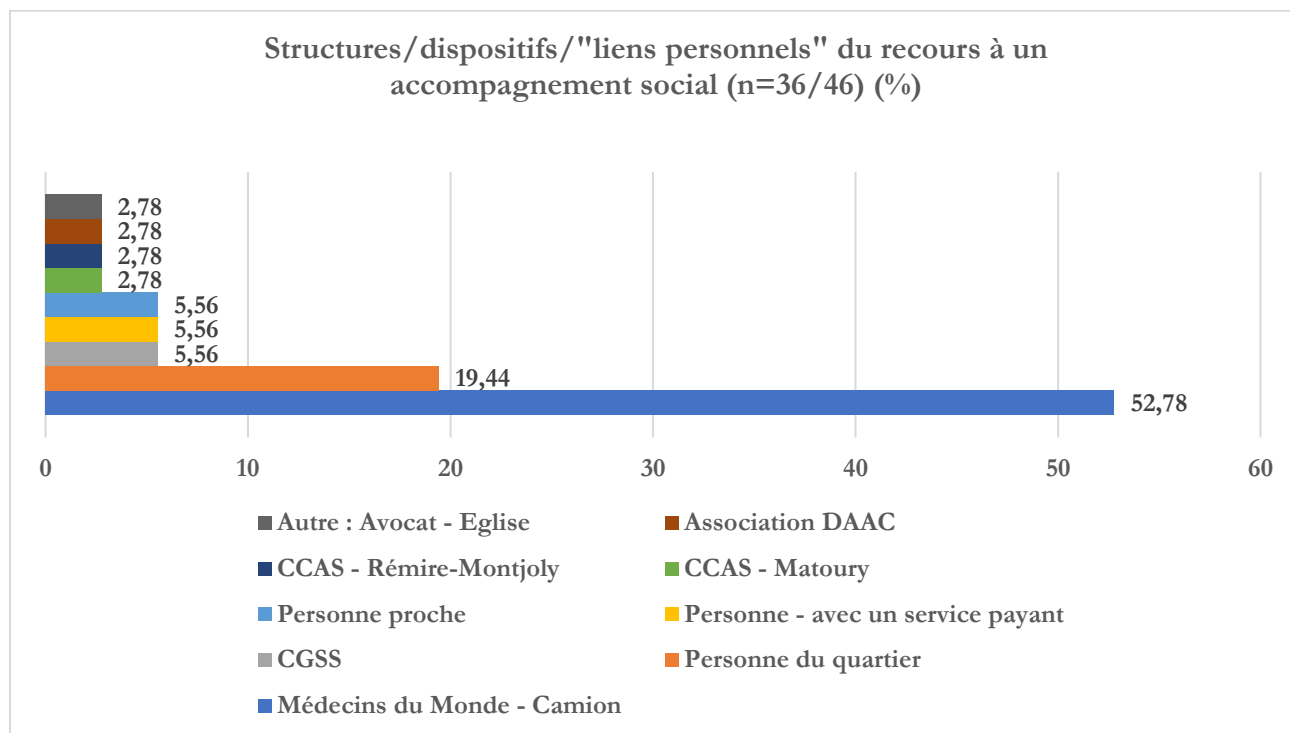


Figure 119 : Structures/dispositifs/ « liens personnels » du recours à un accompagnement social des personnes interrogées (%)



Ce motif de recours à MDM pour l'accompagnement dans les démarches administratives illustre « l'adéquation » (*Accommodation*) aux populations de l'organisation de ce dispositif « d'aller vers » de MDM pour qui, « (...) vraiment le but c'est de rencontrer les personnes sur les quartiers, sur les lieux d'habitation », MDM, le 25/05/2017. D'un point de vue de l'accès patient centré de J-F Levesque ce motif de recours, « l'adéquation » est corollaire à la « capacité de s'engager » de l'individu. Percevoir ce motif de recours des populations vulnérables dans la conceptualisation de J-F Levesque est intéressant dans la mesure où il permet d'éclairer la question qui se pose quant à la réelle motivation de la capacité individuelle à s'engager dans cet accès puisque le « camion est déjà dans le quartier ».

Cette conceptualisation, centrée sur le patient permet de porter le regard plus loin sur les effets individuels dans ce cadre de ce dispositif « d'aller-vers » : la capacité à s'engager de l'individu peut être vue comme sa propre capacité de réalisation de la possibilité qui lui est proposée ; soit à un moment qui lui est individuellement opportun, adéquat. En effet, il serait trop schématique de penser que si un camion mobile se rend dans un quartier, les personnes ressentant un besoin d'une consultation vont automatiquement y aller. De ce point de vue, « l'égalité d'accès à des soins » ou encore « l'équité territoriale » qui figurent dans la loi de 2016 sont nécessaires, mais non suffisants. Il ne suffit pas de planifier des dispositifs d'accès, équitables, pour que les populations vulnérables s'en emparent, l'adaptation est nécessaire Ceci expliquant qu'un important travail de sensibilisation et d'information est à réaliser dans le quartier concerné par le passage du camion mobile auparavant et durant l'action, par les médiateurs ou les personnes relais dans le quartier ainsi que la mise en place d'affiches (photographie 11).

Photographie 11 : Information des dates de passage en camion mobile de MDM, Piste Tarzan, le 28/03/2019, Manguiers, le 08/04/2019, information concernant la présence du camion dans le quartier, Manguiers, le 20/04/2019, source : E.Autrive



Le camion de MDM a été identifié comme 3^{ème} dispositif point de passage important (centralité d'intermédiation = 306,85) dans la prise en charge des besoins de santé des populations vulnérables avec un rôle de « capteur » (centralité d'autorité = 1) et d'orienteur (centralité de hub = 0,52).

Du point de vue de l'analyse de réseau portant sur le recours aux soins de santé des personnes interrogées, MDM s'illustre en tant que premier acteur de recours à l'accompagnement social à hauteur de 52,8% (n=19/36) mais aussi, comme le 3^{ème} dispositif de recours à une consultation avec un médecin à hauteur de 11 % (n=8/72) dans l'enquête menée en raison « de la présence du camion dans le quartier » (n =6/8).

Outre les missions intrinsèques portées par MDM en Guyane qui ont déjà été évoquées (chapitre 8), son mode d'organisation « d'aller-vers » peut expliquer sa place de « clef de voûte » dans la prise en charge des populations pour un accompagnement social.

Après avoir longtemps exercé ses activités de consultation de médecine générale pour les personnes sans couverture sociale et d'accompagnement social en Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) à Cayenne et en camion Mobiles (TROD depuis 2010³⁰¹) ; l'association MDM en Guyane a subi des remaniements depuis 2016. Depuis 2017, l'offre est assurée uniquement en camion mobiles au sein des quartiers les plus précarisés³⁰². Selon les quartiers, le public accueilli est de différentes nationalités, surtout étrangère et sans couverture sociale.

Cet « aller-vers » les populations permet à l'association de croiser leurs différentes offres (photographie 12) aux lieux de vie des populations migrantes en situation de vulnérabilité(s). Parmi les offres de prévention (dépistage, consultations) et de promotion de la santé effectuées sous forme d'ateliers thématiques : IST, accès aux droits, vaccination etc..., figure l'accompagnement social. Cet accompagnement vise à aider les personnes vulnérables à accéder à leurs droits. Les extraits des entretiens affirment notamment que, depuis 2017, MDM réalise cet accompagnement en visant le renforcement des capacités à connaître et à obtenir les droits de couverture sociale des populations. Les équipes de MDM expliquent aux populations vulnérables des quartiers spontanés de quelle manière « remplir les papiers » afin qu'elles deviennent autonomes dans leurs démarches (« empowerment ») (encadré 33).

Encadré 33 : Les actions de promotion de la santé et d'empowerment de MDM dans les quartiers spontanés

Les actions de MDM en 2017 s'orientaient vers la « (...) **promotion santé**, avec bien sur tout le **volet dépistage mais promotion santé** sur des différentes thématiques qui ressortent dans les quartiers. Et **de l'accès aux droits, évidemment couverture maladie**. (...) les thématiques qui ressortent dans les quartiers sur lesquelles on a déjà fait le diagnostic c'est : **maladies vectorielles, contraception, diabète, nutrition et évidemment maladies, infections sexuellement transmissibles** », Association MDM, le 25/05/2017.

Ces actions sont orientées « (...) davantage sur du collectif, sur de **l'empowerment, le renforcement des capacités des personnes à prendre en... à se prendre entre guillemets « en main »** (...) Donc il n'y a plus

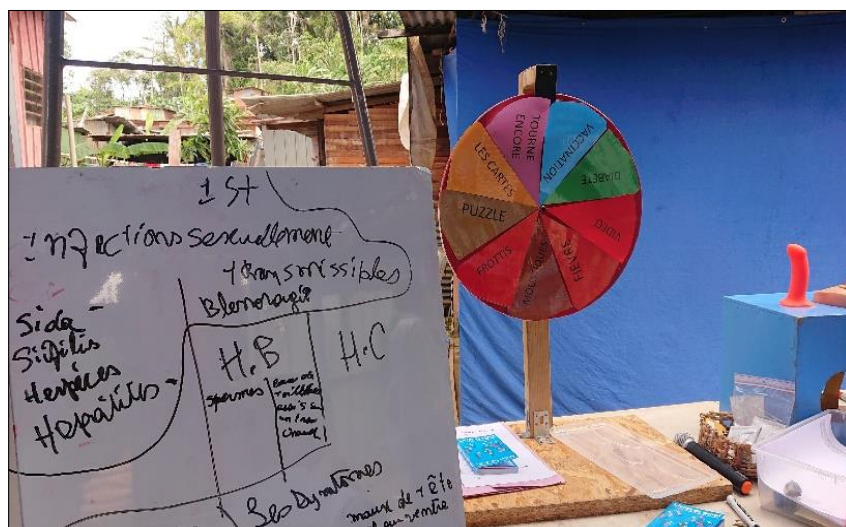
³⁰¹ « L'usage des Trod VIH sur les programmes de MdM a démarré illégalement en 2010 en Guyane, face à un contexte d'urgence sanitaire dans ce département. Les Trod VHC ont quant à eux été proposés à partir de 2012 en dépit de l'absence d'autorisation légale de les utiliser, toujours face à l'urgence de santé publique chez les usagers de drogues en particulier. [MDM, 2016, p.74]. La Haute autorité de santé (HAS) a toutefois validé dès 2014 le recours aux Trod VHC dans le cadre du dépistage de l'hépatite C [HAS 2014]. »

³⁰² Néanmoins, les personnes qui se présentent au centre CASO (à Cayenne) sont accueillies et orientées.

d'accompagnement individuel ou on remplissait le dossier³⁰³ avec la personne, et on allait jusqu'à le déposer. C'est terminé. Ça se fera vraiment à la marge, sur certains cas. » Entretien MDM du 24/05/17.

Les personnes « en grande difficulté »³⁰⁴ étaient également « accompagnées physiquement, comme on faisait, comme on l'a toujours fait, mais vraiment sur des cas beaucoup plus complexes. **Le but c'est vraiment d'informer les personnes sur les dispositifs existants, sur leurs droits.** Et de les accompagner eux même à remplir le document, de manière collective. Donc avec des techniques d'animation dans des quartiers. », Association MDM, le 25/05/2017.

Photographie 12 : Une action mobile de MDM : ateliers thématiques en promotion de la santé et accompagnement social dans le quartier Tarzan, le 23/05/2019, source : E. Auvriva



³⁰³ « Le dossier » pour une couverture sociale pour la CGSS.

³⁰⁴ « On entend par grande difficulté des personnes qui ont connu plusieurs refus de soins ou d'accès aux droits, donc les personnes qui ont cumulé plusieurs vulnérabilités. Des barrières linguistiques, problèmes de santé, l'isolement, méconnaissance, pour des accompagnements dits individuels », Association MDM, le 25/05/2017.

1.4 Le Centre Hospitalier de Cayenne : un recours à plusieurs services pour des soins de santé plus spécifiques

D’ores et déjà, il est nécessaire de préciser que les analyses de réseau menées pour les types de recours aux soins de santé suivants : l’hospitalisation, la radiologie, et pour les femmes l’échographie et l’accès à la contraception, ne permettront pas de préciser la place d’acteurs centraux identifiés (chapitre 8). Malgré de faibles effectifs de recours pour ces types de soins de santé plus spécifiques, il est intéressant de signaler qu’un acteur, le CH de Cayenne est commun et compte la majeure partie des recours pour ces types de soins, plus spécifiques, au travers de ses multiples services : la PASS, les Urgences, le Pôle Femme Enfant...

Tous les recours à l’hospitalisation déclarés par les populations interrogées ont été réalisés dans un hôpital public, le CH de Cayenne et « un hôpital de l’hexagone » dans le cadre d’un transfert d’un patient. Plusieurs services du CH ont été évoqués : le Pôle Femme Enfant, les Urgences, la PASS... (figure 120). Néanmoins, la majorité des personnes ayant eu recours à l’hospitalisation (n=23/380) se sont rendues au service des urgences du CHAR (34,78%, n=8/23), notamment parce que « l’offre était adaptée à leur besoin » dans 100% (n=8/8) des recours (figure 121). Un autre service du CHAR est lui aussi évoqué pour ce recours, mais fait référence à l’hospitalisation pour un accouchement (39,13%, n=9/23), une raison est majoritairement évoquée « l’offre était adaptée à leur besoin » dans 77,8% (n=7/9) des recours. Toutefois il est nécessaire de signaler que cette offre de soins est rendue possible uniquement à l’hôpital public, gratuitement et sans couverture sociale pour les populations vulnérables.

Figure 120 : Structures et dispositifs de recours – par domaines d’activité - à l’hospitalisation des personnes interrogées

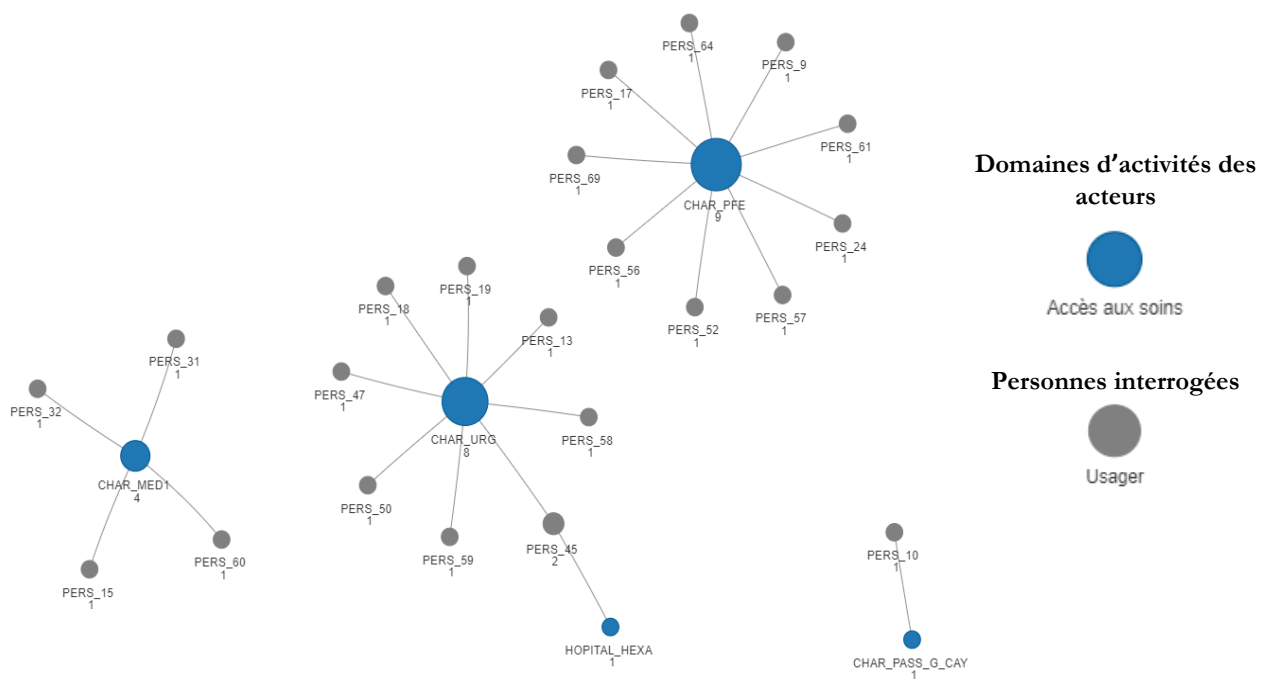
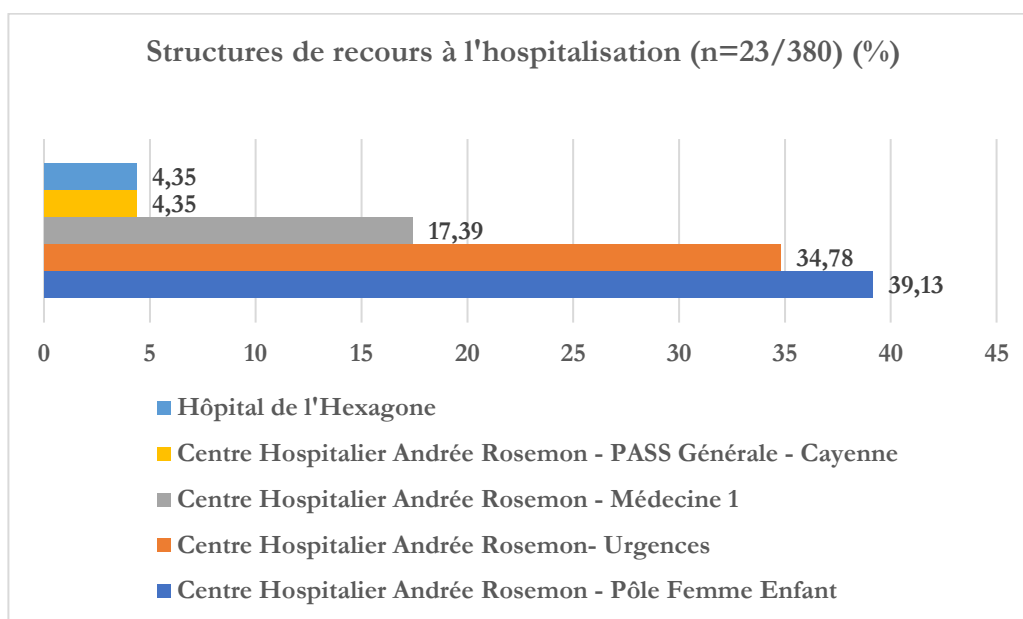


Figure 121 : Structures de recours à l'hospitalisation des personnes interrogées (%)



Concernant les recours aux soins de radiologie (n=25/380), ils ont été effectués principalement au CH de Cayenne, au Pôle Médico-Technique (service de radiographie) (40%, n=10/25), notamment parce qu'il leur avait été à 90% (n=9/10) « recommandé par un professionnel de santé », mais également au via le Pôle des urgences (n=2/25). Les cabinets de radiologie (de ville) comptent également des recours à hauteur de 28% (n=7/25) parce qu'il leur a été « recommandé par un professionnel de santé » à hauteur de 85,71% (n=6/7) (figures 122, 123).

Figure 122 : Structures de recours – par domaines d'activité - à la radiologie des personnes interrogées

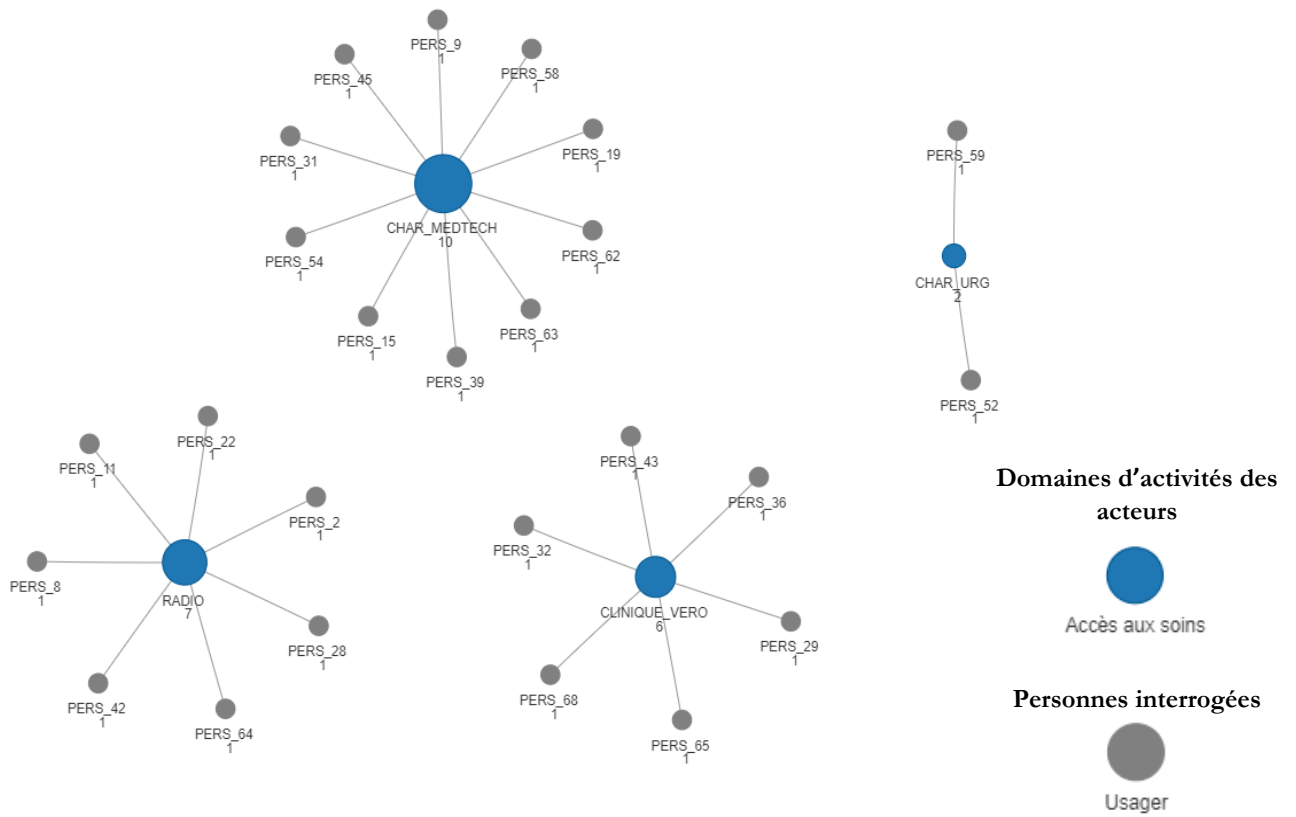
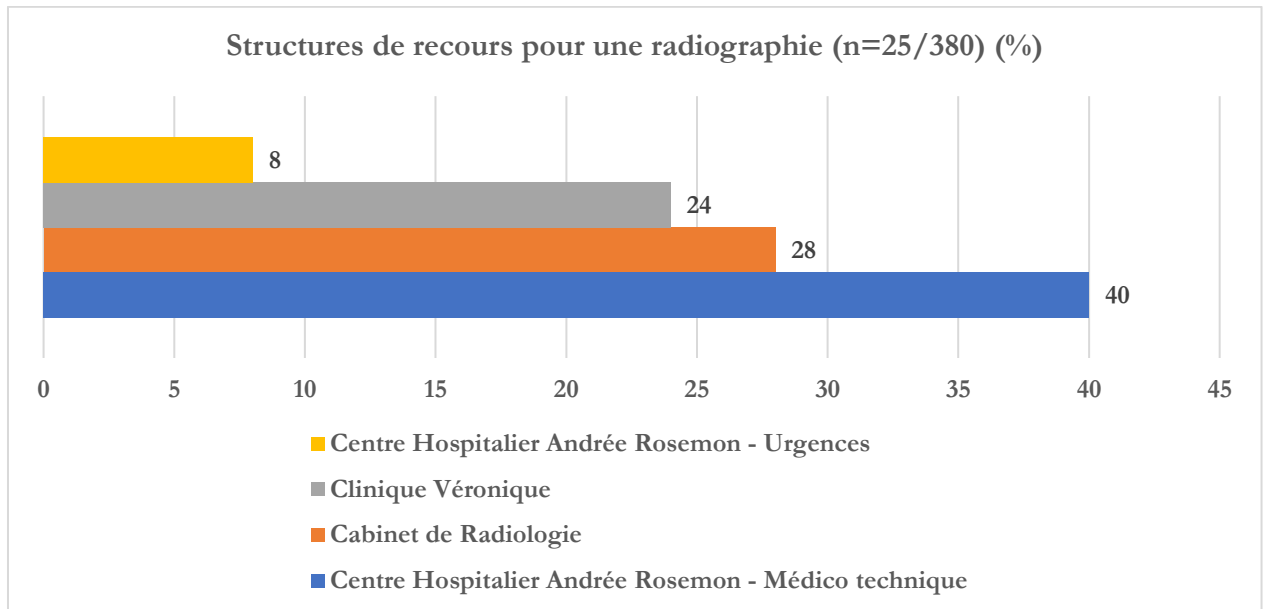


Figure 123 : Structures/dispositifs de recours à la radiologie des personnes interrogées (%)



Plus spécifiquement, les recours pour une échographie (n=13/380) sont en lien avec les suivis de grossesse des femmes (n=44/70 personnes). La majorité d'entre eux ont été réalisés au service du Pôle Femme Enfant (PFE) du CH de Cayenne à hauteur de 84,62% (n=11/13) puisqu'il leur a été à 100% « recommandé par un professionnel de santé » (n=11/11). Seul 2 recours (n=2/13) pour une échographie ont été réalisés dans un cabinet d'échographie (figures 124, 125).

Figure 124 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d'activité - à l'échographie des femmes interrogées

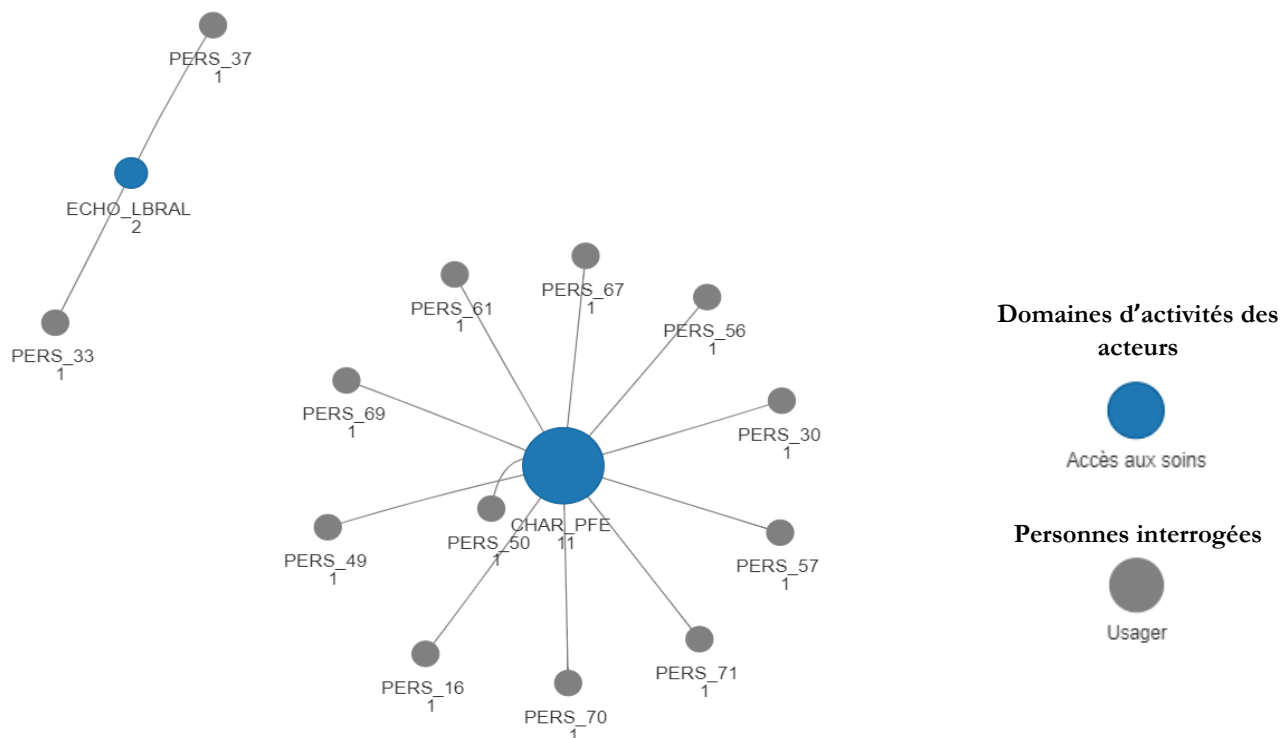
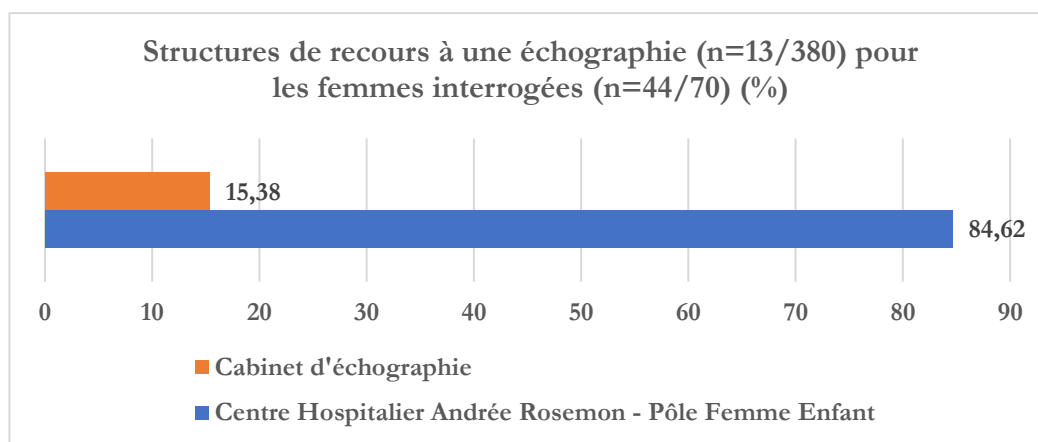


Figure 125 : Structures/dispositifs de recours à une échographie (femmes interrogées) (%)



De même, le recours à la contraception (n=21/380) des femmes a été réalisé majoritairement au PFE du CH de Cayenne 38,10% (n=8/21) puisqu'il leur a été à 100% « recommandé par un professionnel de santé » (n=7). Les médecins libéraux sont, quant à eux, le second lieu de recours 19,05% (n=4/21), les raisons sont plus nuancées à hauteur de 25% (n=1/4) chacune « offre adaptée à mes besoins », « proximité au lieu de vie », « recommandé par un professionnel de santé », « recommandé par une personne du quartier » (figures 126, 127).

Figure 126 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d'activité - à la contraception des femmes interrogées

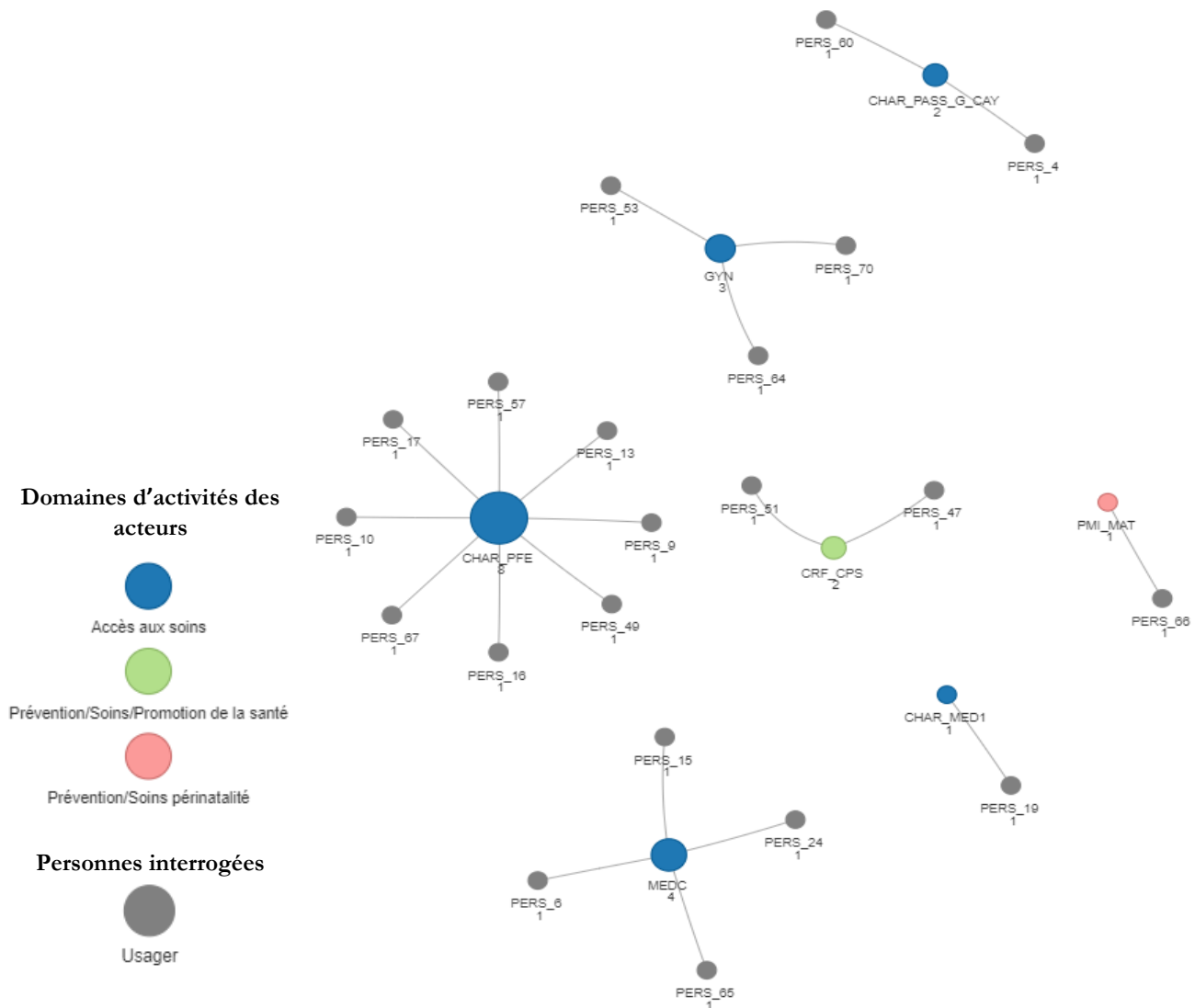
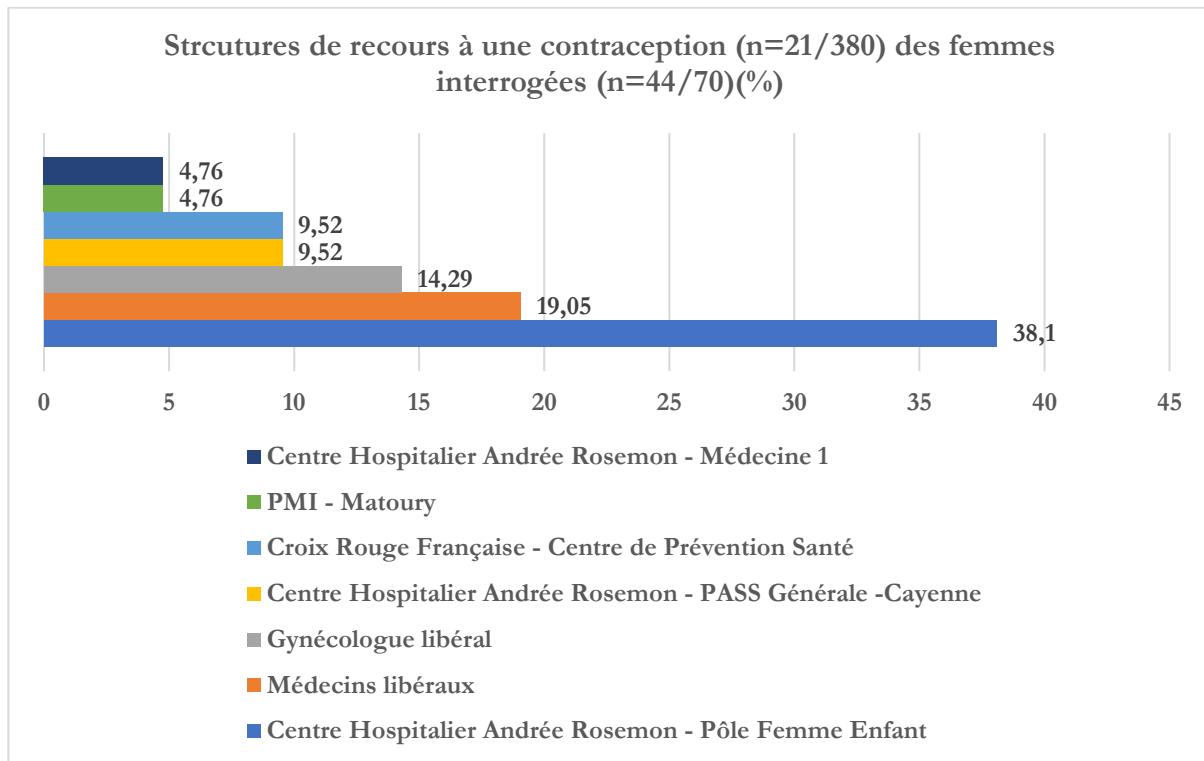


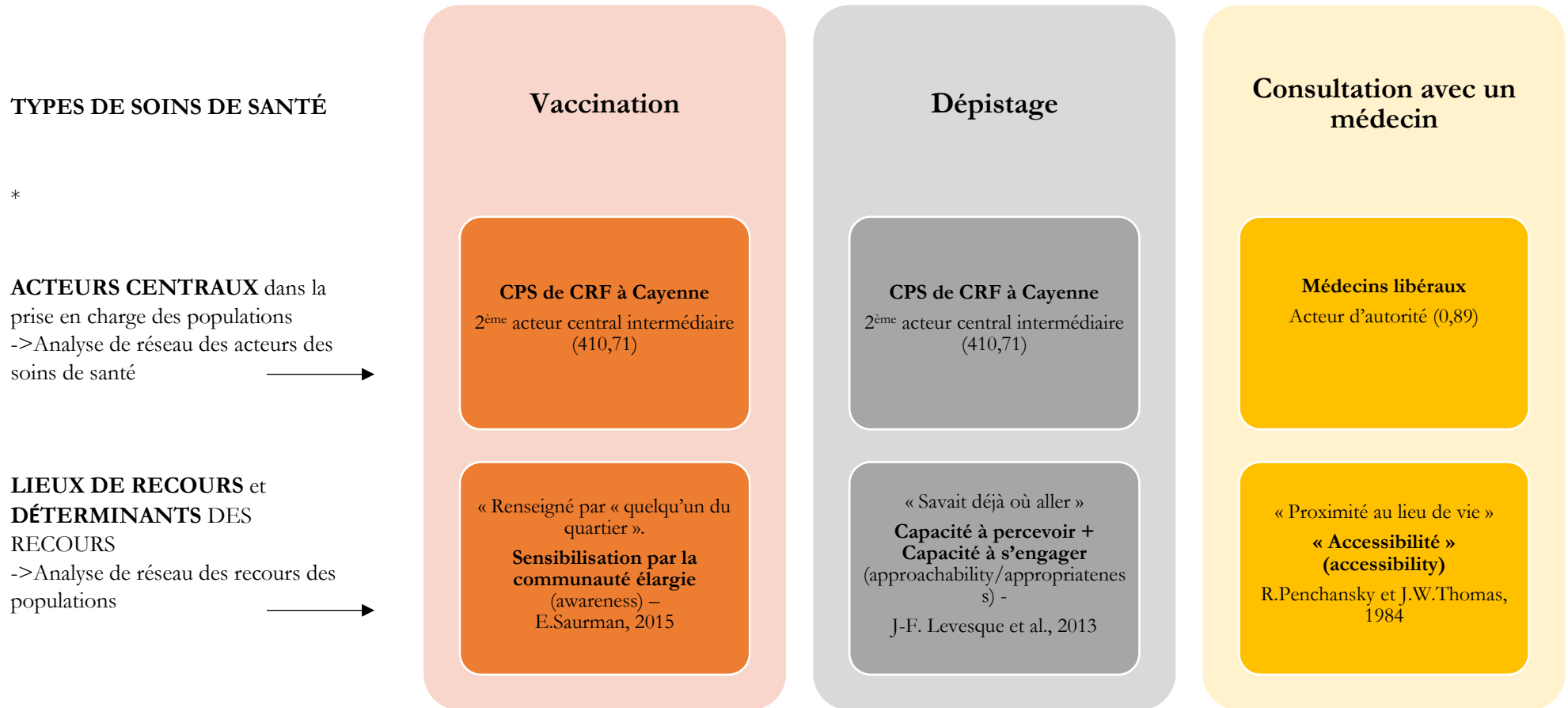
Figure 127 : Structures/dispositifs de recours à la contraception des femmes (%)



Pour ces types de recours, les analyses de réseau sur les acteurs (chapitre 8) et les analyses de réseau portant sur les recours des personnes interrogées ne peuvent être croisées pour compléter l'analyse, dans la mesure où ces types de recours ne permettent pas de préciser un acteur identifié comme central. Néanmoins, l'analyse de réseau menée sur ces quatre types de recours indiquent que pour des besoins de soins de santé plus spécifiques le CH de Cayenne est le lieu de recours privilégié des personnes interrogées. Par ailleurs, la majorité des recours à ces différents services du CH de Cayenne évoqués ont permis d'identifier qu'ils relèvent notamment de la dimension de « la sensibilisation » par un professionnel de santé. Enfin les types de recours aux besoins de soins concernant le fait d'obtenir des médicaments, de faire une analyse de laboratoire et d'avoir des soins dentaires des populations interrogées ont leurs effectifs précisés en annexe 40, dans la mesure où ils ne permettent pas de préciser la place d'acteurs identifiés comme centraux.

Avant d'exposer les types de soins de santé et leurs renoncements la figure 128 propose une synthèse croisant les apports des analyses de réseaux menées sur les entretiens des acteurs des soins de santé et les questionnaires passés auprès des populations. Les acteurs centraux identifiés sont précisés par des types d'accès aux soins de santé et leur(s) déterminant(s) de recours cités des populations.

Figure 128 : Synthèse des acteurs centraux précisés par les recours aux soins et aux aides à caractère social avec les principaux déterminants de recours des personnes interrogées



TYPES DE SOINS DE SANTÉ

ACTEURS CENTRAUX dans la prise en charge des populations
->Analyse de réseau des acteurs des soins de santé

LIEUX DE RECOURS et DÉTERMINANTS DES RECOURS
->Analyse de réseau des recours des populations

Consultation avec un médecin

PASS Générale du CH de Cayenne
4ème acteur central intermédiaire (234,43)

« Offre adaptée aux besoins »
Adéquation (accomodation)
R. Penchansky et J.W Thomas, 1984

« Renseigné par un professionnel de santé »
Sensibilisation (awareness)
E. Saurman, 2015

Accompagnement social

Médecins du Monde
3ième acteur central intermédiaire (306,85)

« Présence du camion dans le quartier »
Capacité à percevoir + Capacité à s'engager
(approachability/appropriateness)
« Facilité d'approche » -
J.F Levesque et al., 2013

Hospitalisation (a)
Radiographie (b)
Echographie (femmes) (c)
Contraception (femmes) (d)

CH de Cayenne
Pôle Femme Enfant et Pôle des Urgences (a)
Pole Médico-Technique (b)
Pôle Femme Enfant (c)
Pôle Femme Enfant (d)

« Offre adaptée aux besoins »
Adéquation (accomodation)
R. Penchansky et J.W Thomas, 1984 (a)

« Renseigné par un professionnel de santé »
Sensibilisation (awareness)
E. Saurman, 2015 (b,c, d)

2 - Des renoncements variables selon différents types de soins primaires

Contrairement aux recours aux soins qui peuvent compter plusieurs recours pour un même type de soins pour une personne (d'où plus de recours au médecin que le nombre d'interrogés) ; les personnes n'ont pas déclaré plusieurs renoncements pour un type d'aide à caractère social donné. Les analyses sur le renoncement se fondent donc sur l'échantillon des 70 personnes interrogées.

2.1 Un faible renoncement à la vaccination et au dépistage

Concernant le renoncement à la vaccination et au dépistage, ces deux types de soins de prévention sont les seuls pour lesquels les personnes interrogées ont faiblement renoncé. L'accès à la vaccination compte 7,14% (n=5/70) de renoncements parmi les interrogés, majoritairement pour des « raisons financières ». Concernant le dépistage, il compte 11,43% (n=8/70) de renoncements, notamment pour des « raisons financières » et du fait que les personnes déclaraient « ne pas en avoir besoin » (tableaux 52 et 53).

Même si l'échantillon des personnes interrogées et les renoncements observés pour ces deux types de soins de prévention sont faibles, le motif du renoncement pour « raison financière » peut indiquer une méconnaissance des modalités d'accès à la vaccination et au dépistage de ces populations. En effet, ces types de soins de prévention sont gratuits et accessibles à tous au Centre de Prévention Santé de CRF.

Tableau 52 : Le renoncement à la vaccination

Renoncement à la vaccination	Total des renoncements Oui ou Non	Total des renoncements Oui ou Non %	Raisons du renoncement à la vaccination	Total des raisons du renoncement	Total des raisons du renoncement %
OUI	5,00	7,14	Raisons financières	3,00	60,00
			Autre : sans réponse	1,00	20,00
			Pas de couverture sociale	1,00	20,00
NON	65,00	92,86	/	/	/
Total	70,00	100	/	5	100

Tableau 53 : Le renoncement au dépistage

Renoncement au dépistage	Total des renoncements Oui ou Non	Total des renoncements Oui ou Non %	Raisons du renoncement au dépistage	Total des raisons du renoncement	Total des raisons du renoncement %
OUI	8,00	11,43	Autre : pas besoin	2,00	25,00
			Raisons financières	2,00	25,00
			Autre : personne dans sa vie	1,00	12,50
			Autre : sans réponse	1,00	12,50
			Pas de couverture sociale	1,00	12,50
			Peur de se faire arrêter par la PAF	1,00	12,50
NON	62,00	88,57	/	/	/
Total des personnes	70,00	100	/	8	100

2.2 Un important renoncement à une consultation avec un médecin

Le recours à une consultation avec un médecin est le plus fréquent parmi l'ensemble des types de recours effectués (n=72/380), néanmoins cet accès au médecin est également fortement renoncé (tableau 54). Concernant ce travail d'enquête, 78,8% (n=55/70) des personnes parmi les 70 interrogées ont renoncé au besoin de consulter chez un médecin, en raison de « ne pas avoir de couverture sociale » (52,7%, n =29/55) en effet le remboursement des soins suite à leur recours nécessite d'avoir une couverture sociale. L'autre raison évoquée est la « Raisons financières » (20%, n=11/55).

Ces motifs de renoncement aux soins qui se réfèrent au déterminant de l'accès de « l'abordabilité » (capacité de payer, assurance maladie existante) [R.Penchansky et J.W Thomas, 1984] sont des motifs qui ne sont pas nouveaux puisque déjà été identifiés – parmi d'autres à Cayenne- par MDM en 2013 dans son rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France [Médecins du Monde, 2013, p.9]. Une autre étude menée entre 2013 et 2014 auprès des populations précaires de quartiers précaires au sein de la CACL, et à

la PASS du CH de Cayenne [L.Valmy et al.,2016], identifie quant à elle comme première raison de renoncement à voir un médecin en raison du « sentiment de timidité à poser certaines questions ».

Tableau 54 : Le renoncement au médecin

Renoncement au médecin	Total des renoncements Oui ou Non	Total des renoncements Oui ou Non %	Raisons du renoncement au médecin	Total des raisons du renoncement	Total des raisons du renoncement %
OUI	55,00	78,57	Pas de couverture sociale	29,00	52,73
			Raisons financières	11,00	20,00
			Trop loin ou problème de transport	8,00	14,55
			Peur de se faire arrêter par la PAF	6,00	10,91
			Avait d'autres soucis ou pas le temps	1,00	1,82
NON	15,00	21,43	/	/	/
Total des personnes	70,00	100	/	55	100

2.3 Un renoncement à l'accompagnement social

Parmi les 70 personnes enquêtées, 44,29% (n=31/70) ont déclaré avoir déjà renoncé au besoin d'être accompagné socialement. Le motif majeur déclaré est à hauteur de 51,61% (n=16/31) le fait «de se débrouiller seul ». Cette raison pose question sur le véritable choix ayant mené à l'autonomie des individus : dans les démarches : soit parce que les personnes savaient très bien « remplir les papiers » ; ou à contrario le fait d'avoir été résignées à ne pas répondre à ce besoin d'accompagnement³⁰⁵. De plus, 29,03% (n=9/31) des personnes ont déclaré le fait de « ne pas savoir ou aller » pour avoir cet accompagnement social (tableau 55).

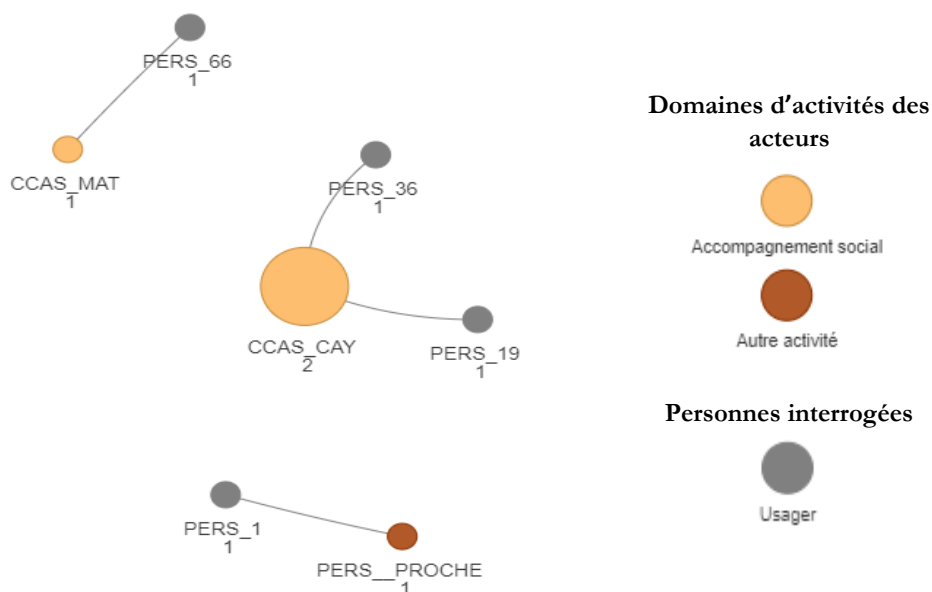
³⁰⁵ Dans ce contexte le renoncement est difficile à évaluer parce qu'il peut être choisi ou subi. De fait, ces raisons illustrent soit l'impact de *l'empowerment* des actions « d'aller-vers » ; ou bien illustrent que ces actions sont d'autant plus nécessaires pour renforcer au maximum les capacités des populations et favoriser cet accès aux droits communs.

Tableau 55 : Le renoncement à l'accompagnement social et ses raisons

Renoncement à l'accompagnement social	Total des renoncements Oui ou Non	Total des renoncements Oui ou Non %	Raisons du renoncement à l'accompagnement social	Total des raisons du renoncement	Total des raisons du renoncement %
OUI	31,00	44,29	Autre : attente de réponse pour autres démarches	2,00	6,45
			Autre : lassitude	2,00	6,45
			Autre : se débrouille seul(e)	16,00	51,61
			Ne savait pas où aller	9,00	29,03
			Raisons financières	2,00	6,45
NON	39,00	55,71	NC - Non concerné	39,00	100,00
Total des personnes	70,00	100		70,00	

2.4 Les aides alimentaires et vestimentaires : un faible recours et un fort renoncement en raison d'une méconnaissance des acteurs

Figure 129 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d'activité - à l'aide alimentaire des personnes interrogées



Le recours à l'aide alimentaire ne compte que 4 recours sur les 46 effectués pour une aide à caractère social. Un acteur se distingue néanmoins avec 50% (n=2/4) des recours pour une aide alimentaire, le CCAS de Cayenne (figure 129). Les raisons de ce recours à ce lieu sont respectivement à hauteur de 50%(n=1/2) par le fait que la personne « savait déjà où aller » et parce que cet acteur lui avait été « recommandé par un ami ». Ce faible recours ne témoigne pas d'un non besoin, mais plutôt d'une absence d'accès à ce besoin dans la mesure où le renoncement à l'aide alimentaire s'élève à 91,43% (n=64/70) de l'effectif des interrogés, en raison de la « méconnaissance des acteurs » présentant cette aide à hauteur de 86,06%(n=57/64) de l'ensemble des renoncements déclarés (tableau 56).

L'aide alimentaire est pourtant un besoin primaire contribuant à la santé globale des individus. Par exemple, une personne interrogée dans le quartier de la Gonave [questionnaire n°62], expliquait qu'en raison d'une insuffisance d'alimentaire, ce dernier était en rupture de traitement pour deux motifs sous-jacents : les médicaments lui provoquaient des maux d'estomac en les prenant en l'absence de nourriture, les arrêtant les douleurs liés à sa pathologie ont repris et les étourdissements (en plus de la peur de se faire arrêter par la Police aux Frontières (PAF)) l'ont conduit à ne pas pouvoir se déplacer à la pharmacie de l'hôpital où il était suivi. Cet exemple montre qu'il aurait été intéressant dans cette étude de développer les trajectoires de soins des individus et d'en identifier les points de rupture tels que la perte de la couverture sociale, les difficultés de mobilité liées à l'absence de moyens de transports...³⁰⁶

Une enquête récente, encore jamais réalisée en Guyane [Basurko C, Benazzouz B, Boceno C, Dupart O, Souchard E, Trepont A et al., 2020] renseigne l'Insécurité Alimentaire (IA) de ces personnes vivant dans les quartiers précaires de Cayenne et de ses communes limitrophes durant la pandémie de la Covid-19. Les résultats indiquent que « La faim avait touché plus de 80% des ménages (n=221) inclus dans l'enquête pendant le mois de juillet 2020 ». Quel que soit l'impact de la pandémie « sur la survenue ou l'aggravation de la situation, l'enquête a révélé l'ampleur des difficultés pour certains ménages précaires du littoral guyanais à subvenir à leurs besoins nutritionnels élémentaires. » [opsit].

³⁰⁶ Ce projet était initialement pensé, mais étant donné les recours fragmentés des individus aux lieux de soins et les nombreux points de rupture (absence de couverture sociale, absence de situation régulière limitant les déplacements...), plutôt que des trajectoires cette enquête illustre plutôt « des portes d'entrées » dans le système de soins via quelques recours.

Pour reconstruire des trajectoires, il aurait été nécessaire de se concentrer sur le suivi d'une pathologie en particulier (ex : pathologie chronique) ou de personnes suivant un parcours spécifique (ex : demandeur d'asile), ce qui était trop difficilement faisable dans une optique d'enquête au sein des quartiers dans la mesure où il aurait fallu cibler des personnes avec des pathologies ou bien avoir plus d'enquêtés pour que la probabilité de retracer plusieurs trajectoires soit atteinte. Autrement, la trajectoire de soins de ces personnes vulnérables pourrait être étudiée via des enquêtes directement passées dans les lieux de recours, néanmoins elle inclue un biais dans les déterminants de l'accès dans la mesure où elle sous-entend que la capacité de recours au lieu de soins de santé est déjà réalisée.

Tableau 56 : Renoncement à l'aide alimentaire et ses raisons

Renoncement à l'aide alimentaire	Total des renoncements Oui ou Non	Total des renoncements Oui ou Non %	Raisons du renoncement à l'aide alimentaire	Total des raisons du renoncement	Total des raisons du renoncement %
OUI	64,00	91,43	Ne savait pas où aller	57	89,06
			N'a pas osé aller demander	4	6,25
			NSP	2	3,13
			Autre	1	1,56
NON	6,00	8,57	/	/	/
Total des personnes	70,00	100	/	64	100

Concernant une autre aide à caractère social, le recours à l'aide vestimentaire ne compte que 6 recours sur les 46 réalisés pour une aide à caractère social. Un acteur, le Secours Catholique, se distingue avec 33,33% (n=2/6) des recours, avec une seule raison déclarée « Recommandé par un organisme ». Les autres lieux de recours sont multiples : la Vestiboutique de CRF, l'église, une personne proche (figure 130).

Là encore, ce faible recours ne témoigne pas d'un non besoin, mais plutôt d'une absence d'accès à ce besoin dans la mesure où le renoncement à l'aide vestimentaire s'élève à 84,28% (n=59/70) dans l'effectif, en raison de la « méconnaissance des acteurs » présentant cette aide à hauteur de 93,22%(n=55/59) de l'ensemble des renoncements déclarés (tableau 57).

Figure 130 : Structures/dispositifs de recours – par domaines d'activité - à l'aide vestimentaire des personnes interrogées

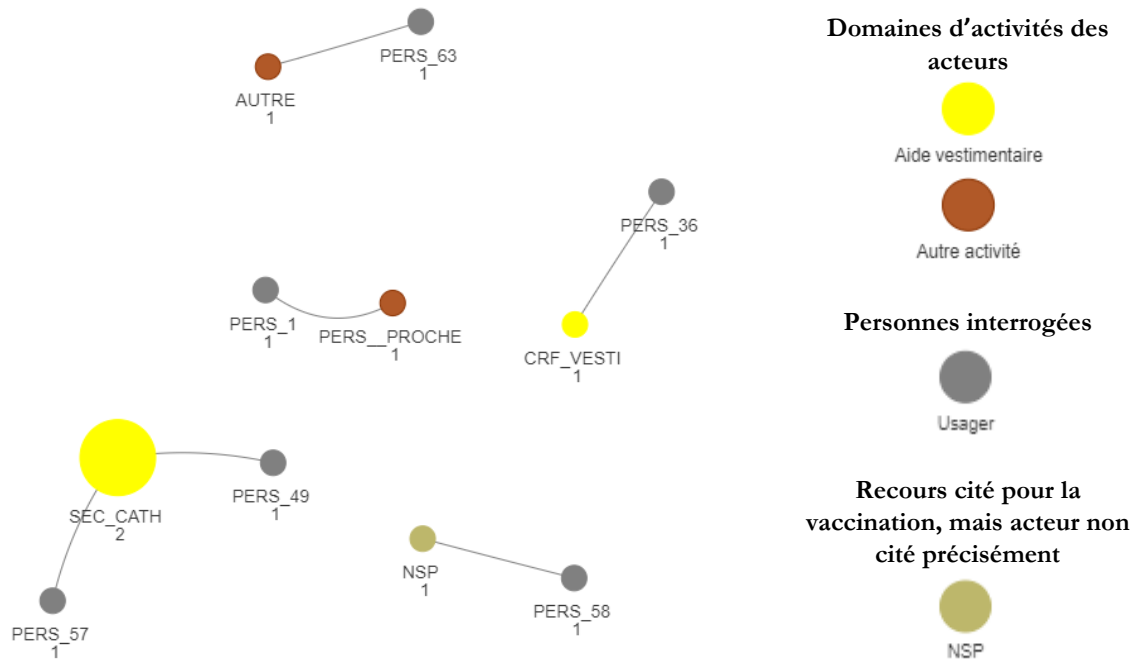


Tableau 57 : Renoncement à l'aide vestimentaire et ses raisons

Renoncement à l'aide alimentaire	Total des renoncements Oui ou Non	Total des renoncements Oui ou Non %	Raisons du renoncement à l'aide vestimentaire	Total des raisons du renoncement	Total des raisons du renoncement %
OUI	59,00	84,28	Ne savait pas où aller	55	93,22
			N'a pas osé aller demander	3	5,08
			Autre	1	1,69
NON	11,00	15,71	/	/	
Total des personnes	70,00	100	/	59	100

Conclusion du Chapitre XI

En approfondissant les lieux et les raisons du recours aux besoins de soins de santé et d'aides à caractère social des populations, ce chapitre a permis de préciser la place des acteurs identifiés comme centraux dans les analyses précédentes issues des entretiens menés avec les acteurs des soins de santé (Chapitre 8).

Les acteurs centraux précisés au travers les recours aux soins des populations sont le CPS de CRF pour la vaccination et le dépistage, les médecins libéraux et la PASS du CH de Cayenne pour une consultation avec un médecin, le camion de MDM pour l'accompagnement social. Bien que non identifié comme un acteur central et certainement dans la mesure où ses pôles déclinés sont multiples, le CH de Cayenne est au centre des recours aux soins pour l'hospitalisation, la radiologie, l'échographie et la contraception pour les femmes.

Dans le cadre de cette enquête, les motifs des recours font état de déterminants qui s'apparentent à plusieurs des modèles existants de l'accès. Les motifs multiples du recours aux soins sont à l'image de la complexité de la notion de l'accès aux soins de santé et des multiples modèles développés sur ce concept. En effet, les déterminants classiques de l'accès de R. Penchansky et Thomas (1985), s'illustrent dans le recours à une consultation chez un médecin en raison de « l'accessibilité géographique », le recours à l'hospitalisation en raison de « l'adéquation ». Le déterminant de la « Sensibilisation » des professionnels de santé de E.Saurman (2015) s'inscrit quant à lui dans les motifs des recours à des soins de santé plus spécifiques tels que : la radiologie, et pour les femmes l'échographie et la contraception. Ce déterminant de la « sensibilisation » par les personnes du quartier, s'inscrit également dans les motifs de recours à la vaccination. Quant aux capacités individuelles des individus « à percevoir et à s'engager » corollaires à des déterminants de l'accès dans le modèle centré sur le patient tel que développé par J-F Levesque et al., (2013), elles s'illustrent dans le recours à l'accès à « un accompagnement social ». De plus, l'importance et les raisons du renoncement à certaines aides (vestimentaires, alimentaires) appuient la nécessité de favoriser les capacités des individus à connaître les conditions de recours à des lieux pour réaliser leurs besoins qui eux aussi peuvent contribuer à la bonne santé globale des individus. L'ensemble de ces motifs de recours illustrent ainsi qu'il est nécessaire de compiler les modèles de l'accès aux soins. Tant ils sont établis sur des déterminants de l'accès relatifs à l'offre et la demande des structures de soins ; que des déterminants de l'accès proprement liés aux capacités individuelles des personnes pour accéder aux soins de santé.

En ce sens, outre des déterminants de l'accès centrés sur l'organisation du système de santé et des services de soins de santé, les raisons du recours à ces différents types de soins de santé illustrent l'importance de reconsidérer la place des capacités individuelles des personnes pour accéder à un service de soins de santé. J-F Levesque et al., s'étaient déjà penché sur cette question. Alors que dans « le domaine des soins de santé, l'accès est défini comme l'accès à un service, un fournisseur ou une institution » [J.F Levesque et al, 2013, p.1] ; le sens étymologique de « l'accès » est défini comme « une façon d'approcher, d'atteindre ou de

pénétrer dans un lieu, comme le droit ou la possibilité d'atteindre, utiliser ou visiter » [ospit]. Dans cette définition il s'agit de tenir compte de « l'opportunité ou la facilité avec laquelle les consommateurs ou les communautés sont en mesure d'utiliser des services appropriés en fonction de leurs besoins » [ospit]. En ce sens, la « sensibilisation » de E.Saurman (2015) n'est « utile » que si et seulement si les usagers déterminent et osent utiliser le service dont ils ont connaissance de l'existence, et se place donc comme un déterminant qui intervient dans le développement des capacités des individus.

Si l'on s'en réfère finalement, aux travaux développés par Amartya Sen [1979, 1995, 1999, 2002], l'approche par « les capacités » des individus est la plus complète pour considérer à la fois les opportunités présentées aux individus pour accéder potentiellement à un service de soins de santé et leur faculté à saisir cette opportunité. En effet, si l'on s'en réfère à la définition de P-A TEngland (2020, p.25) « la capacité » tient compte à la fois de la « sensibilisation » effectuée auprès des personnes qui ont dorénavant connaissance d'un service de soins de santé, puis de leur capacité à déterminer si se rendre dans ce service sera adéquat dans la satisfaction de ses besoins, avant d'aboutir à la réalisation concrète de ces différentes étapes par l'acte de soins (le recours).

Considérer l'ensemble de ces étapes : la sensibilisation, la capacité à percevoir le besoin, la capacité à déterminer le lieu de soins, et à engager l'acte de la part de l'individu sont des éléments qui d'une part sont d'autant plus nécessaires dans des contextes multiculturels où la « santé » recouvre des perceptions différentes, ou dans des contextes où la maladie peut être source de discriminations et d'exclusion [E.Hirsch, 2003]. D'autre part, lorsque les déterminants de l'accès « classiques » à des structures de santé sont chamboulés par la réalité des personnes qui vivent dans les quartiers spontanés, la place des acteurs de terrain, des médiateurs en santé ou des « agents en santé communautaire » [D. Lefeuvre, M.Dieng, F.Lamara et al., 2014] qui « vont vers » les populations pour les sensibiliser sont essentielles.

Conclusion de la Partie III

Cette troisième partie est composée des résultats issus des analyses menées sur les différentes sphères d'acteurs mobilisées pour le recueil de données : les acteurs de la politique de santé, les acteurs des soins de santé, les populations.

Cette partie s'est donc attachée à exploiter les liens relationnels relevés dans les entretiens menés avec ces acteurs qui se positionnent à différents niveaux d'action : régional, infrarégional, local.

Concernant, le chapitre 7 il expose la vision de l'organisation des acteurs de l'offre des soins de santé des trois pôles de l'Agence Régionale de Santé. Chacun des pôles de l'ARS est en charge de piloter des acteurs qui s'inscrivent soit, dans le domaine strictement sanitaire (pôle de la DOS), médico-social (pôle de la DA), ou en prévention et promotion de la santé (DSP). Chacun de ces pôles établit une vision structurée de ses acteurs différenciée : par statut (DOS), par « type de population » (DA), par thématiques de soins de santé (DSP). Néanmoins, il est possible d'établir une « classification » des acteurs cités pour chacun des pôles : les acteurs redevables, les acteurs coordinateurs et les acteurs intervenant dans les soins de santé. D'un point de vue des liens entre ces acteurs, il a été constaté que les parcours de santé coordonnés ne sont pas encore établis mais en construction. Ainsi et dans les faits, il s'agit dans un premier temps de construire des parcours de soins dans chacun des pôles, dans la mesure où les parcours de santé nécessitent un fonctionnement transversal entre chacun des pôles de l'ARS : de la prévention de la santé à l'offre de soins, hors de cet exercice est encore difficilement mené en Guyane comme ailleurs en France métropolitaine [P.Askenazy et al.,2013]. Néanmoins, chacun des pôles relate plus ou moins de relations connues entre les acteurs des soins de santé qui réfèrent aux logiques gestionnaires entre les acteurs (financements, coordination grâce aux acteurs coordinateurs) ou qui réfèrent à la prise en charge des patients (collaboration entre acteurs pour la prise en charge des patients, liens « fléchés »).

De manière générale, les pôles de l'ARS ont un vision macroscopique de l'organisation des acteurs présents sur le territoire : les noms des acteurs en présence sur la CACL, appartenant au territoire de proximité du centre Littoral établi par l'ARS, ne sont pas toujours énumérés individuellement (par exemple lesdites « associations »). En somme, les pôles de l'ARS apportent une vision plus détaillée sur les relations existantes entre les niveaux d'acteurs tels qu'ils les conçoivent (financeurs, coordinateurs et acteurs auprès des patients) et non pas une vision précise sur les acteurs des soins de santé qui agissent pour la prise en charge des populations. Les enquêtes menées via les entretiens auprès des acteurs des soins de santé ont donc permis de s'intéresser plus précisément aux liens exercés entre ces acteurs des soins de santé pour la prise en charge des populations (BD1).

Grâce aux entretiens menés, le chapitre huit fait état de cette organisation d'acteurs des soins de santé. Les données des entretiens analysées via l'analyse de réseau, ont permis de mener des mesures appliquées sur le réseau d'acteurs et d'identifier la place de ces derniers en précisant leur fonction et rôles dans la prise en charge des populations. Des acteurs ont pu être identifiés comme des points de passage importants (forte centralité d'intermédiarité) dans cette prise en charge, notamment : la PASS spécifique de l'HDJ du CH de Cayenne, le centre CPS de la CRF à Cayenne, Médecins du Monde et la PASS générale du CH de Cayenne. En outre, le rôle respectif de ces acteurs centraux a pu être précisé : « capteurs » et/ou « orienteurs » (mesures d'autorité et de hub). Ainsi le CPS de la CRF à Cayenne, Médecins du Monde et la PASS Générale du CH de Cayenne apparaissent comme des acteurs ayant un double rôle de « capteur » et « d'orienteur » avec un rôle prédominant de « capteur » soit d'accueil des patients qui leurs sont orientés des acteurs au rôle « d'orienteur » (hubs) qu'ils ont en lien. D'autre part, les mesures de centralité d'autorité et de hub ont permis de mettre en lumière des acteurs qui n'apparaissaient pas en tant que « points de passage », mais qui ont un rôle dans l'orientation des patients telle que l'association DAAC, ou dans l'accueil des patients orientés tels que les médecins libéraux, ou bien encore la CGSS.

Si cette première analyse peut permettre d'apporter une lecture générale de l'organisation des acteurs dans la prise en charge des populations, ces mesures ne permettent cependant pas d'identifier s'il existe des formes de relations plurisectorielles, soit décloisonnées entre les acteurs de statut ou de domaines d'activités différents, à l'image de la perspective d'amorcer des parcours de soins de santé. C'est pourquoi des mesures ont été effectuées sur les réseaux relationnels individuels des acteurs (égos-réseaux) afin de dresser une typologie des collaborations des acteurs. Cette typologie fait alors état d'une classification en 4 groupes d'acteurs ayant un réseau relationnel similaire. Un premier groupe rassemble des acteurs institutionnels pour lequel le domaine d'activité prépondérant est l'accès aux soins, le second rassemble des acteurs institutionnels agissant dans le domaine de l'accompagnement social et l'accès aux droits et un troisième groupe rassemble notamment les associations de prévention, soins, promotion de la santé. S'intéresser ensuite aux relations des acteurs contenus dans ces groupes permet de saisir l'existence de collaborations avec des acteurs aux différents statuts et domaines d'activités que les leurs. Ainsi, cette étape a permis d'émettre des hypothèses sur des trajectoires de prise en charge des populations. Par ailleurs, il a été identifié que l'un de ces groupes d'acteurs : les associations de prévention, soins, promotion de la santé avaient pour particularité d'être plus transitif, c'est-à-dire les plus en relation les unes avec les autres. Dans les faits, les acteurs de ce groupe agissent en camion mobile auprès des populations vulnérables.

Le chapitre neuf, tente alors de préciser les stratégies de localisation de ces acteurs mobiles et les collaborations opérationnelles de ces derniers sur le territoire. Etablir un état des lieux des implantations existantes via les cartographies puis les croiser avec les analyses de réseau et des extraits entretiens permet de mieux expliquer ce que les cartes donnent à voir mais ce qu'elles ne permettent pas de comprendre.

Les cartographies font état d'actions mobiles plus nombreuses sur les communes qui composent de l'île de Cayenne contrairement aux 3 autres communes de la CACL. Ces actions mobiles se situent majoritairement dans les périmètres des QPV et quelques-unes sortent de ces périmètres préétablis. L'analyse de réseau menée sur les liens « stratégiques » (BD2) entre les acteurs ont permis de repérer les acteurs qui polarisent les décisions stratégiques pour la localisation des camions mobiles (centralité d'autorités) : deux municipalités, celles de Matoury et de Cayenne via la politique de la ville ; et les acteurs les plus reliés à ces dernières (hub) : les associations Croix Rouge Française, Médecins du Monde, l'association DAAC, Entr'Aides. L'identification de ces rôles avec les extraits d'entretiens permet de mieux expliquer les résultats de ces mesures et d'avancer que les acteurs qui présentent un faible score d'autorité et des scores élevés pour la mesure de « hub », sont les acteurs associatif mobiles. Leurs stratégies d'implantation (BD2) sont marquées par la politique de la ville dont les communes financent notamment les actions dans le cadre des Contrats Locaux de Santé. De fait, la cartographie fait état de seules quelques actions conduites hors de ces zones préétablies et les acteurs se retrouvent ainsi parfois « canalisés » dans les quartiers QPV. Confrontés à des pressions humaines et financières propres, ces acteurs de terrain sont contraints de « resserrer un peu le territoire ». Dans ces conditions, les acteurs qui interviennent en camion mobile sont amenés à développer des collaborations et coopérations (BD3). Ainsi, les fortes concentrations d'acteurs visibles sur les cartographies, à première vue déstructurés et inégalement réparties sur le territoire cachent en réalité des pratiques complémentaires d'acteurs sur le terrain. L'analyse de réseau menée identifie en effet deux principaux acteurs MDM et la CRF (centralité d'autorité) qui rassemblent le plus de relations de collaboration avec d'autres acteurs tels que DAAC et Entr'Aides (centralité de hub). Ces mesures et réseaux relationnels mettent en valeur des collaborations entre acteurs qui s'inscrivent individuellement dans différents domaines d'activités, qui peuvent se compléter.

Le chapitre dix présente les caractéristiques des 70 personnes ayant fait l'objet d'une enquête dans quatre différents quartiers spontanés de la CACL. Ces caractéristiques ayant trait aux conditions socio-économiques et aux conditions de vie des interrogés, bien que descriptives, elles permettent d'illustrer les facettes de la vulnérabilité de ces populations. Ces dernières vont de la précarité économique aux critères retenus dans la méthodologie pour caractériser les quartiers spontanés les plus dégradés identifiés sur le territoire de la CACL (les facettes de conditions de vie précaires (habitat sans eau courante et électricité), d'enclavement des personnes vivant dans ces quartiers (moyens de mobilité restreints)). Enfin les personnes rencontrées dans ces quartiers étaient également en situation de vulnérabilité du point de vue de leur situation administrative, plus de 81 % d'entre eux déclaraient être en situation irrégulière (sans papiers). Enfin, ces populations font état d'un état de santé perçu comme « mauvais » à hauteur de 37% depuis leur arrivée en Guyane contre un état de santé déclaré « bon » à hauteur de 57% dans leur pays d'origine. Ces constats permettent de mettre en lumière les enjeux en matière de santé pour ces populations, plus

particulièrement en ce qui concerne le recours aux soins de santé et aux aides à caractère social (accompagnement social, aide alimentaire, vestimentaire) réalisés de ces populations.

Le chapitre onze fait état des recours aux soins de santé de ces populations pour différents types de soins et d'aides à caractère social en précisant les lieux et les raisons ayant motivé ces recours. En parallèle, l'analyse des raisons du recours et du renoncement a été menée. Cette approche a permis d'une part, d'identifier les types de soins pour lequel les populations vulnérables ont le plus de recours et d'autre part de mettre en regard les acteurs qui comptabilisent le plus de recours pour un type de soins de santé. Ces derniers résultats ont été mis en parallèle avec les analyses précédemment menées sur les acteurs des soins de santé (chapitres 8 et 9). Cette identification permet ainsi de préciser et de confirmer la position centrale de certaines structures dans la prise en charge des populations. Le médecin libéral (identifié comme acteur d'autorité) est un acteur important du recours pour des raisons de proximité géographique. Le CPS du CRF de Cayenne est identifié comme étant un lieu de recours à la vaccination et au dépistage connu des populations. La « sensibilisation » des populations semble l'une des raisons principales pour expliquer ce constat. Médecins du Monde est identifié en tant que troisième acteur central intermédiaire dans la prise en charge des populations, en particulier pour l'accompagnement social en raison de la présence du camion au plus près des populations. Enfin le CH de Cayenne présente des types de recours plus spécifiques tels que, l'hospitalisation ; la radiologie, l'échographie et la contraception (pour les femmes). D'un point de vue des renoncements, il a été identifié qu'ils sont peu nombreux en ce qui concerne les soins de santé tels que la vaccination et le dépistage, néanmoins il s'avère que la consultation avec un médecin a déjà été renoncée à hauteur de 78,57% parmi l'effectif des personnes interrogés notamment en raison de l'absence à une couverture sociale. La question de l'accompagnement social et de l'ouverture des droits à cette couverture sociale reste donc un enjeu primordial puisque seul 22,86% des personnes interrogées avaient des droits ouverts à l'AME ; tandis que la grande majorité des autres personnes de l'effectif étaient sans droits (sans droits ouverts, en rupture de droits, ou en attente de renouvellement de leurs droits).

Ces chapitres permettent d'éclairer le processus de territorialisation sanitaire à l'œuvre qui sont propres aux niveaux d'acteurs.

Premièrement, l'Agence Régionale de Santé de Guyane a une perception de l'organisation des acteurs qui agissent dans la prise en charge des populations vulnérables au niveau régional. Chacun des trois pôles de direction : offre de soins, médico-social, santé publique, porte une vision catégorisée sur les acteurs de manière différente : par « statuts d'établissements », par « type de populations », par « thématique de soin ». La DSP apporte quant à elle une classification supplémentaire des acteurs qui interviennent pour une thématique de soins donnés en les catégorisant en différents niveaux (acteurs redevables, coordinateurs, acteurs exerçant auprès des publics). D'un point de vue des liens connus de l'ARS entre les acteurs, une classification peut être établie d'une manière conjointe selon 5 modalités : les liens financiers

(remboursements des actes), les liens de coordination (organisation des acteurs), les liens de coopération (partage de tâches dans un projet) les liens de collaboration (contribution des respectives de chacun des acteurs dans un but vu en commun), les liens « fléchés » (prise en charge spécifiques de certains patients). En somme chacun des pôles porte une vision d'expertise sur les acteurs qu'ils soutiennent dans leur organisation, cette vision fractionnée « en silo » des acteurs concernés conduit à une mise en place difficile de parcours de santé qui nécessitent un travail transversal entre chacun des pôles. Comme déjà constaté par ailleurs, les ARS « ont certainement encore à approfondir leurs missions et leurs organisations pour mieux répondre à un besoin d'adaptation des réponses sanitaires et d'offre de soins aux réalités différentes selon les territoires et ainsi réduire les inégalités d'état de santé et d'offre de soins » [C.Evin, 2019]. En somme à l'heure actuelle, chacun des pôles de l'ARS Guyane tente de contribuer à l'organisation de parcours de soins pour les acteurs concernés, en interne de ces pôles.

Du point de vue des acteurs des soins de santé, les analyses de réseau ont permis premièrement d'identifier des « acteurs pivots » dans la prise en charge des populations vulnérables et deuxièmement d'en préciser les rôles (capteurs/orienteurs). Chacun de ses acteurs s'inscrit dans des domaines d'activités différents : le soin, les soins de prévention et de promotion de la santé ou bien encore l'accompagnement social. Ils s'inscrivent donc dans différents pôles de l'ARS (DOS, DSP). En approfondissant la compréhension de l'organisation des acteurs des soins de santé dans la prise en charge des populations, les résultats de la typologie donnent à voir des acteurs au réseau relationnel similaire, qui classifiés en groupe s'inscrivent dans des domaines d'activités qui leurs sont propres : soins (1), accompagnement social (2), prévention et promotion de la santé (3). Grâce à l'étude des relations des acteurs de ces groupes, des ouvertures ont pu être constatées entre les groupes d'acteurs qui agissent dans des domaines d'activités différents. Sans pour autant aller jusqu'au terme de « décloisonnement » comme stipulé dans la loi de santé de 2016 puisque les liens entretenus entre les acteurs ne sont pas formalisés par des conventions ; il est possible d'émettre une hypothèse sur la formation d'une « trajectoire » de soins mise en place par les acteurs des soins de santé eux-mêmes, que suivrait les populations dans le cadre de leur prise en charge. Passant par des acteurs qui agissent sur « le terrain » en camion mobile, puis par des acteurs qui agissent dans l'accès aux soins, puis par des acteurs qui agissent dans l'obtention des droits communs, cette trajectoire illustrerait donc une double ouverture entre les acteurs aux domaines d'activités de « la prévention et promotion de la santé », « du soin » et de « l'accompagnement social / accès aux droits » ; mais aussi une ouverture entre « les mondes » associatifs, hospitaliers, et administratifs. Cette proximité auto régulée, reconnue dans les entretiens par les acteurs qui s'investissent dans différents champs de la santé, est un avantage pour les populations puisque « c'est au niveau de la prévention et des modalités d'entrée dans le système de santé que se jouent en partie les inégalités sociales de santé. Offrir une garantie d'un bon accès à des soins primaires serait une stratégie essentielle pour les réduire » [P.Askenazy et al., 2013]. Enfin, ces proximités entre acteurs étant « informelles » et porteuses d'organisation invitent donc à reconsidérer le terme de « collaborations » effacé dans les lois de santé (2009, 2016) par le terme de « coopération » synonyme de « coordination ». En effet, les résultats montrent que ce n'est pas parce que les liens entre les acteurs sont informels et

collaboratifs qu'ils ne sont pas porteurs d'une certaine coordination entre les acteurs pour prendre en charge des personnes qu'ils accueillent.

D'un point de vue des acteurs agissant en camion mobile, ces collaborations informelles sont particulièrement porteuses de logiques auto-régulées entre les normes et une adaptation locale aux besoins des populations. Ainsi, la territorialisation des acteurs est hybridée entre logiques descendantes (normes) et ascendantes (contexte local). En effet, si la localisation des actions mobiles témoigne d'actions largement menées dans les périmètres établis des quartiers de la politique de la ville, elles attestent aussi d'actions hors de ces zones. De plus, les collaborations entre acteurs qui visent la complémentarité de leurs offres proposées en matière de prévention, soins et promotion de la santé aux côtés de l'accompagnement social et de la médiation en santé. Bien que fragiles car fondées sur des liens informels, ces relations témoignent de l'adaptation des acteurs à leurs réalités prises entre planification territoriale de l'offre (territoire de santé, politique de la ville), logistiques (ressources humaines, financements), et aux réalités et difficultés locales de l'accès aux soins de santé des populations rencontrées.

Enfin, ces résultats peuvent être renforcés par l'analyse des recours aux soins de santé et aux aides à caractère social des populations vivant dans les quartiers spontanés, qui témoignent de leurs pratiques d'accès aux soins de santé dans un contexte où la territorialisation des acteurs est en cours. Ainsi, les acteurs centraux identifiés qui prennent en charge spécifiquement des populations vulnérables sont retrouvés dans les recours des populations. La Croix Rouge Française s'illustre dans les recours à la vaccination et au dépistage des populations rencontrées, Médecins du Monde dans les recours à un accompagnement social tandis que les médecins libéraux aux côtés des PASS du CH de Cayenne s'illustrent dans les recours à une consultation avec un médecin. Les recours et motifs déclarés des populations invitent quant à elles à questionner l'interface entre les niveaux des acteurs des soins de santé et celui des populations. En effet, même si les personnes interrogées en grande majorité de nationalité étrangère et en situation irrégulière sont peu à avoir une couverture sociale, les raisons des recours n'ont pas nécessairement attiré aux cinq dimensions de « l'accès » situées à l'interface entre les services de santé/ populations tels que la disponibilité (availability), l'accessibilité (accessibility), la commodité (accommodation), l'abordabilité (affordability), et l'acceptabilité (acceptability). En revanche, ces déterminants sont plus impliqués dans les motifs de renoncement aux soins. Néanmoins, concernant l'un des déterminants évoqués pour les recours, il invite à reconsidérer la place importante de l'interface des acteurs des soins de santé/ populations dans l'accès aux soins de santé des populations via les « capacités » des individus. En effet, dans cette étude, « la sensibilisation » est l'une des raisons de recours à un type de soins de santé auprès de ses conditions sinéquanones pour être aboutie : « les capacités » de l'individu à percevoir ses besoins de soins de santé et les capacités à engager son recours à des services. Du point de vue des populations, ce déterminant réaffirme l'enjeu de la territorialisation sanitaire qui est outre la proximité des services de santé, de bien prendre en considération des logiques d'accès propres aux individus et de s'adapter dans des contextes locaux.

Conclusion générale

« Je ne cherche pas à connaître les réponses, je cherche à comprendre les questions »,
Confucius, -551

En France, la territorialisation est devenue une terminologie commune à plusieurs politiques publiques (sociale, de la ville, du droit, de la culture...). Néanmoins dans le domaine de la santé, le déploiement de la territorialisation est plus récente. Depuis la loi HPST de 2009, trois objectifs sont déclinés : un renforcement de l'action régionale et locale ; un développement de la coordination et de la complémentarité intersectorielle entre les acteurs investis en santé ; ainsi qu'une réorganisation des périmètres d'action sur la base de logiques de proximité et d'intégration des besoins des populations.

Si la territorialisation sanitaire a fait l'objet de différents travaux en sociologie, en sciences politiques, en santé publique, en droit ou en économie de la santé [A-C.Rimbert-Pirot, 2015 ; C.Clavier, 2009 A.Mariette ; C.De Fontgalland, M.Rouzaud-Cornabas, 2020 ; L.Mériade, 2019] ; les travaux cherchant à articuler les évolutions des périmètres et de la coordination des acteurs semblent moins fréquents. Pourtant, questionner les maillages en matière de santé permet de mettre au premier plan les normes et « injonctions » des politiques publiques dans la définition des territoires d'action et les enjeux en termes de réponses des acteurs locaux pour adapter leurs offres aux besoins des populations. Dans la mesure où l'action publique se recompose d'une part autour de la multiplication des maillages des politiques publiques et des maillages aux contours plus flous (« *fuzzy borders* ») [C.Didelon-Loiseau], et d'autre part par la présence d'un plus grand nombre d'acteurs investis dans le champ de la santé, un double enjeu existe. Il porte sur la coordination qui « (...) s'apparente à un travail de connexion des différents acteurs et échelles pour pouvoir agir de manière cohérente, synergique et intégrée » ; mais aussi sur l'articulation des périmètres des différents acteurs dans la mesure où ces territoires constituent la « base de l'action » [M.Viot, Z.Vaillant, 2017]. Dans ce double mouvement, le fil conducteur de cette thèse a été de questionner le « territoire » « pertinent », en d'autres termes d'interroger sur quel(s) « territoire(s) » ancrer les actions et se coordonner pour répondre aux besoins des populations.

En Guyane, la mise en place des politiques de santé pensées depuis l'hexagone a toujours été tardive. Pourtant, la question du découpage territorial est un enjeu important dans cette région vaste de plus de 83 000 kilomètres carrés : les contraintes en termes géographiques et de répartition de la population placent des défis pour l'accessibilité aux soins de santé. La commune de Cayenne et ses communes limitrophes concentrent une grande partie des infrastructures et des ressources humaines mais elles sont selon l'ARS Guyane confrontées à des « pressions migratoires » [ARS Guyane, SRS, 2018, p.35]. Les communes de l'intérieur de la Guyane font face à l'isolement avec peu de ressources humaines et peu d'infrastructures. Enfin, l'Ouest connaît une forte croissance démographique dans un contexte où l'offre de soins est sous dimensionnée, et des carences en matière d'accès aux droits sont observées auxquelles sont associées des

problématiques liées aux migrations transfrontalières [ARS Guyane, SRS, 2018, p.35]. Dans ce contexte spécifique, s'adapter aux besoins des populations constitue l'un des objectifs de la territorialisation sanitaire. Dans la CACL, les cartographies réalisées ont permis de montrer que les différents outils de l'action publique se superposent souvent dans une même maille, alors qu'ailleurs dans des quartiers de bâti spontané dans lesquels des populations sont confrontées aux mêmes difficultés, peu d'actions sont déployées. Pris dans les cadres de la contractualisation, les acteurs locaux doivent se coordonner et intervenir dans les maillages établis, mais également innover afin de répondre aux populations vulnérables qui pourraient se situer hors de ces périmètres. Dans les deux cas cependant, il s'agit d'une territorialisation bricolée qui se manifeste par diverses modalités d'articulation entre les périmètres d'action et les organisations des acteurs.

Les résultats produits ont été fondés sur des collectes de données, des entretiens et des enquêtes par questionnaire. Des limites peuvent être signalées ou rappelées. Premièrement, dans la construction des échantillons et des données collectées, nous avons vu que certains domaines d'activités par commune retenus n'atteignent pas une représentativité de 50% (champ de l'accès aux droits et de celui des municipalités agissant dans la politique de la ville), en raison des non réponses aux sollicitations pour passer un entretien. Deuxièmement, nous avons vu que des domaines spécifiques d'activités (autisme, le handicap physique et psychique...), et que certains statuts d'acteurs ont été écartés de l'échantillon (établissements privés et des professionnels de santé libéraux) en raison du temps imparti à l'enquête. Troisièmement, les moyens de passation des entretiens ont été différents (face à face, le téléphone ou en visioconférence) mais ils ont dû être adaptés aux circonstances du terrain. Quatrièmement, en ce qui concerne les enquêtes par questionnaires menées auprès des populations, une limite porte sur le nombre de personnes rencontrées (n=70). Cet échantillon n'a pas permis de réaliser des analyses quantitatives plus approfondies ni de comparer les quartiers afin d'identifier des variations des déterminants du recours. En outre, les quartiers d'enquête étant les plus détériorés, il n'a donc pas été possible de révéler la diversité des situations de vulnérabilité des quartiers spontanés de la CACL.

En somme, dans la mesure où les résultats sont directement dépendants du caractère discursif des informations obtenues, il est important de signaler que des acteurs interrogés (ARS, acteurs des soins de santé) peuvent avoir oublié de citer des relations existantes. Pour le questionnaire destiné aux populations vulnérables, ils reposent également sur la déclaration... ; il n'y a donc aucun moyen de vérifier l'exactitude des réponses apportées par les personnes. Enfin et d'un point de vue plus général, il avait été prévu d'évaluer la fréquence des relations entre les acteurs afin d'obtenir un historique de l'évolution des relations. Ces données auraient permis d'entreprendre une analyse des transformations des relations entre acteurs dans le temps. Cela n'a pas été réalisé en raison d'un turn-over important des professionnels de santé en Guyane [E.Carde, 2009 ; M.Ville, P.Brousse, 2014 ; CNS, 2018 ; S.Bernard, N.Parez, 2020], comme d'ailleurs dans d'autres départements d'Outre-Mer.

Ces remarques et limites étant précisées, cette thèse présente néanmoins plusieurs apports du point de vue méthodologique et des connaissances pour comprendre la territorialisation sanitaire dans la prise en

charge des populations vulnérables et migrantes au sein de la CACL. En effet, face aux données parcellaires ou manquantes portant sur l'offre globale des soins de santé, sur les liens présents entre les acteurs, ou encore sur les structures et dispositifs de recours des populations vulnérables pour des types de soins, des entretiens et questionnaires ont dû être mobilisés. Leur étude centrée sur l'analyse de réseau (théorie des graphes) a permis d'une part de faciliter la représentation des relations : entre acteurs, entre lieux de recours et individus par type de soins de santé. D'autre part, par la mise en place de mesures (centralités d'intermédiarité, d'autorité, de hub, transitivity) a permis de mieux comprendre la structuration des réseaux et d'en faire émerger des spécificités. Concernant l'ARS, ces analyses ont permis d'identifier la vision de la structuration des acteurs, qui est différente, selon les pôles. Concernant les acteurs des soins de santé, leurs « relations de collaboration en partenariat » [Moreau et al., 2005, p.150] étudiées d'un point de vue global a permis de dévoiler une structuration, bien qu'informelle (sans conventions), des acteurs dans la prise en charge des populations. Se recentrer ensuite sur les réseaux individuels des acteurs (egos) a finalement permis de faire émerger une typologie des acteurs laissant apparaître des formes de coordination entre acteurs de différents groupes, mais aussi des mailles d'intervention des acteurs communes aux acteurs des groupes établis. Concernant les populations, ces analyses de réseau ont permis d'identifier des lieux de recours locaux pratiqués des populations pour différents types de soins de santé et d'aides à caractère social.

Croiser ces résultats aux analyses sémantiques des entretiens et aux cartographies réalisées a permis de mieux interpréter les mesures effectuées et renforcer la compréhension de la structuration des réseaux, soit parce que ces matériaux constituaient « en amont » une hypothèse pour formaliser l'analyse du réseau ; soit parce qu'ils permettaient d'approfondir « en aval » l'analyse du réseau. Ces matériaux recueillis sur le terrain ont ainsi été essentiels pour mener cette étude et ont permis d'éclairer et de conforter l'existence de structurations non visibles c'est-à-dire établies sur des liens informels [Farris, 1979 in Brunet.L et Savoie.A, 2003] entre les acteurs. Menée sur ces différents acteurs et les populations, ces analyses de réseau ont en somme facilité la compréhension de la structuration globale des acteurs investis dans la prise en charge des populations vulnérables telle qu'elle est vue (ARS), exercée (acteurs des soins de santé) et pratiquée (populations).

Par la méthodologie mise en œuvre, nous pouvons considérer que cette thèse s'inscrit dans une Recherche par Méthode Mixte : par ses données qui ont été « quantitatives » et par le fait qu'elle croise les résultats des analyses. Plus précisément, l'analyse des recours des populations permettent d'une part de confirmer et de préciser la place tenue par certains acteurs des soins de santé centraux identifiés, via l'étude de types de recours aux soins de santé des populations ciblées à ces acteurs. Enfin, croiser la distribution des localisations des actions mobiles sur les cartographies et les analyses de réseaux a permis de saisir l'influence de la politique de la ville et de ses périmètres (QPV) sur la localisation des actions des acteurs. La méthodologie conduite, est reproductible dans la mesure où l'outil pour appréhender la structuration des acteurs est l'analyse de réseau. Elle pourrait être menée dans d'autres territoires, et s'appliquer à l'étude de dispositifs spécifiques locaux, par exemple, les réseaux de soins, les Communautés Professionnelles

Territoriales de Santé. C'est par une analyse de l'existant et une identification des acteurs centraux que ces acteurs pourraient renforcer leur rôle de « pivot » dans la structuration de l'offre des territoires ; et que les acteurs en périphérie ou non identifiés pourraient être invités à rejoindre les dispositifs de coordination existants.

Dans la prochaine partie de cette conclusion, nous discuterons des résultats produits, en distinguant dans un premier temps ceux portant sur la coordination des acteurs et leur articulation avec les périmètres de l'action publique. Dans un second temps, nous mettrons l'accent sur les différentes formes de territorialisation portées par les acteurs. Enfin, nous reviendrons sur les recours aux soins de santé et les aides à caractère social destinées aux populations vulnérables, en les mettant en parallèle avec les acteurs centraux qui ont été identifiés.

Dans la loi de modernisation de 2016, la coordination des acteurs repose notamment sur des outils structurants (CPTS, PTA, PTSM...). Leur « convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires ». En Guyane, à l'issue de l'évaluation du Projet Régional de Santé 1 en 2018, la « faiblesse de la coordination des politiques publiques », et « la difficulté à organiser les parcours de santé coordonnés » [Regards Santé, 2018, p.34] étaient relevés.

Au niveau de l'ARS, l'étude des entretiens a permis de mettre en avant une vision différenciée par pôles : offre de soins hospitalière pour la DOS, médico-social pour la DA et la prévention/promotion de la santé pour la DSP, sans qu'il n'y ait une véritable transversalité de travail entre ces pôles de direction. Cette vision différenciée fait écho à des travaux menés dans d'autres régions de France. Ils³⁰⁷ montrent de quelle manière s'articulent les différents niveaux (national, régional) dans la mise en place de la loi HPST via une typologie des acteurs. Certains résultats de cette étude se rapprochent de nos travaux dans la mesure où ils illustrent que les représentations sociales des acteurs des ARS sont « comme animées par des directions métiers dont les références professionnelles sont différentes » et que « parmi les conséquences fondamentales de la mise en œuvre de la loi HPST figurent également les réformes du processus de réponse aux besoins de la population en termes de services et des modalités de leur financement » [opisit].

Au niveau de l'ARS, l'étude des entretiens a aussi permis de retracer la coordination des établissements publics à caractère administratif (ARS, CGSS, CTG, Rectorat)³⁰⁸ qui ont des compétences au niveau régional. Ainsi, les liens les plus cités³⁰⁹ par tous les pôles étaient ceux relatifs aux financements établis par une convention. Ces derniers associent notamment l'organisme de protection sociale (CGSS) à l'établissement public hospitalier (CH de Cayenne), la Maison Médicale de Garde de Cayenne, mais aussi la

³⁰⁷ Ils étudient par des analyses textuelles les conditions pratiques de la mise en œuvre de la loi HPST dans le secteur médico-social via les représentations sociales des acteurs (agents travaillant au sein d'ARS, de Conseil général ou des instances associées au PRS) en région [Jourdain.A, Muñoz.J, Hudebine.H, 2017].

³⁰⁸ Par ailleurs, des liens entre ces établissements publics étaient à construire ou à renforcer. Le rapport de [IGAS, 2021] fait une série de 39 propositions de liens à établir entre les acteurs en matière d'offre de soins, de formation, de recherche, d'attractivité et de gouvernance.

³⁰⁹ Entretiens passés en 2019

Collectivité Territoriale de la Guyane (CTG) étant la tutelle des PMI dans le cadre des remboursements de soins. Concernant les liens de financements plus spécifiques, ils sont observés entre l'ARS, la CTG et l'association de la CRF dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ce fonds permet d'allouer plus de financements aux acteurs pour mener à bien la vaccination dans les CPS de CRF et les PMI. Tandis qu'un dernier lien de financement est établi entre l'ARS et le COREVIH. Si les relations de financements entre les principaux organismes administratifs ont été relevés, les liens de coordination pouvant avoir trait aux contractualisations établies entre l'ARS et les acteurs de la politique de la ville dans le cadre des CLS, des ASV ou des Contrats de Ville semblaient plutôt mal connus ou n'ont pas été évoqués. Par exemple, deux CLS ont été évoqués sans décrire les liens existants entre ces derniers et l'ARS, et concernant les ASV un acteur de l'ARS a seulement évoqué : *« Oui, il y a en a aussi. Je ne connais pas très bien. Je n'ai jamais entendu parler. (...) Ils font des initiatives. Je ne connais pas très bien, je n'ai jamais participé mais je sais que ça existe »*, Entretien ARS.

Au niveau régional, des liens émergents sont identifiés par les acteurs de l'ARS entre les établissements hospitaliers publics (CH de Cayenne, CMCK de Kourou et le CHOG de SLM) et ont trait au développement du Groupement Hospitalier de Territoire. D'autres liens mettent en valeur une coordination des acteurs autour de thématiques spécifiques (vaccination, périnatalité, santé sexuelle et reproductive). Ces éléments nous semblent aussi constituer les indices de connaissances sur la mise en place de parcours de soins de santé. En effet, des réseaux de santé déjà bien ancrés sont ainsi valorisés, tels que le réseau Périnat en matière de coordination des acteurs investis dans la périnatalité et la santé sexuelle et reproductive (SSR) en Guyane ; et le CH de Cayenne pour sa coordination des CDPS, des PMI et des associations dans les communes de l'intérieur. L'un des meilleurs exemples portant sur le développement d'un parcours au niveau régional est la Coordination Territoriale Santé Sexuelle et Reproductive (CTSRR) sous tutelle de l'ARS et du Corevih qui visera à structurer les acteurs intervenants dans le champ de la Santé Sexuelle et Reproductive. En 2019, cette dernière était « à relancer », selon la responsable du pôle de la DSP. Enfin, au niveau des acteurs qui interviennent auprès des populations, dans la mesure où ces « parcours de santé » étaient en construction au moment des enquêtes et qu'ils figuraient comme l'un des objectifs à relever dans le nouveau PRS 2018 – 2028, seule la construction des parcours les plus avancés ont été cités (entre établissements hospitaliers, parcours liés aux addictions). Au niveau local, les informations concernant les liens entre les acteurs des soins de santé agissant auprès des populations vulnérables sont peu nombreux ou flous : les noms précis des acteurs en lien ne sont pas souvent cités au profit d'une vision par statuts d'acteurs (par exemple « les associations »). S'il fut difficile de développer davantage des mesures d'analyse de réseau sur les relations relevées, ces informations recueillies pourraient aussi traduire aussi un manque de coordination connu ou avéré entre les acteurs cités par l'ARS. Par les données recueillies et les analyses réalisées, la thèse a permis d'apporter des connaissances sur ces structurations locales.

Si l'analyse des enquêtes menées auprès des acteurs de l'ARS visait à mieux comprendre la connaissance et la vision de l'organisation des acteurs ayant des compétences en matière de santé (soins,

médico-social, social) ; les enquêtes menées auprès des acteurs des soins de santé³¹⁰ étaient destinées à mieux comprendre les formes de coordinations entre eux. Une grande majorité des liens relevés entre 2016 et 2018 entre les acteurs étaient informels, c'est-à-dire sans convention de partenariat. Néanmoins, « l'informel fait partie de toute organisation » [Farris, 1979 in Brunet.L et Savoie.A, 2003] et, c'est en considérant ces liens informels, définis alors comme des « relations de collaborations en partenariat³¹¹ » [Bouchard (1996) in Moreau et al., 2005, p.150] qu'une structuration peut être rendue visible.

L'étude des liens relevés permet d'identifier dans le réseau global, des acteurs en charge des populations qui s'érigent comme des « pivots » : un établissement public le CH de Cayenne via ses services de la PASS de HDJ et de sa PASS générale ; deux associations de solidarité internationale, la Croix Rouge Française et Médecins du Monde. Ces quatre acteurs ont des rôles qui se différencient dans la prise en charge des populations. Tandis que certains sont plus à même d'orienter les populations (PASS HDJ du CH de Cayenne) les autres sont également en capacité de les capter (PASS Générale du CH de Cayenne, CRF CPS, MDM).

Approfondir les réseaux relationnels individuels (egos) des acteurs enquêtés (n=26), en dressant une typologie sur ces egos-réseaux a permis d'identifier quatre groupes d'acteurs pour lesquels les formes de coordination diffèrent. Les acteurs du groupe 3, associatifs agissant notamment dans le domaine de la prévention et promotion de la santé, présentent une forme de coordination entre acteurs de même domaine d'activités. Il en est de même pour les acteurs institutionnels et associatifs du groupe 1 agissant dans le domaine de l'accès aux soins. Enfin, les acteurs institutionnels du groupe 2 agissant dans le domaine de l'accès aux droits et de l'accompagnement social présentent ces mêmes caractéristiques de collaboration avec des acteurs qui leur ressemblent en termes de statut et de domaine d'activité. Pour chacun des acteurs « typiques » de ces trois groupes des décloisonnements peuvent être observés. Ces différentes formes de coordination, peuvent être illustrées avec le réseau relationnel des acteurs centraux typiques aux groupes.

Les réseaux individuels de la PASS Générale de Cayenne, du CPS de CRF (figures 131 et 132) intégrés au groupe 1 de la typologie comportent des acteurs variés en termes de domaine d'activités. Ils traduisent bien les relations avec les nombreux acteurs de l'accès aux soins (6 pour la PASS Générale de Cayenne, et 8 pour le CPS de CRF). Toutefois, les graphes montrent aussi des relations avec des acteurs aux domaines d'activités plus variés, inclus dans les autres groupes de la typologie : les acteurs institutionnels de l'accès aux droits (1 pour la PASS Générale de Cayenne) et de l'accompagnement social (5 pour la PASS Générale de Cayenne, et 4 pour le CPS de CRF) contenus dans le groupe 2. Si l'on avait pu s'attendre à ce que la CRF se retrouve aux cotés des acteurs du groupe 3 (associatifs et agissant dans les domaines de la prévention et promotion de la santé) ; elle fait exception dans le groupe 1 dans la mesure où son réseau relationnel se caractérise – comme celui des services de la PASS du CH de Cayenne – par des liens avec des

³¹⁰ Entretiens passés entre 2017 et 2018

³¹¹ Au sens d'ajouts de compétences entre les acteurs

acteurs aux domaines d'activité plus diversifiés ; y compris avec des réseaux de soins et les professionnels libéraux.

Figure 131 : PASS Générale du CH de Cayenne – Groupe 1

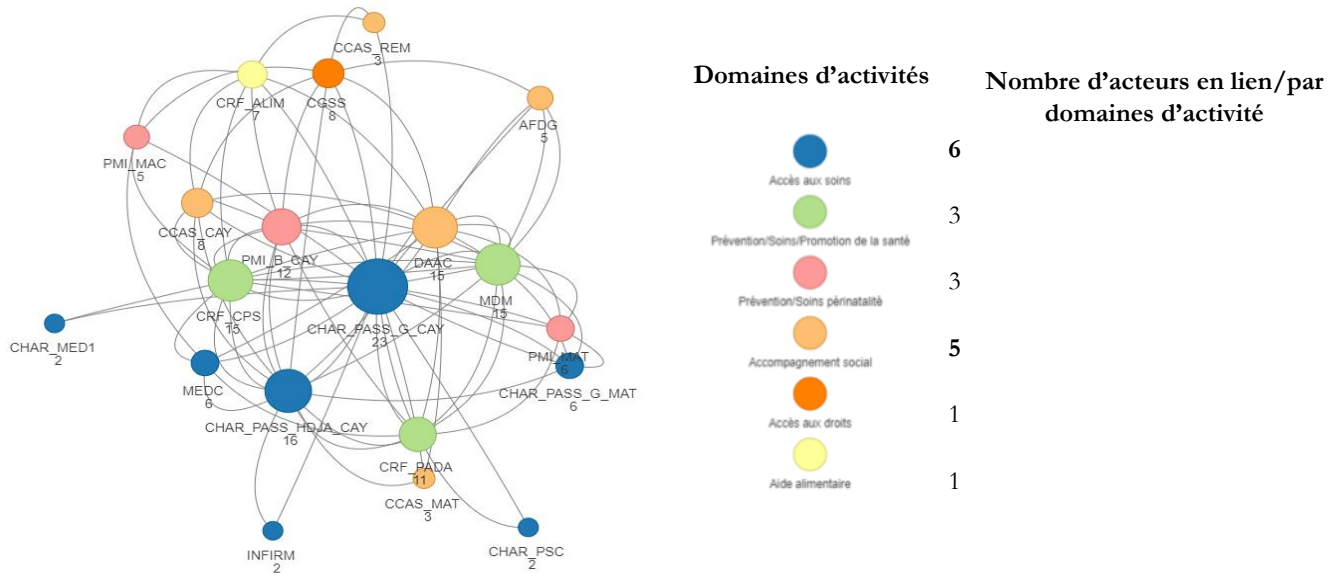
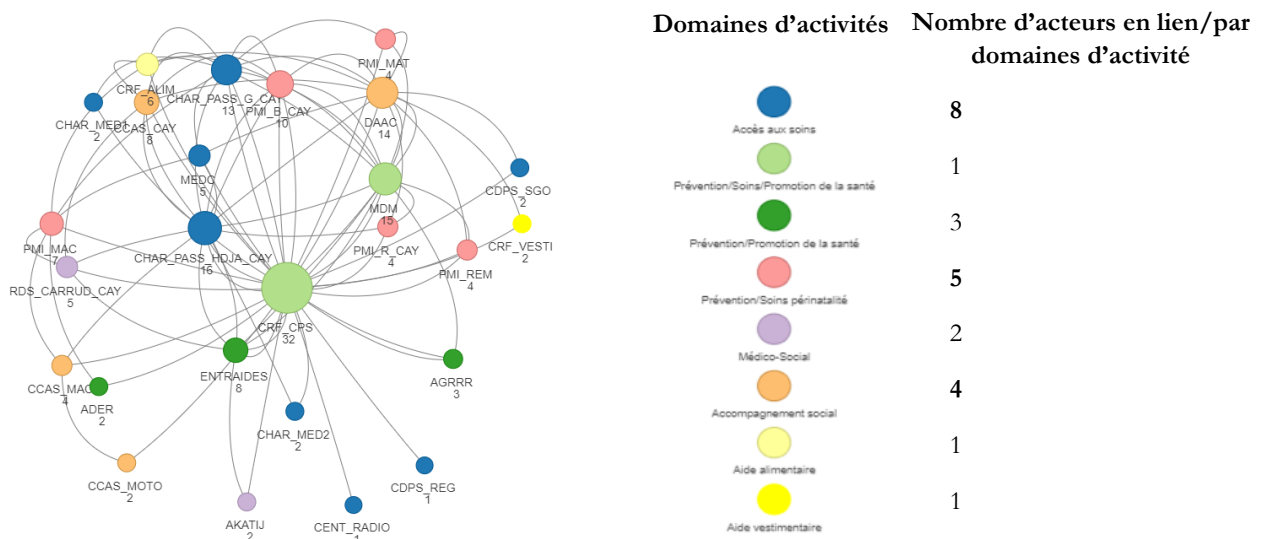


Figure 132 : CRF CPS – Groupe 1



Quant aux réseaux du CCAS de Cayenne et de l'OFFI (figures 133 et 134) typiques des acteurs institutionnels du groupe 2, ils illustrent des relations vers des acteurs aux mêmes domaines d'activités qu'eux tels que l'accès aux droits (6 pour OFFI, 2 pour le CCAS de Cayenne) et l'accompagnement social, mais aussi vers des acteurs investis dans l'insertion sociale. La spécificité de ce groupe tient à la relation entretenue entre l'OFFI et le Centre de PADA de CRF pour la prise en charge des demandeurs d'asile.

Figure 133 : CCAS de Cayenne – Groupe 2

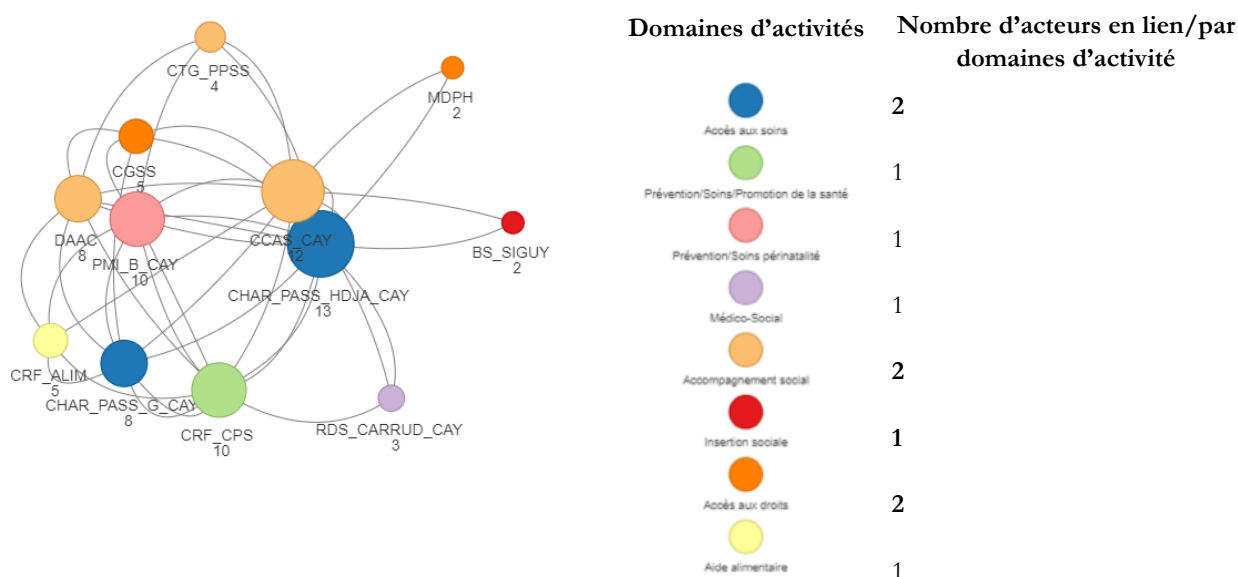
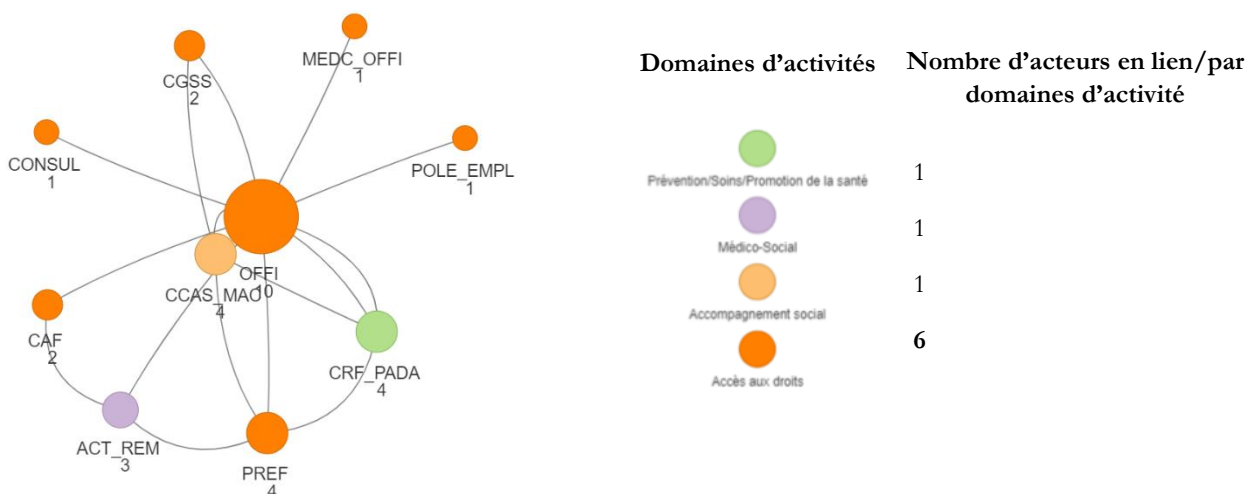
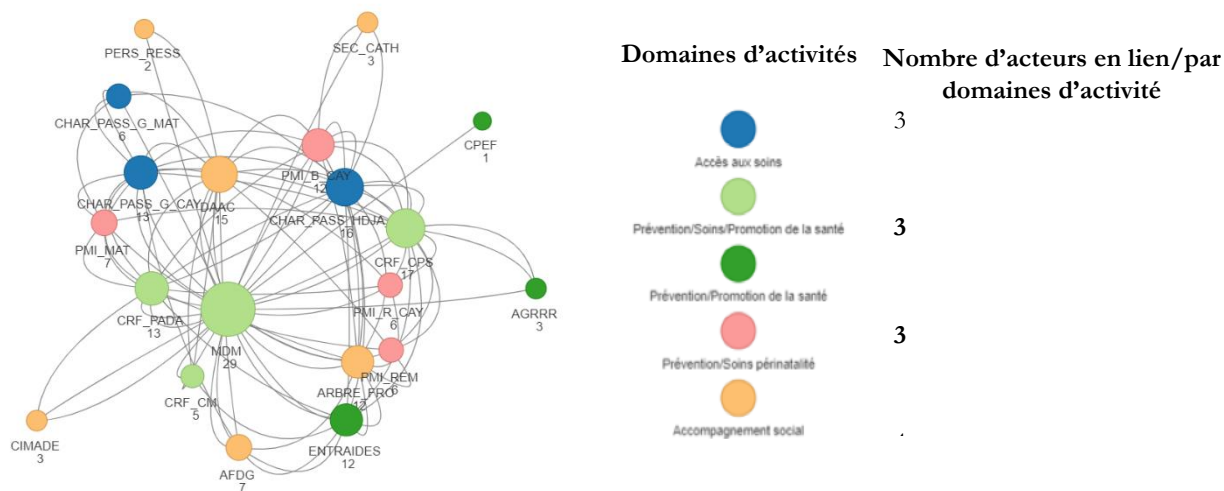


Figure 134 : OFFI – Groupe 2



Enfin, le réseau relationnel de MDM (figure 135) contenu dans le groupe 3, illustre bien des relations avec des acteurs associatifs agissant notamment en soins/prévention et promotion de la santé (6 acteurs différents), mais montre aussi des décroisements vers d'autres acteurs agissant dans le domaine de l'accès aux soins et de l'accompagnement social (6 autres acteurs) contenus dans les deux autres groupes.

Figure 135 : MDM – Groupe 3



De cette manière, si les egos des acteurs, pris isolément, permettent d'illustrer qu'ils ne se structurent pas de la même manière ; leur lecture appréhendée de manière globale à travers la typologie a permis d'apporter des clefs supplémentaires de compréhension de la coordination des acteurs des soins de santé destinés à prendre en charge les populations vulnérables. Premièrement, puisque ces egos présentés sont les acteurs typiques des différents groupes distincts (annexe 32), et que pour certains ils sont aussi identifiés comme des acteurs centraux au double rôle de capteur et d'orienteur (PASS Générale du CH de Cayenne, CPS de CRF, MDM); ils se placent en définitive dans leur groupe d'appartenance comme étant en capacité d'interrelier les acteurs pouvant être contenus dans les autres groupes. C'est à travers l'étude des relations de chacun des groupes vers d'autres groupes d'acteurs qui exercent dans un ou des domaines d'activité différents des leurs et la reconnaissance de la fonction et du rôle de ces acteurs qu'une « trajectoire de soins de santé » a pu être repérée. Des intersectorialités se dessinent. Elles sont notamment fondées sur des liens informels. Deuxièmement, puisque la typologie a permis d'identifier que les acteurs notamment d'acteurs associatifs agissant en camions mobiles du groupe 3 ont pour particularité d'être plus transitifs³¹² - signifiant qu'ils entretiennent plus de relations réciproques entre eux – ils se sont vus étudiés plus précisément au travers les conditions de leurs localisations en mobilisant la nature des liens « Stratégiques » et « Opérationnels » relevés dans les entretiens. Concernant les camions, le rapport du PRS 1 faisait état d'une « absence d'évaluation » et d'un « déficit de coordination » [Regards Santé, 2017, p.100]. Néanmoins, l'étude des liens relevés entre les acteurs montre qu'une forme de coordination existe entre les acteurs agissant en camion mobile et deux acteurs de l'action publique investis dans la politique de la ville (les municipalités de Cayenne et Matoury) dans la définition des localisations des camions mobiles. Ces liens sont essentiellement

³¹² Cette mesure permet d'identifier des réseaux pouvant être considérés comme étant dans une situation élevée de coopération : si un acteur A en lien avec un acteur B (A-B) et si un acteur B est en lien avec un acteur C (B-C), il est fort probable que l'acteur A et l'acteur C (A-C) soient en lien, autrement dit la transitivité est à comprendre sous l'idée « qu'un ami de notre ami est souvent mon ami ».

du aux contractualisations qui unissent les municipalités et les acteurs associatifs agissant dans les QPV, notamment dans le Cadre de Contrats de Ville, des ASV et des CLS [CRPV, 2005, 2012, 2015 ; Ville de Cayenne, 2015.a.b]. De plus, si selon le rapport d'évaluation du PRS de la Guyane il n'y a pas « d'équipes mobiles pluridisciplinaires » [Regard Santé, 2017, p.41] existantes, l'analyse de réseau permet d'identifier une autre forme de coordination propre aux acteurs agissant en camion mobile. En effet, ces différentes équipes mobiles³¹³ ont des liens de collaboration informels entre eux et visent une complémentarité de leurs actions d'un point de vue thématique dans les quartiers qu'ils investissent.

En somme, si au regard des textes de la loi de 2016, l'ensemble des liens observés entre les acteurs investis dans le champ de la santé ne sont pas une « coordination » dans le sens où ces liens sont généralement de nature informelle³¹⁴ ; il n'empêche que des « relations de collaborations en partenariat » [Bouchard et al. 1996 in Moreau A.C et al., 2005] existent entre les acteurs dans la mesure où « une philosophie d'apprendre ensemble ou d'agir ensemble en mobilisant les ressources disponibles pour créer des relations convergentes (...) » [A.C. Moreau et al., p.145] est mise en place. Ainsi, recenser ces collaborations informelles existantes a permis de mettre en lumière des formes de coordination des acteurs jusqu'alors rendues invisibles par les conventions de partenariat telles que définies dans la loi de 2016. Ces relations informelles identifiées invitent à « la nécessité de ne pas réduire ces coordinations à des logiques fonctionnelles, organisationnelles et procédurales, et d'en souligner les enjeux en termes de pouvoirs, mais aussi en termes de droits à (re)construire pour lutter contre les tendances à la subordination et aux inégalités dont ces logiques sont porteuses » [J.P. Gilly, J.Perrat, 2003]. Dans la mesure où les coordinations sont celles d'acteurs qui agissent sur le territoire, elles invitent également à identifier dans quels « territoires » ces acteurs ancrent leurs interventions.

Concernant l'ARS, les résultats illustrent le fait que la vision de la structuration des acteurs sur le territoire est appréhendée uniquement sur le périmètre du « territoire de santé ». Simple oubli des acteurs où réalité d'une vision qui reste macroscopique ? A aucun moment donné les mailles des quatre « territoires de proximité » n'ont en effet été évoquées dans les entretiens. Cette vision centrée sur le périmètre régional peut s'expliquer par les liens de coordination les plus déclinés pour les « autorités responsables », soit les établissements publics à caractère administratif : ARS, CTG, CGSS, Rectorat ... qui ont des compétences inscrites à ce niveau. Pourtant, des contractualisations entre l'ARS, les CV, les CLS dans les QPV sont existantes et n'ont pas été relevées [CRPV, 2005, 2012, 2015 ; Ville de Cayenne, 2015.a.b]. Les entretiens menés ont permis d'éclairer ce constat en relevant les difficultés internes et externes auxquelles l'ARS est confrontée dans la mise en place de la territorialisation de l'action publique comme : le cloisonnement entre

³¹³ Par ailleurs, et même si elles sont peu nombreuses, l'équipe mobile de MDM amorçait cette pluridisciplinarité dans la mesure où elle était (en 2019) en capacité de proposer une consultation de médecine générale, des activités de sensibilisation en prévention et promotion de la santé, une distribution de matériel de réduction des risques sexuels et reproductifs, un accompagnement social.

³¹⁴ C'est-à-dire sans une convention de partenariat

les services internes de l'ARS, la difficulté à évaluer des projets portés par des acteurs, la difficulté à concerter autour d'un objectif commun des acteurs des soins de santé qui s'inscrivent dans différents statuts (professionnels libéraux, établissements publics, associatifs), le turn-over des professionnels de santé, les carences dans l'offre de soins de santé...

Néanmoins, l'analyse des liens relatés par les acteurs des soins de santé eux-mêmes permet de relever que les « coordinations », ou plutôt les « relations de collaborations en partenariat » s'inscrivent dans des maillages. En effet, à travers les groupes de la typologie se dessinent des périmètres et des mailles d'intervention. Les périmètres régional et intercommunal constituent la maille d'intervention pour les acteurs du groupe 1 agissant notamment dans le domaine de l'accès aux soins : la PASS Générale du CH de Cayenne, la PASS de HDJ du CH de Cayenne (CACL) mais aussi de la CRF en Guyane. Cette dernière a pour particularité d'intervenir sur un périmètre d'action large couvrant le littoral au travers, entre autres de, ses trois Centres de Prévention Santé (vaccination, dépistage du VIH/Sida IST, Lutte Antituberculeuse) dans les différentes intercommunalités de la Guyane (CACL, CCDS, CCOG). Elle est aussi le principal acteur, en délégation de service public, pour le premier accueil des migrants demandeurs d'asile (PADA) en lien avec la Préfecture de Guyane et l'OFFI. Pour le groupe 2, il s'agit du périmètre de la commune qui fait référence (CCAS des communes de Cayenne, Rémire, Montsinéry-Tonnégrande, Macouria...) pour les acteurs qui agissent notamment en matière d'accompagnement social. Enfin et pour les acteurs du groupe 3, la maille est le quartier (MDM, CRF en camion mobile, l'AFDG, Entr'Aides...), en particulier via les actions mobiles.

La question de la répartition des actions mobiles est particulièrement complexe dans un contexte où les mailles se multiplient. En effet, si l'on se place du point de vue de la politique de santé en région portée par l'ARS, la vision portée sur les actions mobiles est définie « sur des zones lampadaires » [Entretien ARS] correspondant aux QPV et des « zones blanches » qui resteraient à couvrir. Pourtant si l'on se place du côté des acteurs mobiles qui doivent agir « prioritairement en faveur des personnes les plus en difficulté » [ARS Guyane, 2018], le seul périmètre de référence possible pour déployer leurs actions dans la CACL est le QPV. En effet, cette maille est une référence commune à tous les instruments de l'action publique déployés : CLS, ASV, Contrats de Ville [CRPV, 2005, 2012, 2015 ; Ville de Cayenne, 2015.a.b ; Service de l'État en Guyane – SP Développement Économique et Social – Service Politique de la ville, 2021]. Ceci peut expliquer pourquoi, les acteurs de terrain déclarent être parfois « canalisés » en raison des enveloppes budgétaires de l'action publique allouées à des projets d'acteurs dont la finalité est uniquement d'intervenir dans les QPV [Service de l'État en Guyane – SP Développement Économique et Social – Service Politique de la ville, 2021]. De ce point de vue, il est plus facile de comprendre pourquoi les acteurs se concentrent dans les QPV et qu'ils représentent pour eux « des superficies faciles à couvrir » [M.Nacher et C.Rousseau, 2020]. Dès lors, une interrogation se pose sur les mailles considérées comme étant des « zones blanches ». Si l'action publique de la politique de santé et de la ville peut se satisfaire d'un objectif de couverture atteint dans les QPV, quelle place donne-t-on aux quartiers spontanés en difficulté qui se situent en dehors des

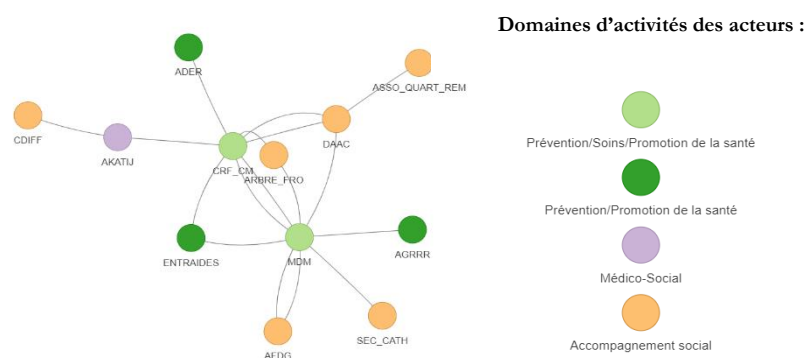
QPV ? Quelle latitude d'action donne-t-on aux acteurs pour intervenir dans ces quartiers où les enveloppes budgétaires liées aux instruments de l'action publique ne se concentrent pas ? Ce constat paradoxal s'illustre aussi entre les différentes politiques publiques et a déjà été observé [J.-F.Corty, 2011³¹⁵]. L'objectif des acteurs investis dans le processus de territorialisation sanitaire est d'offrir un accès de premier recours coordonné et adapté à tous. Cependant les quartiers « illégitimes » édifiés par les populations migrantes [Insee, 2020.e] sont souvent ignorés voire parfois détruits violemment [R.Colombier et al., 2017] par décision d'autres services de l'Etat.

A l'heure de l'observation de cette structuration d'acteurs et des configurations des périmètres et des mailles conduites entre 2016-2019, l'objectif de recherche central portait sur la compréhension de l'articulation entre les acteurs et les périmètres de l'action publique : ce que nous avons nommé des formes de territorialisation. Cette hypothèse est d'autant plus d'actualité dans un contexte où la politique sanitaire ne cesse de renouveler les normes visant à mieux définir la structuration des acteurs dans des périmètres d'intervention. Dans le même temps, les périmètres établis ne sont pas toujours adéquats pour couvrir les besoins des populations qui ont pourtant les mêmes besoins hors des périmètres établis (QPV). Cependant des initiatives ponctuelles et fragiles existent hors des périmètres établis de l'action publique, elles sont réalisées par des associations de solidarité internationales et nationales (CRF, MDM, Entr'aides) et par des associations locales (DAAC). Dans ce contexte, la territorialisation sanitaire n'est pas uniforme, dans la mesure où les formes d'articulation entre les coordinations d'acteurs repérées diffèrent parfois des périmètres d'action. C'est pourquoi, nous avons considéré que ces formes de territorialisation sont issues d'un « bricolage » entre les périmètres et les modes de coordination. Si l'on doit tenter de donner une forme de territorialisation telle qu'elle est rendue visible par l'ARS, elle se situerait plutôt en termes d'emboîtement. Au niveau régional, une coordination entre les instances administratives publiques est identifiée. Son déploiement est situé dans une maille de référence identique : celle de la région. Concernant les acteurs des soins de santé, ceux contenus dans le groupe 1 ont des compétences au niveau régional et intercommunal et ouvrent leurs relations vers des acteurs ayant des compétences au périmètre de la commune (groupe 2) pour la prise en charge des individus. Pour les acteurs du groupe 2, les acteurs ont des compétences qui s'inscrivent dans le périmètre communal et ont des relations avec des acteurs aux compétences de niveau régional et intercommunal. Enfin, en ce qui concerne le groupe 3, les acteurs exercent notamment leurs activités dans les quartiers et ont des relations avec des acteurs aux compétences qui s'inscrivent au périmètre régional et intercommunal. Dans ces cadres les formes de territorialisation font état de mailles enchevêtrées qui se croisent par les dynamiques descendantes (région et intercommunalité / commune) et ascendantes (commune/ région et intercommunalité) – (quartier/région et intercommunalité) des relations entre les différents groupes d'acteurs. Néanmoins et notamment déclinées au niveau des quartiers, les formes de

³¹⁵ « Politique migratoire et santé publique : le choix délibéré de nuire » [J.-F.Corty, 2011].

territorialisation les plus visibles se ramifient et sont plus diversifiées pour les acteurs inclus dans le groupe 3.

Bien que les actions des acteurs en camion mobile s’ancrent dans les QPV, certaines actions sortent des périmètres établis. Elles ont pour point commun d’être structurées par les acteurs eux-mêmes qui cherchent à compléter leurs actions d’un point de vue thématique. Les formes de territorialisation prises sont « emboîtées » (1), « jointes » (4), ou « enchevêtrées » (3). Les formes de territorialisation sont « emboîtées » parce que des acteurs en camion mobile interviennent auprès des populations se trouvant à la fois dans les territoires de santé de l’ARS et dans les QPV, soit dans les maillages définis des politiques publiques. Ces actions rentrent notamment dans le cadre de contractualisations entre les acteurs, de l’ARS, et la politique de la ville. Les formes sont également « jointes » parce que des acteurs interviennent aussi auprès des populations se trouvant hors des périmètres établis des QPV, tout en ayant des collaborations en relation de partenariat entre eux d’un point de vue thématique. Enfin, et bien que proche de la forme de territorialisation « jointe », la forme « enchevêtrées » est également retrouvée, dans la mesure où des acteurs interviennent individuellement (sans collaboration en commun) dans des périmètres de l’action publique mais aussi en dehors. Concernant les deux autres formes de territorialisation posées, la « juxtaposition » (2) et la « superposition » (5), elles n’ont pas été identifiées dans les travaux. En effet, les actions mobiles des acteurs ne témoignent pas de localisations d’actions où deux acteurs se trouveraient avec leur propre coordination dans deux périmètres distincts accolés hors des QPV. Enfin et elles ne témoignent pas non plus d’actions réalisées en « doublon », sans qu’une forme de coordination (complémentarité des actions) des acteurs entre eux ne soit établie au préalable. Néanmoins, ces deux dernières formes peuvent être interrogées par l’analyse de réseau (figure 80, rappel ci-dessous).



En effet, sur le graphe de l’ensemble des acteurs qui collaborent dans le cadre d’actions mobiles dans la CACL, certains acteurs bien que reliés au réseau global ne sont pas reliés directement à d’autres acteurs (AFDG, AGRRR par exemple). Ce constat pourrait signifier que si l’information sur une action mobile dans un quartier ne circule pas entre les acteurs via un acteur intermédiaire (tel que MDM et CRF dans ce graphe), les acteurs moins reliés à tous les autres peuvent agir en doublon et sans visée complémentaire dans un quartier. C’est typiquement cette forme de territorialisation qui est à « limiter » si les acteurs doivent s’établir en complémentarité dans des mailles communes, soit avec une coordination et des périmètres en commun.

Cette réflexion sur les formes de territorialisation et les résultats des analyses de réseau peuvent par exemple permettre d'alimenter le débat sur la territorialisation et l'opérationnalité des activités des camions mobiles. « Les quartiers prioritaires sont bien connus, et représentent des superficies faciles à couvrir. Il existe déjà des médiateurs, mais souvent ceux-ci travaillent dans le cadre de projets monothématiques (le VIH, les addictions...). Il semble qu'une rationalisation stratégique des actions sur un bouquet de thématiques prioritaires pourrait être bénéfique » [M.Nacher, C.Rousseau, 2020]. Cette option nécessiterait deux éléments. Le premier implique de constituer pour chaque camion mobile des équipes pluriprofessionnelles plus pérennes, ou bien une plus grande para-médicalisation des associations³¹⁶ qui agissent en « aller-vers » afin qu'elles puissent individuellement répondre à un plus large spectre des besoins (curatifs/préventifs/accompagnement social) des populations vulnérables. Le deuxième élément impliquerait une refonte des appels à projets de l'ARS jusqu'alors segmentés par thématiques (Egalité d'accès à la santé, Santé sexuelle et reproductive, Maladies vectorielles, Addictions...) [ARS Guyane, 2021.c], pour des appels à projets plus transversaux pouvant être portés non pas par plusieurs, mais par un seul acteur.

Si l'on cherche à penser la réorganisation ou les aménagements nécessaires à la mise en place d'une nouvelle phase de territorialisation, il semble cependant utile de penser aussi la manière dont ces structurations vont s'inscrire dans des lieux : qu'ils soient inclus dans les mailles QPV ou hors des QPV. Une des pistes de réflexions à envisager pourrait être une phase de diagnostic, croisant les différentes données existantes à partir du lieu de vie des patients ; mais aussi en considérant les connaissances des acteurs de terrain. Par exemple, il serait envisageable dans un premier temps de croiser des données existantes ayant trait au lieu de vie des patients s'étant rendus : au CPS de Cayenne pour la vaccination, pour un dépistage (VIH, IST, Tuberculose), celles des patients s'étant rendus dans les services du CH de Cayenne pour une consultation de médecine générale à la PASS, à l'Hôpital de Jour pour les patients suivis pour leur VIH/Sida ou bien encore les données des personnes couvertes par la CGSS qui illustrent un premier accès à la protection sociale³¹⁷. Ces données géolocalisées et croisées avec les périmètres des quartiers QPV et spontanés permettraient d'une part d'identifier les quartiers « à risque » [Regards Santé, 2017, p.97], c'est-à-dire là où la prévalence d'une maladie est plus élevée est observée (par exemple, l'infection VIH/Sida). D'autre part, cette démarche pourrait permettre de saisir des espaces où les populations n'ont pas encore eu accès à ces types de soins (par exemple, des quartiers qui ont une moins bonne couverture vaccinale). Dans un second temps croiser ces données aux connaissances du territoire par les acteurs de terrain pourrait permettre de compléter les zones à investir qui seraient passées au travers des mailles des données. Par exemple, les lieux où des personnes vivent en situation de marginalité (TDS,

³¹⁶ A l'inverse créer une « culture de prévention » par le biais de la formation auprès des professionnels de santé fait partie des objectifs de la loi 2022, afin de favoriser le passage du « tout-curatif » à une part plus importante accordée au préventif, En ligne, URL:< https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18_masante2022_rapport_adaptation_des_formation.pdf>

³¹⁷ Cette méthode est envisageable, mais nécessite de bien faire une distinction entre l'adresse déclarée des patients et leur lieu de vie. En effet des personnes peuvent être domiciliées auprès d'organismes tels que les CCAS, la Croix Rouge, chez une tierce personne pour recevoir leur courrier postal pour leurs démarches, alors que leur lieu de vie est ailleurs.

personnes sous addictions...) et échappent aux structures « classiques » d'accès aux soins et à la promotion de la santé.

A partir de cette double identification, croisant les besoins des populations et « leur » territoire, les acteurs pourraient adapter leur forme de territorialisation dans le sens d'une modalité d'articulation de leurs organisations avec les périmètres afin de proposer des interfaces d'accès adaptées aux spécificités rencontrées dans les différents lieux. Ces différentes options ne feraient pas totalement fi des périmètres existants, des collaborations existantes entre acteurs, de leurs domaines d'intervention thématiques qui leurs sont propres et surtout de la spécificité des besoins de certains groupes de populations (personnes sous addictions, TDS, PvVIH...). Les actions ne se répartiraient donc pas sur tout le territoire équitablement sur le territoire mais pourraient être équitables tout en « rationalisant stratégiquement » les réponses aux besoins. Néanmoins et quelle que soit la forme des interventions prises, si les équipes mobiles restent notamment constituées d'acteurs associatifs, il sera nécessaire de veiller à ce que la médecine « publique » et la médecine « humanitaire » ne se retrouve pas clivée. En outre, une vigilance serait nécessaire pour que les populations déjà en situation de vulnérabilité n'aient pas une trajectoire de soins repliée sur leurs quartiers. Ceci pourrait en effet conduire à diminuer leurs capacités d'accès aux soins de santé primaires vers d'autres structures. Ceci a d'autant plus de pertinence que le quartier n'est pas le seul « territoire » « faisant sens » en termes de pratiques d'accès aux soins de premier recours.

Dans ce travail, les déterminants identifiés de l'accès ne résonnent pas totalement au modèle de [R.Penchansky et J.W.Thomas, 1984] qui décrit les dimensions de l'accès en termes d'adéquation entre les caractéristiques des services de santé et les attentes des usagers (accessibilité spatiale, abordabilité financière, acceptabilité culturelle, commodité fonctionnelle, disponibilité de l'offre par rapport à la demande), à l'exception des dimensions de l'accès (l'accessibilité/l'adéquation) pour une consultation avec un médecin (libéral). En revanche les déterminants les plus évoqués des populations pour les différents types de soins proposés sont ceux qui font appel aux capacités (connaissance des moyens) et aux capacités (réalisation du moyen) des individus du modèle « Patient -centré » de [J-F.Levesque et al., 2013] pour qui « L'accès est la possibilité d'identifier les besoins de santé, de rechercher des services de soins de santé, d'atteindre les ressources de soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé, et de se voir effectivement proposer des services appropriés aux besoins de soins ». Si l'on tente de rapprocher des déterminants du recours et des renoncements des populations aux mailles dans lesquelles les acteurs interviennent, ils peuvent éclairer « l'adéquation » des mailles dans lesquelles interviennent les acteurs vis-à-vis des pratiques des populations. L'étude des recours aux soins des populations a permis de réaffirmer et de préciser la place d'acteurs centraux identifiés par les types de recours aux soins et les déterminants de recours. Le CPS de CRF (second acteur d'intermédiation) est le principal acteur pour les recours ayant trait à la vaccination et au dépistage. La PASS Générale du CH de Cayenne (quatrième acteur intermédiaire) s'illustre auprès des Médecins Libéraux (acteur avec une forte centralité d'autorité) pour les recours à une consultation avec un

médecin. Tandis que MDM (troisième acteur d'intermédiation) est l'acteur auquel la population interrogée a eu plus recours pour un accompagnement social.

Le CPS de Cayenne est classé dans le groupe 1 de la typologie des acteurs qui interviennent à l'échelle régionale et dans plusieurs intercommunalités. Le maillage d'intervention de cet acteur en matière de vaccination et de dépistage semble adapté aux pratiques d'accès des populations vivant dans les quartiers spontanés investigués qui se situent pourtant loin du centre-ville de Cayenne, de faibles renoncements ont été observés pour ces deux types de soins de santé.

Concernant le recours à une consultation avec un médecin, la maille adéquate de recours pour les populations est plus délicate à identifier en raison des différents lieux de recours (Médecin libéral, PASS du CH de Cayenne, MDM) qui s'inscrivent dans différents périmètres d'intervention. Néanmoins, à partir des informations recueillies, l'importance du maillage « du quartier » et de la proximité semble faire sens pour une consultation avec un médecin. En effet, l'annexe de la PASS du CH de Cayenne accueille essentiellement les personnes du quartier de Balata où elle est située tandis que la PASS du CH de Cayenne accueille essentiellement des personnes qui sont situées dans les quartiers à proximité de l'Hôpital : « Bonhomme, Ploërmel, Raban, Mango, Zéphir, Eau Lisette » [Entretien PASS générale de Cayenne]. En ce sens la création d'une PASS de Ville (actuellement en développement) pourrait favoriser cet accès à une consultation avec un médecin, pour des personnes ayant des droits potentiels à une couverture sociale mais encore non ouverts. D'autant plus que les renoncements observés sont dus aux faits de « ne pas avoir de couverture sociale » et de ne pas avoir les « moyens financiers ». Ces indications s'apparentent aux déterminants de « l'abordabilité » et à la « capacité de payer » (R.Penchansky et J.W.Thomas, 1984/ J-F.Levesque et al., 2013). Enfin et concernant les recours à un accompagnement social, la maille « du quartier » semble la plus appropriée, dans la mesure où les recours ont été effectués au camion de MDM, et aucun recours à des acteurs compétents en la matière à la maille communale et intercommunale (CCAS des communes, CGSS) n'ont été observés.

En somme, la maille d'intervention des acteurs n'est pas unique pour que les populations accèdent à un panel de soins de santé de premier recours. En ce sens, la structuration des acteurs dans la prise en charge observée forme un écosystème où la collaboration entre les acteurs qui agissent pour différents types de soins semble à privilégier ; à fortiori parce que les différents groupes d'acteurs identifiés sont en lien avec des acteurs qui interviennent dans différents mailles et domaines d'activités que les leurs. En ce sens, les actions de MDM et d'autres acteurs associatifs (groupe 3) dans les quartiers pourraient être renforcées dans la mesure où les populations peuvent être - d'après la typologie - orientées vers les PASS hospitalières et le CPS de CRF (groupe 1) mais aussi vers des dispositifs d'accompagnement social et d'accès aux droits (groupe 2). De même, les PASS hospitalières et CRF (groupe 1) pourraient être renforcées en tant qu'acteurs structurants la prise en charge des populations vulnérables pour deux raisons. Premièrement, les PASS permettent un accès aux soins et un accompagnement à l'accès à une couverture sociale de droits communs (groupe 2). Deuxièmement, la CRF permet d'orienter plus largement les patients vers ses dispositifs d'accompagnement à caractère social tels que l'aide alimentaire.

S'il n'a pas été possible de saisir les évolutions entre 2009 (Loi HPST) et 2016 de l'offre et de l'organisation des soins ; saisir la structuration de l'existant montre que les acteurs associatifs et les établissements publics s'associent fortement dans la prise en charge des populations vulnérables. Dès lors, se pose la question d'un service public à l'offre carencée que viendraient pallier les acteurs associatifs [S.Fleuret, 2006]. Cette réflexion semble particulièrement visible dans les soins de premiers recours ayant à trait à la prévention et la promotion de la santé. La CRF en Guyane, remplit les missions de la vaccination des plus de 6 ans, le dépistage, la lutte antituberculeuse aux côtés d'un centre Ceggid du CH de Cayenne considéré par l'ARS comme étant « dysfonctionnel » [Entretien ARS]. La CRF a aussi une mission de premier accueil des demandeurs d'asile en délégation de service public auprès des établissements administratifs publics de de l'OFFI et de la Préfecture. Médecin du Monde est aussi un acteur en prévention et promotion de la santé. Lors de la réorganisation de ses activités en 2016, MDM s'interrogeait sur la place qu'il tenait en particulier sur l'accompagnement social. En effet, de nombreuses personnes venaient au Centre d'Accès aux Soins et d'Orientation (CASO) se faire aider pour remplir les papiers pour l'ouverture des droits à une couverture santé auprès de la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS). L'un des intervenants de MDM s'interrogeait sur ces actions : « *On n'est pas, on n'a pas à se substituer à la Sécurité Sociale. (...) à la Sécurité Sociale de s'organiser aussi* » [Entretien MDM]. Dès lors, MDM s'est davantage orienté non plus sur un accueil au CASO « *Parce que souvent c'est vrai que c'était une question de facilité, ah ben Médecin du Monde il va faire ta Sécurité Sociale, non* » [Entretien MDM] au profit d'activités d'« empowerment » dans les quartiers via les interventions en camion mobile qui visent à augmenter les capacités des personnes à réaliser leurs démarches administratives.

Les interrogations sont aussi chez les personnels de la Pass générale du CH de Cayenne, en ce qui concerne l'accès à une consultation de médecine générale : Dans la mesure où « *on a deux mois de délai, un mois et demi de délai* » et que « *le vrai problème c'est le transport* », une option à envisager évoquée par l'acteur était le développement d'une « *PASS mobile* » [Entretien PASS Générale de Cayenne]. Plus généralement, il semble aussi que la question posée pour faciliter l'accès des personnes migrantes en situation irrégulière auprès des médecins libéraux (plus proches de certains quartiers) pourrait porter sur la nécessité « *d'arrêter de dissocier ce qui relèverait de la santé de personnes en situation irrégulière de la santé des autres* » [J.-F.Corty, 2012]. En d'autres termes de faciliter l'accès à une protection maladie « *réellement universelle* » pour les personnes en précarité en incluant l'Aide Médicale d'Etat (AME) dans le régime général de la Sécurité Sociale. Ceci pourrait permettre de simplifier, entre autres, les dispositifs de couverture santé visant à répondre à des besoins quasi similaires (AME, CMU-c). De favoriser l'accès aux médecins de ville et à des soins de santé de prévention³¹⁸ qui sont affichés comme des objectifs majeurs de la politique de santé.

A l'issue de cette thèse d'autres pistes de travail portent sur les transformations associées au contexte pandémique lié à la Covid-19.

³¹⁸ Par exemple des campagnes de prévention plus spécifiques sur la santé bucco-dentaire, le dépistage de certains cancers... [MDM, 2021.b] qui sont jusqu'alors accessibles uniquement pour les personnes ayant un médecin traitant (ce que ne permet pas l'AME).

Au niveau des acteurs, leur coordination a été rendue plus visible à l'heure de la pandémie de la Covid-19. Elle pourrait d'ailleurs constituer une nouvelle étape de la territorialisation de l'offre sanitaire et sociale [ARS Guyane, 2020.e.f.h] dans la CACL. Ces transformations ont notamment été impulsées par les acteurs repérés comme étant centraux : CH de Cayenne, CRF, MDM, les médecins libéraux, tant dans nos analyses portant sur la prise en charge des populations issues des entretiens menés auprès des acteurs des soins de santé ; que dans nos analyses portant sur les recours aux soins de santé et à caractère social issues des questionnaires passés auprès populations vulnérables.

Bien que le renforcement de l'offre de soins en Guyane avait déjà été mentionné dans l'accord de Guyane du 21 avril 2017 [Légifrance, 2017.b]³¹⁹, les établissements hospitaliers ont accéléré leur coordination et complémentarité pour la prise en charge des patients [ARS Guyane, 2021.a] lors de cette crise. Créé en 2019, « le Groupement Hospitalier de Territoire de Guyane a confirmé sa raison d'être lors de l'épidémie Covid en favorisant pendant cette période de crise, la coopération entre les établissements » [IGAS, 2021]. Il semblerait que cette crise ait fait accélérer la poursuite du développement d'une offre de soins hospitalière à travers le processus de création d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) en Guyane projeté d'ici 2025 : « le CH de Cayenne, le CH de l'Ouest Guyanais et le CH de Kourou se sont engagés dans une réflexion pour envisager ensemble une organisation plus intégrée et plus performante dans la perspective de la création d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire » [IGAS, 2021]. Ce CHRU devrait être multisite en reposant sur les trois hôpitaux de la Guyane situés à Cayenne, Kourou et Saint Laurent du Maroni ainsi que les CDPS du territoire [IGAS, 2021, p.127 ; Hospimedia, 2021, ARS Guyane, 2021.b]. Les entretiens et les résultats portant sur les réseaux des acteurs de l'ARS s'ils étaient de nouveau conduits, pourraient indiquer cette transformation.

Par ailleurs, entre les acteurs de terrain et ceux en charge des politiques publiques (ARS, municipalités), des actions de coordination ont été conduites afin de cibler les populations des quartiers à dépister [ARS Guyane, 2020.d]. Concernant, la CRF, elle a adapté son dispositif d'aide alimentaire « en se mobilisant avec d'autres acteurs associatifs et institutionnels » en créant un centre de préparation des colis pour l'ensemble du territoire. Néanmoins « même si la volonté d'instaurer une coordination entre les différents services de l'Etat et les associations a permis la mise en place d'un système de distribution alimentaire, la réponse des autorités s'est révélée relativement en deçà des attentes (problèmes d'approvisionnement, colis insuffisants, système saturé, etc.). » [MDM, 2021, p.32]. Dans ce contexte, ces difficultés et une étude portant sur l'insécurité alimentaire [C.Basurko et al., 2020] ont permis de rendre visible le besoin de renforcer des moyens dédiés en Guyane³²⁰. Enfin un autre programme, les « équipes

³¹⁹ « • Abandon du projet de cession du CMCK en faveur d'un projet s'inscrivant dans le secteur public ;
• Délégation en urgence de 20 millions d'euros au CHAR pour paiement de ses fournisseurs et 40 millions d'euros supplémentaires pour moderniser l'hôpital ;
• Attribution de 25 millions d'euros au CHOG pour renforcer son budget d'investissement ;
• Mise en place d'un plan exceptionnel de 5 millions d'euros pour les politiques du handicap » [Légifrance, 2017.b].

³²⁰ La préfecture a annoncé que divers appels à projets portant sur l'aide alimentaire seraient proposés en 2021. « Six mois après la première vague épidémique en Guyane, les résultats du second volet de l'enquête, menée en février 2021 [C.BASurko et al., 2010], montrait un niveau d'insécurité alimentaire quasiment aussi important que lors de la première enquête (publication prochaine) ». [MDM, 2021, p.32]

Dépistage, Annonce, Suivi (DAS) ont été constitués dans les CPS de Cayenne et de Saint Laurent du Maroni ». Ces équipes visaient à permettre un accompagnement global³²¹ des personnes diagnostiquées positives à la Covid-19 ³²² par des médiateurs. Par ailleurs et dans ce cadre ont été constitués « un pool de médiateurs pairs en santé » qui pouvaient se déployer sur les activités de tous les partenaires opérationnels [MDM, 2021, p.16].

Concernant les médecins libéraux, leur proximité avec l'hôpital semble s'être renforcée avec la mise en place d'outils numériques « Medaviz »³²³ et « VéyéMoSanté »³²⁴ conjointement mis en place par l'ARS de Guyane et CGS Guyasis. Ces outils de la e-santé ont permis d'éviter un encombrement des services des urgences pour des pathologies pouvant être traitées ailleurs : « (...) les médecins de ville ont ainsi constitué une « deuxième ligne » sur laquelle les services d'urgence ont pu s'appuyer en leur transférant les appels relevant davantage du soin non programmé » [Challenges.fr, 2020].

Au niveau des quartiers spontanés, des plannings coordonnés d'intervention, destinés à organiser les actions de prévention, ont été mis en place par les acteurs intervenant en équipes mobiles [ARS Guyane, 2020.a.b.c]. La CRF, reconnue comme « un acteur essentiel en Guyane » [CRF, 2020], « a déployé, en partenariat avec l'ARS, la Réserve Sanitaire, les Centres de Prévention Santé et les autres acteurs associatifs, des équipes mobiles de dépistage³²⁵ Covid-19 par écouvillonnage nasopharyngé. » [CRF, 2020]. MDM était l'un des acteurs associatifs associé à ce projet d'urgence « Covid-19 » et a effectué des maraudes de prévention et d'information dans les quartiers d'habitats informels [MDM, 2021, p.16].

Enfin, une nouvelle étude des liens entre la PASS de l'hôpital du CH de Cayenne et les associations pourraient apparaître renforcés dans la mesure où le service de la PASS du CH de Cayenne « (...) envisagerait la création et le déploiement d'un pool de médiateurs opérationnels indépendants pouvant être mis à disposition d'associations ou de structures de santé » [MDM, 2021, p.75]. En somme tous ces dispositifs émergents impliquent les acteurs identifiés comme centraux (PASS hospitalière, CRF, MDM, médecins libéraux). Ces activités témoignent de recompositions d'activités et des coordinations entre acteurs qui pourraient être étudiées afin d'identifier une nouvelle structuration des acteurs dans la prise en charge des populations vulnérables.

Pour conclure cette thèse, si la Covid-19 a pu révéler « des insuffisances du système de santé en Guyane » [Guyane.france-assos-sante, 2021], nous pensons surtout qu'elle a pu permettre de mettre en lumière et de renforcer des initiatives de coordination non visibles déjà impulsées par les acteurs. Il serait

³²¹ Ce dispositif permettait de réaliser un référencement social pour identifier les besoins d'aide alimentaire et de finaliser la prise en charge complète des populations par la Croix-Rouge française en Guyane [CRF, 2020].

³²² MDM était également associé à ce projet [MDM, 2021, p.16]

³²³ Medaviz (2020) « COVID-19 : En Guyane, MEDAVIZ collabore avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le GCS GUYASIS pour soulager le Centre 15 et les urgences des hôpitaux », [en ligne], URL : <<https://www.medaviz.com/covid-19-medaviz-collabore-avec-lars-et-le-gcs-guyasis-pour-soulager-les-services-urgences/>>

³²⁴ GCS Guyasis (2020) « VÉYÉMOSANTÉ : Le Patient acteur de sa santé », [en ligne], URL : <<https://gcs-guyasis.fr/nos-missions/nos-projets-services/veyemosante-telesuivi/>>

³²⁵ Équipes mobiles sanitaires (EMS)

intéressant d'observer si autant d'initiatives innovantes repérées en Guyane pour les personnes les plus vulnérables ont été mises en place dans le territoire hexagonal. Ces innovations organisationnelles entre l'hôpital, les associations et les professionnels libéraux en Guyane généralement « trop souvent isolés, voire retranchés dans un périmètre d'intervention défini réglementairement ou territorialement » [IGAS, 2021] démontrent qu'il est possible de renforcer l'offre de soins en développant la complémentarité entre les acteurs mobilisés. En cela repérer les actions innovantes existantes, les « relations de collaborations en partenariat » entre professionnels qui sont amenées à se développer de plus en plus via les objectifs de la loi de santé 2022, permet de montrer que ces perspectives sont déjà en œuvre en Guyane au niveau local et que c'est à ce niveau que peuvent se concrétiser des actions visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés pour les populations.

En ce sens, « Tout a en fait recommencé, mais sans qu'on le sache. Nous en sommes au stade de commencements, modestes, invisibles, marginaux, dispersés. Car il existe déjà sur tous les continents, un bouillonnement créatif, une multitude d'initiatives locales, dans le sens de la régénération économique, ou sociale, ou politique, ou cognitive, ou éducationnelle, ou éthique, ou de la réforme de vie. Ces initiatives ne se connaissent pas les unes les autres, nulle administration ne les dénombre, nul parti n'en prend connaissance. Mais elles sont le vivier du futur. Il s'agit de les reconnaître, de les recenser, de les collationner, de les répertorier, et de les conjuguer en une pluralité de chemins réformateurs. Ce sont ces voies multiples qui pourront, en se développant conjointement, se conjuguer pour former la voie nouvelle, laquelle nous mènerait vers l'encore invisible et inconcevable métamorphose. Pour élaborer les voies qui se rejoindront dans la Voie, il nous faut nous dégager d'alternatives bornées, auxquelles nous contraint le monde de connaissance et de pensée hégémoniques. Ainsi il faut à la fois mondialiser et démondialiser, croître et décroître, développer et envelopper. » [E.Morin, 2010].

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SITOGRAPHIE

ACFAS (2018) « Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé », dir. Mathieu Bujold, Quan Nha Hong, Valéry Ridde, Claude Julie Bourque, Maman Joyce Dogba, Isabelle Vedel et Pierre Pluye, La collection des Cahiers scientifiques de PACFAS, Actes du colloque 610 présenté dans le cadre du 84e Congrès de l'ACFAS en 2016, [en ligne], URL :< https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-05/010072876.pdf>

Adam. C et al. (2017) « La santé des populations vulnérables », direction : C.Adam, V.Faucherre, P.Micheletti, G.Pascal, Edition : Ellipses, Paris, 2017, pp.416

Adam.C (2017) « Chapitre 1 - Populations et inégalités sociales de santé : de quoi parle-t-on ? », in « La Santé des Populations Vulnérables », direction : C.Adam, V.Faucherre, P.Micheletti, G.Pascal, Edition : Ellipses, Paris, 2017,pp.416

Aday.L. A., Andersen.R. M. (1974) « A framework for the study of access to medical care », Health Services Research, Vol. 9, p. 208-220, [en ligne], URL :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>>

Amat-Roze.J.M (2011) « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », Hérodote, Vol.4, No.143, 13-32, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-13.htm>>

Ameli (2020) « Aide médicale de l'État (AME) : vos démarches », [en ligne], URL :< <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>>

Ameli (2021.a) « Consultations en métropole : vos remboursements », [en ligne], URL :< <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>>

Ameli (2021.b) « Consultations en Guadeloupe, Martinique, Guyane et à la Réunion : vos remboursements », [en ligne], URL :< https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/guadeloupe-martinique-guyane-reunion#text_669>

Anadón.M (2019) « Les méthodes mixtes : implications pour la recherche « dite » qualitative. » Recherches qualitatives, volume 38, numéro 1, printemps 2019, p. 105–123, [en ligne], URL:< <https://doi.org/10.7202/1059650ar>>

Anah.fr (2020) « Agence Nationale de l'Habitat - LUTTER CONTRE L'HABITAT INDIGNE : UTILISER DES OUTILS COERCITIFS DE RÉSORPTION DE L'HABITAT INSALUBRE », [en ligne]; URL :< <https://www.anah.fr/collectivite/lutter-contre-lhabitat-indigne/utiliser-des-outils-coercitifs-de-resorption-de-lhabitat-insalubre/>>

Anand.P, Hunter.G, Smith.R (2005) « Capabilities and Well-Being: Evidence Based on the Sen-Nussbaum Approach to Welfare »,Social Indicators Research, Vol. 74, No. 1 (Jan., 2005), pp. 9-55,Springer, [en ligne], URL :<<http://www.jstor.org/stable/27522237>>

Andersen R. M. (1995) « Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? », Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, n°1, p. 1-10, [en ligne], URL :<<http://www.jstor.org/stable/2137284>>

Annuaire.sante.fr (2019) « Professionnels autorisés à exercer RPPS et ADELI », [en ligne], URL :< <https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/extractions-publiques>>

Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr (2020.a) « Plan d'ensemble de l'hôpital militaire de Cayenne, Feuille n° 10. Légende. Orientation. Echelle de 0,001 pour un mètre, 25 novembre 1879 », Dupuy, Léopold Auguste, directeur du service des travaux civils et militaires de la colonie, [en ligne], URL :< http://anom.archivesnationales.culture.gouv.fr/ulyse/notice?form= complexe&cote=&creator=&engraver=&printer=&publisher=&analyse=h%C3%B4pital&coverage=Guyane+fran%C3%A7aise&spatial=&date=&from=&to=&provenance=&x=0&y=0&type=Carte+ou+plan&mode=list&page=8&hpp=10&id=FR_ANOM_14DFC1783decaC>

Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr (2020.b) « Génie. Place de Cayenne. Projet pour 1879. Construction de l'hôpital militaire de Cayenne - Construction du bâtiment M, latrines et galeries de communication, Feuille n° 1. Echelles de 1/100 pour les plans et coupes, de 1/50 pour les tuyaux de descente et de 1/10 pour le détail des colonnes, 14 février 1879 », de Dupré, A., chef du détail du service des travaux militaires, Dupuy, Léopold Auguste, directeur

du Service des Travaux civils et militaires (visa), [en ligne], URL :<http://anom.archivesnationales.culture.gouv.fr/ulyse/notice?form= complexe&cote=&creator=&engraver=&printer=&publisher=&analyse=h%C3%B4pital&coverage=Guyane+fran%C3%A7aise&spatial=&date=1879&from=&to=&provenance=&x=0&y=0&type=Carte+ou+plan&mode=list&id=FR_ANOM_14DFC1779bisA>

Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr (2020.c) « Sur l'organisation du bureau de la maison de santé de Cayenne, d'après des mémoires de Fiedmond (22 janvier 1784) », Secrétariat d'État à la Marine - Correspondance à l'arrivée en provenance de la Guyane française, [en ligne], URL :<http://anom.archivesnationales.culture.gouv.fr/ark:/61561/uy306vurvun.num=20.corpname_institution=Maison+d e+sant%C3%A9+%28Cayenne+%3B+Guyane%29>

Anom.archivesnationales.culture.gouv.fr (2020.d) « Maison de santé fondée par M. de Fiedmond (1782-1802) », Secrétariat d'État à la Marine - Correspondance à l'arrivée en provenance de la Guyane française, [en ligne], URL :<http://anom.archivesnationales.culture.gouv.fr/ark:/61561/uy306hbdbhl.num=20.corpname_institution=Maison+d e+sant%C3%A9+%28Sinnamary+%3B+Guyane%29.start=81>

ANR (2008) « Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social », [en ligne], URL :<<https://anr.fr/fr/detaill/call/vulnerabilites-a-larticulation-du-sanitaire-et-du-social/>>

ANR (2013) « VULNÉRABILITÉS SANITAIRES ET SOCIALES - Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris - 14 et 15 novembre 2013 », [en ligne], URL :<<https://anr.fr/fileadmin/documents/2013/booklet-colloque-vulnerabilites-14-15-nov-2013.pdf>>

Aquilino.M, Tabuteau.D (2015) « Les trois ambitions de la santé publique », dans : Aquilino Morelle éd., La santé publique. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2015, p. 43-104. URL :<<https://www.cairn.info/la-sante-publique--9782130632900-page-43.htm>>

ARS (2012) « PARCOURS DE SOINS, PARCOURS DE SANTÉ, PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, Lexique de A à Z, Septembre 2012 », [en ligne], URL :<http://www.defiscience.fr/wp-content/uploads/2016/03/Lexique_parcours_def2-2.pdf>

Ars Guyane (2014) « VIH - SIDA 2014 », [en ligne], URL :<<http://www.ars.guyane.sante.fr/VIH-SIDA-2014.165313.0.html>>

ARS Guyane (2015.a) « ARS de Guyane, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), 2011 - 2015 », p52, [en ligne], URL :<https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SROS_2011-2015.pdf>

ARS Guyane (2015.b) « ARS de Guyane, Schéma Régional de Prévention (SRP) 2011 - 2015 », p21, [en ligne], URL :<https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SRP_Guyane_version_finale13-02-2012.pdf>

ARS Guyane (2015.d) « ARS de Guyane PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS) 2011 - 2015 », [en ligne], URL :<https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/PRAPS_2011-2015.pdf>

ARS Guyane (2016) « Arrêté n°101/ARS/DG Du 7 Novembre 2016 portant définition des territoires de démocratie sanitaire de la Guyane », [en ligne], URL :<https://www.ors-guyane.org/wp-content/uploads/2016/12/arrete_2016_definition_territoires_democratie_sanitaire_guyane.pdf>

ARS Guyane (2017.a) « Avis de consultation n°2017-89/ARS/DS concernant la définition des périmètres géographiques des territoires de démocratie sanitaire au sein de la région GUYANE », [en ligne], URL :<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2017-06/demo%20sanitaire%20avis%20%20consultation%20n%C2%B02017-89_ARS_DS%20d%C3%A9finition%20des%20p%C3%A9rim%C3%A8tres%20des%20territoires%20.pdf>

ARS Guyane (2017.b) « Arrêté n°2017-151/ARS/DS du 04 octobre 2017 portant définition des territoires de démocratie sanitaire de la Guyane », [en ligne], URL :<<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-02/CTS%20Arr%C3%AAt%C3%A9%20n%C2%B02017-151-ARS-DS%20du%204octobre%202017%20portant%20d%C3%A9finition%20des%20territoires%20de%20d%C3%A9mocratie%20sanitaire%20de%20la%20Guyane.pdf>>

ARS Guyane (2018) « Habitats insalubres », Cellule Milieu de vie, Santé-Environnement, documents obtenus en Guyane, auprès de l'ARS Guyane, en 2018.

ARS Guyane (2018.a) « Diagnostic territorial Littoral Centre », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-03/DT%20Littoral%20Centre%20mars%202018.pdf>>

ARS Guyane (2018.b) « Diagnostic territorial Ouest Guyanais », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-03/DT%20bas%20maroni%20mars%202018.pdf>>

ARS Guyane (2018.c) « Diagnostic territorial Est Guyanais », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-03/DT%20Est%20mars%202018.pdf>>

ARS Guyane (2018.d) « Projet Régional de Santé Guyane 2018-2028 – SRS – Schéma Régional de Santé 2018-2028 », [en ligne], URL :<
https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_SRS%20guyane%20valide.pdf>

ARS Guyane (2018.e) « Projet Régional de Santé Guyane 2018-2028 - COS - Le Cadre d' Orientation Stratégique 2018-2028 », p33, [en ligne], URL :<
http://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_guyane/PRS2_COS%20guyane%20valide.pdf>

ARS Guyane (2018.f) « Projet Régional de Santé Guyane 2018-2028 - PRAPS - Programme Régional d'Accès à la Prévention at aux Soins - 2018-2028 », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/media/33641/download>>

ARS Guyane (2019.a) « Publication du Projet Régional de Santé (PRS) Guyane 2018-2028 », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028>>

ARS Guyane (2020.a) « Le planning des Equipes mobiles sanitaires », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2020-04/Planning%20Equipes%20mobiles%20Sanitaires%2020%20au%2024%20avril.pdf>>

ARS Guyane (2020.b) « Les associations au plus près des patients précaires », [en ligne], URL :<
<https://www.guyane.ars.sante.fr/les-associations-au-plus-pres-des-patients-precaires.>>

ARS Guyane (2020.c) « Les opérations de dépistage se multiplient dans les quartiers », No.51, [en ligne], URL :<
http://link.newsletter.ars.sante.fr/m2?r=uDVhOGJlZDUwYjg1YjUzNTBIZjFjZDExN8QQKIVkIXbQskDQsN CzcE3p0I3j_VvEENCaPvYEZtCpTg3QtDN0NTQwtDF79Cf0Ie7b2RpbGUucmltYmVydEBzYW50ZS5nb3V2LmZyoJy1MnlhMmdhcWwwZWpzNTZtNDVlcHI4oKtDSVZJTEIUWV9JRKCCqQ09OVEFDVF9JRLZtajcyQkdhcFRnMjJ6ZFRDeGUtZmh3s0VNQUIMX0NPUJFQ1RJT05fSUSgrEZJUINUTkFNrv9JRKCrTEFTVE5BTUVfSUSgsU9SSUdJT19DQVBUSU9OX0IEs0FnZW50cyBBUIMgbWFpIDlwMjU1J1R0I0X0tjTkrfSUSkTEITVLNQSE9ORV9DT1JSRUNUSU9OX0IEoKhTVEFURV9JRKdVbmtub3dutlpZaUR1Q1I5VHZXNk1RYjF2ZVh5bkGjQVJTtm0xZjV5Z2pzaG5tdzk5NHppaTj5Yzig>

ARS Guyane (2020.d) « L'ARS identifie les quartiers à dépister avec Santé publique France, les équipes mobiles de santé et les mairies », No.66, [en ligne], URL :<
http://link.newsletter.ars.sante.fr/m2?r=wAPNAQ64NWE4YmVknTBiODViNTM1MGVmMWNkMTE3xBBON_XQkuLpRljQkPHQy9DHbRNH0N7EECL8jdDV0JlvQTPQvRpH_zwW0N_QmrpvZGlsZS5yaW1iZXJ0QGfycy5zYW50ZS5mcqCctTj5YTJnYXFsMGVqcZu2bTQ1ZXB5eKC2MzFNamRUU19TUU9JszFLNEIfSFITUaNBUIOrQ0lWSUxjVfIfSUSgqkNPTIRBQ1RfSUS2SXZ3bDFabHZRVE85R2tmX1BCYmZtZ7NFTUFJTF9D1JSRUNUSU9OX0IEoKxGSVJTVE5BTUVfSUSgq0xBU1ROQU1FX0IEoLFPUKIHSU5fQ0FQVEIPTI9JRLNBZ2VudHMgQVJTIG1haSAyMDIwrk9SSUdJT19LSU5EX0IEpExJU1SzUEhPTkVfQ09SUKVDVEIPTI9JRKCoU1RBVEVfSUSnVW5rbm93brZtMWY1eWdq2hubXc5OTR6aWkyeWM4oA==>

ARS Guyane (2020.e) « Météorite virale : l'hôpital a absorbé le choc », No.79, [en ligne], URL :<
<http://link.newsletter.ars.sante.fr/m2?r=wAPNASK4NWE4YmVknTBiODViNTM1MGVmMWNkMTE3xBDBQhf8h0KBfc0780KhQFXp8IXbQmMQQatCfftCz0JUZR9Db0IPQmSzQhFhL0LZrum9kaWxlLnJpbWJlcnRAYXJzLnNhbnRII.mZyoJy1MnlhMmdhcWwwZWpzNTZtNDVlcHI4oKtDSVZJTEIUWV9JRKCCqQ09OVEFDVF9JRLZhcDktezVVWII5dUrtU3lFV0V1MmF3s0VNQUIMX0NPUJFQ1RJT05fSUSgrEZJUINUTkFNrv9JRKCrTEFTVE5BTUVfSUSgsU9SSUdJT19DQVBUSU9OX0IEt0FnZW50cyBBUIMganVpbGxldCAyMDIwrk9SSUdJT19LSU5EX0IEpExJU1SzUEhPTkVfQ09SUKVDVEIPTI9JRKCoU1RBVEVfSUSnVW5rbm93brZtMWY1eWdq2hubXc5OTR6aWkyeWM4oLZ4S2RmeGjAVII1V2xXQTM1X0hMYy1Ro0FSUw==>>

ARS Guyane (2020.f) « Dans l'ouest, un suivi de A à Z avec les équipes DAS », No.86, [en ligne], URL : <[ARS Guyane \(2020.h\) « Le Chog inaugure sa Permanence d'Accès aux Soins de Santé \(PASS\) dans les quartiers de Saint-Laurent du Maroni », \[ARS Guyane \\(2021.a\\) « Avec les autres hôpitaux, on se veut complémentaires, pas concurrents », No.202, \\[en ligne\\], URL : \\[ARS Guyane \\\(2021.b\\\) « Le Comité de Pilotage du CHRU », \\\[en ligne\\\], URL :< <https://www.guyane.ars.sante.fr/le-comite-de-pilotage-du-chru>>\\]\\(http://eye.newsletter.ars.sante.fr/m2?r=wAPNAIW4NWE4YmVKNtBiODViNTM1MGVmMWNkMTE3xBDQjtCfaNDfE1hCOMTQunxX0LxW5m7sxBD2cNCB0L7QldC_QCjQj-7QrPT-CjYDum9kaWxlLnJpbWJlcnRAYXJzLnNhbnRILmZyoJy1MnlhMmdhcWwwZWpzNTZtNDVlcHl4oKtDSVZJTEIUWV9JRKCCqQ09OVEFDVf9JRLY5bkNCdnBXX1FDaVA3cXowX2dvMkF3s0VNQUIMX0NPUJfQ1RJT05fSUSgrEZJUINUTkFNrv9JRKCCrTEFTVE5BTUVfSUSgsU9SSUdJT19DQVBUSU9OX0IEt0FnZW50cyBBUIMgamFudmlliciAyMDIxrk9SSUdJT19LSU5EX0IEpExJU1SzUEhPTkVfQ09SUkVDVEIPTI9JRKCCoU1RBVEVfSUSnVW5rbm93brZtMWY1eWdq2hubXc5OTR6aWkyeWM4oLZ4SzmGJaVII1V2xXQTM1X0hMYy1Ro0FSUw==></p></div><div data-bbox=\\)\]\(http://link.newsletter.ars.sante.fr/m2?r=uDVhOGJlZDUwYjg1YjUzNTBIZjFjZDExN8QQIE1AB3ICRUrQtCkKFA40MXQxUbEEHPINDB0LbQkUMi0Ld70M9CaVrvF7pvZGlsZS5yaW1iZXJ0QGFycy5zYW50ZS5mcqCdtTJ5YtJnYXF5MGVqczU2bTQ1ZXB5eKC2QjldV0E0SUNSMdiYU2prUS00SG05d6NBUIOrQ0WSUxjVflfSUSgqkNPTIRBQ1RfSUS2Yy1VMHdiYVJReUszZTg5Q2FWcnZGd7NFTUFJTF9DT1JSRUNUSU9OX0IEoKxGSVJTVE5BTUVfSUSgq0xBU1ROQU1FX0IEoLFPUkHSU5fQ0FQVEIPTI9JRLRBR0VOVFMgQVJTIG1hcnMgMjAyaMK5PukHSU5fS0IORF9JRKRMsvNUs1BIT05FX0NPUJfQ1RJT05fSUSgqFNUQVRFx0IEp1Vua25vd262a2jCa0dXN1hTWnVnMXM5U3lUVkjtUaC2bTFmNXInanNobm13OTk0emlpMnljOKA=></p></div><div data-bbox=\)](http://link.newsletter.ars.sante.fr/m2?r=wAPNAS24NWE4YmVKNtBiODViNTM1MGVmMWNkMTE3xBDQwUVk4nI_SQXQhdCGUGRM0JU30JLEENDK0NbQrdC60KZ2R9CS0LIX0MjQmXzQ3AI7um9kaWxlLnJpbWJlcnRAYXJzLnNhbnRILmZyoJy1MnlhMmdhcWwwZWpzNTZtNDVlcHl4oKtDSVZJTEIUWV9JRKCCqQ09OVEFDVf9JRKCCzRU1BSUxfQ09SUkVDVEIPTI9JRKCSRkISU1ROQU1FX0IEoKtMQVNUTkFNrv9JRKCCxT1JJR01OX0NBURJRT05fSUSgrk9SSUdJT19LSU5EX0IEoLNQSE9ORV9DT1JSRUNUSU9OX0IEoKhTVEFURV9JRKCC2Y2ZhsnplWmpRenluUHFmU0RoR1JyQaC2bTFmNXInanNobm13OTk0emlpMnljOKA=></p></div><div data-bbox=)

ARS Guyane (2021.c) « Guide du promoteur, en prévention, promotion de la santé 2018-2022, édition 2020 », Appels à projets, [en ligne], URL :< <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/70003/download>>

ARS Guyane, CG Guyane (2015.c) « CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GUYANE, ARS DE LA GUYANE, Schéma d'organisation médicosociale de la Guyane (SOMS) 2011-2015 », [en ligne], URL<https://www.guyane.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/SOMS_Guyane_2011_Vdefinitive_Correction.pdf>

ARS Pays de la Loire (2019) « Mobilisation régionale pour la sensibilisation et la formation de tous les professionnels de santé à l'accompagnement de la personne vivant avec handicap », [en ligne], URL :< <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/mobilisation-regionale-pour-la-sensibilisation-et-la-formation-de-tous-les-professionnels-de-sante>>

Askenazy.P, Dormont.B, Geoffard.P-Y et al., (2013) « Pour un système de santé plus efficace », Notes du conseil d'analyse économique, 2013/8 (n° 8), p. 1-12, [en ligne],URL : <<https://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2013-8-page-1.htm>>

Assemblée nationale (2013) « PROJET DE LOI de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, NOR : VILX1315170L/Bleue-1, ETUDE D'IMPACT, 31 juillet 2013 », [en ligne], URL :< <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl1337-ei.asp>>

Astre.H, Georges-Tarragano.C, Pierru.F et al., (2015) « D'une prise en charge individuelle complexe à une approche globale du soin. Les enjeux sociaux de la santé », dans : Claire Georges-Tarragano éd., Soigner (!)humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût. Rennes, Presses de l'EHESP, « Controverses », 2015, p. 55-81. DOI : 10.3917/ehesp.georg.2015.01.0055, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/soigner-l-humain--9782810903962-page-55.htm>>

Audeg (2012) « Bâti autorisé ayant fait l'objet d'un permis de construire déposé entre 1999 et 2011 (2016) », [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/ddeaad97-734f-4a3e-b677-14ed269baf19>>

- Audeg (2012) « Ilots du recensement insalubrité sur la commune de Cayenne (2010) », publication en 2012, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/6177f86f-9827-4738-b96a-b70969bcf37d>>
- Audeg (2012) « Parcelles potentiellement insalubres sur la commune de Cayenne (2010) », publication en 2012, révisé en 2012, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/1669959c-a114-4e4e-a362-d55fa2896174>>
- Audeg (2012) « Parcelles potentiellement insalubres sur la commune de Montsinéry-Tonnégrande (2010) », publication en 2011, révisé en 2012, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/1e628c27-4b60-4355-b2f0-a4dce35a0154>>
- Audeg (2014) « Habitats insalubres, 2014 », données obtenues en Guyane, auprès de l'AUDEG, en 2018
- Audeg (2016) « Rapport d'étude Urbanisation spontanée (2001 - 2006 - 2011) », publication en 2016, [en ligne], URL :< http://www.audeg.fr/ressources/zoom_ressource.asp?id=138&srub=3&ssrub=1>
- Audeg (2016) « Recensement du bâti spontané présent en 2006 », publication en 2016, révisé en 2018, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/8dfe321d-c2d9-4b59-ab13-d852d620dd8b>>
- Audeg (2016) « Recensement du bâti spontané présent en 2011 », publication en 2016, révisé en 2018, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/874e6f9a-43ee-4eb8-86a9-8b54f4eafd4f>>
- Audeg (2016) «Fiches, Secteurs d'urbanisation spontanée ayant fait l'objet de visites de terrain (2016) », publication en 2016, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/5ff3250a-447b-4679-9e58-4b32c09218a1>>
- Audeg (2018.a) « Rapport d'étude Urbanisation spontanée (2001 - 2006 – 2011 -2015) », publication en 2018, [en ligne], URL :< http://www.audeg.fr/ressources/zoom_ressource.asp?id=160&srub=3&ssrub=1>
- Audeg (2018.b) « Recensement du bâti spontané présent en 2015 », publication en 2016, révisé en 2018, [en ligne], URL :< <https://www.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/681684d1-b7ff-4b26-91a9-140b638f948f>>
- Bachelard.G (1934) « La formation de l'esprit scientifique - Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective », Paris : Librairie philosophique J. VRIN, 5e édition, 1967, Collection : Bibliothèque des textes philosophiques, pp.257, [en ligne], URL :<https://gastonbachelard.org/wp-content/uploads/2015/07/formation_esprit.pdf>
- Barnes.J.A (1954) « Class and committees in a Norwegian Island Parish », in Human Relations, no 7,1954, p. 39-58, [en ligne], URL :< <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872675400700102>>
- Barnett.M.L. et al. (2012) « Physician patient-sharing networks and the cost and intensity of care in US hospitals », Medical Care, Vol.50, No.2, 152160
- Barreyre.J-Y (2007) « Capacités à agir et incapacités. Selon des échelles d'évaluation », Informations sociales, 2007/2 (n° 138), p. 30-44, DOI : 10.3917/inso.138.0030, [en ligne], URL :< <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2007-2-page-30.htm>>
- Bassett.T.J, Gautier.D (2014) « Regulation by Territorialization: The Political Ecology of Conservation & Development Territories », EchoGéo, 29, 2014,[en ligne], URL : <<http://echogeo.revues.org/14038> ; DOI : 10.4000/echogeo.14038>
- Basurko.C, Benazzouz.B, Boceno.C, Dupart.O, Soucharde.E, Trépont.A, Cann.L, Lair.F, Douine.M, Sanna.A,Wiedner-Papin.S, Renollet.B, Rousseau.C, Huber.F (2020) « La faim au temps du covid-19 à Cayenne (Guyane) et dans ses environs », Santé Publique France, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°29 - 17 novembre 2020, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/article/2020/la-faim-au-temps-du-covid-19-a-cayenne-guyane-et-dans-ses-environs>>

- Baux.M, Tonnel.P, Labey.M et al., (2016) « Diversité des équipes mobiles psychiatrie précarité du Nord-Pas-de-Calais en 2015 », *L'information psychiatrique*, 2016/5 (Volume 92), p. 397-405. DOI : 10.1684/ipe.2016.1492, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-5-page-397.htm>>
- Bavoux.J-J (2016) « Chapitre 7. Qu'a-t-on qualifié de « nouvelle géographie »? », dans : *La géographie. Objets, méthodes, débats*, sous la direction de Bavoux Jean-Jacques. Paris, Armand Colin, « U », 2016, p. 137-156. DOI : 10.3917/arco.bavou.2016.01.0137, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/la-geographie--9782200611828-page-137.htm>>
- Beauguitte.L (2013.a) « Les réseaux dans le temps et dans l'espace : Actes de la deuxième journée d'études du groupe fmr. France. 2013, [en ligne], URL : <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00869371>>
- Beauguitte.L (2013.b) « D comme densité », *Hypothèses*, Groupe FMR (flux, matrices, réseaux), [en ligne], URL : <<https://groupefmr.hypotheses.org/2653>>
- Beauguitte.L (2014) « C comme clustering coefficient », *Groupe FMR*, [en ligne], URL : <https://groupefmr.hypotheses.org/3221>
- Beauguitte.L (2015) « ENSAI Cours 2 – L'analyse des réseaux sociaux », [en ligne], *Hypothèses*, Groupe FMR, URL : <<https://groupefmr.hypotheses.org/3724>>
- Beauguitte.L (2016) « L'analyse de réseaux en sciences sociales et en histoire : Vocabulaire, principes et limites. Le réseau. Usages d'une notion polysémique en sciences humaines et sociales », *Presses Universitaires de Louvain*, pp.9-24, 2016, 978-2-87558-500-4, halshs-01476090, [en ligne], URL : <<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01476090>>
- Behar.D (2001) « La politique de la ville : une politique a-territoriale », in « la politique de la ville : intégration, participation, territoires, renouvellement des débats, permanence des enjeux », *FORS Recherche sociale*, avril – juin 2001, [en ligne], URL : <<https://www.acadie-cooperative.org/publications/txt98.pdf>>
- Berchet. C, Jusot. F (2010) « L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France [1], Une analyse selon le genre et l'origine », *Revue économique*, 2010/6 (Vol. 61), p. 1075-1098, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-economique-2010-6-page-1075.htm>>
- Bernard.S, Parez.N (2020) « Le phénomène de maternité à l'adolescence et de grossesse non désirée. Guyane : un plan de périnatalité adapté aux particularités du territoire », in *Santé en Action*, « Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant », n°451, mars 2010, [en ligne], URL : <<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/magazines-revues/2020/la-sante-en-action-mars-2020-n-451-antilles-guyane-promouvoir-la-sante-de-la-mere-et-de-l-enfant>>
- Bertezenne.S, B.Dubrion.B (2017) « La coopération dans les réseaux de santé en gérontologie. Un éclairage simonien », *La Revue des Sciences de Gestion*, 2017/1 (N° 283), p. 73-84. DOI : 10.3917/rsg.283.0073. URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-des-sciences-de-gestion-2017-1-page-73.htm>>
- Bibliothèque numérique mondiale (2020) « Carte de la Guyane française et de l'île de Cayenne » de Jacques Bellin, [en ligne], URL : <<https://www.wdl.org/fr/item/1203/>>
- Bidart.C (2008) « Étudier les réseaux, Apports et perspectives pour les sciences sociales », *Caisse nationale d'allocations familiales, Informations sociales*, Vol.3, No.147, 34-45, [en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2008-3-page-34.htm>.
- Bidart.C, Degenne.A, Grossetti.M (2011) « La vie en réseau. Dynamique des relations sociales. », *Presses Universitaires de France, « Le Lien social* », 368 pages. ISBN : 9782130590644. DOI : 10.3917/puf.bidar.2011.01, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/la-vie-en-reseau--9782130590644.htm>>
- Blada, « Actualités des associations », [en ligne], URL : <<https://www.blada.com/associations/actualites/>>
- Bordeaux.A (1914) « La Guyane inconnue : voyage à l'intérieur de la Guyane française », 4e édition revue et augmentée), Editeur : Paris, Bibliothèque nationale de France, pp.314, [en ligne], URL : <<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k6549574b>>
- Bouchaud.O (2007) « Prise en charge des migrants en situation de précarité », *Laennec*, 2007/4 (Tome 55), p. 48-58, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-48.htm>>

- Bourdillon.F (2005) « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire », Revue française d'administration publique, 2005/1 (no113), p. 139-145. DOI : 10.3917/rfap.113.0139, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-139.htm>>
- Bourgarel.S (1994) « Santé et géographie en Guyane », éditions L'Harmattan,1994, pp.237, ISBN : 2-7384-2896-7
- Bourgarel.S (1994.a) « Guyane Française ou sud- américaine ? La réponse en matière sanitaire », Annales de Géographie, n°578, pp. 413-422, [en ligne], URL : < http://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_1994_num_103_578_21670>
- Bourgarel.S (1995.a) « Maîtriser l'espace pour pouvoir améliorer la santé ? », La géographie de la santé en question, Espace, populations, sociétés, pp. 131-134, [en ligne] consulté le 2 Février 2014, URL : <http://http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/espos_0755-7809_1995_num_13_1_1680 >
- Bourgeuil.Y (2017) « L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé ? », S.F.S.P., « Santé Publique », Vol.29, 777-779, [en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-6-page-777.htm>.
- Bourgeuil.Y, Marek.A, Mousques.J (2009) « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », Questions d'économie de la santé, n°141, avril 2009, URL :< <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>>
- Bras P-L et al. (2009) « DÉCENTRALISATION ET POLITIQUE DE SANTÉ », Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de Sciences Po, « Hors collection » 2009, pages 393 à 399, ISBN 9782724611144, URL :< <https://www.cairn.info/traite-d-economie-et-de-gestion-de-lasante--9782724611144-page-393.htm>>
- Bréchat P-H (2016) « 8. Conforter la planification de la santé, l'ARS et le territoire pertinent », dans : , Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie. sous la direction de Bréchat Pierre-Henri. Rennes, Presses de l'EHESP, « Hors collection », 2016, p. 95-105. URL :< <https://www.cairn.info/sauvons-notre-systeme-de-sante-et-d-assurance--9782810904372-page-95.htm>>
- Brunet.L, Savoie.A (2003) « 1. La réalité informelle des organisations In : La face cachée de l'organisation : Groupes, cliques et clan », Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 2003, [en ligne], URL : <http://books.openedition.org/pum/13647>
- Brunet.R, Ferras.R, Théry.H (1992) « Les Mots de la géographie, dictionnaire critique », Montpellier- Paris, Editeurs RECLUS - La Documentation Française, ISBN 2-11-00252-1, pp.470
- Bulletin Officiel (2006) « Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A no 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle, URL :<no DGS/DHOS/SD1A/2006-353 du 2 août 2006 <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-09/bo0609.pdf>>
- C.Ducruet (2010 .b) « Les mesures locales d'un réseau », HAL, Groupe FMR, [en ligne], URL :< <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00546814v2>>
- C.Ducruet (2010.a) « Les mesures globales d'un réseau », HAL, Groupe FMR, [en ligne], URL :<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00541902/document>>
- CACL (2019) « Bornes Monétiques Fontaine de la CACL », Direction de l'Hydraulique et de l'Environnement - Service eau potable, documents obtenus en Guyane, auprès de la CACL, en 2019
- CACL (n.d) « Lignes de Bus du réseau Périurbain », [en ligne], URL :<https://odm973.com/cacl4/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=25&Itemid=122>
- Cambrézy.L (2015) « Immigration et statistiques en Guyane. Une opacité contraire aux principes de bonne gouvernance », Autrepart, 2015/2-3 (N° 74-75), p. 193-214. DOI : 10.3917/autr.074.0193, [en ligne], URL :< <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2015-2-page-193.htm>>
- Carde.E (2009) « Le système de soins Français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane », Espace populations sociétés [en ligne], consulté le 20 février 2015, URL :<<https://journals.openedition.org/eps/3638>>

- Carde.E (2012) « Immigration(s) et accès aux soins en Guyane », *Anthropologie & Santé*, [en ligne], consulté le 15 décembre 2015. URL : <<http://anthropologiesante.revues.org/1003>>
- Carey. JW (1993) « Linking Qualitative and Quantitative Methods: Integrating Cultural Factors into Public Health. », *Qualitative Health Research*. 1993;3(3):298-318, doi:10.1177/104973239300300303, [en ligne], URL:<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104973239300300303>>
- Carles.G (2020) « Les indicateurs de périnatalité demeurent alarmants en Guyane. Guyane : la périnatalité soumise à rude épreuve », in *Santé en Action « Antilles, Guyane : promouvoir la santé de la mère et de l'enfant »*, n°451, mars 2010, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/magazines-revues/2020/la-sante-en-action-mars-2020-n-451-antilles-guyane-promouvoir-la-sante-de-la-mere-et-de-l-enfant>>
- CartoSanté (2020), [en ligne], URL :< https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-6345342,659387,866164,442782&c=indicator&f=0&i=gene_popage.eft&i2=offre_ps.dens_g&s=2019&s2=2019&view=map15>
- Catrice-Lorey.A, Steffen.M (2007) « 6. La protection santé en France : vers quel nouveau modèle ? Un bilan 2007 », Anne-Marie Guillemard éd., *Où va la protection sociale ?*, Presses Universitaires de France, 2008, pp. 139-163, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/ou-va-la-protection-sociale--9782130570929-page-139.htm>>
- CEREMA (2021) « La zone d'aménagement concerté (ZAC) », [en ligne], URL:<<http://outil2amenagement.cerema.fr/la-zone-d-amenagement-concerte-zac-r311.html>>
- CH Agen – Nérac (2020) « Permanence d'Accès Aux Soins de Santé (PASS Mobile) », [en ligne], URL:<https://www.ch-agen-nerac.fr/les-patients-visiteurs/service-76-66.html?args=BeZJlgLeeCnNBZvEiZuQKRp%2Aw6zQh8ILd5_tMjzINX7a03N7ltc2iuZLjv6Si%2A%2AsniaPi9U%2AI_nvZXOe%2AyKKKg&offre_soins_service_id=105>
- CH Agen – Nérac (2020) « Permanence d'Accès Aux Soins de Santé (PASS Mobile) », [en ligne], URL :< https://www.ch-agen-nerac.fr/les-patients-visiteurs/permanence-d-acces-aux-soins-de-sante-pass-mobile-76-66.html?args=BeZJlgLeeCnNBZvEiZuQKRp-w6zQh8ILd5_tMjzINX7a03N7ltc2iuZLjv6Si--sniaPi9U-I_nvZXOeyKKKg&offre_soins_service_id=105>
- Chambaud.L (2018) « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, 2018/1 (N° 53), p. 19-28, DOI : 10.3917/regar.053.0019, [en ligne], URL :<<https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-19.htm>>
- CHAR (2010) « Historique - Présentation du Centre Hospitalier de Cayenne », URL :< http://www.ch-cayenne.fr/IMG/article_PDF/Historique_a2.pdf>
- CHAR (2019) « Centres Délocalisés de Prévention et de Soins – 2019 Guyane », [en ligne], URL :< http://www.ch-cayenne.fr/IMG/pdf/plaquette_cdps_2019.pdf>
- Chauvin. P (2012) « 29. Au-devant, auprès et avec La nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant outreach, proximité et accompagnement dans le système de soins », In: Bréchat P.H. (éd.), *Innover contre les inégalités de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, Hors collection, 377-386, [en ligne], URL : <http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-page-377.htm>
- Chevalier.F, Meyer.V (2018) « Chapitre 6. Les entretiens », dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA*. Caen, EMS Editions, « Business Science Institute », 2018, p. 108-125. DOI : 10.3917/ems.cheva.2018.01.0108, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/les-methodes-de-recherche-du-dba--9782376871798-page-108.htm>>
- Chevalier.L, Vizot.A (1947) « Le problème démographique de la Guyane française et les perspectives d'immigration », In: *Population*, 2^e année, n°4, 1947. pp. 796-800; doi : 10.2307/1524125, [en ligne], URL :https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1947_num_2_4_1884
- Chorus (2014) « Etude socio-economique des zones d'habitat spontané non desservies par la CACL et identification des besoins en eau potable (2014) », CHORUS pour la CACL, données obtenues en Guyane, par partage d'information avec la CRF, en 2018
- CIC - EC Antilles Guyane (2014) « Enquête accès aux soins et droit à la santé des populations vulnérables de l'île de Cayenne (ACSES) », source non disponible en ligne

CIV, 2006 « Comité interministériel des villes, jeudi 9 mars 2006, Pour une politique de la ville renouvelée », [en ligne], URL :< https://www.professionbanlieue.org/IMG/pdf/dp_civ_9_mars_2006.pdf>

Clark.B, Preto.N (2018) « Exploring the concept of vulnerability in health care », [en ligne], URL :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5860890/>>

Clause -Verdreau. A-C, Dubosc.P, Hirsch.E (2020) « PRECARITE, PERSONNES MIGRANTES ET SANS-ABRIS, RESULTATS DE L'ENQUETE NATIONALE », OBSERVATOIRE COVID-19 ÉTHIQUE & SOCIETE, Université Paris-Saclay, [en ligne], URL :<

Clavier.C (2009) « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », Sciences sociales et santé, 2009, vol. 27, n°2, p. 47-74, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-2-page-47.htm>>

CNLE (2009) « De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'Etat (AME) en passant par l'Aide médicale départementale (AMD) », [en ligne], URL :< <https://www.cnle.gouv.fr/de-1893-a-1999-de-l-assistance.html>>

CNOM (2017) « Rapport de la Mission de l'Ordre des Médecins en Guyane, septembre 2017], [en ligne], URL :< https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1x3g2fl/cnom_rapport_guyane_2017.pdf>

CNOM (2018) « Situation au 1er janvier 2018 - Atlas de la Démographie médicale en France», [en ligne], URL :< https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf>

Cnrl (2020) « Interface », [en ligne], URL :<<https://www.cnrtl.fr/definition/interface>>

CNS (1996) « Rapport Ethique De La Recherche Fr - 17 Juin 1996 Le Sida Dans Les Départements Français d'Amérique : Spécificités Et Inégalités », [en ligne], URL :< https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/1996-06-17_rap_fr_politique_publicue.pdf>

CNS (2003) « Rapport Suivi De Recommandations Action Publique Fr - 11 Mars 2003 - Repenser La Politique De Lutte Contre Le Vih/Sida Dans Les Départements D'outre-Mer », [en ligne], URL :< https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2015/2003-03-11_rap_fr_politique_publicue.pdf>

CNS (2018) « Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises », [en ligne], URL :< https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-0118_avi_fr_prise_en_charge.pdf>

Cohesion-territoires.gouv.fr (2019) « Loi de nouvelle géographie prioritaire (Loi Lamy) », [en ligne], URL :< <https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/loi-de-nouvelle-geographie-prioritaire-loi-lamy>>

Coldefy M., Gandré C., 2020, « Atlas de la santé mentale en France », Édition Irdes, Ouvrage No.7, série Atlas, – 160 p., [en ligne], URL : <<https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>>

Coldefy. M, Lucas-Gabrielli. V (2008) « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification », IRDES, DT n°10, Mai 2008, URL : < <https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT10TerritoireSanteApprRegion.pdf>>

Coldefy.M, Lucas-Gabrielli.C (2013) « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins », ADSP, n°82, mars 2013, [en ligne], URL:<<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=132>>

Collectivites-locales.gouv.fr (2018) « Historique de la décentralisation », [en ligne], URL :< <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/decentralisation>>

Colombier R., Deluc B., Rachmuhl V., Piantoni C., 2017, « Relever le défi de l'habitat spontané en Guyane », Territoire en mouvement, Revue de géographie et aménagement, Vol.36, [en ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/tem/4307>>

Comiti V.P (2002) « Les textes fondateurs de l'action sanitaire et sociale. - Sept siècles d'histoire des institutions, des droits de l'Homme, de la santé, du travail et du social, 1331-2000 », éd. ESF Editeru, coll.Actions sociales, pp.430, ISBN : 2-7101-1498-4

Commune de Saint Laurent du Maroni (2005) « Département de la Guyane- Commune de Saint-Laurent-du-Maroni- Plan Local d'Urbanisme, Rapport de présentation », [en ligne], URL :<<https://www.saintlaurentdumaroni.fr/file/126814/>>

Conseil Régional de la Guyane (2015) « Schéma d'Aménagement Régional de la Guyane, SAR adopté en assemblée plénière du Conseil Régional de la Guyane le 23 octobre 2015 », [en ligne], URL :< http://www.ctguyane.fr/www/wp-content/uploads/2016/01/Rapport_SAR_adopte.pdf>

Corty J-F (2011) « La médecine humanitaire : un rôle croissant dans le champ de la santé publique en France », *Humanitaire*, 30 | 2011, [en ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/humanitaire/1119>>

Corty J-F (2012) « Il faut arrêter d'instrumentaliser la médecine à des fins de gestion migratoire et sécuritaire », [en ligne], URL:<<https://www.vivamagazine.fr/il-faut-arreter-d-instrumentaliser-17174.html/>>

"Corty J-F, Bernard.O (2012) « 31. Médecins du Monde, entre résistance et innovation Le rôle d'une ONG médicale dans le champ de la santé publique et de la précarité en France », in Pierre-Henri Bréchat et al., *Innover contre les inégalités de santé*, Presses de l'EHESP « Hors collection », p. 403-414, [en ligne], URL:<<http://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-desante--9782810900794-page-403.htm>>"

Cour des Comptes (2011) « Chambre Régionale des Comptes de Guyane - annexe à la lettre n° 2011-995 du 28 octobre 2011 - Rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (C.H.O.G.) Saint-Laurent du Maroni, Exercices 2005 et suivants », [en ligne], URL :< <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/9553>>

Cour des Comptes (2014.a) « LA SANTÉ DANS LES OUTRE-MER - Une responsabilité de la République -Rapport public thématique », [en ligne], URL :< https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20140612_rapport_thematique_sante_outre_mer.pdf>

CREDES (2003) « Territoires et accès aux soins - Rapport de travail », [en ligne], URL:<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf>

CREDES (2004) « Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2004 », Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, [en ligne], URL :<<http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/questionnaires/2004/sante-soins-medicaux.pdf>>

Creswell. J.W, Plano Clark V.L (2011) « Designing and Conducting Mixed Methods Research », September 2017, SAGE Publications Inc, pp.520, [en ligne], URL:<<https://us.sagepub.com/en-us/nam/designing-and-conducting-mixed-methods-research/book241842>>

CRF (2020) « NOTE AUX RÉDACTIONS - LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE, UN ACTEUR ESSENTIEL EN GUYANE », en ligne, URL:<<https://www.croix-rouge.fr/Espace-presse/Communiqués/Note-aux-redactions-La-Croix-Rouge-francaise-un-acteur-essentiel-en-Guyane>>

CRF Guyane et ARS Guyane (2018) « Vidéos Santé, une série de clips de prévention guyanais en langues multiples », [en ligne], URL :< <https://gps.gf/blog/videos-sante-une-serie-de-clips-de-prevention-guyanais-en-langues-multiples/>>

Crismer.A, Belche.J-L, Van der Vennet.J-L (2016) « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne », *Santé Publique*, 2016/3 (Vol. 28), p. 375-379. DOI : 10.3917/spub.163.0375, [en ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm>>

CRPV (2005) « Atelier Santé Ville - Ile de Cayenne - Contenu du document : Synthèse de l'analyse du diagnostic, Axes de réflexion prioritaires et organisation du travail, Novembre 2004 -Avril 2005 », [en ligne], URL:<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/ASV_Ile_Cayenne_synthese_diag.pdf>

CRPV (2006) « Atelier Santé Ville - Saint-Laurent du Maroni - - Résultats des entretiens et des enquêtes - -Définition des axes prioritaires d'actions », [en ligne], URL:<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/Synthese_diagnostic_ASV_SLM.pdf>

CRPV (2007) « Atelier Santé Ville de Kourou Rapport d' Etape 1: DIAGNOSTIC SANTE Contenu : - Synthèse de l'analyse du diagnostic - Axes de réflexion prioritaires et organisation du travail », [en ligne], URL:<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/ASV_Kourou_diagnostic.pdf>

- CRPV (2010) « RAPPORT D'ACTIVITE 2010 Agence Régionale de Santé de Guyane », [en ligne], URL:<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/rapports_activ_2010_final.pdf>
- CRPV (2012) « Contrat Local de Santé de Matoury », [en ligne], URL :< https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2015/04/CLS_Matoury.pdf>
- CRPV (2015) « Contrat Local de Santé, Ville de Cayenne », [en ligne], URL :< <https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2016/05/CLS-Cayenne.pdf>>. Se reporter aux pages 23,24.
- CRPV (2018) « Contrat Local de Santé de Macouria », [en ligne], URL :<<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2018/02/Contrat-Local-de-Sant%C3%A9-de-Macouria-VF2-ARS.pdf>>
- CRPV (2018.a) « Centre de Ressources Politique de la Ville de Guyane – CRPV - RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018 », [en ligne], URL :<https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2020/07/RA_2018_OK-1.pdf>
- CRPV (2020.a) « Historique des travaux « Santé », [en ligne], URL :<<https://www.crpv-guyane.org/thematiques/sante/historique-des-travaux/>>
- CRPV (2020.b) « CRPV – Programmation 2020 », [en ligne], URL :< <https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2020/07/CRPV-Programmation-2020-VF.pdf>>
- Curtis S., Learmonth A. (2017) « La décentralisation va-t-elle améliorer la santé et réduire les inégalités de sante au Royaume-Uni ? », Revue Francophone sur la santé et les territoires, URL:<<https://rfst.hypotheses.org/curtis-sarah-learmonth-alyson>>
- D. Pumain (2010) « Les enjeux des zonages » Synthèse des débats », Société Française de Statistique, Thème : Catégories et découpages : usages et enjeux, [en ligne], URL:<https://www.sfds.asso.fr/fr/statistique_et_enjeux_publics/les_cafes_de_la_statistique/557-comptes_rendus_par_ordre_thematique/>
- Dasgupta.P (2005) « The Economics of Social Capital »,Economic Record, 81, [en ligne], URL:<<https://www.econ.cam.ac.uk/people-files/emeritus/pd10000/publications/07/soccap.pdf>>
- Data.Gouv Guyane (2018) « Recueil des actes administratifs n°r03-2018-230, publié le 26 novembre 2018, [en ligne], URL : <<https://www.guyane.gouv.fr/content/download/13026/90370/file/recueil-r03-2018-230-recueil-des-actes-administratifs.pdf>>
- Data.Gouv.fr (2016) «Liste des actions des délégations de la Croix-Rouge française », [en ligne], URL : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/liste-des-actions-des-delegations-de-la-croix-rouge-francaise-1/#_>
- David.O (2014) « Territorialisation des politiques publiques et cohésion nationale : un mariage complexe », [en ligne], URL :< [http://eso.cnrs.fr/_attachments/emergence-d-un-espace-public-en-milieu-rural-article-2-2-2-2-2-2-2-2/do.pdf](http://eso.cnrs.fr/_attachments/emergence-d-un-espace-public-en-milieu-rural-article-2-2-2-2-2-2-2/do.pdf)>
- De Fontgalland.C, Rouzaud-Cornabas.M (2020) « De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé », Santé Publique, 2020/2-3 (Vol. 32), p. 239-246, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-2-page-239.htm>>
- De Groupe de Recherches « Interfaces » (2008) « L'interface : Contribution à L'analyse De L'espace Géographique » L'Espace Géographique 37, no. 3 (2008): 193-207. Accessed August 5, 2021, en ligne,URL : <<http://www.jstor.org/stable/26236139>>
- De Maillard. J (2011) « V », dans : Romain Pasquier éd., Dictionnaire des politiques territoriales. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2011, p. 519-525. DOI : 10.3917/scpo.cole.2011.01.0519, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-territoriales--9782724612141-page-519.htm>>
- De Sède Marceau M-H, Moine.A, Thian.S (2011) « Le développement d'observatoires territoriaux, entre complexité et pragmatisme », L'Espace géographique, 2011/2 (Tome 40), p. 117-126. DOI : 10.3917/eg.402.0117, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-espace-geographique-2011-2-page-117.htm>>
- DEAL Guyane (2018) « Les périmètres RHI sur l'île de Cayenne (2014)», Pôle OIN et assistance aux collectivités, données obtenues en Guyane, auprès de la DEAL du Vieux-Port, en 2018

- DEAL Guyane (2018) « Les zones de construction illicites », Photographies satellitaires (2016), Pôle PCE – Pôle de Lutte contre les Constructions Illicites, données confidentielles obtenues en Guyane auprès de la DEAL de la pointe Buzaré, en présentiel, en 2018
- Debedant.C (2019) « Les dernières années du baigne de Guyane », GEO, (histoire), [en ligne], URL:<<https://www.geo.fr/histoire/les-dernieres-annees-du-baigne-de-guyane-195010>>
- Délégation Interministérielle à la Ville (2006) « Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) », [en ligne], URL :< <http://i.ville.gouv.fr/index.php/referance/3556/circulaire-du-24-mai-2006-relative-a-l-elaboration-des-contrats-urbains-de-cohesion-sociale-cucs>>
- Denis M (2016) « L'espace géographique », Petit traité de l'espace. Un parcours pluridisciplinaire, Wavre, Mardaga, »PSY-Théories, débats, synthèses », 29-46, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/petit-traite-de-l-espace--9782804703226-page-29.htm>>
- Déry.S (2007) « Réflexions théoriques sur l'organisation des niveaux géographiques. » Cahiers de géographie du Québec, volume 50, numéro 141, décembre 2006, p. 337–345., [en ligne], URL :<<https://doi.org/10.7202/014874ar>>
- Detraux J-J (2017) « Le concept de partenariat », Enfant Différent, enfance & handicap, informations & ressources, [en ligne], URL:<<https://www.enfant-different.org/scolarite/le-concept-de-partenariat>>
- Devrelle.M (2013) « C comme centralité(s) », Hypothèses, Groupe FMR (flux, matrices, réseaux), [en ligne], URL :< <https://groupefmr.hypotheses.org/2324>>
- DGOS (2012) « Guide méthodologique - Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf>
- Dhume.F (2013) « Sous le partenariat, les rapports de pouvoir : La réussite éducative de tous et l'échec scolaire de certains », Diversité : ville école intégration, CNDP, La réussite éducative, enjeux et territoires, p.73-81, [en ligne], URL:<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01421909/document>>
- Didelon-Loiseau.C (2018) « Découper l'espace politique », Appel à contribution, Calenda, Publié le jeudi 13 décembre 2018, [en ligne], URL :<<https://calenda.org/520347>>
- Diderot.D (1954) « Pensées sur l'interprétation de la nature, De l'interprétation de la nature », [en ligne], URL:<<https://bibliothequenumerique.tv5monde.com/livre/324/Pensees-sur-l-interpretation-de-la-nature>>
- Dietrich. P, Loison. M, Roupnel. M (2012) « 10 – Articuler les approches quantitative et qualitative », dans : Serge Paugam éd., L'enquête sociologique. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012, p. 207-222. DOI : 10.3917/puf.paug.2012.01.0207, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-207.htm>>
- DRESS – Santé Publique France (2017) « L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 », [en ligne], URL :< <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000787.pdf>>
- DRESS (2015)«L'état de santé de la population en France, 2015 », [en ligne], URL :< https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rappeds_v11_16032015.pdf>
- DRESS (2019) « Les établissements de santé - ÉDITION 2019 », [en ligne], URL :< <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>>
- Drevelle.M (2013) « C comme Centralité », Groupe FMR, [en ligne], URL : <<https://groupefmr.hypotheses.org/2324>>
- Dubresson.A, Jaglin.S (2005) « Gouvernance, régulation et territorialisation des espaces urbanisés, Approches et méthode », p 337-352, in « Le territoire est mort, vive les territoires ! » de ANTHEAUME, GIRAUT, [en ligne], URL :< http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers10-07/010035259.pdf>
- Ducruet.C (2010.a) « Les mesures globales d'un réseau », HAL, Groupe FMR, [en ligne], URL :<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00541902/document>>

- Ducruet.C (2010.b) « Les mesures locales d'un réseau », HAL, Groupe FMR, [en ligne], URL :<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00546814v2>>
- Dumolard.P, Dubus.N, Charleux.L (2003) « Les statistiques en géographie », Collection Atouts Géographie, édition Belin, pp.240, [en ligne], URL :<<https://fr.calameo.com/books/003221622142cc51cc29b>>
- Duplan.H, Sanna.A, Rousseau.C, De Bort.C (2019) « GÉOGRAPHIE, DÉMOGRAPHIE ET OFFRE DE SOINS EN GUYANE », Guyane : système de soins et bilan des principales pathologies non infectieuses, BEH 36-37, [en ligne], URL :<http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/36-37/pdf/2020_36-37_1.pdf>
- eCBHFA (2019) « Manuel du Volontaire », Volontaire Croix-Rouge Croissant-Rouge en action, eCBHFA en action – Manuel du volontaire, [en ligne], URL:<<https://ecbhfa.ifrc.org/guides-and-tools/>>
- Eliot.E, Lucas-Gabrielli.V, Mangeney.C (2017) « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français », Revue Francophone sur la santé et les territoires, [en ligne], URL :<<https://rfst.hypotheses.org/eliot-emmanuel-lucas-gabrielli-veronique-mangeney-catherine.>>
- Eloire F., Penalva Icher É., Lazega E. (2011) »Application de l'analyse des réseaux complets à l'échelle interorganisationnelle. Apports et limites », Terrains & travaux, Vol.19, No.2, 77-98, [en ligne], URL : <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2011-2-page-77.htm>
- Elysée.fr (2018) « Transcription du discours sur la transformation du système de santé »prendre soin de chacun » du Président de la République, Emmanuel Macron », [en ligne], URL :<<https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron>>
- Epelboin.L et al (2016) « L'infectiologie en Guyane : le dernier bastion de la médecine tropicale française », La lettre de l'infectiologie, Tome XXXI, n°4, juillet -août 2016, [en ligne], URL :< <https://www.hal.inserm.fr/inserm-01407150/document>>
- Epstein.R (2005)« Acte II, scène première : la fin de la politique de la ville ? Au crible de la loi Borloo », Informations sociales, 2005/1 (n° 121), p. 88-97. DOI : 10.3917/inso.121.0088, [en ligne], URL :<<https://www.cairn-int.info/revue-informations-sociales-2005-1-page-88.htm>>
- Epstein.R (2014) « La «nouvelle politique de la ville » au prisme des évaluations du passé », [en ligne], URL :<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01023283/file/La_A_nouvelle_politique_de_la_ville_A_au_prisme_des_eI_valuations_du_passeI_.pdf>
- EUROSTAT (2010) « EHIS wave 1 guidelines, Latest update: 15 January 2010 », [en ligne], URL :<<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>>
- Evin.C (2019) « 10 ans d'ARS : quel bilan d'une forme de déconcentration régionale ? », Regards, 2019/2 (N° 56), p. 105-116, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-regards-2019-2-page-105.htm>>
- Fabrique, Territoires, Santé (2020) « La politique de la ville », [en ligne], URL :< <https://www.fabrique-territoires-sante.org/la-politique-de-la-ville>>
- Finess Sante Gouv.fr.a « Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux », [en ligne], URL :<<http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>>
- Finess Sante Gouv.fr.b « Fichier National des Établissements sanitaires et sociaux – Nomenclatures – Catégories d'établissements », [en ligne], URL : <<http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/nomenclatures.do.>>
- Firdion J-M et al., (1998) « Vie et santé des personnes sans domicile, à Paris Enquête INED, Paris, février-mars 1995 », [en ligne], URL:<<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1998/rap1222.pdf>>
- Fleuret.S (2006) « Les associations dans le système sanitaire et social en France : les territoires de l'invisible », économie et solidarités, 107-128, [en ligne], URL :< halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00175534/document>
- Fleuret.S (2015) «Questionner la territorialisation de la santé en France», Santé et territoires. Des soins de proximité aux risques environnementaux, Presses universitaires de Rennes, [en ligne], ed. Clavez Marcel, Anne-Chantal Hardy, URL:<https://www.researchgate.net/publication/281405018_Questionner_la_territorialisation_de_la_sante_en_France>

- Fleuret.S (2016) « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 2016/2 (Vol. 34), p. 107-115. DOI : 10.3917/sss.342.0107, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-2-page-107.htm>>
- Fleuret.S (2016) « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 2016/2 (Vol. 34), p. 107-115. DOI : 10.3917/sss.342.0107, [en ligne], URL : <[URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-2-page-107.htm](https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-2-page-107.htm)>
- Fleuret.S, Hoyez A-C (2011) « Santé et géographie, Nouveaux regards », Paris, *Economica Anthropos*, pp.302
- Fleuret.S, Séchet.R (2002) « La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être », Presses universitaires de Rennes, collection *Espaces et territoires*, pp.236
- Fonds de la complémentaire santé solidaire, 2019, *Rapport d'activité 2018 - fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie*, [en ligne], URL : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf>
- Forsé. M (2008) « Définir et analyser les réseaux sociaux. Les enjeux de l'analyse structurale », *Informations sociales*, 2008/3 (n° 147), p. 10-19. DOI : 10.3917/inso.147.0010. URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-informations-sociales-2008-3-page-10.htm>>
- Fournier.C, Clerc.P (2021.a) « La construction d'une organisation territoriale des acteurs de soins primaires face à l'épidémie de Covid-19 : apports d'une étude de cas à l'échelle d'un canton », *Revue Francophone sur la Santé et les Territoires, Pandemic, crises and perspectives: territorial readings of Covid-19*, [en ligne], URL : <<https://journals.openedition.org/rfst/869#tocto2n6>>
- Fournier.C, Michel.L, Morize.N, Pitti.L, Suchier.M avec la collaboration de I.Bourgeois et V.Schlegel (2021.b) « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale », *Questions en économie de la Santé*, n°260, Juillet-Août 2021, [en ligne], URL : <<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.pdf>>
- France Culture (2020) « La Guyane n'a pas attendu la Covid-19 pour souffrir de la précarité », [en ligne], URL : <<https://www.franceculture.fr/economie/la-guyane-na-pas-attendu-la-covid-19-pour-souffrir-de-la-precarite>>
- France Guyane (2021) « Soins de santé : à Soula, une permanence pour faire le point », [en ligne], URL : <<https://www.franceguyane.fr/actualite/sante/soins-de-sante-a-soula-une-permanence-pour-faire-le-point-482109.php>>
- France Info (2017) « En Guyane, si vous êtes pauvre et que vous survivez à un accident, c'est que vous avez de la chance ! », [en ligne], URL : <https://www.francetvinfo.fr/economie/crise-en-guyane/en-guyane-si-vous-etes-pauvre-et-que-vous-survivez-a-un-accident-c-est-que-vous-avez-de-la-chance_2118737.html>
- France Info (2021.a) « Macouria : une permanence d'accès aux soins au quartier de Soula », [en ligne], URL : <<https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/centre-littoral/macouria/macouria-une-permanence-d-acces-aux-soins-au-quartier-de-soula-989464.html>>
- France.Info (2021) « [Dossier] Crise migratoire : des vagues répétées d'arrivées de migrants depuis 18 mois sur le territoire », *Guyane 1ère*, [en ligne], URL : <https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/crise-migratoire-des-vagues-repetees-d-arrivee-de-migrants-depuis-18-mois-sur-le-territoire-1036183.html>
- Frenk J. (1992) « The concept and measurement of accessibility », *Salud pública de México*. 27. 438-53, in *Health Services Research: an Anthology*, Scientific Publication n°534, Washington D.C., Pan American Health Organization, p. 842-855, [en ligne], URL : <https://www.researchgate.net/publication/19080047_Concept_and_measurement_of_accessibility>
- Frigoli.G (2009) « De la circulaire au guichet. Une enquête sur la fabrique des populations vulnérables par les politiques publiques », *Déviance et Société*, 2009/2 (Vol. 33), p. 125-148, DOI : 10.3917/ds.332.0125, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-deviance-et-societe-2009-2-page-125.htm>>

- Frossard.M (2002) « Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées », *Gérontologie et société*, Vol.25, No.100, 35-48, [en ligne], URL: <<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-1-page-35.htm>>
- Gallica.bnf.fr (2011) « Compte administratif / Guyane », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54590464/f47.item.r=sante>>
- Gallica.bnf.fr (2016.a) « Session... / Département de la Guyane, Conseil général : Délibérations, procès-verbaux, rapports..., le 25/11/1933 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96436590/f9.image.r=hospital>>
- Gallica.bnf.fr (2016.b) « Journal officiel de la Guyane française, 1930 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k96600265/f4>>
- Gallica.bnf.fr (2016.c) « Croix-Rouge Française. Rapport d'ensemble pour la période 1923 à 1925 – publié en 1938 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9687037p/f109.image.r=guyane>>
- Gallica.bnf.fr (2017.a) « Bulletin Officiel de la Guyane française, 1827 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9774540x>>
- Gallica.bnf.fr (2017.b) « Bulletin officiel de la Guyane française, 1850 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9780747j>>
- Gallica.bnf.fr (2017.f) « Bulletin officiel de la Guyane française,1912 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9780749c/f602.image.r=hospital>>
- Gallica.bnf.fr (2017.g) « Bulletin officiel de la Guyane française,1948 », [en ligne] ; URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1414269b/f44.image.r=sante>>
- Gallica.bnf.fr (2019) « Projet de budget départemental en recettes et en dépenses : exercice... / Département de la Guyane,1948 », [en ligne], URL :<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1188545d/f61.item.r=dispensaire>>
- Gandré C. Beauguitte L., Coldefy M. (2018) « Care coordination in psychiatry: A network analysis using exhaustive claims data in France », présentation journée d'études Araqnée, IRDES, Paris.
- Garnier.J (2012) « Appareil productif, territoire, dialogue social : pourquoi innover ? », *Innovations - Revue d'économie et de management de l'innovation*, De Boeck Supérieur, 2012, L'innovation sociale acteurs et système, 38, pp.167 – 184, [en ligne], URL :<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01417946/document>>
- Gasquet.C, Hoyez.A.C, Millot.A (2019) « La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche]», UMR ESO 6590 CNRS, [en ligne], URL:<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-03016990/document>>
- Gautier.L, Seppey.M, Achaïbou.A (2018) « Chapitre 12, La rigueur dans l'utilisation de méthodes mixtes pour les évaluations d'interventions de santé en Afrique subsaharienne : où en est-on ? », ACFAS, Cahiers Scientifiques, dir. Mathieu Bujold, Quan Nha Hong, Valéry Ridde, Claude Julie Bourque, Maman Joyce Dogba, Isabelle Vedel et Pierre Pluye, [en ligne], URL:<https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-05/010072876.pdf>
- GCS Guyasis (2020) « VÉYÉMOSANTÉ : Le Patient acteur de sa santé », [en ligne], URL :<<https://gcsGuyasis.fr/nos-missions/nos-projets-services/veyemosante-telesuivi/>>
- gcsGuyasis.fr (2021) « Réseau kikiwi », [en ligne], URL:<<https://gcsGuyasis.fr/membres-gcs/reseau-kikiwi/>>
- Géoguyane (2019) « Carte de l'offre de santé et de soins en Guyane (2019) », [en ligne], URL :<<https://catalogue.geoguyane.fr/geonetwork/srv/fre/catalog.search#/metadata/09a993b7-9515-4cca-b3c1-b20c795e8b71>>
- Géoguyane, « Portail Géographique de la Guyane », [en ligne], URL :<<https://www.geoguyane.fr/accueil/recherche>>
- Géoportail, 2021, [en ligne], URL:<<https://www.geoportail.gouv.fr/carte>>
- Georgelin.B (2016) « Stratégies et dynamiques territoriales à Paris dans le champ de la santé de la mère et du jeune enfant », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [en ligne], Ateliers et séminaires, [en ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/rfst/603> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.603>>

"Georgelin.B (2018) « La part des représentations spatiales dans les processus de territorialisation de l'action publique en santé à Paris », CIST2018 - Représenter les territoires / Representing territories,

Collège international des sciences territoriales (CIST), Mars 2018, Rouen, France. pp.334-339, [en ligne], URL :< <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01854353/document>>"

Georges-Tarragano.C, Grassineau.D, Astre.H et al., (2017) « Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle », Laennec, 2017/1 (Tome 65), p. 25-37. DOI : 10.3917/lae.171.0025,[en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-laennec-2017-1-page-25.htm>>

Giacottino J-C (1984) « Les Guyanes : Guyana, Surinam, Guyane française », Presses universitaires de France (Paris), collection : Que sais-je ?, pp.127, [en ligne], URL:<<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4805824f/f66.item.texteImage>>

Gilli.F, Lefèvre.C, Roseau.N, Tommaso.V « Quels pouvoirs pour les territoires métropolitains ? », Métropolitiques, [en ligne], URL:<<https://metropolitiques.eu/Quels-pouvoirs-pour-les.html>>

Gilly.J-P, Pecqueur.B (2002) « La dimension locale de la régulation », dans : Robert Boyer éd., Théorie de la régulation, l'état des savoirs. Paris, La Découverte, « Recherches », p. 304-312, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/theorie-de-la-regulation-l-etat-des-savoirs--9782707137654-page-304.htm>>

Goering P.N, Streiner D.L (1996) « Reconcilable Differences: The Marriage of Qualitative and Quantitative Methods. The Canadian Journal of Psychiatry, 41(8) : 491-497, [en ligne], URL :< <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674379604100804>>

Google Earth Pro (2019), [en ligne], URL :< <https://www.google.fr/earth/download/gep/agree.html>>

Gorgeon.C (1985) « Immigration clandestine et bidonvilles en Guyane, les Haïtiens à Cayenne » Revue européenne des migrations internationales, vol. 1, n°1, Septembre 1985, pp. 143-158, [en ligne], URL:<https://www.persee.fr/doc/remi_0765-0752_1985_num_1_1_970>

GPS (2018) « ViSa Guyane – Videos d'information santé », [en ligne], URL:<<http://gps.gf/doc/catalogue/704/visa-guyane-videos-dinformation-sante/>>

Grataloup.C (1979) «Des échelles » in Espaces Temps, 10-11, 1979. Région : enquête sur un concept au-dessus de tout soupçon. pp. 72-79, [en ligne], URL :< https://www.persee.fr/doc/AsPDF/espat_0339-3267_1979_num_10_1_3032.pdf>

Guagliardo M.-F. (2004), « Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges », International Journal of Health Geographics, Vol. 3, n°3, p. 1-13, [en ligne], URL :< <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-3-3>>

Guével M-R, Pommier.J (2012) « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration », Santé Publique, 2012/1 (Vol. 24), p. 23-38. DOI : 10.3917/spub.121.0023. URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-23.htm>>

Guisao.A, Jangal .C, Quéré.M, Laporte.A, Riou.F (2017)« La santé des migrants primo-arrivants : résultats des bilans infirmiers. Réalisés d'octobre 2015 à mars 2016 dans des centres franciliens hébergeant Des migrants évacués des campements parisiens », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 5 septembre 2017, n°19-20 La santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-septembre-2017-n-19-20-la-sante-et-l-acces-aux-soins-des-migrants-un-enjeu-de-sante-publique>>

Guyane 1ère (2017) « Archives de Guyane : quand l'hôpital était au coeur d'une visite ministérielle en 1986 », [en ligne], URL :< <https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/archives-guyane-quand-hopital-etait-au-coeur-visite-ministerielle-1986-482059.html>>

Guyane 1ère (2018) « Le nouveau Centre Hospitalier de Saint-Laurent ouvre ses portes le 27 septembre », [en ligne], URL :< <https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/nouveau-centre-hospitalier-saint-laurent-ouvre-ses-portes-27-septembre-629902.html>>

Guyane 1ère (2019) « Branchements illégaux : le casse-tête d'EDF dans les squats », [en ligne], URL :<<https://la1ere.francetvinfo.fr/guyane/branchements-illegaux-casse-tete-edf-squats-667665.html>>

Guyane Promo Santé (n.d) « Annuaire des structures en éducation et promotion de la santé de Guyane », [en ligne], URL:<<http://gps.gf/annuaire/>>

Guyane.france-assos-sante, 2021 « Covid-19 : la crise révèle les insuffisances du système de santé en Guyane », [en ligne], URL:<<https://guyane.france-assos-sante.org/>>

Guyon.S (2013) « DES « PRIMITIFS » AUX « AUTOCHTONES » », Savoirs ethnologiques et politiques publiques en Guyane de 1946 à nos jours », Belin | « Genèses », 2013/2 n° 91 | pages 49 à 70, ISSN 1155-3219, ISBN 9782701177243, [en ligne], URL :<<https://www.cairn.info/revue-geneses-2013-2-page-49.htm>>

Halfen.S Lydié.N (2014) « Les habitants des Antilles et de la Guyane face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels », Observatoire Régional de la Santé d'Ile de France. (O.R.S.I.F.), Paris, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.), Saint-Denis, France, La documentation française, Paris, 2014, pages 333p

Hamiti. A (2014) « Territorialisation des soins primaires : initiatives des collectivités et des professionnels de santé sur le Massif central pour une autre gouvernance », *Norois*, 233, 2014, Mobilité, santé et développement territorial : de nouveaux défis pour la gouvernance des territoires ruraux, [en ligne], URL :<<https://journals.openedition.org/norois/5317>>

Hanf M. et al. (2011.b) « Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana », *AIDS Care*, Taylor & Francis (Routledge), Vol.23, No.04, 476-485, [en ligne], URL : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00665442/document>>

Hanf.M, Bousse.R.V, Parriault M-C, Van-melle.A, Nouvellet M-L, Adriouch.L, Goddard-Sebillotte.C, Couppie.P, Nacher.M (2011.a) « Knowledge of free voluntary HIV testing centres and willingness to do a test among migrants in Cayenne, French Guiana », *AIDS Care*, Taylor & Francis (Routledge), 2011, 23 (04), pp.476-485. ff10.1080/09540121.2010.525604ff, fhal-00665442f, [en ligne], URL : < <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00665442/document>>

HAS (2014) « Matrices de maturité en soins primaires », [en ligne], URL : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires-presentation-du-referentiel>

HAS (2015) « Grille d'auto-évaluation des réseaux de santé », [en ligne], URL : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2033079/fr/grille-d-auto-evaluation-des-reseaux-de-sante>

HAS (2017) « RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Octobre 2017 », [en ligne], URL:<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf>

Haschar-Noé.N (2014) « Le contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé », *La Santé en action*, 2014, n°. 428, p. 14-17, [en ligne], URL :<<https://www.santepubliquefrance.fr/regions/occitanie/documents/article/2014/le-contrat-local-de-sante-un-outil-de-reduction-des-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>>

Haschar-Noé.N et Salaméro.E (2016) « La fabrication d'un contrat local de santé « expérimental », négociations et compromis sous tensions », *John Libbey Eurotext*, « Sciences sociales et santé », 2016/2 Vol. 34, pages 81 à 105, ISSN 0294-0337[en ligne], URL :< <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-2-page-81.htm>>

Hassenteufel.P, Naiditch.M, Schwyer.F-X (2020) « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, p. 11-31. DOI : 10.3917/rfas.201.0011. URL : <<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>>

Hauger.J (1957) « La population de la Guyane française », In: *Annales de Géographie*, t. 66, n°358, 1957. pp. 509-518., DOI : <https://doi.org/10.3406/geo.1957.18324>, [en ligne], URL :<https://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_1957_num_66_358_18324>

HCAAM (2019) « Prévention et promotion de la santé, AVIS DU HCAAM 2017-2018», [en ligne], URL :<<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf>>

- HCSP (2018) « Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale », Collection Avis et Rapports, [en ligne], URL :<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20171019_evalimpactsantedocsplaniferrit.pdf>
- Heymans S (2020) « Les laissés-pour-compte du système de santé », Santé conjugée, La santé des migrants - Ancrer le soin dans un séjour précaire, No.90, [en ligne], URL : <https://www.maisonmedicale.org/Les-laises-pour-compte-du-systeme-de-sante.html>.
- Hirsch. E (2003) « VIH-Sida: éthique du soin, de la recherche et accès aux traitements », M/S : médecine sciences, volume 19, number 6-7, juin–juillet 2003, p. 753–760., [en ligne], URL:<<https://www.erudit.org/fr/revues/ms/2003-v19-n6-7-ms537/006838ar/>>
- Hlady-Rispal.M (2002) « La méthode des cas. Application à la recherche en gestion », pp. 210,[en ligne], URL :<<https://www.unilim.fr/creop/wp-content/uploads/sites/39/2020/01/La-methode-des-cas.-Application-a-la-recherche-en-gestion-2002.pdf>>
- Hospimedia (2021) « La création d'un CHU « multisites unifié » en Guyane devient une « exigence » et cible 2025 », [en ligne], URL :<<https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20210326-politique-de-sante-la-creation-d-un-chu>>
- Hoyez A.C (2011) « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeo : European Journal of Geography, Espace, Société, Territoire*, document 566, [en ligne], URL :< <http://journals.openedition.org/cybergeo/24796> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergeo.24796>>
- Hoyez A.C (2012) « Géographie de la santé : espaces et sociétés. Mobilités et accès aux soins des migrants en France », *Géococonfluences*, [en ligne], URL :< <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/geoconfluences/doc/transv/sante/SanteScient4.htm>>
- Hoyez A.C. et al., (2018) « Représenter la dimension spatiale des trajectoires de soins en contexte migratoire. : Quand les espaces de vie et espaces de soins impliquent des prises en charge médico-sociales mobiles », *Collège International des Sciences Territoriales, Représenter les territoires*, Rouen, France, [en ligne], URL :<<https://cist2018.sciencesconf.org/167133>>
- HRSA (2019) « Health Literacy », [en ligne], URL:<<https://www.hrsa.gov/about/organization/bureaus/ohe/health-literacy/index.html>>
- Hurpeau. B (2012) « Panorama de la population immigrée en Guyane », Insee Guyane, [en ligne], URL :<<https://www.blada.com/data/File/2012pdf/panoimmigr102012.pdf>>
- I.Vedel, N.Kaur, Q.Nha Hong, R.El Sherif, V.Khanassov, C.Godard-Sebillotte, N.Sourial, X.Qiang Yang, P.Pluye (2019) « Why and how to use mixed methods in primary health care research », *Family Practice*, Volume 36, Issue 3, Pages 365–368, [en ligne], URL :<<https://doi.org/10.1093/fampra/cmy127>>
- I.ville.gouv.fr (2000) « CIRCULAIRE N° DGS/SP2/2000/324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire », [en ligne], URL :<http://i.ville.gouv.fr/index.php/sfPropelFileAssoc/download/file_id/311>
- IEDOM (2018) « TABLEAU DE BORD DES OUTRE-MER - Données arrêtées au 03/05/2018 » URL :<https://www.iedom.fr/IMG/pdf/tableau_de_bord_des_outre-mer.pdf>
- IGAS (2021) « Renforcement de l'offre de soins en Guyane, RAPPORT IGAS N°2020-066R /IGA N°20071/IGESR N°2020-160 », février 2021, [en ligne], URL :<<https://www.interieur.gouv.fr/content/download/126876/1014442/file/20071R-Offre-soins-Guyane.pdf>>
- IGN, « BD Parcellaire© », 2016, données obtenues par l'UMR IDEES 6266
- IGN, « BD TOPO© », 2018, données obtenues par l'UMR IDEES 6266
- INED (2008) « Les tendances démographiques et migratoires dans les régions ultrapériphériques : quel impact sur leur cohésion économique, sociale et territoriale ? » [en ligne], URL :https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/rup_migratory/guyane/rapport_french_guyana_fr.pdf

Ined (2010) « Enquête Trajectoires et Origines. Enquête sur la diversité des populations en France », Documents de Travail 168, [en ligne], URL:<https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19558/dt168_teo.fr.pdf>

INPES (2009) « LA SANTÉ DE L'HOMME - Promouvoir la santé dans les DOM, « Guyane : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé », N° 404, NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2009, [en ligne] consulté le 2 Février 2015, URL : <<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-404.pdf>>

INPES (2014) « Questionnaire du baromètre Santé DOM 2014 », [en ligne], URL :< https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119677/file/152142_barometre-sante-dom-2014-questionnaire.pdf>

INPES (2014.a) « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe », [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014>>

Insee (2006) « Atlas des populations immigrées de Guyane », URL :< <https://www.Insee.fr/fr/statistiques/1290097>>

Insee (2012.c) « Migrations, Famille et Vieillesse : Défis et enjeux pour la Guyane », ANTIANÉCHOS DE GUYANE, N° 21, URL :< <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291181>>

Insee (2014) « Analyses Antilles, Guyane « Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités », n°2, septembre 2014, [en ligne], URL : < <http://www.guyane.gouv.fr/content/download/3662/22432/file/Insee-Analyses-n2.pdf>>

Insee (2016.b) « Indice de Gini / Coefficient de Gini », URL :< <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1551>>

Insee (2016.c) « Famille – définition », [en ligne], URL :< <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1465>>

Insee (2017) « L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais : l'absence d'offre de soins s'accompagne de précarité », Insee dossier Guyane, n°6, [en ligne], URL:<<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181903>>

Insee (2017.a) « Synthèse démographique de la Guyane - Une démographie toujours dynamique », URL :< <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2559184#titre-bloc-12>>

Insee (2017.b) « Familles de Guyane : prestations et action sociale en soutien d'importants besoins », [en ligne], URL :< <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2845707?sommaire=2845728>>

Insee (2018.a) « Recensement de la population en Guyane : 269 352 habitants au 1er janvier 2016 », [en ligne], URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3679865>.

Insee (2018.b) « Population en 2015 - Recensement de la population - Base infra communale (IRIS) », [en ligne], URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3627376>.

Insee (2018.c) « Le chômage recule en Guyane. Enquête emploi en continu »,n°38, [en ligne], URL:<<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3975327>>

Insee (2018.d) « La démographie guyanaise toujours aussi dynamique - Recensement de la population en Guyane », URL :< <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3309060#titre-bloc-16>>

Insee (2018.e) « Insee dossier Guyane - Des niveaux de vie au pouvoir d'achat : Les inégalités s'accroissent entre 2001 et 2011 », URL :< <https://www.Insee.fr/fr/statistiques/3368946?sommaire=3368967>>

Insee (2018.f) « Tableaux de l'économie française.Édition 2020 », [en ligne], URL:<<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277658?sommaire=4318291>>

Insee (2018.g) « Des niveaux de vie au pouvoir d'achat : Les inégalités s'accroissent entre 2001 et 2011 », Dossier Insee, Antilles-Guyane, Mars 2018,N°9, [en ligne], URL :<<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3368949?sommaire=3368967>>

Insee (2019) « Population en 2016 - Recensement de la population - Base infra communale (IRIS) », [en ligne], URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4228434>

- Insee (2020.a) « Bilan démographique de Guyane 2018 Une croissance démographique toujours Soutenue », [en ligne] ; URL :< https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/115986/1/gy_inf_121.pdf>
- Insee (2020.b) « Recensement de la population en Guyane : 276 128 habitants au 1^{er} janvier 2018», [en ligne], URL :<<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5005684>>
- Insee (2020.c) « Une croissance démographique toujours soutenue, Bilan démographique de Guyane 2018 », [en ligne], URL :<<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4285434>>
- Insee (2020.d) « Une pauvreté marquée dans les DOM, notamment en Guyane et à Mayotte », Insee première, n°1804, [en ligne], url :< <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622377>>
- Insee (2020.e) « Concentration des difficultés dans les quartiers urbains périphériques et à Saint-Laurent-duMaroni », Insee Analyses, N°48, Décembre 2020, [en ligne], URL:<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/137606/1/gy_ina_48.pdf>
- Insee (2021.a) « L'essentiel sur... la Guyane », [en ligne], URL :<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4313999#figure1_radio1>
- Institut Pasteur (2020) « Institut Pasteur de Guyane française », [en ligne], URL :< https://phototheque.pasteur.fr/fr/asset/fullTextSearch/WS/HOME_MENU/node/193/slug/institut-pasteur-de-la-guyane-1940/nobc/1/page/1>
- Irdes (2008) « La santé perçue des immigrés en France Une exploitation de l'Enquête décennale santé 2002-2003 », Questions d'économie de la santé,[en ligne], URL:<<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>>
- Irdes (2012) « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », Questions d'économie de la santé, [en ligne], URL:<<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>>
- Irdes (2019) « Les réformes hospitalières en France, Aspects historiques et réglementaires, Synthèse documentaire, Octobre 2019 », [en ligne], URL :< <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>>
- Irdes (2020) « Soins de santé primaires - Les pratiques professionnelles en France - Bibliographie thématique- Mars 2020 », [en ligne], URL : <<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/soins-de-sante-primaires.pdf>>
- Izambert.C (2010) « 30 ans de régressions dans l'accès aux soins, Article extrait de Santé des étrangers : l'autre double peine », Plein droit n° 86, octobre 2010, [en ligne], URL:< <http://www.gisti.org/spip.php?article2102>>
- Jaglin.S (2003) « Décentralisation et gouvernance de la diversité : les services urbains en Afrique anglophone. »,in FOURCHARD Laurent. Gouverner les villes d'Afrique : Etat, gouvernement local et acteurs privés,Karthala/CEAN, pp.21-34, 2007, L'Afrique Politique,[en ligne],URL:<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00176869/document>>
- Johnson R.B, Onwuegbuzie A.J, Turner L.A (2007) « Toward a Definition of Mixed Methods Research. », Journal of Mixed Methods Research, 2007;1(2):112-133, doi:10.1177/1558689806298224, [en ligne], URL:<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1558689806298224>>
- Johnson-Lafleur.J, Nadeau.L, Jaimes.A, Rousseau.C, Pluye.P (2018) « Chapitre 11, Les méthodes mixtes comme avenue d'amélioration de la rigueur scientifique et de l'éthique en recherche auprès de populations minoritaires et marginalisées : étude de cas en santé mentale jeunesse transculturelle », ACFAS, Cahiers Scientifiques, dir. Mathieu Bujold, Quan Nha Hong, Valéry Ridde, Claude Julie Bourque, Maman Joyce Dogba, Isabelle Vedel et Pierre Pluye, [en ligne], URL:<https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers18-05/010072876.pdf>
- Jolivet.A (2014.a) « Migrations, santé et soins en Guyane », [en ligne], URL :< <http://www.theses.fr/2014PA066124>>
- Jolivet.A, Cadot.E, Angenieux.O, Florence.S, Lesieur.S, et al. (2014) « Use of Emergency Department in Saint-Laurent du Maroni, French Guiana: Does Being Undocumented Make a Difference? », Journal of Immigrant and Minority Health, Springer Verlag, 2014, 16, pp.586-594, ff10.1007/s10903-013-9919-0ff, ffinserm-00870068f, [en ligne], URL :< <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00870068/document>>
- Jolivet.A, Cadot.E, Carde.E, Florence.S, Lesieur.S, Lebas.J, Chauvin.P (2011) « Migrations et soins en Guyane » AFD, INSERM, [en ligne], URL :<

http://www.afd.fr/webdav/shared/PORTAILS/PAYS/GUYANE_2/ETUDE%20MIGRATIONS%20ET%20SOINS%20EN%20GUYANE.pdf

Jusot. F, Silva.J., Dourgnon.P, Sermet.C (2009) « Inégalités de santé liées à l'immigration en France: Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? », *Revue économique*, 2009/2 (Vol. 60), p. 385-411, [en ligne], URL:< <https://www.cairn.info/revue-economique-2009-2-page-385.htm>>

Kaur.N, Vedel.I, El Sherif.R, Pluye.P (2019) « Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research », *Family Practice*, Volume 36, Issue 5, p 666–671, [en ligne], URL :< <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz010>>

Khosla N. et al., (2016) « Analysing collaboration among HIV agencies through combining network theory and relational coordination », *Social Science & Medicine*, Vol.150, 85-94, [en ligne], URL :< <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953615302689?via%3Dihub>>

Kirszbaum. T (2017) « Notice "Politique de la ville" », Editions Berger-Levrault, Dictionnaire encyclopédique de la décentralisation, 2017, [en ligne], URL:<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01386327v3>>

Kleinberg J.M (1999) « Authoritative Sources in a Hyperlinked Environment* », *Journal de l'ACM*, [en ligne], URL :<<https://www.cs.cornell.edu/home/kleinber/auth.pdf>>

Kohn.L, Christiaens.W (2014) « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 2014/4 (Tome LIII), p. 67-82. DOI : 10.3917/rpve.534.0067, [en ligne], URL :< <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm>>

Krakovitch.O (1985) « Les archives des bagnes de Cayenne et de Nouvelle-Calédonie : la sous-série colonies H aux archives nationales. », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, 1 | 1985, DOI : <https://doi.org/10.4000/rh19.4>, [en ligne], URL :< <http://journals.openedition.org/rh19/4>>

La documentation française (2011) « PLAN GLOBAL DE TRANSPORTS ET DE DEPLACEMENTS DE LA GUYANE - Rapport d'étape », URL :< <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000371.pdf>>

La Santé de l'homme (2007) « Repères sur la santé des migrants », n°. 392, p. 21-24, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-sur-la-sante-des-migrants>>

Lacoumes.P et Le Galès.P (2005) « INTRODUCTION : L'ACTION PUBLIQUE SAISIE PAR SES INSTRUMENTS » in Pierre Lascoumes et al., *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, « Académique », 2005, pp.11 à 44, [en ligne], URL:<<https://www.cairn.info/gouverner-par-les-instruments---page-11.htm>>

Lajarge.R (2000) « Les territoires aux risques des projets. Les montagnes entre Parcs et pays » In: *Revue de géographie alpine*, tome 88, n°1, 2000. pp. 45-59; doi : <https://doi.org/10.3406/rga.2000.2978>, [en ligne], URL :https://www.persee.fr/doc/rga_0035-1121_2000_num_88_1_2978

Lampin-Maillet C., Pérez S., Ferrier J-P., Allard P, (coord.) (2010) « Géographie des interfaces. Une nouvelle vision des territoires », éditions Quae, collection Update Sciences & technologies, ISBN 978-2-7592-0857-9, pp.168, consultable [en ligne], URL :< <https://www.quae.com/produit/706/9782759212712/geographie-des-interfaces>>

Lascoumes.P, Le Galès.P (2005) « Introduction : L'action publique saisie par ses instruments [1] », dans : Pierre Lascoumes éd., *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po, « Académique », 2005, p. 11-44. DOI : 10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/gouverner-par-les-instruments--9782724609492-page-11.htm>>

Lasserre G. (ed.), Sautter Gilles (ed.), Boyé M. (ed.), Brasseur Gérard (ed.), Réaud G. (coord.), Cabaussel G. (coord.), Menault J. (coord.) (1979.a) « Atlas des départements français d'Outre-Mer» Bordeaux (FRA) ; Paris : CEGET ; ORSTOM, (4), 120 p. (Atlas des Départements Français d'Outre-Mer ; 4). ISBN 2-222-02501-X, [en ligne], URL :<<http://sphaera.cartographie.ird.fr/carte.php?num=753&pays=GUYANE+FRANCAISE&iso=GU>>

Lasserre G. (ed.), Sautter Gilles (ed.), Boyé M. (ed.), Brasseur Gérard (ed.), Réaud G. (coord.), Cabaussel G. (coord.), Menault J. (coord.) (1979.b) « Atlas des départements français d'Outre-Mer : 4. La Guyane. », Bordeaux (FRA) ; Paris

: CEGET ; ORSTOM, (4), 120 p. (Atlas des Départements Français d'Outre-Mer ; 4). ISBN 2-222-02501-X [en ligne], URL : <https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-01/42173.pdf>

Lazega.E (2014) « Réseaux sociaux et structures relationnelles. », Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2014, 128 pages. ISBN : 9782130626589, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/reseaux-sociaux-et-structures-relationnelles--9782130626589.htm>>

Le Galès.P (2013) « Gouvernance » in Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, LEVY, JACQUES et LUSSAULT, MICHEL (dir.), Paris, Belin, 2013, p. 457-461.

Le Meur N. et al. (2017) « Maillage territorial des établissements de santé : apport des modèles issus de la théorie des graphes », Journal de gestion et d'économie médicales, , Vol.35, 197-208. [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2017-4-page-197.htm>>

Lebon M-C (2008) « Vulnérables », Revue Projet, 2008/3 (n° 304), p. 64-70. DOI : 10.3917/pro.304.0064, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-projet-2008-3-page-64.htm>>

Lecrips-idf.net (2020) « LES MARQUEURS SÉROLOGIQUES DE L'HÉPATITE B », [en ligne], URL : <<https://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossiers-thematiques/hepatiteB-bases-france/marqueurs-serologiques-VHB.htm>>

Lefevre.D, Dieng.M, Lamara.F et al. (2014) « Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida », Santé Publique, 2014/6 (Vol. 26), p. 879-888, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-879.htm>>

Légifrance (1941) « Loi du 21 décembre 1941 Réorganisation des hôpitaux et des hospices civils », [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000869378&dateTexte=&fastPos=2&fastReqId=867454553&oldAction=rechTexte>>

Légifrance (1943) « Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. », URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20081023>>

Légifrance (1946) « LOI n° 46-451 du 19 mars 1946 tendant au classement comme départements français de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane française », [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000868445>>

Légifrance (1958) « Journal officiel de la République française. Lois et décrets (version papier numérisée) n° 0234 du 05/10/1958 – Constitution du 4 octobre 1958 », [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000571356>>

Légifrance (1964) « Décret n°64-783 du 30 juillet 1964 REORGANISATION ET ATTRIBUTIONS DES SERVICES EXTERIEURS DE L'ETAT CHARGES DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE », URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000852614&categorieLien=id>>

Légifrance (1970) « Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière », URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228&dateTexte=19920103>>

Légifrance (1982.a) « Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions », [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000880039>>

Légifrance (1982.b) « Loi n° 82-1171 du 31 décembre 1982 portant organisation des régions de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de la Réunion. », [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000704428/1983-01-01/>>

Légifrance (1988) « Décret n° 88-61 du 18 janvier 1988 pris pour l'application de l'article L. 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du virus de l'immunodéficience humaine, p.923, p.944 », JORF n° 0016 du 20/01/1988 (accès protégé), [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000504592>>

Légifrance (1991) « LOI d'orientation pour la ville (n° 91-662 du 13 juillet 1991) (1) », [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000353814/>>

Légifrance (1996.a) « Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000742206>>

Légifrance (1996.b) « LOI no 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000196404/>>

Légifrance (1998) « Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000206894#LEGISCTA000006140123>.>

Légifrance (1998.b) « Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) » URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000758393&categorieLien=id>>

Légifrance (1998.e) « Circulaire DH/EO n° 98-192 du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-37/a0372396.htm>>

Légifrance (1999.a) « Circulaire du 31 décembre 1998 relative aux contrats de ville 2000-2006 », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000574669/>>

Légifrance (1999.b) « LOI n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000198392/>>

Légifrance (2002) « LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>>

Légifrance (2002.a) « Circulaire DGS/SD 6 D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-13/a0131232.htm>>

Légifrance (2002.b) « LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>>

Légifrance (2002.c) « Circulaire du 24 décembre 2002 relative aux subventions de l'Etat aux associations », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000782598>>

Légifrance (2003) « Loi constitutionnelle n°2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République (1). », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000601882/2020-12-18/>>

Légifrance (2003.a) « LOI constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République », URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000601882&categorieLien=id>>

Légifrance (2003.b) « Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation », URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&categorieLien=id>>

Légifrance (2003.c) « LOI n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine », URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000428979&categorieLien=id>>

Légifrance (2004) « LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000787078>>

Légifrance (2004.b) « Code de la santé publique - Partie législative (Articles L1110-1 à L6432-2) » [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006685817/2004-08-11>>

Légifrance (2004.d), « CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 », URL : <<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-n-2004-101-du-5-mars-2004-relative-a-lelaboration-des-sros-de-troisieme-generation/>>

Légifrance (2004.e) « LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales », [en ligne], URL :<<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000804607?r=XZF4BgbwBw>>

Légifrance (2005) « Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie », [en ligne], URL :< <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/circulaire-dhoso2dgs6cdgas1a1b-no-2005-521-du-23-novembre-2005.html>>

Légifrance (2005.a) « Circulaire DHOS/O no 2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080025.htm>>

Légifrance (2005.b) « Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-56 du 26 janvier 2005 relative à l'extension et à l'adaptation du droit de la santé et de la sécurité sociale dans les départements d'outre-mer, à Mayotte et à Wallis et Futuna », [en ligne], URL :< <https://www.Legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000604820>>

Légifrance (2006) « Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A no 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en oeuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle no DGS/DHOS/SD1A/2006-353 du 2 août 2006 », [en ligne], URL : <<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-09/a0090023.htm>>

Légifrance (2007) « Circulaire n° 5193/SG du 16 janvier 2007 relative aux subventions de l'Etat aux associations et conventions pluriannuelles d'objectifs », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT00000274903/>>

Légifrance (2009) « LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>>

Légifrance (2009.a) « Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 no 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0151.pdf>

Légifrance (2009.b) « LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>>

Légifrance (2009.c) « LOI n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion (1) », dite Loi Boutin, [en ligne], URL:<<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020438861>>

Légifrance (2010) Circulaire du 18 janvier 2010 relative aux relations entre les pouvoirs publics et les associations : conventions d'objectifs et simplification des démarches relatives aux procédures d'agrément, [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021712266&categorieLien=id>>

Légifrance (2011) « LOI n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de Guyane et de Martinique (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024403725>>

Légifrance (2011.b) LOI n°2011-725 du 23 juin 2011 portant dispositions particulières relatives aux quartiers d'habitat informel et à la lutte contre l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer (1), dite Loi Letchimy, [en ligne], URL : <<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000024249135>>

Légifrance (2012) « LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026785322/>>

Légifrance (2013) « CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) », [en ligne], URL :< https://www.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/cir_37144.pdf>

Légifrance (2014.a) « LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000028636804/>>

Légifrance (2014.b) « Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030007934/>>

Légifrance (2014.c) « Décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 fixant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et en Polynésie française », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030007947?r=40MoSyM6sh>>

Légifrance (2015) « LOI n° 2015-1268 du 14 octobre 2015 d'actualisation du droit des outre-mer (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031311177?r=IPxDaAjDfl>>

Légifrance (2016) « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>>

Légifrance (2016.b) « Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes », [en ligne] ; URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032848079/>>

Légifrance (2016.c) « Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032938580/>>

Légifrance (2016.d) « Code de la santé publique, Article L1434-9 », [en ligne], URL :< https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930569/>

Légifrance (2017) « Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000036503222/2018-12-19/>>

Légifrance (2017.b) « Accord de Guyane du 21 avril 2017 - Protocole « Pou Lagwiyann dékolé », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034519630>>

Légifrance (2018) « LOI n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019 (1) », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037882341/>>

Légifrance (2019) « LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>>

Légifrance (2019.a) « LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1), dite « MA SANTE 2022 », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260>>

Légifrance (2019.b) « Mise en œuvre de la mobilisation nationale pour les habitants des quartiers », [en ligne], URL :< <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44291>>

Légifrance (2019.c) « Code de l'action sociale et des familles - Article L348-1 », [en ligne], URL :< https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006157640/2019-07-24/>

Légifrance (2020) « Code de la santé publique, Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1), partie I, livre III, Titre III, Chapitre 1er », [en ligne], URL :< https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171062/#LEGISCTA000006171062>

Leneuve-Dorilas. M, Bernard. S, Bapaume. A, Cape. M-N, Deudin. A-S, Louis. A (2020) « Les spécificités locales, un défi pour le système de santé en Guyane française [Local specificities, a challenge for the healthcare system in French Guiana] », *Sages-Femmes*, 2020;19(5):36-38, doi:10.1016/j.sagf.2020.07.011, [en ligne], URL :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7538073/>>

- Lernout. T et al. (2007) « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives. Santé Publique, vol. 19(6), 499-512. doi:10.3917/spub.076.0499. », URL :< <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-6-page-499.htm?contenu=plan#s2n1>>
- Levesque J-F, Harris M.F et Russell (2013) « Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations », International Journal for Equity in Health 2013, 12:18, [en ligne], URL :< <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>>
- Lévi-Strauss.C (1962) « La pensée sauvage », Editions Plon, Paris, ISBN 2-259-00211-0
- Lévy.J, Lussault.M (2003) « Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés », Paris, Editions Belin, ISBN 2-7011-2645-2, pp.1033.
- Lévy-Vroelant. C, Joubert. M, Reinprecht. C (2015) « Partie I. Vulnérabilités en contexte », dans : « Agir sur les vulnérabilités sociales. Les interventions de première ligne entre routines, expérimentation et travail à la marge », sous la direction de Lévy-Vroelant Claire, Joubert Michel, Reinprecht Christoph. Saint-Denis, Presses universitaires de Vincennes, « Culture et Société », 2015, p. 17-100, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/agir-sur-les-vulnerabilites-sociales--9782842924232-page-17.htm>>
- Lewis. M.J, Baeza.J.I, Alexander.D (2008) « Partnerships in primary care in Australia: Network structure, dynamics and sustainability», Social Science & Medicine 67 (2008) 280–291, [en ligne], URL:<<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.046>>
- Loncle. P (2009) « La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne », Sciences sociales et santé, Vol.27, 5-31, [en ligne], URL :<<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-1-page-5.htm>>
- López Barreda.R, Robertson-Preidler .J ; Bedregal García.P (2019) « Health assessment and the capability approach », Global Bioethics, [en ligne], URL :< <https://doi.org/10.1080/11287462.2019.1673028>>
- Lucas-Gabrielli.V, Nabet.N, Tonnellier.F (2001) « Les soins de proximité : une exception française ? », CREDES, Rapport n° 503 (biblio n° 1354) Juillet 2001, [en ligne], URL:<<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1354.pdf>>
- Lucas-Gabrielli.V, Pierre.A, Com-Ruelle.L, Coldefy.M (2016) « Pratiques spatiales d'accès aux soins – Les rapports de l'IRDES », [en ligne], URL :< <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>>
- M.B. Miles, M.Huberman (1994) « Qualitative Data Analysis: An expanded Sourcebook », 2nd Edition, pp.338, Sage Publications, ISBN-13: 978-0803955400, ISBN-10: 9780803955400
- M.Forsé (2008) « Définir et analyser les réseaux sociaux. Les enjeux de l'analyse structurale », Informations sociales, 2008/3 (n° 147), p. 10-19. DOI : 10.3917/inso.147.0010. URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-informations-sociales-2008-3-page-10.htm>>
- M.R Guével, J. Pommier (2012) « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration », Santé Publique, 2012/1 (Vol. 24), p. 23-38. DOI : 10.3917/spub.121.0023. URL :<<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-23.htm>>
- Maillochon.F (2012) « 9 – Pourquoi l'analyse des réseaux ? », dans : Serge Paugam éd., L'enquête sociologique. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Quadriga », 2012, p. 187-206. DOI : 10.3917/puf.paug.2012.01.0187. URL : <<https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-187.htm>>
- Mallé.S.O, Loignon.C, Contandriopoulos.D (2019) « Innovations pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables dans les pays de l'OCDE », Santé Publique, 2019/4 (Vol. 31), p. 497-505. DOI : 10.3917/spub.194.0497. URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-4-page-497.htm>>
- Malzac P, Mathieu M, Einaudi MA. (2020) « Quel accompagnement pour les personnes vulnérables en contexte de confinement ? », Ethique et Santé, vol. 17(4):220-225, [en ligne], URL :< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7429073/>>

- Mansotte.F, Margueron. T, Maison. D (2010) « L'alimentation en eau potable en Guyane : problématique et solutions appropriées », Santé Publique, 2010/2 (Vol. 22), p. 181-192. DOI : 10.3917/spub.102.0181, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-2-page-181.htm>>
- Marchant. A (2013) « La difficile greffe de l'outreach* en France », DOSSIER, Aller vers..., Prévention, soins, réduction des risques : les nouvelles alliances, 3èmes Journées nationales de la Fédération Addiction, Besançon, 13-14 juin 2013, [en ligne], URL :< http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=45490>
- Marival.C (2011) « Interactions entre associations et pouvoirs publics : logiques, tensions, diversité : Le cas des associations d'action sociale et médico-sociale. », Sciences de l'Homme et Société, Université de la Méditerranée Aix-Marseille II ; Laboratoire d'Economie et de Sociologie du travail (LEST-UMR 6123), 2011. Français, [en ligne], URL :< <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01239746/document>>
- Marpsat. M (1999) « Les apports réciproques des méthodes quantitatives et qualitatives : le cas particulier des enquêtes sur les personnes sans domicile », INED, Collection : Documents de travail, n° 79, pp. 24, [en ligne], URL :< https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19451/79.fr.pdf>
- Medaviz (2020) « COVID-19 : En Guyane, MEDAVIZ collabore avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le GCS GUYASIS pour soulager le Centre 15 et les urgences des hôpitaux », [en ligne],URL : <<https://www.medaviz.com/covid-19-medaviz-collabore-avec-lars-et-le-gcs-guyasis-pour-soulager-les-services-durgences/>>
- Médecins du Monde (2013) « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France - Rapport 2012 - Octobre 2013 », en ligne, URL:<<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/MDM2013Rapportcomplet.pdf>>
- Médecins du Monde (2014) « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France - 2013 », [en ligne], URL :<<https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/observatoire-2014-de-l-acces-aux-dr>>
- Médecins du Monde (2015) « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France - 2014 », [en ligne], URL :<<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2015/10/17/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2014>>
- Médecins du Monde (2016) « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France - 2015 »[en ligne], URL:<<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>>
- Médecins du Monde (2018) «Rapport de l'observatoire de de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de Médecins Du Monde en France en 2017 », [en ligne], URL :< <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017>>
- Médecins du Monde (2021) « Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la Mission France - 2020 », [en ligne], URL:<<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2021/09/09/observatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-2020>>
- Médecins du Monde (2021.b) « INTÉGRER LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE », [en ligne], 6 Juillet 2021, URL:<<https://www.medecinsdumonde.org/fr/migration>>
- Ménoret. M (1999) « Les Temps du Cancer », éditions du CNRS, CNRS SOCIOLOGIE, pp.351, [en ligne], URL :<<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00929758/document>>
- Mercklé.P (2011) « La sociologie des réseaux sociaux », 128 pages. ISBN : 9782707167361Paris, La Découverte, « Repères », [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/la-sociologie-des-reseaux-sociaux--9782707167361.htm>>
- Mériade.L (2019) « Financement et territorialisation des établissements de santé français : une relation dissymétrique », Revue d'économie financière, Association d'économie financière 2019, p. 197 à 214, [en ligne], URL:<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02007377/document>>

- Mérini. C (2012) « Travailler en partenariat dans une action d'éducation à la santé. », Les cahiers pédagogiques, N°24 numérique hors série l'éducation à la santé, [en ligne], URL:< <http://www.cahiers-pedagogiques.com/Trois-obstacles-au-developpement-du-partenariat>>
- Micheletti. P (2001) « Les Roms étrangers en banlieue parisienne. DDASS et secteur associatif : quelles interactions pour quel accès aux soins », [en ligne], URL :< <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/misp/micheletti.pdf>>
- Miles M.B, Huberman.M (1994) « Qualitative Data Analysis: An expanded Sourcebook », 2nd Edition, pp.338, Sage Publications, ISBN-13: 978-0803955400, ISBN-10: 9780803955400
- Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales (2018), [en ligne], URL :<<https://www.cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-06/Pacte-de-Dijon-FU-AdCF-Avril-2018.pdf>>
- Ministère de la Culture (2003) « Hôpital Saint-Denis, actuellement campus universitaire Saint-Denis », [en ligne], URL :< <https://www.pop.culture.gouv.fr/notice/merimee/IA97300256>>
- Ministère de la Culture (2004) « Hôpital colonial, puis hôpital Jean Martial », [en ligne], URL :<<https://www.pop.culture.gouv.fr/notice/merimee/IA97300261>>
- Ministère de la Culture (2017.a) « Ancien hôpital André-Bouron », [en ligne], URL :< <https://www.pop.culture.gouv.fr/notice/merimee/PA00105912>>
- Ministère de la Culture (2017.b) « Ancien Hôpital de l'île Royale », [en ligne], URL :< <https://www.pop.culture.gouv.fr/notice/merimee/PA00105912>>
- Ministère de la Culture (2020.a) « Ancien Hôpital Jean Martial », [en ligne], URL :< <https://www.pop.culture.gouv.fr/notice/merimee/PA00105930>>
- Ministère de la Culture (2020.b) « Dessin aquarellé de la cour d'entrée », [en ligne], URL :<<https://www.pop.culture.gouv.fr/notice/memoire/AP84P00111>>
- Ministère des solidarités et de la santé (2015) « Pourquoi la loi de santé ? », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/elaboration-de-la-loi-de-sante/article/pourquoi-la-loi-de-sante>>
- Ministère des solidarités et de la Santé (2016) « Plateformes territoriales d'appui : un soutien pour les professionnels dans l'organisation des parcours de santé complexes », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/plateformes-territoriales-d-appui-un-soutien-pour-les-professionnels-dans-l>>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2017) « Le Gouvernement adopte la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-gouvernement-adopte-la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2018.a) « Stratégie de transformation du système de santé, dossier de presse, mardi 13 février 2018 », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_stratransformationsystemesante_13022018.pdf>
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2018.c) « MA SANTÉ 2022, UN ENGAGEMENT COLLECTIF, DOSSIER DE PRESSE, 18/09/2018 », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>>
- Moine.A (2005) « Le territoire comme un système complexe. Des outils pour l'aménagement et la géographie », Septièmes Rencontres de Théo Quant, Février 2005, Besançon, France, [en ligne], URL :<<http://thema.univfcomte.fr/theoq/pdf/2005/TQ2005%20ARTICLE%2017.pdf>>. fihal-00867363f>
- Moine.A (2006) « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie », L'Espace géographique, 2006/2 (Tome 35), p. 115-132, DOI : 10.3917/eg.352.0115, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-espace-geographique-2006-2-page-115.htm>>

- Moliner.C (2015) « Les maux de la clandestinité : retour sur une expérience d'accompagnement socio-sanitaire de migrants pendjabis indiens sans papiers en île-de-france », *Migrations Société*, vol. 161, no. 5, 2015, p. 139-156, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-migrations-societe-2015-5-page-139.htm>>
- Moracchini.V,Comptour.M (2020.a) « Chapitre 3 : Nommer, les toponymes. S'interroger sur les enjeux politiques de la toponymie, force à remettre en cause l'aporie des cartes institutionnelles ou commerciales auxquelles on peut opposer une multitude d'autres cartes. En rendant visible d'autres façons de nommer, elles révèlent d'autres langues, d'autres imaginaires, d'autres territoires. » in Noucher M. et Polidori L. (dir.) (2020) « Atlas critique de la Guyane », CNRS Éditions, 2020. 335 p., 400 visuels, ISBN : 978-2-271-13213-0
- Moracchini.V,Comptour.M (2020.b) « Chapitre 12 : Oublier, le blanc des cartes. Finir cet Atlas Critique de la Guyane en s'intéressant aux blancs des cartes, c'est s'interroger sur les silences des cartographes, sur ce qu'ils oublient, volontairement ou non, et sur la façon dont ils tentent de les combler. Les exemples proposés ici témoignent aussi des effets multiples de ces « oublis » en Guyane. » in Noucher M. et Polidori L. (dir.) (2020) « Atlas critique de la Guyane », CNRS Éditions, 2020. 335 p., 400 visuels, ISBN : 978-2-271-13213-0
- Morange.M, Schmoll.C, Toureille.E (2016) « Les outils qualitatifs en géographie - Méthodes et applications », édition Armand Colin, collection cursus géographie, pp.224
- Moreau A.C, Robertson.A, Ruel.J (2005) « De la collaboration au partenariat : Analyse de recensions antérieures et prospective en matière d'éducation inclusive », [en ligne], *Education et Francophonie*, Vol. XXXIII:2 – Automne 2005, [en ligne], URL:<https://revue.acelf.ca/pdf/XXXIII_2_142.pdf>
- Morel.V (2012) « Vulnérabilité du territoire littoral Guyanais aux maladies infectieuses à transmission vectorielle : esquisses de problématiques et perspectives de recherches pluridisciplinaires », *EchoGéo* [en ligne], consulté le 10 Novembre 2015, URL :< <http://echogeo.revues.org/13275> ; DOI : 10.4000/echogeo.13275>
- Morgan D.L (1998) « Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research », *Qualitative Health Research*. 1998;8(3):362-376. doi:10.1177/104973239800800307, [en ligne], URL :< <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973239800800307>>
- Morgan D.L (1998) « Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research », *Qualitative Health Research*. 1998;8(3):362-376. doi:10.1177/104973239800800307, [en ligne], URL :< <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104973239800800307>>
- Morin.E (1991) « Les Idées » (tome 4), Ed., Le Seuil, 1991, Coll. Points, Ed. Seuil, Paris, pp.261
- Morin.E (2010) « Éloge de la Métamorphose », Paris, Le Seuil
- Morrisette. J et Demazière. D (2019) « Les approches qualitatives à l'épreuve de la quantification des sciences », *Recherches qualitatives*, 38(1), 88–104, [en ligne], URL :<<https://doi.org/10.7202/1059649ar>>
- Muller. P (2000) « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique. », In: *Revue française de science politique*, 50^e année, n°2, 2000. pp. 189-208, DOI : <https://doi.org/10.3406/rfsp.2000.395464>, [en ligne], URL :<www.persee.fr/doc/rfsp_0035-2950_2000_num_50_2_395464>
- Murphy.A.B (2012) « Entente Territorial: Sack and Raffestin on Territoriality », *Environment and Planning D: Society and Space*, Vol.30, pp. 159 - 172.
- Nacher. M, Adenis. A, Huber. F, Hallet. E, Abboud. P, Mosnier. E, et al., (2018.b) « Estimation of the duration between HIV seroconversion and HIV diagnosis in different population groups in French Guiana: Strategic information to reduce the proportion of undiagnosed infections. », *PLoS ONE* 13(6): e0199267. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199267>, URL :<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0199267#abstract0>>
- Nacher. M, Adriouch. L, Van Melle. A, Parriault. M-C, Adenis. A, Couppié. P (2018.a) « Country of infection among HIV-infected patients born abroad living in French Guiana. », *PLoS ONE* 13(2): e0192564, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192564>, [en ligne], URL :<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192564>>

- Nacher. M, El-Guedj. M, Vaz.T, Nasser. V, Randrianjohany.A, Alvarez.F,Sobesky.M, Magnien.C, F, Couppié, P. (2006) « Risk factors for follow-up interruption of HIV patients in French Guiana. », *Am J Trop Med Hyg*, 74(5), 915-917. URL :<
<http://www.ajtmh.org/docserver/fulltext/14761645/74/5/0740915.pdf?expires=1567606673&id=id&accname=guest&checksum=16B2EDBCCC146C49F508FE5D44E40701>>
- Nacher. M, Huber. F, El Gued. M, Vaz.T, Magnien. C, Djossou. F, Randrianjohany. A, Alvarez. F, Couppié. P (2007) « Risk factors for death among patients in French Guiana: 1996-2005 », *HIV Med.* 2007 Oct; 8(7):472-4., [en ligne], URL : <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17760740>>
- Nacher. M, Rousseau. C, 2020, « Les grands problèmes de santé en Guyane en 2020 : trois exemples de pathologies // The major health problems in Guyana in 2020: three examples of pathologies », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Santé Publique France, No.2-3*, [en ligne], URL : <
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/226393/2488001>>
- Nacher.M et al., 2018, « Country of infection among HIV-infected patients born abroad living in French Guiana », *PLOS ONE*, Vol.13, No.2.
- Nicolas. T (2005) « L'hypo-insularité », une nouvelle condition insulaire : l'exemple des Antilles françaises », *L'Espace géographique*, 2005/4 (Tome 34), p. 329-341. DOI : 10.3917/eg.344.0329, [en ligne], URL : <
<https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2005-4-page-329.htm>>
- Nogues. M, Azema.B (1996) « Le concept de planification », Université de Montpellier 3 Paul Valéry, Atelier de Géographie de la Santé. (G.E.O.S.), *CAHIERS GEOS*. N° 32, 1996/09, pages 18-30
- Noseda.V, Racine J-B (2009) « Acteurs et agents, points de vue géographiques au sein des sciences sociales », *Revue européenne des sciences sociales*, XXXIX-121 | 2001, [en ligne], URL :<
<http://journals.openedition.org/ress/647> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ress.647>>
- Noucher M. et Polidori L. (dir.) (2020) « Atlas critique de la Guyane », CNRS Éditions, 2020. 335 p., 400 visuels, ISBN : 978-2-271-13213-0
- Nussbaum, M (2011) « Creating Capabilities. The Human Development Approach », Belknap Press of Harvard University Press, 2011, pp.237
- Nussbaum, M.C (2000) « Women and Human Development: the Capabilities Approach », Cambridge University Press,pp.312, [en ligne], URL :<
<https://www.cambridge.org/core/books/women-and-human-development/58D8D2FBFC1C9E902D648200C4B7009E>>
- O'Cathain. A, Murphy.E, Nicholl.J (2008) « The Quality of Mixed Methods Studies in Health Services Research. », *Journal of Health Services Research & Policy*, 2008;13(2):92-98, doi:10.1258/jhsrp.2007.007074, [en ligne], URL:<
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jhsrp.2007.007074>>
- O'Dwyer. L. A, Baum. F, Kavanagh. A, Macdougall. C (2007) « Do area-based interventions to reduce health inequalities work? A systematic review of evidence », *Critical Public Health*, December 2007; 17(4): 317–335, [en ligne], URL :<
<https://www.researchgate.net/publication/232872807>>
- O'Cathain. A, Murphy. E, Nicholl. J (2007) « Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study », *BMC Health Serv Res.* 2007;7:85. Published 2007 Jun 14. doi:10.1186/1472-6963-7-85, [en ligne], URL :<
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18416914/>>
- O'Cathain. A, Murphy. E, Nicholl. J (2008) « The quality of mixed methods studies in health services research. » *J Health Serv Res Policy.* 2008;13(2):92-98, doi:10.1258/jhsrp.2007.007074, [en ligne], URL :<
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18416914/>>
- Ofpra (2020) « OFPRA - Rapport d'activité 2020 » [en ligne], URL:<
<https://ofpra.gouv.fr/fr/1-ofpra/nos-publications/rapports-d-activite>>
- OMS (1946) « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 », [en ligne], URL :<
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf>

- OMS (2010) « A Conceptual Framework for action on the social determinants of health », [en ligne], URL : <https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf>
- OMS (2018) « Les soins de santé primaires », [en ligne], URL : <<https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>>
- OMS (2018.b) « A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals », [en ligne], URL : <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>>
- ONPS (2015) « La construction institutionnelle de l'invisibilité sociale », Rapport d'étude APEX pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale - Marché ONPES/DREES n° 1000099114 - Lot n°5 - , [en ligne], URL : <<https://onpes.gouv.fr/la-construction-institutionnelle.html>>
- OpenStreetMap (2019), Fonds cartographiques « OSM », [en ligne], URL : <<https://www.openstreetmap.org/#map=14/48.2346/-3.1071>>
- OpenStreetMaps (2019), [en ligne], URL : <<https://www.openstreetmap.org/#map=14/48.2346/-3.1071>>
- ORSG (2010) « Analyse et propositions pour la construction d'une politique de sante périnatale en guyane – périnatalité – Observatoire Régional de la Santé de Guyane – décembre 2010 », [en ligne] ; URL : <https://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/dir1/3_7_2011_16_58_11_guyane_perinatalite.pdf>
- P.Dietrich, M.Loison , M. Roupnel (2012) « 10 – Articuler les approches quantitative et qualitative », dans : Serge Paugam éd., L'enquête sociologique. Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2012, p. 207-222. DOI : 10.3917/puf.paug.2012.01.0207. URL : <<https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-207.htm>>
- P.N. Goering, D.L. Streiner (1996) « Reconcilable Differences: The Marriage of Qualitative and Quantitative Methods. The Canadian Journal of Psychiatry. 1996;41(8):491-497. doi:10.1177/070674379604100804 », [en ligne], URL : <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674379604100804>>
- Penchansky R., Thomas J. W. (1981), « The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction », Medical Care, Vol. 22, n°6, p. 127-140, [en ligne], URL : <<http://www.jstor.org/stable/3764310>>
- Penchansky. R., Thomas. J. W. (1984), « Relating Satisfaction with Access to Utilization of Services », Medical Care, Vol. 19, n°2, p. 553-568.
- Pesqueux.Y (2009) « La notion de territoire », Colloque Propedia - Observatoire économique des banlieues, Déc 2009, Paris, France, [en ligne] ; URL : <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00479794>>
- Pfister.V, Guiboux.L, Naitali.J (2014) « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner », Informations sociales, 2014/2 (n° 182), p. 100-107. DOI : 10.3917/inso.182.0100, en ligen, URL : <<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-2-page-100.htm>>
- Pian. A (2012) « De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face aux contraintes administratives », Revue européenne des migrations internationales vol. 28 - n°2 | 2012, [en ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/remi/5915> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/remi.5915>>
- Piantoni. F (2012) « La Guyane ou la chronique d'une mondialisation migratoire », [en ligne], URL : <<https://www.histoire-immigration.fr/dossiers-thematiques/dynamiques-migratoires/la-guyane-ou-la-chronique-d-une-mondialisation>>
- Piantoni.F (2009.a) « La question migratoire en Guyane française », Hommes & migrations, 1278 | 2009, 198-216, [en ligne], URL : <<https://journals.openedition.org/hommesmigrations/259?lang=es>>
- Piantoni.F (2009.b) « L'enjeu migratoire en Guyane Française », Ibis Rouge Editions, ISBN : 978-2-84450-327-5
- Polton.D (2004)« Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international », Revue française des affaires sociales, p. 267-299. DOI : 10.3917/rfas.044.0267, [en ligne], URL : <<https://www.cairn-int.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-4-page-267.htm>>

- Popovici.E, Pawlik.C (2018) « Quelques principes d'intervention d'une équipe mobile à destination de migrants précaires », *Rhizome*, 2018/2 (N° 68), p. 9-9. DOI : 10.3917/rhiz.068.0009. URL : <<https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-2-page-9.htm>>
- Pourtier.R Hugonie.G (2007) « Le « terrain » pour les tropicalistes (Fieldwork for tropicalist geographers) », *Bulletin de l'Association de géographes français*, 84e année, 2007-4 (décembre). *Commerce et développement durable. / Le « terrain » pour les géographes.* pp. 437-445; [en ligne], URL :<https://www.persee.fr/doc/bagf_0004-5322_2007_num_84_4_2583>
- Pouvoirville.G (2009) « 43. L'ORGANISATION DES SOINS », *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po | « Hors collection », 2009, pages 401 à 406, ISBN 9782724611144, URL :<<https://www.cairn.info/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante--page-401.htm>>
- Préfet de la Région Guyane (2020) « Communiqué de Presse », le 4 juin 2020, [en ligne], URL :<https://www.guyane.gouv.fr/content/download/15767/109174/file/2020_06_04_Dispositifs%20gratuits%20d'eau%20potable%20.pdf>
- Puig.P (2018) « Vulnérabilité, Santé et Soins. », Colloque «Vulnérabilité et droits fondamentaux » - 19 & 20 avril 2018 - Université de la Réunion, RDLF 2019 chron. n°11, [en ligne], URL :<<http://www.revuedlf.com/non-classe/vulnerabilite-sante-et-soins/>>
- Raffestin.C (1980) « Qu'est-ce que le territoire ? » In : « Pour une géographie du pouvoir », Nouvelle édition, Lyon : ENS Éditions, 2019, [en ligne], URL:<<http://books.openedition.org/enseditions/7642>>
- Raynaud.J (2013) « L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable. », *Histoire*, Université Paul Valéry - Montpellier III, 2013, Français, NNT : 2013MON30052, tel-00967067, [en ligne], URL :<<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00967067>>
- Rebotier.J (2012) « Une approche territoriale des risques : Un outil pour le chercheur, critique et réflexif. », *Géographie et cultures*, L'Harmattan 81, pp.77-90[en ligne], URL :<<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00719896>>
- Redon.M (2011) « Géographie des interfaces. Une nouvelle vision des territoires », *EchoGéo*,16 | 2011, [en ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/echogeo/12443> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/echogeo.12443>>
- Regards Santé (2017) « Rapport d'évaluation du projet régional de santé de Guyane 2011-2015 », *Regards santé pour l'ARS Guyane*, Bureau d'étude spécialisé en conseil, évaluation, accompagnement, formation et recherches-action en santé publique, [en ligne], URL : <<https://www.guyane.ars.sante.fr/system/files/2018-02/PRS%201%20Rapport%20final%20d%27%C3%A9valuation%20PRS1.pdf>>
- Renaudie.O (2020) « Le système sanitaire français est-il centralisé ? », *Revue générale du droit on line*, 2020, numéro 51926, [en ligne], URL :<<https://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/2020/04/21/le-systeme-sanitaire-francais-est-il-centralise/>>
- Rican.S et Vaillant.Z (2009) « Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé », *John Libbey Eurotext, Sciences sociales et santé*, 2009/1 Vol. 27, pages 33 à 42[en ligne], URL :<<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-1-page-33.htm>>
- Richard J.B, Andler.R (2015.a) « Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014 », INPES, [en ligne], URL:<<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/methode-d-enquete-du-barometre-sante-dom-2014>>
- Ricketts T.C, Goldsmith L.J (2005) « Access in health services research: The battle of the Frameworks », *Nursing Outlook*, Volume 53, Issue 6, November–December 2005, Pages 274-28, [en ligne], URL :<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655405001211#aep-bibliography-id20>>
- Ridde.V (2007), « Réduire les inégalités sociales de santé : santé publique, santé communautaire ou promotion de la santé ? », *Promotion & Education*. 2007;14(2):111-114, 2007, [en ligne], URL :<<https://doi.org/10.1177/10253823070140020601>>
- Rimbert-Pirot, A-G (2015) « Analyse du processus de territorialisation de l'action publique : construction d'un territoire et appropriation d'un outil pour agir collectivement. Cas des Programmes Territoriaux de Santé, Thèse, Doctorat en Sciences de Gestion, Université Aix-Marseille, [en ligne], URL :<<https://www.theses.fr/2015AIXM1099.pdf>>

- Robelet.M, Serré.M, Bourgueil. Y (2005) « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles », *Revue française des affaires sociales*, p. 231-260. DOI : 10.3917/rfas.051.0231, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-231.htm>>
- Robeyns. I (2016) « The Capability Approach », *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), [en ligne], URL :< <https://plato.stanford.edu/entries/capability-approach/>>
- Rochaix.L, Tubeuf.S (2009) « Mesures de l'équité en santé. Fondements éthiques et implications », *Revue économique*, 2009/2 (Vol. 60), p. 325-344. DOI : 10.3917/reco.602.0325, [en ligne], URL :< <https://www.cairn-int.info/revue-economique-2009-2-page-325.htm>>
- Romelaer. P (2005) « Chapitre 4. L'entretien de recherche », dans : *Management des ressources humaines. Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, sous la direction de Roussel Patrice, Wacheux Frédéric. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Méthodes & Recherches », 2005, p. 101-137, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/management-des-ressources-humaines--9782804147112-page-101.htm>>
- Rossignol.B et Rossignol.P (2017) «Une immigration réussie en Guyane au XVIIIe siècle : les Guadeloupéens », *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*, Numéro 175-176, septembre-décembre 2016, janvier-avril 2017, [en ligne], URL :< <https://www.erudit.org/fr/revues/bshg/2016-n175-176-bshg03088/1040139ar.pdf>>
- Roue. T., Nacher, M., Fior, A., Plenet, J., BelliardO, S., Gandolfo, N., Patient, G. (2012) « Cervical cancer incidence in French Guiana: South American », *International Journal of Gynecological Cancer*, 22(5), pp. 850-853, doi:10.1097/IGC.0b013e318251722, [en ligne], URL :< https://www.hal.inserm.fr/inserm-01065103/file/2013_Douine_-_Survival_cervical.pdf>
- Roue.T., Labbe. S, Belliaro. S, Plenet. J., Douine. M, Nacher. M (2016) « Predictive factors of the survival of women with invasive breast cancer in French Guiana: the burden of health inequalities. *Clinical Breast Cancer* », 16(4), pp. e113-8, doi:10.1016/j.clbc.2016.02.017, [en ligne], URL :< [https://www.clinical-breast-cancer.com/article/S1526-8209\(16\)30047-7/fulltext?mobileUi=0](https://www.clinical-breast-cancer.com/article/S1526-8209(16)30047-7/fulltext?mobileUi=0)>
- RPPS et ADELI (2020) « Professionnels autorisés à exercer RPPS et ADELI », [en ligne], URL : <<https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/extractions-publiques>>
- Russel. J,A, Burnay. N, Servais. O (2000) « Chapitre 6. Les enquêtes par questionnaire », dans « Méthodes de recherche en sciences humaines », sous la direction de Jones Russel A. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Méthodes en sciences humaines », 2000, p. 169-199, [en ligne], URL :< <https://www.cairn.info/methodes-de-recherche-en-sciences-humaines--9782804128005-page-169.htm>>
- Sack R.D (1986). « Human territoriality: its theory and history », New York, Cambridge University Press.
- Sack R.D. (1983) « Human Territoriality: A Theory », *Annals of the Association of American Geographers*, Vol.73, No.1., 55-74, [en ligne], URL : <<http://links.jstor.org/sici?sici=0004-5608%25252525252528198303%25252525252973%2525252525253A1%2525252525253C55%25252525253AH%2525252525253E2.0.CO%25252525253B2-R>>
- Salaméro.E, Haschar-Noé.N (2017) « Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée », *Terrains & travaux*, 2017/1 (N° 30), p. 163-184, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2017-1-page-163.htm>>
- Samu Social de Paris (2013) « Enquête ENFAMS Questionnaire parent Document strictement confidentiel », source personnelle
- Sanchez. J-L (2019) « Le bagne colonial de Guyane française (XIXe-XXe siècles) : les transportés au camp de la transportation de Saint-Laurent-du-Maroni », José Daniel Cesano; Jorge Alberto Núñez; Luis González Alvo. *Historia de las prisiones sudamericanas. Entre experiencias locales e historia comparada (siglo XIX y XX)*, Editorial Humanitas de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán; Instituto de Investigaciones Históricas Leoni Pinto, pp.329-414, 2019, *Estudios penitenciarios*, 978-987-754-197-7, fffhal-02507583, [en ligne]; URL :< <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02507583/document>>
- Sanders. L (2011) « Géographie quantitative et analyse spatiale : quelles formes de scientificités ? », Thierry Martin. *Les sciences humaines sont-elles des sciences ?*, Vuibert, 978-2-7117-2234-1, fffhalshs-01412002f, [en ligne], URL :< <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01412002>>

Santé Publique France (2007) « Repères sur la santé des migrants », de Aina Stanojevich.E, Veisse.A, in La Santé de l'homme, 2007, n°. 392, p. 21-24, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/reperes-sur-la-sante-des-migrants>>

Santé Publique France (2015) « Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 Guyane. », [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-dom-2014>>

Sass. C et al., (2006) « Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité », Santé Publique 2006/4 (Vol. 18), p. 513-522, [en ligne], URL:<<https://www.cairn.info/journal-sante-publique-2006-4-page-513.htm>>

Saurman.E (2015) « Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access », Journal of Health Services Research & Policy, vol. 21, no. 1, Jan. 2016, pp. 36–39, en ligne, URL:<<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1355819615600001?journalCode=hsrb>>

Schoen M.W. et al., (2014) « Social network analysis of public health programs to measure partnership », Social Science & Medicine, Vol.123, 90-95, [en ligne], URL :<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614007102>>

Scott. J.C (1987) « Weapons of the weak: everyday forms of peasant resistance » New Heaven, Yale University Press

Scott. J.C (1998) « Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed », New Haven et Lonàon, Yale University Press, 460 p

Sécurité sociale (1945.a) « Ordonnance n° 45-2259 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale. », [en ligne], URL :< <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2020/Ordonnance%204%20octobre%201945.pdf>>

Sécurité sociale (1945.b) « Régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles », [en ligne], URL :< <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2020/Ordonnance%2019%20octobre%201945.pdf>>

Sécurité sociale (1956) « CODE DE LA SECURITE SOCIALE », [en ligne], URL :< <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2020/CSS%201956.pdf>>

Sen. A (1979) « The Equality of What? The Tanner Lecture on Human Values », Stanford University, May 22, 1979, 195–220, [en ligne], URL :< http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Sen-1979_Equality-of-What.pdf>

Sen. A (1995) « Inequality reexamined », New York: Harvard University Press.

Sen. A (1999) « Development as Freedom », First Anchor Books Edition

Sen. A (2002) « Why health equity? », HEALTH ECONOMICS, 11: 659–666, [en ligne], URL :< <http://www.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hec.762>>

Sénat (1982) « N 534 SENAT QUATRIÈME SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1981-1982 Annexe au procès-verbal de la séance du 1^{er} octobre 1982. RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 19 février au 4 mars 1982, chargée d'étudier la protection sociale dans les départements d'outre-mer de la Guyane, de la Martinique et de la Guadeloupe. Par MM. André RABINEAU, René TOUZET, Charles BONIFAY et Pierre LOUVOT, Sénateurs », [en ligne], URL :< https://www.senat.fr/rap/1981-1982/i1981_1982_0534.pdf>

Sénat (2000) « Grande misère sanitaire en Guyane », Base Questions n°32590, [en ligne], URL :< <https://www.senat.fr/questions/base/2001/qSEQ010432590.html>>

Sénat (2000.a) « Guadeloupe, Guyane, Martinique, la Réunion : la départementalisation à la recherche », Rapport d'information de MM. Jacques LARCHÉ, José BALARELLO, Robert BRET, Luc DEJOIE, Mme Dinah DERYCKE, MM. Jean-Jacques HYEST, Pierre JARLIER, Lucien LANIER, Georges OTHILY et Simon SUTOUR, fait au nom de la commission des lois n° 366 (1999-2000) - 30 mai 2000, [en ligne], URL :<<https://www.senat.fr/rap/r99-366/r99-3662.html>>

Sénat (2003) «Projet de loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine », [en ligne], URL :< <https://www.senat.fr/rap/a02-403/a02-4038.html>>

Sénat (2004) « Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique », [en ligne], URL :<<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl03-019.html>>

Sénat (2006.a) « Immigration clandestine : une réalité inacceptable, une réponse ferme, juste et humaine (rapport) », URL :<https://www.senat.fr/rap/r05-300-1/r05-300-13.html>

Sénat (2011) « Guyane, Martinique, Guadeloupe : L'évolution institutionnelle, une opportunité, pas une solution miracle - Rapport d'information de MM. Christian COINTAT et Bernard FRIMAT, fait au nom de la commission des lois n° 410 (2010-2011) - 6 avril 2011 », [en ligne], URL :< <https://www.senat.fr/rap/r10-410/r10-4101.pdf>>

Sénat (2011.b) « Rapport n° 424 (2010-2011) de M. Georges PATIENT, fait au nom de la commission de l'économie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, déposé le 13 avril 2011 », [en ligne], URL:<<http://www.senat.fr/rap/l10-424/l10-4243.html>>

Sénat (2011.c) « Rapport n° 3084 (XIIIème législature) au nom de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi portant dispositions particulières relatives aux quartiers d'habitat informel et à la lutte contre l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer, par M. Serge Letchimy, député », [en ligne], URL:<[https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/13/rapports/r3084/\(index\)/rapports/\(archives\)/index-rapports](https://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/13/rapports/r3084/(index)/rapports/(archives)/index-rapports)>

Sénat (2013) « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance », URL :< <https://www.senat.fr/rap/r13-400/r13-4001.html>>

Sénat (2014.a) « Les niveaux de vie dans les outre-mer : un rattrapage en panne ? », [en ligne], URL :< <https://www.senat.fr/rap/r13-710/r13-7100.html>>

Sénat (2017) « Rapport d'information n° 662 (2016-2017) de Mmes Annie GUILLEMOT et Valérie LÉTARD, fait au nom de la commission des affaires économiques, déposé le 19 juillet 2017 », [en ligne], URL :< http://www.senat.fr/rap/r16-662/r16-662_mono.html#toc5>

Sénat (2020.a) « COMPTES RENDUS DE LA DELEGATION AUX COLLECTIVITES TERRITORIALES, Jeudi 28 mai 2020, Table ronde : « La coordination collectivités territoriales - Agences régionales de santé, un premier bilan », [en ligne], URL:<http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20200525/dct-bulletin_2020-05-28.html>

Service de l'État en Guyane – SP Développement Économique et Social – Service Politique de la ville (2021) « POLITIQUE DE LA VILLE RÉGION GUYANE APPEL À PROJETS 2021 », [en ligne], URL :< <https://www.guyane.gouv.fr/content/download/17231/120249/file/AAP%20POLVIL%202021.pdf>>

SFSP (2020) « La santé publique en France à l'épreuve de la COVID-19 », Santé Publique, 2020/1 (Vol. 32), p. 5-7. DOI : 10.3917/spub.201.0005. URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-1-page-5.htm>>

Siage (2014) « Recensement de l'habitat potentiellement insalubre de Guyane (2014) », SIAGE pour la DEAL de Guyane, données obtenues en Guyane, auprès de l'AUDEG, en 2018

Siffert I., 2021, « Étendre les frontières de la coordination pour soigner les migrants. L'exemple d'un réseau de santé précarité en Île-de-France », Revue francophone sur la santé et les territoires, [en ligne], URL : <<https://journals.openedition.org/rfst/532>>

Sig.ville.gouv.fr (n.d) « Département : Guyane », [en ligne], URL :< <https://sig.ville.gouv.fr/Cartographie/039C>>

Solidarité.santé.fr (1999) « La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire direction des hopitaux - novembre 1999 », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_sros_2.pdf>

Solidarites-sante.gouv.fr (2002) « Circulaire DGS/SD 6 D n° 2002/100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation précaire (PRAPS) », [en ligne], URL :< <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-13/a0131232.htm>>

Solidarites-sante.gouv.fr (2008) « Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé (ARS) présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports par Philippe Ritter, Préfet honoraire, janvier 2008 », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter.pdf>

- Solidarites-sante.gouv.fr (2009) « Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 no 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-03/ste_20090003_0100_0151.pdf>
- Solidarites-sante.gouv.fr (2014) « Circulaire SG/DGS no 2014-67 du 21 février 2014 relative à la constitution d'un espace partagé sur les contrats locaux de santé (CLS) », [en ligne], URL :< https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-05/ste_20140005_0000_0091.pdf>
- Solidarites-sante.gouv.fr (2021) « Parcours de santé, de soins et de vie - Une approche globale au plus près des patients » [en ligne], URL :<<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>>
- Soulet. M-H (2005) « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan*, 2005/4 (no 60), p. 24-29, DOI : 10.3917/empa.060.0024, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-empan-2005-4-page-24.htm>>
- Soulet. M-H (2009) « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle*, 2005/2 (no 10), p. 49-59, DOI : 10.3917/pp.010.0049, [en ligne], URL : <<https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2005-2-page-49.htm>>
- Srinivasan.U, Uddin.S (2015) « A Social Network Framework to Explore Healthcare Collaboration », *Journal Asie-Pacifique de gestion de la santé*, Vol.9, No.3, 53-62, [en ligne], URL : <<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=775066888596291;res=IELHEA>>
- Tabuteau.D (2009) « II. Politiques de santé et territoire » in « Territoire et santé : actes du colloque de l'association française de droit de la santé (2009) », *Revue de droit sanitaire et social RDSS (H.S. 2009, MARS 2009)*, [en ligne], URL :< https://itsra.bibli.fr/index.php?lvl=notice_display&id=75639>
- Tapié de Céleyran.F, Astre.H, Aras.N, Grassineau.D, Saint-Val.T, Vignier N, et al., (2017) « Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé en France en 2016 », *BEH, Santé Publique France*, N° 19-20 | 5 septembre 2017, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/148241/2140197>>
- Tashakkori.A, Teddlie.C (2010) « Putting the Human Back in »Human Research Methodology « »: The Researcher in Mixed Methods Research. », *Journal of Mixed Methods Research*. 2010;4(4):271-277, doi:10.1177/1558689810382532, [en ligne], URL:<<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1558689810382532>>
- Tchékémian.A (2017) « L'imbroglio du maillage territorial français : entre persistances et discordances », *Revue Economie, Gestion et Société*, 2017. fhalshs-01668214f, [en ligne], URL :< <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01668214/document>>
- Tengland. P (2020) « Health and capabilities: a conceptual clarification. », *Med Health Care and Philos*, 23, 25–33 (2020), [en ligne], URL :< <https://doi.org/10.1007/s11019-019-09902-w>>
- Tran Ap. A (1992) « Situations de précarité aux Antilles et en Guyane », *Economie et statistique*, n°252, Mars 1992. pp. 63-71, [en ligne],URL:< https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_1992_num_252_1_5641>
- Vaillant.Z (2008) « La Réunion, Koman i lé ? Territoires, santé, société », PUF, *Le Monde, partage du savoir*, 253 p, [en ligne], URL :< <https://journals.openedition.org/developpementdurable/8266>>
- Vallée. J (2008) « Urbanisation et santé à Vientiane (Laos). Les disparités spatiales de santé dans la ville. », *Géographie. Université de Nanterre - Paris X*, [en ligne], URL:<<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00377209>>
- Valmy.L, Gontier.B, Parriault M.C, Van- Melle.A, Basurko.C, Pavlovsky.T, grenier.C, Douine.M, Adenis.A, Nacher.M (2016) « Prevalence and predictive factors for renouncing medical care in poor populations of Cayenne, French Guiana. », *BMC Health Services Research*, *BioMed Central*, 2016, 16, pp.34, URL:<<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/1/>, URL :< <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01288656/document>>
- Van Melle.A, Cropet.C, Parriault M-C, Adriouch.L, Lamaison.H, Sasson.F, Duplan.H, Richard J-B, Nacher.M (2019) « Renouncing care in French Guiana: the national health barometer survey », *BMC Health Services Research* volume 19,

Article number: 99, [en ligne], URL :<<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3895-6>>

Vedel.I, Kaur.N, Nha Hong.Q, El Sherif.R, Khanassov.V, Godard-Sebillotte.C,Sourial.N, Qiang Yang.X, Pluye.P (2019) « Why and how to use mixed methods in primary health care research », *Family Practice*, Volume 36, Issue 3, Pages 365–368, [en ligne], URL :<<https://doi.org/10.1093/fampra/cmy127>>

Verdier.N (2004) « L'échelle dans quelques sciences sociales. : Petite histoire d'une absence d'interdisciplinarité », O. Orain, D. Pumain, C. Rozemblat, N. Verdier. *Échelles et temporalités en géographie*, 2, CNED, pp.25-56, 2004, CNED 2004-2006, halshs-00104485, [en ligne], URL :< <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00104485/document>>

Vie publique (2002) « Déclaration de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, sur l'application des 35 heures à l'hôpital et la modernisation de l'hôpital, Paris le 6 novembre 2002. », [en ligne], URL :< <https://www.vie-publique.fr/discours/135003-declaration-de-m-jean-francois-mattei-ministre-de-la-sante-de-la-fami>>

Vie publique (2008) « Point de presse de M. François Fillon, Premier ministre, relatif au Comité interministériel des villes et du développement social urbain, Meaux le 20 juin 2008. », [en ligne] ; URL :< <https://www.vie-publique.fr/discours/171324-point-de-presse-de-m-francois-fillon-premier-ministre-relatif-au-comi>>

Vie publique (2018) « Que sont les collectivités territoriales de Martinique et de Guyane ? », [en ligne], URL :< <https://www.vie-publique.fr/fiches/20148-les-collectivites-territoriales-de-martinique-et-de-guyane>>

Vie publique (2019) « Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé », [en ligne], URL :< <https://www.vie-publique.fr/loi/268696-projet-de-loi-organisation-et-la-transformation-du-systeme-de-sante>>

Vie publique (2019.b) « Les lois Defferre, premières lois de décentralisation », [en ligne], URL :<<https://www.vie-publique.fr/eclairage/38438-les-lois-defferre-premieres-lois-de-decentralisation>>

Vigneron.E (2001) « Distance et santé : la question de la proximité des soins », *Médecine et société. Territoires et économie de la santé*, Territoires et économie de la santé, édition : Presses universitaires de France, pp.127

Vignon.R (1985) « Gran Man Baka », éditions Davol, presses de la SOGISS, 1985

Ville de Cayenne (2015.a) « Signature du nouveau Contrat de ville 2015-2020 », [en ligne], URL :<<http://www.ville-cayenne.fr/economie/17662/>>

Ville de Cayenne (2015.b) « Dossier de presse, SIGNATURE DES CONTRATS DE VILLE 16 Juillet 2015 », [en ligne], URL :<<http://www.ville-cayenne.fr/files/2015/07/Dossier-de-Presse-Contrats-de-Ville.pdf>>

Ville de Cayenne (2016) « Contrat Local de Santé – Ville de Cayenne », [en ligne], URL :< <https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2016/05/CLS-Cayenne.pdf>>

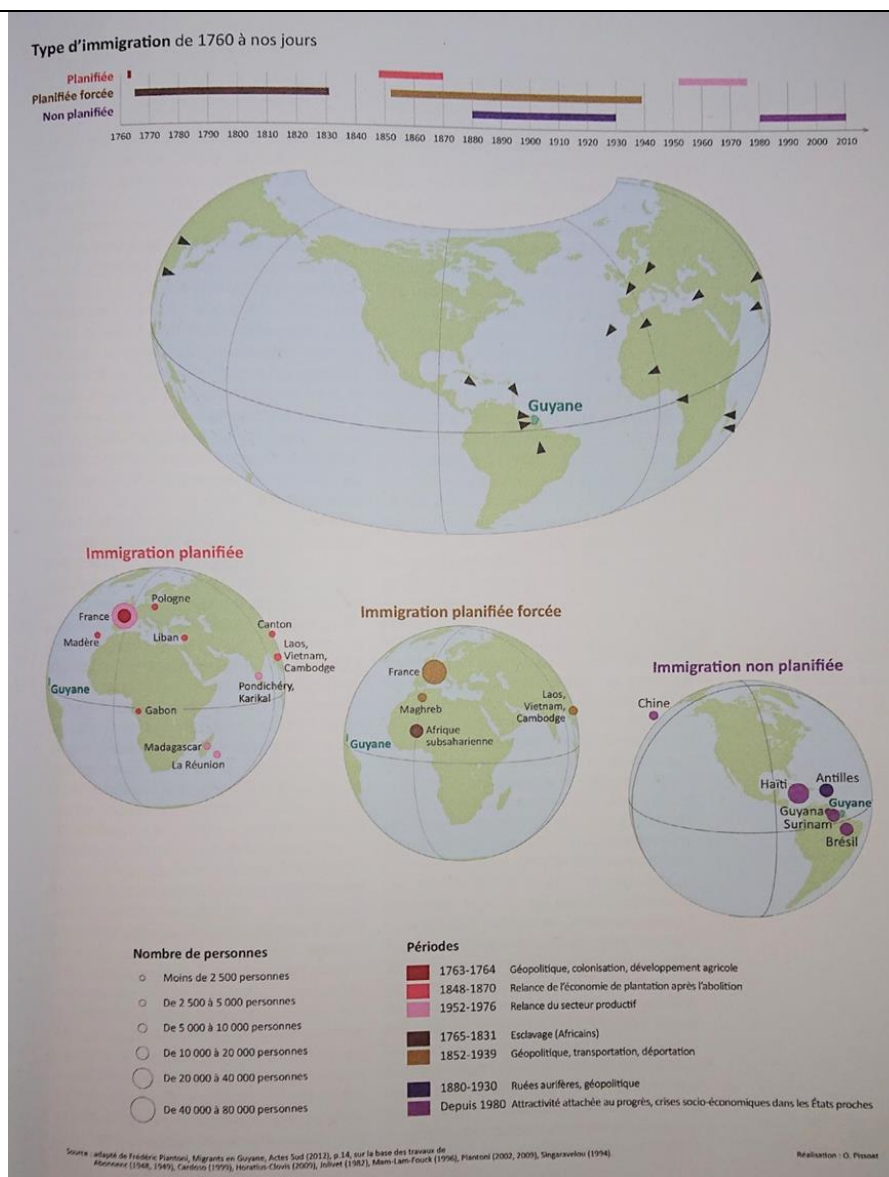
Ville de Cayenne (2020) « Historique de la Ville de Cayenne, les grandes dates », [en ligne], URL :<<http://www.ville-cayenne.fr/iii-siecles-dhistoire/>>

Ville de Saint Laurent du Maroni (2019) « HISTOIRE & PATRIMOINE - [PATRIMOINE] : SÉRIE « AU CŒUR DES ARCHIVES » - VOLET 1 », [en ligne], URL :< https://www.saintlaurentdumaroni.fr/Patrimoine-serie-Au-coeur-des-archives-Volet-1_a5409.html>

Ville.M, Brousse.P, 2014 « Centres délocalisés de prévention et de soins : une approche pour les territoires isolés de Guyane », in *Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations ?* », dossier INPES, n°428, [en ligne], URL :< <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2014-n-428-territoires-fragilises-queelles-strategies-pour-la-sante-des-populations>>

Viot.M, Vaillant.Z (2017) « Co-produire et partager des connaissances pour décloisonner acteurs et niveaux territoriaux et agir sur les inégalités infra-communales de santé », *Revue francophone sur la santé et les territoires, Décentralisation et territorialisation sanitaire*, [en ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/rfst/569>>

Wisdom J.P, Cavaleri M.A, Onwuegbuzie A.J, Green C.A (2012) « Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles », Health Serv Res. 2012 Apr;47(2):721-45, doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01344.x, [en ligne], URL:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22092040/>>



Les vagues migratoires sont bien documentées [F.Piantoni, 2009.a.b, L.Cambrézy, 2015] et la « composition » de la population du 17^{ième} au 20^{ième} siècle également [L.Chevalier, A.Vizot, 1947 ; J.Hauger, 1957]. Pour en retracer les grandes lignes, jusqu'au milieu du 20^{ième} siècle, les premiers colons européens (Espagne, 1530) arrivèrent en Guyane au début du 16^{ième} siècle et la Guyane devint officiellement française (après une arrivée de ces derniers en 1604) en décembre 1676 (excepté la présence portugaise 1809-1817) [F.Piantoni, 2009.b, p.36]. Alors sous-peuplée, plusieurs tentatives de peuplement eurent lieu « comme le levier d'une implantation géopolitique et d'une conquête territoriale » [F. Piantoni, 2012] mais aboutirent à des échecs. L'expédition de Kourou est la première migration planifiée du 18^{ième} siècle et était destinée à peupler le littoral occidental colonial de 1763 à 1764. Elle était composée majoritairement d'une population en provenance de France hexagonale (entre 10 et 20 mille personnes). A la relance de l'économie de plantation après l'abolition de l'esclavage entre 1848 et 1870 avec une population en provenance majoritairement de l'actuel Laos, Vietnam, et Cambodge (5000 à 10 mille), mais aussi de Canton du Gabon, du Liban, de Pologne et de Madère (respectivement 2500 à 5000 personnes). Entre 1952-1976, les migrations planifiées correspondent à la relance du secteur productif constitué de la venue de personnes en provenance de France

hexagonale majoritairement (plus de 40 mille personnes) mais aussi de Pondichéry, de Madagascar ou encore de la Réunion, faisant suite notamment à l'implantation du Centre Spatial Guyanais en 1962.

Les migrations planifiées forcées correspondent entre 1765-1831 à la traite des esclaves en provenance d'Afrique Subsaharienne (10 à 20 mille personnes). De 1852 à 1839, juste après l'abolition de l'esclavage, elles correspondent à l'arrivée de forçats jusqu'au bagne. Ils sont en provenance de France hexagonale (plus de 40 mille personnes), du Maghreb (5000 à 10 mille personnes), du Laos, Vietnam, Cambodge (5000 à 10 mille personnes). L'une des premières migrations spontanées est celle de la ruée vers l'or entre 1880-1930 attirant les personnes venues des Antilles (10 à 20 mille personnes).

Annexe 3 : Document du « service local » sur « le compte des recettes et des dépenses pour l'exercice de de 1922-1930 », 1922 Gallica.Bnf.fr (2011) « Compte administratif / Guyane », en ligne, URL : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54590464/f47.item.r=sante>

58 Dépenses : Exercice 1922. — Chap. X. — Dépenses des exploitations industrielles (suite et fin). — Chapitre XI. — Services d'intérêt social et économique (Personnel). 59

ÉVALUATION des chiffres.	DÉPENSES. — NOMENCLATURE des dépenses.	ÉVALUATION ARTICLES.	DESIGNATION des ARTICLES.	RUBRIQUES DIVERSES.	1 ^{re} Section. — DÉPENSES ORLÉANaises. — Budget 1922.	TOTAL des DÉPENSES. — Plus budg. 1922.	CRÉDITS SUPPLÉMENTAIRES.	TOTAL GÉNÉRAL des crédits.	DÉPENSES LIQUIDÉES.	PAYEMENTS EFFECTUÉS.	RESTES A PAYER au 31 mai 1923.	OBSERVATIONS.		
				Report.....	2,450 00	2,450 00		4,382,466 00	4,170,727 84	4,122,516 00	37,981 73			
Ch. 10 (suite).	Dépenses des exploitations industrielles (Matériel) (suite).....	Article 8	Service des ports.	Frais de bureau au Lieutenant de Port.....	300 00	300 00		300 00	489 01	489 01				
				Habillements des canotiers.....	600 00	600 00		600 00	4,002 41	4,002 41				
				Vivres à l'équipage du bateau-pilote.....	6,000 00	6,000 00		6,000 00	6,980 75	6,980 75				
				Eclairage de la Direction du port et des quais.....	800 00	800 00		800 00	4,867 73	4,867 73				
				Entretien des embarcations, bouées, cordages, etc.....	500 00	500 00		500 00	5,873 94	5,838 94	45 00			
				Entretien du mobilier des postes des pilotes.....	200 00	200 00		200 00	121 40	121 40				
				Entretien du mobilier du bureau.....	400 00	400 00		400 00	56 80	56 80				
				Achat d'agrs, voatures et bouées.....	6,000 00	6,000 00		6,000 00	8,931 60	8,931 60				
				Location d'une chaloupe-pilote.....	0 00	0 00		0 00						
				Grosses réparations.....	0 00	0 00		0 00						
		Article 9	Exercices clos.....	Dépenses des exercices clos et périmés.....	0 00	0 00		2,679 89	2,679 89					
				Total du chapitre 10.....	2,450 00	2,450 00		4,404,506 00	4,168,629 79	4,160,624 04	37,996 73			
Ch. 11.	Services d'intérêt social et économique (Personnel).....	Art. 1 ^{er}	Service de santé (Service central)	Indemnité pour la visite des fonctionnaires du Service local.....	3,000 00	3,000 00		3,000 00	3,000 00	3,000 00				
				Indemnité au médecin de Saint-Laurent.....	500 00	500 00		500 00	490 26	490 26				
				Directeur de la santé (indemnité).....	4,800 00	4,800 00		4,800 00	4,800 00	4,800 00				
						Agent de la santé (indemnité).....	300 00	300 00		300 00	300 00			
						Médecins arraisonneurs à Cayenne.....	4,200 00	4,200 00		4,200 00	4,200 00			
				Article 2	Service sanitaire.	Médecin arraisonneur à Saint-Laurent.....	200 00	200 00		200 00	196 09	196 09		
						1 garde sanitaire de 1 ^{re} classe.....	4,050 00	4,050 00		4,050 00	4,050 00			
						— de 2 ^e classe.....	3,600 00	3,600 00		3,600 00	3,600 00			
						— de 3 ^e classe.....	3,300 00	3,300 00		3,300 00	3,300 00			
						1 gardien du Lazaret.....	3,300 00	3,300 00		3,300 00	3,300 00			
						Indemnité à un agent des douanes garde sanitaire à Saint-Laurent.....	400 00	400 00		400 00				
						1 médecin bactériologiste à Cayenne.....	304 00	304 00		24,364 00	8,282 47	8,282 47		
						1 médecin au laboratoire des fraudes.....	300 00	300 00		3,000 00	3,000 00	3,000 00		
						1 médecin au service d'hygiène.....	300 00	300 00		3,000 00	3,000 00	3,000 00		
						1 sage-femme chargée du service de vaccination.....	500 00	500 00		4,100 00	1,500 00	1,500 00		
		Article 3	Hygiène publique.	Cours d'infirmiers et infirmières.....	400 00	400 00		2,400 00	596 06					
				Cours d'accouchement.....	400 00	400 00		2,400 00	1,900 00	1,900 00				
				1 médecin, de la léproserie.....	304 00	304 00		24,364 00	12,735 00	12,735 00				
				1 comptable.....	300 00	300 00		3,980 98	3,980 98					
				A reporter.....	47,430 90	47,430 90		86,458 00	56,434 46	56,434 46				

Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

ÉNUMÉRATION DES CHAPITRES.	DÉPENSES. — NOMENCLATURE des dépenses.	ÉNUMÉRATION DES ARTICLES.	DESIGNATION des ARTICLES.	RUBRIQUES DIVERSES.	1 ^{re} Section		TOTAL GÉNÉRAL des crédits.	DÉPENSES LIQUIDÉES.	PAYEMENTS EFFECTUÉS.	RESTES A PAYER au 31 mai 1923.	OBSERVATIONS.
					DÉPENSES OBLI- GATOIRES	CRÉDITS SUPPLÉMEN- TAIRES.					
				Report.....	47,430 00						
		Article 3	Hygiène publique. (suite)	3 infirmiers à 1,800 francs.....	"	"	86,458 00	56,434 16	56,434 16	"	
				5 infirmiers, gens de service.....	"	"	4,400 00	3,700 00	3,700 00	"	
				Indemnité à 4 au mônier y compris les frais de culte.	"	"	4,050 00	300 00	300 00	"	
				45 condamnés à 0 fr. 50.....	"	"	4,200 00	4,200 00	4,200 00	"	
				Indemnité à 4 surveillant militaire.....	"	"	"	"	"	"	
				Part contributive pour la relève des officiers du corps de santé de l'Acrouany.....	"	"	600 00	600 00	550 00	50 00	
				1 médecin-directeur de l'Hospice-civil.....	"	"	1,600 00	"	"	"	
				1 médecin en second.....	"	"	9,000 00	44,999 98	44,999 98	"	
				1 économe-comptable:	"	"	9,000 00	10,033 32	10,033 32	"	
				Solde..... 7,500 00	"	"	"	"	"	"	
				Indemnité de responsabilité..... 300 00	"	"	"	"	"	"	
					"	"	7,800 00	8,124 98	8,124 98	"	
				1 pharmacien:	"	"	"	"	"	"	
				Solde..... 5,230 00	"	"	"	"	"	"	
				Indemnité de responsabilité..... 180 00	"	"	"	"	"	"	
					"	"	5,430 00	4,267 35	4,267 35	"	
Chap. 44 (suite).	Services d'intérêt social et économique (Personnel) (suite).....	Article 4	Assistance publique	1 commis d'économat.....	"	"	6,000 00	5,338 83	5,338 83	"	
				1 infirmier-major.....	"	"	2,700 00	2,700 00	2,700 00	"	
				1 Planton-concierge.....	"	"	300 00	4,766 66	4,766 66	"	
				1 sage-femme.....	"	"	2,700 00	2,700 00	2,700 00	"	
				2 surveillantes à 4,400 francs.....	"	"	4,200 00	3,939 84	3,939 84	"	
				4 surveillantes à 4,950 francs.....	"	"	3,900 00	6,047 87	6,047 87	"	
				5 surveillantes à 4,800 francs.....	"	"	9,000 00	4,208 33	4,208 33	"	
				1 cuisinier-chef.....	"	"	4,400 00	2,399 98	2,399 98	"	
				33 gens de service et 9 transportés.....	"	"	43,800 00	39,807 89	39,807 89	"	
				Frais d'enterrement.....	"	"	3,300 00	3,000 00	3,000 00	"	
				Indemnité au secrétaire de la Commission de sur- veillance.....	"	"	150 00	150 00	150 00	"	
				Surveillantes stagiaires.....	"	"	"	4,395 83	4,395 83	"	
		Article 5	Cultes	1 supérieur ecclésiastique:	"	"	"	"	"	"	
				Solde..... 5,400 00	"	"	"	"	"	"	
				Supplément de fonctions..... 4,500 00	"	"	"	"	"	"	
				Frais de service..... 4,500 00	"	"	"	"	"	"	
				Frais de bureau..... 300 00	"	"	"	"	"	"	
				Desservants provisoires.....	"	"	8,400 00	8,399 98	8,399 98	"	
				11 prêtres à 5,400 francs.....	"	"	20,500 00	12,838 09	12,838 09	453 26	
				Indemnité aux desservants des communes rurales.....	"	"	56,400 00	41,719 33	41,719 33	"	
					"	"	2,000 00	2,000 00	2,000 00	"	
				A reporter.....	47,430 00		304,988 00	240,040 25	239,534 99	505 26	

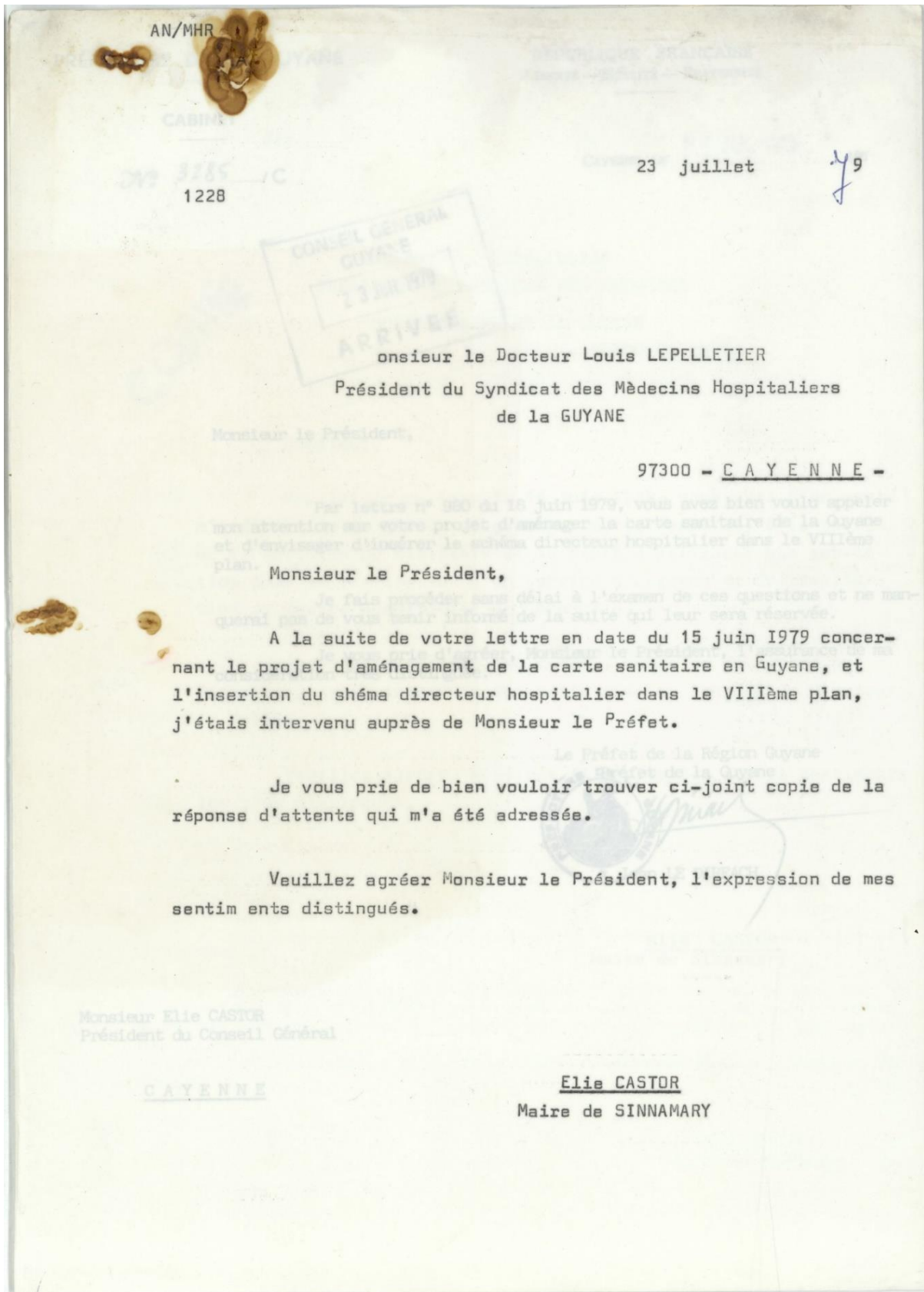
Annexe 4 : « *Projet de budget départemental en recettes et en dépenses : exercice...1948 / Département de la Guyane* », Gallica.bnf.fr (2019), en ligne, URL : <
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1188545d/f61.item.r=dispensaire>>, p.56-60

ANNEXE N° 4B Service de Santé

PERSONNEL	SOLDE de BASE	MAJORA-TION COLONIALE	ZONE	MAJORA-TION FAMILIALE	ALLOCA-TIONS FAMILIALES	SALAIRE UNIQUE	SUPPLÉ-MENT FAMILIAL de traitement	CHERTÉ de vie	ACOMPTÉ PROVISIONNEL	ALLOCATION spéciale FORTAIRE	ABONDE-MENT à la G. I. R.	AVANCE-MENT	INDEMNITÉS DIVERSES	CONTRI-BUTION aux DÉPENSES de relève	SALAIRES	CHARGES MILITAIRES	TOTAL
(A) Etablissements hospitaliers																	
(Hôpital « Jean Martial » et annexe St-Denis)																	
1 médecin commandant 1 ^{er} échelon (2 enfants).....	141,120	59,760	4,400	4,800	13,572	27,168	6,570	37,240 00	72,960 00	43,248 00			66,000 00			27,720 00	333,338 00
1 lieutenant d'administration 2 ^e échelon (3 enfants).....	84,600	36,000	4,400	4,200	33,912	33,912	14,750	37,800 00	42,000 00	23,752 00			1,800 00			33,049 00	360,166 00
3 adjoints chefs infirmiers :																	
1 de 8 ^e éch. (1 enfant).....	72,000	30,000	4,400	4,600	54,252	33,912	23,724	31,750 00	37,200 00	22,152 00			7,820 00			6,480 00	351,680 00
1 de 7 ^e éch. (marié).....	68,760	29,160	4,400	4,600	4,600			29,520 00	37,200 00	21,608 00			1,620 00			6,480 00	218,760 00
1 de 6 ^e éch. (2 enfants).....	63,160	37,720	4,400	4,800	43,572	27,168	4,482	28,950 00	31,200 00	20,181 00			1,620 00			6,480 00	226,272 00
1 adjoint infirmier 5 ^e échelon (2 enfants)	38,630	34,810	4,400	4,800	10,908	21,852		26,460 00	31,200 00	18,720 00			720 00				374,300 00
2 médecins civils :																	
1 principal de 1 ^{er} cl.....	165,000	31,500	4,400	4,600				58,125 00	50,500 00	30,575 00							228,281 00
1 de 2 ^e classe.....	80,000	24,000	4,400	4,800	9,672			30,800 00	37,200 00	23,431 00							204,750 00
20 infirmières sages-femmes :																	
1 ppats hors classe.....	78,000	23,000	4,400					28,050 00	37,200 00	22,800 00							154,567 00
1 de 2 ^e cl.....	61,000	48,200						21,000 00	34,200 00	19,467 00							146,600 00
1 de 1 ^{re} cl.....	57,000	47,000						21,600 00	32,400 00	18,500 00							376,572 00
4 de 4 ^e cl.....	192,000	57,600	38,800	4,800	9,672	48,000	3,600	86,400 00	108,000 00	64,100 00							541,388 00
5 de 3 ^e classe dont 1 en disponibilité.....	481,000	35,200	43,200	3,200		45,120		86,400 00	93,600 00	60,668 00							305,868 00
4 stagiaires de 2 ^e année.....	172,000	51,600	37,600					86,400 00	31,000 00	56,668 00							1,207,922 00
10 stagiaires de 1 ^{re} année.....	420,000	126,000	114,000	4,800	9,672		3,450	216,000 00	211,000 00	130,000 00							169,368 00
4 auxiliaires dont 1 détaché à la Goutte de Lait.....	415,200		57,600	16,000	34,770			86,400 00	60,000 00	39,398 00							194,000 00
3 infirmiers aide-médecins :																	
2 ppats de 1 ^{er} et dt 1 détaché en Indes	72,000	21,600	4,400					27,000 00	37,200 00	21,800 00							199,560 00
1 de 1 ^{re} classe.....	57,000	47,100	4,400	4,800	9,672	18,000	4,012	23,225 00	32,100 00	18,500 00							228,600 00
2 expédit-compt. de 6 ^e cl.....	78,000	23,400	28,300					43,200 00	30,000 00	23,260 00							144,300 00
2 dames-employées dactylographes de 5 ^e cl dont 1 en disponibilité.....	39,000	41,700	44,900					21,600 00	15,600 00	12,600 00							129,820 00
1 garden de bureau hors classe.....	48,000	41,100	43,600	3,200		45,120		21,600 00	27,900 00	16,100 00							613,300 00
7 auxiliaires (1.....)	208,800		100,800	3,200	3,100			151,200 00	165,000 00	69,700 00			108,000 00				168,000 00
1 dentiste (allocations).....																	178,000 00
Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....														178,000 00			6,508,610 00
Gens de service.....													2,400 00				2,400 00
Honoraires des ambuliers.....													6,000 00				6,000 00
Indemnités de caisse et de magasin.....															935,860 00		935,860 00
Indemnités de vivres.....															643,150 00		643,150 00
Prévision pour prise en charge de l'Hôpital « André Bouron ».....											110,220 00						110,220 00
Prévision pour avancement et amélioration de la situation des fonctionnaires.....												7,123,290 00					7,123,290 00
(1) 1 lingère	2,457,320	700,980	648,000	91,200	202,764	211,932	76,375	1,225,140 00	1,242,000 00	700,414 00	119,220 00	7,123,290 00	193,780 00	178,000 00	8,067,620 00	70,780 00	23,000,475 00
4 expéditionnaires-comptables																	
4 magasinier																	
1 planton																	

PERSONNEL	SOLDE	MAJORA-	ZONE	MAJORA-	ALLOCA-	SALAIRE	SUPPLÉ-	CHERTÉ	ACOMPTÉ	ALLOCATION	ABONDE-	AVANCE-	INDEMNITÉS	CONTRIBU-	SALAIRES	CHARGES	TOTAL
	de	TION		TION	TIONS												
	BASE	COLONIALE		FAMILIALE	FAMILIALES	UNIQUE	FAMILIAL de traitement	de	PROVISIONNEL	spéciale, FORFAITAIRE	à la G. I. R.		DIVERSES	aux DÉPENSES de relève		MILITAIRES	
b) Secteur sanitaire n° 1 (Maroni-Mana):																	
1 médecin-capitaine 2° échelon (1 enfant à Mana)	111,960	47,520	14,300	3,200		13,572		55,780	50,400	30,276			42,000			23,040	382,448
1 sergent-infirmier 4° échelon (2 enfants)	45,720	19,080	14,300	4,800	13,572	27,168	35	21,600	27,000	14,604						6,180	198,000
3 infirmières sage-femmes à St-Laurent:																	
1 de 4° classe	38,000	14,400	14,400					21,600	27,000	16,100							141,500
1 de 5° classe	36,000	13,800	14,400					21,600	23,100	15,167							143,367
2 stagiaires de 1° année	84,000	25,200	28,800					43,200	40,800	28,000							250,000
1 auxiliaire	28,800		14,400	4,800	10,980			21,600	15,000	9,792							105,372
1 Manipulateur stagiaire de 2° année à Saint-Laurent	43,000	42,000	14,400	3,200		15,120		21,600	20,400	14,167							144,787
1 Infirmier aide-médecin de 5° classe à Mana	36,000	43,800	14,400	3,200		7,560		21,600	23,100	15,167							143,127
1 infirmière sage-femme de 5° cl. à Mana	46,000	43,800	14,400					21,600	23,100	15,167							141,367
1 monitrice visiteuse à Mana	48,000	14,400	14,400					21,600	27,600	16,100							141,500
1 infirmier journalier à Saint-Laurent																120,000	120,000
Contribution forfaitaire aux dépenses de relève														110,500			110,500
2 filles de salle (1 à St-Laurent et 1 à Mana)												84,000				129,600	129,600
																	84,000
																	26,016
c) Secteur sanitaire n° 2 (Kourou-Sinnamary-Tracoubo):	547,480	174,960	158,400	19,200	24,552	63,260	3,630	204,780	277,800	174,540	26,040	84,000	42,000	110,500	249,600	29,730	2,247,308
4 Médecin-capitaine 2° échelon (1 enfant à Sinnamary)	111,960	47,520	14,400	3,200		13,572		55,780	50,400	30,276			36,000			23,040	376,148
1 infirmier aide-médecin de 2° classe à Sinnamary	53,000	45,000	14,400	17,600	49,806		19,312	23,225	27,000	16,933							239,266
1 infirmière sage-femme de 5° classe à Sinnamary	46,000	43,800	14,400	3,200		15,120		21,600	23,100	15,167							152,687
1 Monitrice-visiteuse à Sinnamary	48,000	14,400	14,400					21,600	27,000	16,100							141,360
1 Infirmier aide-médecin de 2° classe à Tracoubo	52,000	45,000	14,400	17,600	72,576	22,680	27,005	23,225	27,000	16,933							292,351
1 infirmière auxiliaire à Kourou	30,600		14,400					21,600	15,000	10,022							91,322
3 Filles de salle (Kourou-Sinnamary-Tracoubo)																194,400	194,400
Contribution forfaitaire aux dépenses de relève														44,000			44,000
												48,280					48,280
													91,600				91,600
	342,360	107,520	80,400	41,600	122,172	51,372	46,349	161,030	169,800	105,434	48,280	91,600	36,000	54,000	494,400	23,040	1,641,854

PERSONNEL	SOLDE	MAJORA-	ZONE	MAJORA-	ALLOCA-	SALAIRE	SUPPLÉ-	CHERTÉ	ACOMPTÉ	ALLOCATION	ABONDE-	AVANCE-	INDEM-	CONTRIBU-	SALAIRES	CHARGES	TOTAL
	de	TION		TION	TIONS					MENT							
	BASE	COLONIALE		FAMILIALE	FAMILIALES	UNIQUE	FAMILIAL	de	PROVISIONNEL	TEMPORAIRE	à la*		DIVERSES	AUX	MILITAIRES		
							de	VE			C. I. R.			DÉPENSES			
							de							de			
(n) Secteur Sanitaire n° 3 (Cayenne et environs)																	
a) Cayenne																	
1 Infirmier principal de 1 ^{re} classe.....	72,000	21,600	14,400	1,600	.	.	.	27,400	37,200	21,800	.	.	.	.	.	.	496,009
1 Infirmière sage-femme stagiaire de 2 ^e année.....	33,000	12,900	14,400	.	.	.	.	21,600	20,400	15,167	.	.	.	.	50,400	.	426,467
1 planton, gardien du Dispensaire.....																	50,400
Allocation à 3 médecins civils de l'A.M.....																	378,900
Indemnité au médecin chargé de la visite des fonctionnaires.....											10,080		378,000				21,000
													24,000				40,080
																	34,600
b) Remire																	
1 infirmière sage-femme de 4 ^e classe.....	48,000	44,400	14,400	.	.	.	.	21,600	27,000	16,100	.	.	.	.	.	.	141,500
1 infirmier aide-médecin de 5 ^e cl à recruter	46,000	43,800	14,400	3,200	.	15,120	.	21,600	23,400	15,167	.	.	.	.	64,800	.	132,687
1 Fille de salle au dispensaire.....											6,720	2,880					64,800
																	6,720
																	2,880
c) Tonate																	
1 Infirmier aide-médecin de 5 ^e classe.....	46,000	43,800	14,400	.	.	.	.	21,600	23,400	15,167	.	.	.	.	.	.	134,367
1 Infirmière sage-femme de 5 ^e cl à recruter	46,000	43,800	14,400	.	.	.	.	21,600	23,400	15,167	.	.	.	.	64,800	.	134,367
1 Fille de salle au dispensaire.....											6,440	6,480					64,800
																	6,440
																	6,480
d) Roua																	
1 Infirmière sage-femme de 5 ^e cl à recruter	46,000	43,800	14,400	.	.	.	.	21,600	23,400	15,167	.	.	.	.	.	.	134,367
1 Fille de salle au dispensaire.....															64,800	.	64,800
B. Secteur sanitaire n° 4 (Apronague)																	
	347,900	101,140	100,800	4,800	.	15,120	.	137,000	178,200	112,733	23,240	33,600	402,000		234,800	23,040	1,733,153
1 Médecin capitaine 2 ^e échelon (1 enfant)	111,960	47,520	14,400	3,200	.	13,572	.	43,750	50,400	30,276	.	.		36,000			376,148
1 Infirmière sage-femme de 3 ^e classe.....	48,000	14,400	14,400	11,200	37,216	32,680	10,800	22,000	27,600	16,160	.	.			64,800		213,796
1 Fille de salle au dispensaire.....																	64,800
Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....											6,720			44,000			44,000
																	6,720
																	4,630
F) Secteur sanitaire n° 5 (Oyapoc)																	
	452,960	61,920	28,800	14,400	27,216	36,252	10,800	67,780	77,400	46,376	6,720	1,630	36,000	44,000	64,800	25,040	707,094
1 Médecin capitaine 2 ^e échelon (1 enfant)	111,960	47,520	14,400	3,200	.	13,572	.	43,780	50,400	30,276	.	.		36,000			376,148
2 Infirmières sages-femmes : 4 de 4 ^e classe à St-Georges.....	48,000	14,400	14,400	1,800	9,072	18,900	7,600	21,600	27,000	16,100	.	.					177,872
1 Auxiliaire à Ouanary.....	28,800		14,400	.	.	.	.	21,600	15,000	9,792	.	.			429,600		89,192
2 Filles de salle (1 à St-Georges, 1 à Ouanary).....																	429,600
Contribution forfaitaire aux dépenses de relève.....											6,720			44,000			44,000
																	6,720
																	38,880
	188,760	61,920	43,200	8,000	9,072	32,472	3,900	83,980	92,400	56,168	6,720	38,880	36,000	44,000	125,000	23,040	882,812
	4,043,080	1,241,310	1,063,600	170,200	386,076	416,508	134,700	4,944,916	2,037,600	1,285,694	200,220	7,402,760	7,477,750	420,500	8,970,850	475,320	20,613,200



Annexe 6 : Correspondance entre Monsieur Elie Castor et Monsieur Jean le Direach portant sur le projet d'aménagement de la carte sanitaire en Guyane, 1979, source : Archives Territoriales de Guyane

PRÉFECTURE DE LA GUYANE

REPUBLICQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ — EGALITÉ — FRATERNITÉ

CABINET

20 JUIL. 1979

N° 3285 / C CAYENNE, LE 197

CONSEIL GÉNÉRAL
GUYANE
23 JUIL 1979
ARRIVÉE


Monsieur le Président,

Par lettre n° 980 du 18 juin 1979, vous avez bien voulu appeler mon attention sur votre projet d'aménager la carte sanitaire de la Guyane et d'envisager d'insérer le schéma directeur hospitalier dans le VIIIème plan.

Je fais procéder sans délai à l'examen de ces questions et ne manquerai pas de vous tenir informé de la suite qui leur sera réservée.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Préfet de la Région Guyane
Préfet de la Guyane


★ Jean LE DIREACH

Elie CASTOR
Maire de Sinnamary

Monsieur Elie CASTOR
Président du Conseil Général

C A Y E N N E

Annexe 7 : Visite programmée du Pr Beylot, mandaté par le Ministre de la Santé, du 7 au 11 janvier 1982, source : Archives Territoriales de Guyane

CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE



V
Cayenne, le 23 décembre 1981

Le Président du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier de Cayenne

à

Monsieur CASTOR Elie
Président du C.A. du C.H.C.
Hôtel du Conseil Général

97305 - CAYENNE

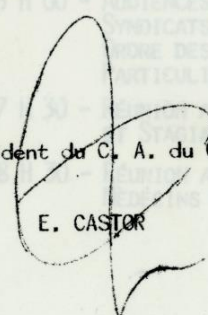
Monsieur,

Dans le cadre de la visite dans le Département de Monsieur le Professeur BEYLOT, Directeur de l'Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales de l'Université de Bordeaux, chargé par Monsieur le Ministre de la Santé d'une mission d'information et de renseignement sur les problèmes de santé de la Guyane, j'ai l'honneur de vous informer qu'une réunion de travail est prévue le LUNDI 11 JANVIER 1982 à 9 H 30, avec le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Cayenne et les Autorités de Tutelle.

Je vous serais obligé de bien vouloir participer à cette réunion qui aura lieu à la salle de délibérations du Centre Hospitalier de Cayenne.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes sentiments distingués.

Le Président du C. A. du C. H. C.



E. CASTOR

CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE

PROGRAMME DE LA VISITE DE MONSIEUR LE PROFESSEUR BEYLOT
DU 07 AU 11 JANVIER 1982

JEUDI 07 JANVIER 1982

MATIN

- 09 H 00 - AUDIENCE CHEZ LE PRÉFET.
- 09 H 30 - AUDIENCE CHEZ LE DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES.
- 10 H 00 - AUDIENCE CHEZ LE PRÉSIDENT DE LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA GUYANE.
- 11 H 00 - RÉUNION DE TRAVAIL AVEC LES ÉLUS DU DÉPARTEMENT.

APRES-MIDI

- 15 H 00 - VISITE DU CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE.
- RÉUNION DE TRAVAIL AVEC LA DIRECTION ET LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION MÉDICALE CONSULTATIVE.

VENDREDI 08 JANVIER 1982

MATIN

- 09 H 00 - VISITE À L'INSTITUT PASTEUR
- 10 H 00 - VISITE À L'O.R.S.T.O.M.
- 11 H 00 - RÉUNION AVEC LE CORPS MÉDICAL HOSPITALIER.

APRES-MIDI

- 15 H 00 - AUDIENCES : SYNDICATS, ORDRE DES MÉDECINS PARTICULIERS, ETC...
- 17 H 30 - RÉUNION AVEC LES INTERNES ET STAGIAIRES INTERNÉS.
- 18 H 30 - RÉUNION AVEC LES MÉDECINS DE VILLE

./...

SAMEDI 09 JANVIER 1982

MATIN

VISITE DE L'HÔPITAL
DE SAINT-LAURENT-DU MARONI.

- 09 H 30 - VISITE À LA MAIRIE.
- 10 H 00 - AUDIENCE CHEZ LE SOUS-PRÉFET.
- 10 H 30 - RÉUNION DE TRAVAIL AVEC LE RESPONSABLE
DE L'HÔPITAL ANDRÉ BOURON.

LUNDI 11 JANVIER 1982

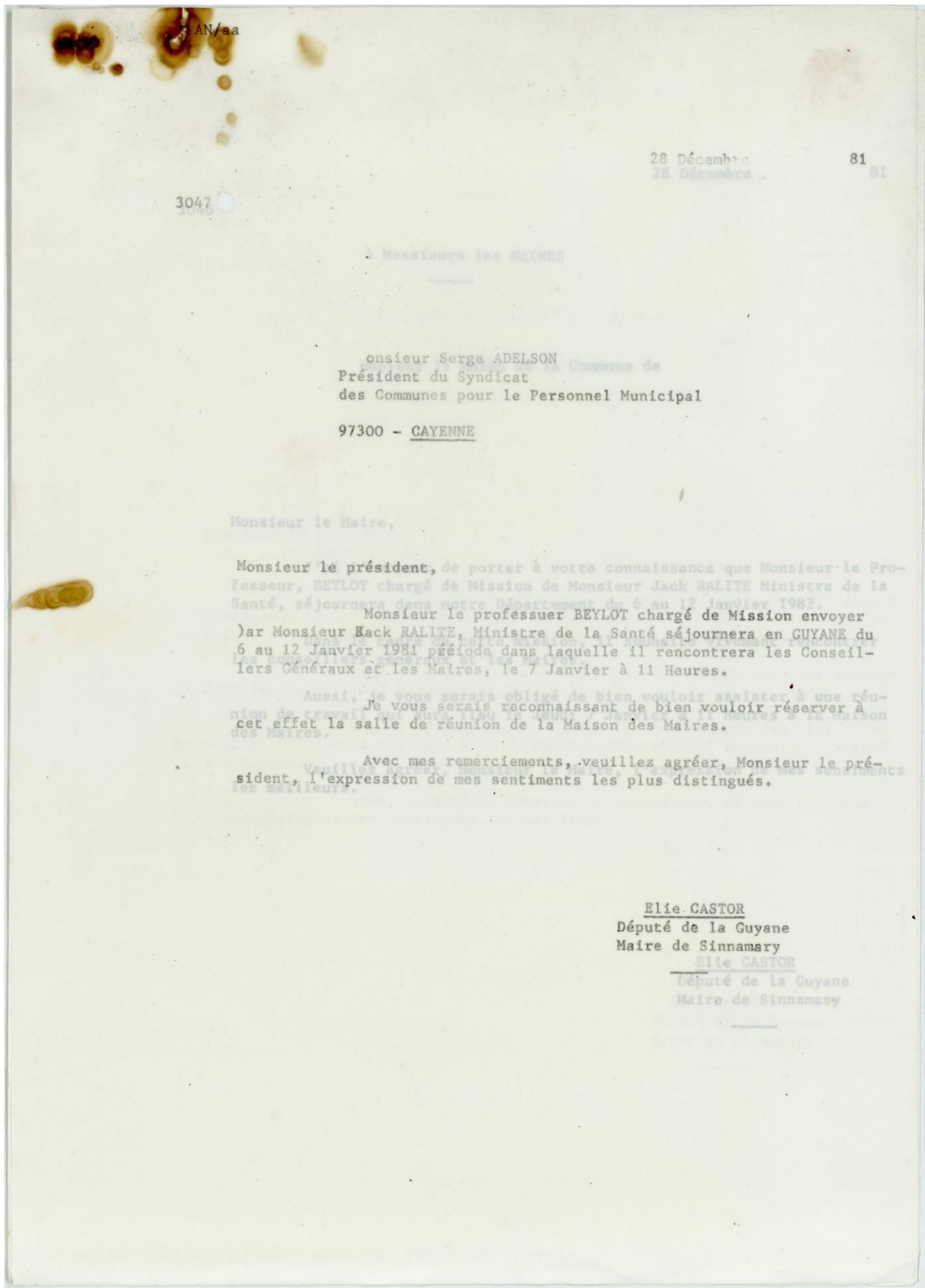
MATIN

- 09 H 30 - RÉUNION AVEC LE CONSEIL
D'ADMINISTRATION DU CENTRE
HOSPITALIER DE CAYENNE,
AVEC LA PARTICIPATION :
DU PRÉFET,
DU TRÉSORIER PAYEUR GÉNÉRAL,
DU DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

APRES-MIDI

- 16 H 00 - RÉUNION DE SYNTHÈSE
AVEC LA DIRECTION ET
LE PRÉSIDENT DE LA COMMISSION
MÉDICALE CONSULTATIVE.

Mlle CARTON
Député de la Guyane
Maire de Sinnouy



28 Décembre

81

3046

à Messieurs les MAIRES

Monsieur le MAIRE de la Commune de

Monsieur le Maire,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que Monsieur le Professeur, BEYLOT chargé de Mission de Monsieur Jack RALITE Ministre de la Santé, séjournera dans notre Département du 6 au 12 Janvier 1982.

Dans le cadre de cette mission, il souhaite vivement rencontrer les conseillers généraux et les Maires.

Aussi, je vous serais obligé de bien vouloir assister à une réunion de travail qui aura lieu le Jeudi 7 Janvier à 11 Heures à la Maison des Maires.

Veillez agréer, Monsieur le Maire, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Elie CASTOR
Député de la Guyane
Maire de Sinnamary

28 Décembre

81

3045

à Messieurs les CONSEILLERS GENERAUX

Monsieur
Conseiller Général
97300 - CAYENNE

Monsieur le conseiller,
et cher collègue,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que Monsieur le Professeur BEYLOT chargé de Mission de Monsieur Jack RALITE, Ministre de la Santé, séjournera dans notre Département du 6 au 12 Janvier 1982.

Dans le cadre de cette mission, il souhaite vivement rencontrer les conseillers généraux et les maires.

Aussi, je vous serais obligé de bien vouloir assister à une réunion de travail qui aura lieu le Jeudi 7 Janvier à 11 Heures à la Maison des Maires.

Veillez agréer, Monsieur le conseiller, et cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Elie CASTOR
Député de la Guyane
Maire de Sinnamary

CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE

Avenue d'ESTREES — CAYENNE 97305
Tel. 31.77.77. - BP 337

Cayenne, le 10 Mars 1962

COMMISSION MEDICALE CONSULTATIVE

Le Président,

Monsieur le Docteur BROYELLE
Médecin Inspecteur Général de la Santé
Ministère de la Santé
8, avenue de Ségur

75005 - PARIS -

Nos Références : N° 154/62/KP/LL

Monsieur,

Suite à notre entrevue, le lundi 15 mars 1962, je viens vous confirmer la position du corps médical du Centre Hospitalier de Cayenne, sur les points suivants :

- 1°) - je tiens à vous signaler le préjudice grave qu'a subi le Centre Hospitalier de Cayenne, du fait, que le télégramme du Ministre en date du 17.12.61, concernant la création de postes médicaux, au titre de l'année 1962, n'a pas été transmis à l'établissement, et que de ce fait, aucune demande n'a été officiellement faite par le Centre Hospitalier de Cayenne, alors qu'il existe des besoins évidents.

Je me permets à ce propos, de vous faire tenir, l'évaluation des besoins en postes médicaux, qui ont été arrêtés par la Commission Médicale, pour la période 1962-65.

- 2°) - Le corps médical hospitalier unanime réclame dans les délais les plus courts, la construction d'un nouvel établissement, tel qu'il a été défini par le plan Directeur.

Seule, cette construction nouvelle permettra la réalisation d'une véritable politique hospitalière au niveau de la Guyane et supprimera le déséquilibre existant, entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée dans le département.

Je vous réitère que la construction d'un nouvel établissement à Cayenne engage non seulement, la politique de santé, mais également la politique générale du Gouvernement vis-à-vis de la Guyane.

.../...

3°) - Je vous ai donné connaissance du vœu émis par la Commission Médicale Consultative du Centre Hospitalier de Cayenne concernant :

- la reconstruction d'un Centre Médico Chirurgical de Bourou ;
- l'installation de lits de réanimation à la Clinique St-Paul, et demandant que soit définie la place de l'hospitalisation, privée, dans la Carte Sanitaire de la Guyane.

Ce vœu sera transmis à l'administration de Tutelle, et je ne manquerai pas de vous informer de la réponse qui lui sera donnée.

4°) - En ce qui concerne, le matériel Bio-Médical, un début d'équipement a été réalisé en 1968, grâce à une subvention du département (sondage, autoscanner du Laboratoire en Hématologie, Echocardiographe, Echographe TR, matériel de réanimation).

Cet effort sera poursuivi en 1969, grâce à une seconde subvention Départementale. Cependant, se pose le problème de rééquipement du Service de Radiologie, où, un investissement minimum de l'ordre de 4 millions est nécessaire, pour couvrir les besoins en radiographie courante, et porter le nombre de salles de 3 à 4.

J'avais signalé ce problème à Monsieur LATHILLE, Directeur de Cabinet du Ministre, en demandant dans quelle mesure une subvention exceptionnelle pourrait être dégagée au niveau du Ministère. A ce propos, il serait peut-être possible de dégager des crédits au niveau de la Guyane, parmi ceux affectés en 1970, au titre d'investissement pour la construction du nouveau Bloc Opératoire.

J'espère que vous voudrez bien appuyer cette démarche, car, vous avez pu constater par vous-même, les conditions désastreuses de fonctionnement du Service de Radiologie.

5°) - Le problème des effectifs en personnel soignant se pose de manière aiguë au Centre Hospitalier de Cayenne, et la Commission Médicale Consultative, lors de la préparation du budget 1969, a fait une étude des besoins immédiats à satisfaire, pour que la sécurité des malades soit garantie.

Cette évaluation aboutissait au recrutement d'un total de 140 agents au titre de l'année 1969 ; les médecins du Centre Hospitalier de Cayenne ont fait savoir qu'ils déclinaient toutes responsabilités, en cas où des incidents surviendraient en rapport avec l'insuffisance numérique du personnel.

6°) - Je vous ai signalé l'importance primordiale de la circulation de l'Information, entre l'Administration Centrale et le Centre Hospitalier de Cayenne, du fait, de son isolement et vous m'avez assuré de votre entière collaboration, pour la circulation de cette information.

.../...

J'espère que cette première correspondance retiendra toute votre attention et que vous voudrez bien me faire part de vos observations.

Je me permets d'en adresser copie, à Monsieur le Président du Conseil d'Administration, à Monsieur le Préfet de Région, ainsi qu'à Monsieur LEBELLE, Directeur de Cabinet du Ministre.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments respectueux et dévoués.

Dr L. LE PELLETIER
Président de la Commission Médicale
Consultative
du Centre Hospitalier de Cayenne.

le 18 février 1953, à Monsieur le Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Cayenne, en vue de l'inscription au tableau de la Commission Médicale Consultative.

1953

DIRECTION
DE L'ACTION SANITAIRE
ET SOCIALE

Tél : 520

N° /DASS/D

REPUBLIQUE FRANCAISE
LIBERTE-EGALITE-FRATERNITE

DEPARTEMENT DE LA GUYANE

CONVENTION

Entre M. le PREFET de la GUYANE, d'une part et M. le Directeur du Centre Hospitalier de Cayenne d'autre part, il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article premier. - Le Centre Hospitalier de Cayenne s'engage à recevoir les personnes que lui adresserait le Service de Protection Maternelle et Infantile de la Guyane pour des examens complémentaires, notamment examens d'électro-radiologie (radiographie et radiophotographie) et examens de laboratoire ceci dans le cadre des instructions Ministérielles concernant la Protection Maternelle et Infantile, la surveillance prénatale, les grossesses à haut risque.

Article 2. - Le Service de Protection Maternelle et Infantile est considéré comme tiers payeur pour les frais non couverts par les organismes de Sécurité Sociale.

Article 3. - Les tarifs des différents examens mentionnés à l'article 1er, réglés à l'acte, seront calculés en effectuant les lettres-clés prévues à la Nomenclature des actes professionnels du pourcentage fixé par l'arrêté interministériel du 3 mai 1961, pris en application du décret 60-1377 du 21 décembre 1960, article 5, ainsi que par les textes subséquents.

Article 4. - Le paiement des sommes dues en vertu du précédent article sera effectué à la fin de chaque trimestre sur production d'un mémoire en trois exemplaires adressé à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Article 5. - La présente convention est faite pour une durée d'un an à compter du 1er janvier 1974, renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par une des parties contractantes un mois avant la fin de chaque période, dénonciation ne donnant pas lieu à indemnité.

Article 6. - Les contestations auxquelles pourrait donner lieu la présente convention seront réglées administrativement.

Article 7. - La présente convention est exonérée de frais de timbre et dispensée de formalité d'enregistrement en application de l'article 35, de la loi du 31 décembre 1945.

Fait à Cayenne, le

Le PREFET de la GUYANE,

Le DIRECTEUR du
CENTRE HOSPITALIER
de CAYENNE,

Pour copie conforme
le Directeur Départemental de
l'Action Sanitaire et Sociale,

J. P. BESANCENEZ

COMMISSION DÉPARTEMENTALE

636

DELIBERATION approuvant les termes de la convention à passer entre le Département et le Centre Hospitalier de Cayenne pour des consultations d'électro-radiologie.

Vu la loi n° 46-451 du 19 mars 1946 érigeant en départements les colonies de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane ;

Vu le décret n° 47-2252 du 1er novembre 1947 relatif aux Conseils généraux des nouveaux départements d'outre-mer et aux pouvoirs des Préfets de ces départements ;

Vu la loi du 10 août 1871 relative aux pouvoirs des Conseils généraux ;

Vu le décret du 12 Juillet 1893 portant règlement sur la comptabilité départementale ;

Vu le rapport n° 21-74/DASS-2 du 1er avril 1974, de M. le Préfet de la Guyane ;

LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE
statuant en vertu des pouvoirs qui lui ont été délégués

- APPROUVE les termes de la convention à intervenir entre le Département et le Centre Hospitalier de Cayenne pour des examens d'électro-radiologie et de laboratoire, pour une durée d'un an à compter du 1er janvier 1974.

- AUTORISE M. le Préfet à signer ce document au nom du Département.

Fait et délibéré à Cayenne en séance du 3 Avril 1974.



LE SECRÉTAIRE

[Signature]
Y. ROBO



LE PRÉSIDENT

[Signature]
G. GIFFARD

Cayenna, le 4 Mars 1985

Docteur A. HULIN

Chef du Service
ACCUEIL-URGENCES et REANIMATION
HOPITAL ST. DENIS

Tel: 31.77.77 poste 11.25-11.45-11.69

Objet : Problèmes posés par
l'hémodialyse dans le service
de Réanimation.

Monsieur le Directeur
du Centre Hospitalier de Cayenne

97300 - CAYENNE

Monsieur le Directeur,

Je tiens à porter à votre connaissance les faits suivants :

1/ en ce qui concerne le fonctionnement de l'hémodialyse aiguë, il est nécessaire :

- de recruter un agent supplémentaire,
- de faire l'acquisition urgente d'un nouveau générateur.

2/ en ce qui concerne les malades devant être pris sur un programme d'hémodialyse en Martinique ou en Guadeloupe, vous trouverez ci-joint la photocopie du téléx que j'adresse ce jour à Monsieur le Docteur ARTAX.

Cependant nombre de malades Guyanais ne supportent plus cette hospitalisation prolongée en Guadeloupe ou en Martinique.

L'un d'eux, Monsieur AMESSI, est sorti contre-avis médical du service du Docteur ARTAX le Vendredi 1^{er} Mars. Il s'est présenté le samedi 2 Mars dans la matinée dans le service de Réanimation pour se faire dialyser, en nous assurant que quelque soit notre décision il ne repartirait pas en Guadeloupe.

Il est évident que si nous refusons sa séance de dialyse chronique le samedi 2 mars, nous serons amenés à lui faire subir inéluctablement une séance de dialyse aiguë en urgence dans la semaine suivante.

Le cas de Monsieur AMESSI est pourtant l'instant isolé, mais je crois savoir que deux autres malades actuellement hospitalisés à POINTE-A-PITRE envisagent la même solution.

3/ en ce qui concerne les nouveaux malades devant être pris sur un programme d'hémodialyse les services de Néphrologie de Guadeloupe et de Martinique nous ont signifié qu'ils n'accepteront plus aucun malade Guyanais dans la mesure où leurs possibilités d'accueil sont saturées.

Par ailleurs, les services d'hémodialyse métropolitains veulent bien prendre en charge nos malades, mais pour une durée qui n'excède pas 2 mois dans tous les cas; or nous n'avons aucune possibilité de prise en charge secondaire de tels malades.

.../...

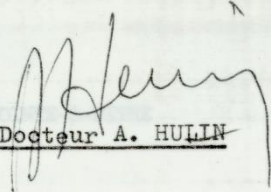
En conclusion, je vous demande de bien vouloir essayer avec les autorités compétentes de me donner des solutions à ces multiples problèmes.

En vous remerciant,

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en mes sentiments les meilleurs.

DESTINATAIRE :

Docteur HULLIN
Service de NEPHROLOGIE
Centre Hospitalier de
97100 - MONTE-A-PRENE


Docteur A. HULLIN

MESSAGE :

APRES AVOIR PRIS L'AVIS DE LA DIRECTION
DU CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE
ET DE MESSIEURS LE PRESIDENT DE LA
COMMISSION MEDICALE CONSULTATIVE,
J'AI LE VIEUX DE VOUS INFORMER QU'IL NE NOUS
EST PAS POSSIBLE DE CONTINUER A ACCUEILLIR LES
SEANCES D'HEMODYALYSE CHRONIQUES POUR LES MALADES
GUYANAIS HOSPITALISÉS EN GUYANNAISE OU EN MARTINIQUE.

Sentiments les meilleurs.

DR. A. HULLIN

TELEGRAMME

EXPEDITEUR :

Docteur HULIN Alain
Chef de service de REANIMATION
du Centre Hospitalier de Cayenne
Hôpital Saint-Denis
Avenue d'Estrées
97305 - CAYENNE

DESTINATAIRE :

Docteur ARTAXE
Service de NEPHROLOGIE
Centre Hospitalier de POINTE-à-PITRE
97100 - POINTE-A-PITRE

MESSAGE :

OBJET : Demande d'attribution
poste d'I.D.E.

APRES AVOIR PRIS L'AVIS DE LA DIRECTION
DU CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE
ET DE MONSIEUR LE PRESIDENT DE LA
COMMISSION MEDICALE CONSULTATIVE,

J'AI LE REGRET DE VOUS INFORMER QU'IL NE NOUS
EST PAS POSSIBLE DE CONTINUER A ASSURER LES
SEANCES D'HEMODIALYSE CHRONIQUES POUR LES MALADES
GUYANAIS HOSPITALISES EN GUADELOUPE OU EN MARTINIQUE.

Sentiments les meilleurs.

J'espère vous transmettre copie de la lettre
adressée à :

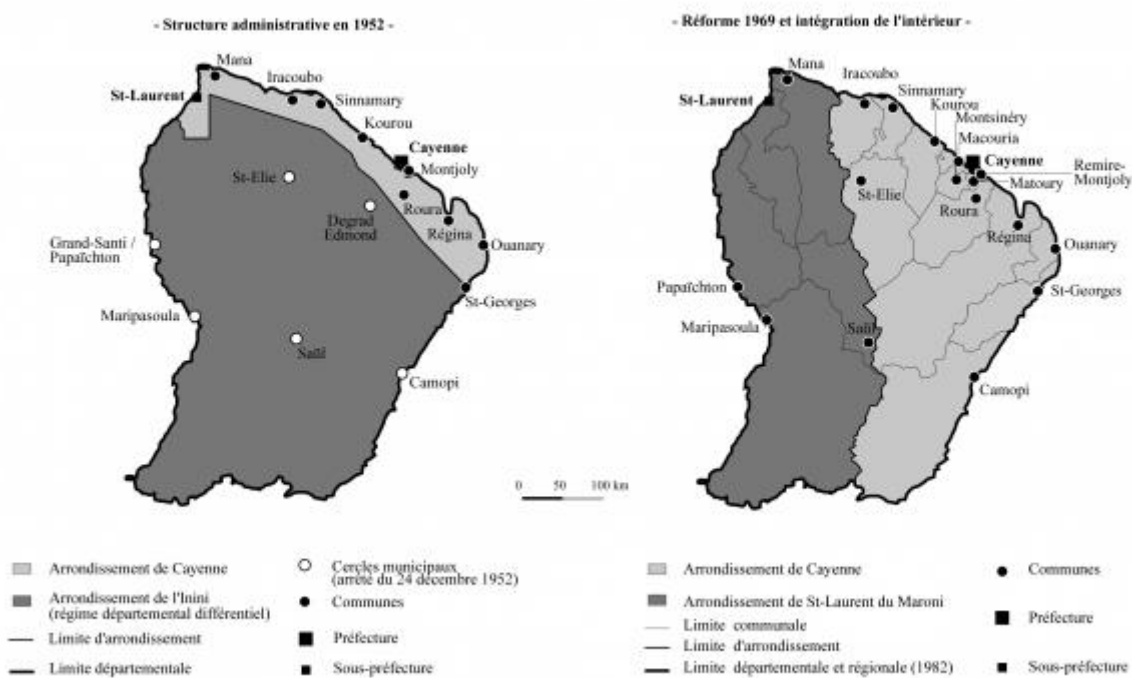
Directeur du Centre Hospitalier de Cayenne
Hôpital Saint Denis
CAYENNE

Espérant que dans des délais raisonnables, satisfaction
vous sera accordée,

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma
considération distinguée.

E. BELLONY

Carte I.2 : Évolution du maillage administratif (réformes de 1930, de 1952 et de 1969)



Sources : d'après Abonnenc [1949, 1979], Brasseur [1978], Jolivet [1982], Mam-Lara-Fouck [1996], Piantoni [2002 (a) : 185 ; 2002 (b)].

Réalisation : Fr. Piantoni, 2008.

Annexe 13 : Noms des acteurs institutionnels et associatifs présents dans les données de l'ARS Guyane en 2019 par communes de la CACL et par domaine d'activité

Statuts	Institutionnels								Associatifs	
Domaines d'activités Communes	Accès aux soins (public et privé)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Total institutionnels/commune	Libéraux Médecins généralistes	Libéraux Dentistes	Libéraux Sages-Femmes	Total institutionnels /commune	Médico-social	Total associatifs / commune
Cayenne	4 Char Cay Centre médical Saint Paul Hôpital privé saint Adrien Centre de santé Clinique véronique	3 Carrud Cay Csapa Sessad Amarante	2 PMI Ronjon PMI Barrat	9	51	21	14	96	1 Samu Social lits d'accueil médicalisés (LAM) + lits halte soins santé (LHSS)	1
Rémire			1 PMI Rem	1	13	3	6	23	1 Act Rémire	1
Matoury			1 PMI Mat	1	14	7	13	35		
Montsinéry-Tonnégrande			2 PMI mo PMI to	2	0		1	3		
Macouria			1 PMI Mac	1	4	4	3	12		
Roura	1 CDPS Roura	1 Csapa hbgt	2 PMI Roura	4	2			6		

			PMI Cacao							
Total CACL/ domaine d'activité	5	5	9	18	84	35	37	156	2	2

Annexe 14 : Noms des acteurs institutionnels et associatifs collétés en plus par communes de la CACL et par domaine d'activité

Statuts	Institutions							Associations							Total général	
	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels ajoutés / commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Aide alimentaire	Insertion sociale	Réseaux de soins		Total associatifs ajoutés / commune
Cayenne				+1 Ceggid (ex Cdag) CH Cay	+2 Ccas Cay Cdif	+3 OFFI CGSS PREF	6	0	+3 CRF CPS Barrat CRF PADA MDM	+2 Agrrr Entr'aides	+4 Arbre fromager Afdg Cimade Secours catholique	+1 CRF Pfa	+4 CRF EBM Douches Cay Clspd Frère de la Crique Npi	+4 Diabète Kikiwi Onco Périnat	18	24
Rémire					+1 Ccas Rem		1	0			+1 Daac				1	2
Matoury	+1	+1			+1		3				+0				0	3

	Char PASS Balata	RDS Carrud Mat			Ccas Mat											
Montsinéry- Tonnégrande					+1 Ccas MoTo	1									0	1
Macouria					+1 Ccas Mac	1									0	1
Roura					+1 Ccas Roura	1									0	1
Total acteurs CACL ajoutés/ domaine d'activité	1	1	0	1	7	3	<u>13</u>	0	3	2	5	1	4	4	<u>19</u>	<u>32</u>

Annexe 15 : Noms des Acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaine d'activité (compilation des données de l'ARS et de la collecte personnelle)

Statuts	Institutions								Associations				
Domaines d'activités	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels /commune	Médico-social	Prévention/ Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune	
Communes													
Cayenne	4 Char Cay	3 Carrud Cay Csapa	2 PMI B cay	1 Ceggid (ex	2 CCAS Cay CDIFF	3 OFFI CGSS PREF	15	1 Samu Social (Lits médicalisés+	3 CRF CPS	2 Entraides AGRR	4 Arbre fro Afdg	10	

	Centre médical Saint Paul Hôpital privé saint Adrien Centre de santé Clinique véronique	Sessad Amarante	PMI R cay	Cdag) CH Cay				Lits halte soins santé)	CRF PADA MDM		Cimade Secours catho	
Rémire			1 PMI Rem		1 CCAS rem		2	1 Act Rem			1 DACC	2
Matoury	1 Pass Mat	1 Rds carrud mat	1 PMI mat		1 CCAS Mat		4					
Montsinéry-Tonnégrande			2 PMI Mo PMI To		1 CCAS MoTo		3					
Macouria			1 PMI Mac		1 CCAS Mac		2					
Roura		1 Csapa Roura (avec hbgt)	2 PMI Roura PMI cacao		1 CCAS Roura		4					
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	5	5	9	1	7	3	<u>30</u>	2	3	2	5	<u>12</u>

Annexe 16 : Noms des Acteurs institutionnels et associatifs par commune et par domaines d'activités inclus dans l'échantillon de travail

Statuts	Institutions							Associations				
Domaines d'activités Communes	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels /commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social	Total associatifs/ commune
Cayenne	1 Char Cay (Pass générale + Pass Hdj)	2 Rds Carrud Cay CSAPA Cay	2 PMI B cay PMI R cay	1 Ceggid (ex Cdag) CH Cay	2 CCAS Cay CDIFF	3 OFFI CGSS PREF	11	1 Samu Social (Lits médicalisés+ Lits halte soins santé)	3 CRF CPS CRF PADA MDM	2 Entraides AGRR	4 Arbre fro Afdg Cimade Secours catho	10
Rémire			1 PMI Rem		1 CCAS rem		2	1 Act Rem			1 DACC	2
Matoury	1 Pass Mat	1 Rds carrud mat	1 PMI mat		1 CCAS Mat		4					
Montsinéry-Tonnégrande			2 PMI Mo PMI To		1 CCAS MoTo		3					
Macouria			1		1		2					

			PMI Mac		CCAS Mac							
Roura		1 Csapa Roura (avec hbgt)	1 PMI Roura		1 CCAS Roura		3					
Total acteurs CACL/ domaine d'activité	2	4	8	1	7	3	<u>25</u>	2	3	2	5	<u>12</u>

Annexe 17 : Noms des acteurs interrogés, moyen de passation et dates des entretiens

Statuts des acteurs	Passation	Noms des acteurs	Date d'entretien
Institutionnels (16)	Face à face	Pass Générale de Cayenne ³²⁶	29/03/2017
		Pass HDJ de Cayenne	17/05/2017
		*Pass de Balata	*29/03/2017
		RDS Carrud Cayenne	18/05/2017
		*RDS Carrud Matoury	*18/05/2017
		PMI Barrat Cayenne	22/05/2017
		CCAS Cayenne	22/03/2017
		CDIFF	14/03/2017
		OFFI	11/05/2017
	Téléphonique	PMI Rémire	26/07/2017
		* PMI Montsinéry	*10/07/2017
		*PMI Tonnegrande	*10/07/2017
		PMI Macouria	10/07/2017
		PMI Roura	06/07/2018
		CCAS Rémire	05/07/2018
		CCAS Montsinéry-Tonnégrande	07/08/2018
		CCAS Macouria	26/07/2018
Associations (12)	Face à face	ACT Rémire	22/03/2017
		CRF CPS	02/05/2017
		*CRF PADA	*02/05/2017
		MDM	24/05/2017
		Entr'Aides	10/04/2017
		Arbre fromager	21/03/2017
		Cimade	02/05/2017
		DAAC	09/05/2017
	Téléphonique	AFDG	28/06/2018
	Visioconférence	AGRRR	04/09/2018
*Renseigné via entretien avec un acteur travaillant dans une autre structure			

ARS	Face à face	ARS Pôle DOS	10/05/2019
		ARS Pôle DA	01/04/2019
		ARS Pôle DSP	17/04/2019

Tous les entretiens sont disponibles sur un dossier en ligne : https://drive.google.com/drive/folders/1JSPoDNZv_nuhVMiCCoeFRNED6SyP7Mms?usp=sharing

³²⁶ Comptés comme 1 entretien

Annexe 18 : Extrait d'entretien avec l'un des pôles de l'ARS

Donc oui, pour cadrer, en fait est-ce que vous avez une vision globale des acteurs qui travaillent ensemble pour la prise en charge de ces populations vulnérables ?

Alors mon, mon, ma... la particularité de l'offre de soins c'est qu'on est plus axés sur à la fois les établissements de santé

Humhum

Publics ou privés

Oui

Et sur les... professionnels de santé

D'accord

Du secteur libéral.

Donc c'est euh, nous, notre, notre cœur de métier

Humhum

Après pour ce qui est de, de l'accès aux droits ou des partenaires, c'est vrai que la direction santé publique est plus euh... plus axée sur ce volet accès aux droits

Hum

Et nous on... travaille plus sur euh... l'accès aux droits mais dans le cadre euh, des établissements. Ça va être les PASS pour les établissements publics de santé

Oui

Ça va être euh, des conventions spécifiques pour la maison médicale de garde par exemple euh, sur lesquelles on a travaillé avec la CGSS. On a réussi à négocier que euh, les personnes qui se présentent à la maison médicale de garde (MMG)

Hum

Sans droits sécu

Oui

Ben sont quand même reçues

D'accord e

Et après il y a une facturation directe euh, euh, au praticien par la sécu. Donc notre, notre vision elle est quand même très... très institutionnelle

Oui. Ben justement, de toute façon c'est cette vision-là qui me manque.

Ouais, d'accord

Donc euh, du coup-là c'est vrai que j'aurais souhaité avoir plutôt ne vision disons ben voilà par exemple est-ce que on a des partenariats qui se créent aussi bien entre l'hôpital de la PASS et les libéraux euh, est-ce que on a des sortes de parcours en fait qui commencent à se dessiner ?

Hum

Ou bien ce n'est pas encore le cas ?

Pour moi ce n'est pas vraiment le cas, c'est plus euh... ça repose plus sur des personnes. C'est-à-dire que vous pouvez avoir des praticiens au centre hospitalier de Cayenne qui vont euh... sur une thématique je ne sais pas moi, diabète par exemple, qui vont euh, tisser un parcours et de fait euh... travailler avec les libéraux

D'accord mais ce n'est pas...c'est, enfin on n'est pas très avancés là-dessus

D'accord

Donc là oui c'est vraiment une question euh... bon ce serait presque très personnel en fait.

Oui

C'est le professionnel de santé

Oui

Qui va

Oui, oui

Faire en sorte d'aider la personne assez globalement

Oui

Et de l'inscrire/

Oui et qui va faire son réseau

D'accord

C'est un peu la limite de l'exercice à l'heure actuelle

Humhum

Même si la tendance est d'aller vers les parcours, on y arrivera mais pour l'instant on a encore tout ce travail

D'accord

Donc là est-ce que il y a des choses d'écrites, ou bien...

Ce n'est pas du tout encore en cours, non, je ne pense pas. Non. Je ne vois pas ce que je pourrai vous trouver sur le sujet

Humhum. D'accord

Et là avec le nouveau PRS, c'est certainement à, amorcé cette volonté justement de, d'avoir plus de parcours ?

Oui, oui

C'est, c'est ce qui est affiché en tous cas

Oui

Donc l'objectif c'est de 2025,

Oui

De créer des parcours

Oui

Beaucoup plus structurés

Oui, oui

Créer des parcours tout simplement

Humhum

De vrais parcours en fait, c'est ça

C'est vrai que si il n'y a rien d'amorcé...

Voilà

D'accord

Et donc au niveau euh, et donc puisque là c'est vraiment une question de professionnels est-ce que si on passe à l'étage au-dessus, vraiment entre établissements sanitaires, est-ce qu'il y a des complémentarités qui se créent, est-ce que des acteurs travaillent ensemble ?

Alors ça, ça commence euh, on va utiliser le Groupement hospitalier de territoire (GHT)

Oui

Qui vient d'être signé pour justement euh... travailler plus sur la complémentarité entre établissements alors pour l'instant ça concerne les 3 établissements publics

Humhum

Cayenne, Kourou, Saint Laurent

Oui

Mais euh, déjà là, par le projet du, du projet médical des territoires qui sont en train d'écrire. On espère euh, aboutir à euh, plus de travail euh, justement en complémentarité

Oui

Parce que là à l'heure actuelle, est-ce que on pourrait avoir une vision, vraiment, ou on pourrait citer chaque acteur travaille en complémentarité avec l'autre, avec tel lien, enfin, que ce soit formalisé, ou pas formalisé et sur tel domaine d'activité ?

Pour l'instant ce n'est pas vraiment le cas. Ce n'est pas vraiment le cas. On a un établissement de référence qui est Cayenne.

Oui.

Et euh, ben les deux autres qui font, qui ont des activités un peu en fonction de leurs... les professionnels qui arrivent à, à recruter dans les différentes spécialités.

Hum

Donc là j'imagine qu'il doit y avoir des transferts de patients de temps en temps sur Cayenne, si on a un manque de

Ah oui, oui, oui

De spécialité

Oui, oui, oui, c'est évident, oui, oui, oui

D'accord

Ouais. Et que ce soit de SLM ou de Kourou. Notamment le service de réanimation il y en a qu'un sur le Territoire qui est à Cayenne

Hum, d'accord

Donc là il y a des transferts qui sont euh, qui sont obligatoires en fait.

Et donc là est-ce que c'est, est-ce qu'il y a d'autres, d'autres éléments, enfin est-ce qu'il y a d'autres transferts qui se créent entre établissements ?

Ça vaut aussi pour des spécialités comme la néonate, le service de pointe est à, est à Cayenne.

Euh, c'est aussi la limite d'avoir un établissement de référence, c'est-à-dire que SLM quand ils arrivent en capacité maximum à tendance à, à évacuer sur Cayenne.

Oui

Et Cayenne, quand il arrive à saturation, ben il n'évacue sur rien du tout.

Oui

C'est-à-dire que,

Il fait, avec que, avec ce qu'il a

Oui avec les moyens...

Ou alors euh... ça nous est arrivé de devoir évacuer sur les Antilles

D'accord

Pour soulager les capacités en interne. Mais franchement c'est, c'est compliqué

Humhum

Et donc à si ion est vraiment sur les, sur la spécificité population vulnérable et de ce fait les PASS/

Humhum

Comment ça fonctionne, est-ce qu'il y a des choses qui se créent avec les libéraux ? Ou bien c'est encore une question de pro de santé ?

Non en fait, les PASS ont... en inter l'établissement concernent les consultations de l'établissement, la pharmacie de l'établissement enfin c'est vraiment pour euh, pouvoir accueillir cette patientèle en interne. Alors en plus avec des, chaque PASS est un peu gérée différemment. Il y a des PASS qui sont médicalisées

Humhum

Et d'autres qui sont très administratives et qui ne vont concerner que ben... éventuellement de ne faire que des bons de circulation pour que des patients sans droits accèdent à des consultations ou à des produits pharmaceutiques.

Ou alors pour aller jusque, jusqu'à ... le, comment dirais-je, l'établissement du dossier administratif pour une éventuelle ouverture de droits à venir.

Donc là, lesquelles pourront, sont les plus administratives ?

Ben pour moi, euh, c'est SLM

D'accord

Qui pour, enfin la PASS c'est presque une émanation du bureau des entrées quoi, je, je...

D'accord

Entre euh, entre euh, c'est un mix entre le service social et le bureau des entrées

Tandis que, sur les autres sites ?

Sur, sur Cayenne par exemple il y a une PASS euh, il y a des consultations déjà aux urgences et il y a un PASS ondo (odontologie), il y a une PASS délocalisée sur Balata.

Hum

Donc avec des consultations et tout ça, donc euh, on est déjà sur un schéma plus large quoi...

Oui, et on a quand même euh, un, enfin tant une partie médicale que sociale ? Pour l'aide à l'accès aux droits donc ?

Oui. Oui. Oui.

Et donc là est-ce qu'il y a des liens qui se créent avec euh... aussi bien d'autres institutionnels, ou d'autres associatifs ? Pour qu'il y ait, pour que l'on... parce que c'est une entrée dans le soin aussi la PASS finalement.

Oui, oui, complètement. Mais

En tous cas, dans le système... Hum

Je ne suis pas sûre que... ça interagisse beaucoup.

D'accord

Je ne suis pas sûre

Chacun ayant du mal déjà à assurer ses propres besoins. En termes euh... face au plan social par exemple euh... pff, c'est, ce n'est jamais suffisant.

Donc là/

Et même, même

Là

Et même au niveau de... d'un établissement comme le centre hospitalier de Cayenne, euh, chaque strate a presque son service social. C'est-à-dire que les CDPS, ils vont avoir leur service social.

Humhum

Pour essayer de... euh, de prendre en charge la population de, des centres de santé

Oui

Mais... qui va, y, enfin, ça s'ajoute au service social du MCO, la médecine chirurgicale obstétrique à chacun son, à son bout d'activité

Humhum

Sur le, sur le champ social Et ça ne suffit pas en fait. Parce que le maillage il est, il n'est jamais complet

Oui

Parce que là après par exemple si on a besoin, enfin je voyais par exemple, enfin vous citez le MCO, on ne renvoie pas nécessairement par la PASS pour faire tous les dossiers administratifs ?

Hum, pas forcément. Alors je ne sais pas trop dans le détail comment ça se passe. Il faudrait presque aller sur place pour voir euh, comment ça se passe. Mais il y a des circuits spécifiques quoi.

D'accord

Hum

Donc là lorsque, parce que l'on ne dit pas beaucoup d'interactions mais ça veut dire qu'il y en a un petit peu !

Donc/

Oui mais pour moi

Ce serait avec lesquels ?

Pour moi, une vraie, une vraie interaction c'est euh, le centre hospitalier de Cayenne avec je ne sais pas moi, telle association Médecins du Monde ou euh, la Croix Rouge ou... et ça je ne crois pas que ça marche, que ça fonctionne beaucoup quoi. Chacun reste un peu ...

Dans son coin ?

Un peu chez soi. Ouais

D'accord.

Donc là ce serait vraiment une volonté des patients, d'aller à la PASS ? euh/

Oui, oui

D'eux-mêmes

Oui

Ils ne sont pas nécessairement orientés par euh, des acteurs de terrain ?

Bah, je ne suis pas sûre. Alors après l'information elle leur arrive bien par quelqu'un.

Oui

Mais je ne sais pas comment

Hmhum

Parce que-ils, enfin ça ne tombe pas du ciel non plus.

D'avoir accès aux PASS

Alors peut-être que les assistantes sociales de ville font aussi ce travail-là, je ne sais pas

D'accord

Il faut que je me renseigne

Vous êtes déjà allée dans l'établissement ? Non ?

Euh, à l'hôpital ?

Voilà. Oui à l'hôpital voir ce qu'il se passe, hum ?

Oui

Ouais

J'ai fait un stage de 6 mois là-bas, euh

D'accord hum

Donc j'ai eu un petit peu l'occasion

Ouais

de voir comment ça se passait. J'ai rencontré aussi les AS sociales aussi

Ouais

En tout cas de l'hôpital de jour

Hum

Pour avoir des infos.

Mais bon là c'est vrai que c'était quand même beaucoup plus spécifique, parce que... enfin c'est toujours un, enfin je trouve que on a une partie où il faut, lorsque, enfin, c'est presque une chance d'être malade.

Oui

D'avoir une maladie type VIH, diabète, hypertension...

Ouais, ouais

Enfin pour avoir vraiment une prise en charge.

Mais là moi ce qui m'intéresse c'est l'entrée dans le soin et je me demande par exemple, lorsque l'on a tout... juste besoin de consulter un médecin

Ouais

Du coup, quelles sont les portes d'entrées

Ouais, ouais

Et comment on accède euh

Ouais

Aux PASS

Ouais

Et comment on va accéder après à ses droits, euh...

Ouais

Enfin moi je me demande en fait quel est, au niveau en tous les cas au niveau du système eu, du système de santé à une échelle locale, euh, quelles sont les complémentarités entre acteurs qui se

Ouais

Qui se mettent en place

Hum

Euh, pour la prise en charge de ces personnes-là. Mais euh, c'est vrai que de toute façon, même après les discussions tant avec Mme [REDACTED] que Mme [REDACTED], tout semble assez, assez flou au final euh.

Oui.

En fin nous en plus on n'est pas, on a une vision un peu euh... un peu macro du dispositif quoi.

Humbum

On finance euh, bon on sait à peu près ce qu'il y a comme personnel. On sait à peu près ce qu'ils sont censés faire. Mais après dans, dans la technique pure, les circuits et tout ça. On n'est pas forcément au cœur de, de, de ce qui se passe.

Humbum

Pour le coup, ça vaudrait, ça vaudrait le, ça vaudrait la peine d'aller euh ben dans, une, enfin un jour à la PASS voir comment, comment ça fonctionne.

Humbum

Qui on trouve euh... et hum, je, enfin la limite de l'exercice aussi mais ça c'est parce que je pense que tous les services sont un peu, sur, surchargés, hum. Je ne suis pas sûre qu'il y ait une continuité. C'est-à-dire que le patient vient aujourd'hui

Oui

Il a sa consultation, il a son « bon PASS », il a sa consultation, éventuellement si besoin il a ses médicaments. Et après je ne suis pas sûre qu'il y ait une vraie continuité, je ne suis pas sûre que son dossier soit intégré dans un circuit d'ouverture de droit quoi. Ça je ne suis pas sûre.

D'accord.

Je ne suis pas sûre.

Oui donc pas de continuité en tous cas pour amorcer un parcours de soins ?

Pas aller jusqu'au bout d'une euh... je ne suis pas sûre

Oui

Après il faut le vérifier sur place

Humbum

Peut-être que moi je m'avance

Mais compte tenu du flux de patients, parce que ça voudrait quand même dire que euh, ben peut-être que ce sont les plus motivés qui euh, qui vont, qui vont peut-être adhérer à... à ... hum... au besoin de, d'avoir une carte vitale, d'avoir ce qu'il faut pour. Mais ça veut dire qu'il faut qu'ils reviennent, qu'ils présentent, enfin qu'ils fournissent les papiers en bonne et due forme et tout ça.

Oui

Et euh, une fois que vous avez eu votre consultation vous avez un problème, vous avez eu votre consultation, je ne suis pas sûre qu'ils aient tant que ça intérêt à continuer quoi, je, je sais pas trop comment ça se passe.

Je ne pense pas que ce soit la motivation première en fait de ces personnes-là.

Ouais, c'est ça, c'est ça.

Ils sont tellement d'autres choses à...

Parce que une fois que leur problématique est réglée, ben ils attendront la prochaine fois

Oui ?

Juste ça

Humhum...

Oui donc là, il n'y a même pas de suivi de dossier par exemple, qui transite de PASS vers les libéraux pour assurer un suivi ?

Ben... je ne suis pas sûre. Non, je ne suis pas sûre. Je ne suis pas sûre.

Humbum

De toute façon les libéraux eux ce qu'ils attendent c'est euh... ben, des droits ouverts quoi.

Oui, quoiqu'il arrive...

Ben oui pour eux, il fait que le patient il soit, soit couvert.
Sauf avec le nouveau dispositif dont vous parliez tout à l'heure où euh, les...

Oui, mais ça, ça ne vaut que pour la maison médicale de garde.

D'accord

Vous savez là... il y a des libéraux qui font une permanence, les week-ends et le soir.

Oui

Le soir c'est 19h 1h du matin. Et le week-end c'est toute la journée. Samedi après-midi et dimanche toute la journée. Et... et là en fait la limite de l'exercice c'est que, ils n'accueillant au départ que le, les patients avec les cartes, humm... enfin sauf si les personnes voulaient payer, ça c'est autre chose mais euh... ben sinon pas de, pas de droits ouverts, pas de consultation possible

Hum hum

Et ces gens-là, ben on les retrouvait aux urgences

Oui

Donc à un moment quand on s'est trouvés en difficultés aux urgences avec euh, des flux trop importants, on s'est dit on va peut-être euh... On va peut-être essayer de euh... d'aiguiller euh les consultations de base vers le dispositif libéral.

Oui

Et du coup ça fonctionne. D'accord

Et donc là ces maisons, enfin spéciale de garde, il y a ?/

C'est juste à côté des urgences

Ab oui d'accord donc

Il y en a qu'une à Cayenne, elle est à côté des urgences

Enfin il y en a qu'une en Guyane en fait

Ab oui donc en fait là c'est vraiment spécifique euh à Cayenne ?

Oui

C'est juste pour désencombrer les urgences euh je ne sais pas vous avez une angine, vous n'avez rien à faire aux urgences quoi.

Hum

Sauf que si vous n'avez pas un... un, un médecin de garde comme c'est le cas en Guyane. Pas de service SOS médecins, ben en fait euh... on a avait imaginé ça pour euh... et ça fonctionne.

Et ça, ça a été mis en place quand exactement ?

Je dirais euh... je sais plus. J'aurai dit dans les années 2000... peut être 2005.

D'accord

J'avais pas du tout entendu parler de ce dispositif

MMG ?

Pourtant c'est assez ancien

Ouais, ouais.

Et il n'y a pas de sorte d'appel d'air justement euh, parce que ces personnes-là après en se disant, ben voilà euh... ? /

Non

Non franchement non, non

Alors on n'a pas non plus communiqué euh... à outrance en disant euh... allez-y

Hum

Oui, après c'est ça aussi qui fait que ...

Il y a peut-être 2, 2 patients par soirées euh...

D'accord

Qui sont concernés quoi

Et généralement après, ces patients là c'est parce qu'ils attendent à l'hôpital et ils sont réorientés vers cette maison ?

Ben, ça ça ne fonctionne pas très bien. Au départ de la MMG il avait été entendu que euh... quelqu'un qui se présente aux urgences et qui euh, pour quelque chose de bénin soit ré orienté vers la MMG. Ça ça a un peu disparu.

Oui

Les urgences gardent toutes les personnes qui se présentent aux urgences

Ab...

Et donc euh, on va essayer de retravailler ça.

Avec le chef de service des urgences

Humhum

Et donc là pour euh, on parlait tout à l'heure justement de, des associations donc qui n'étaient, donc du coup pas forcément en très grand nombre.

Hum

Pour vous ce fait cette nébuleuse associative vient plutôt en renfort du système, ou ben plutôt en complémentarité des actions institutionnelles ?

Humm... Moi je dirais plutôt en, en renfort.

Oui

Donc je ne sais pas trop, je ne sais pas.

Parce qu'après est-ce que l'offre institutionnelle psi elle était seule pourrait répondre à toutes les demandes ?

Pas forcément mais, pas forcément, enfin je ne sais pas. Peut-être que oui. Il y a, il n'y a pas grand-chose en dehors du... du système actuel. Alors il y avait des consultations qui étaient exercées à un moment par MDM, il me semble

Humbum

Et ils ont arrêté

Et là je crois qu'ils sont à nouveau sur un projet... PASS de ville

Oui, oui, ça c'est en route.

Mais il faut qu'on les finance

Oui

Rire

Oui c'est toujours ça la clef après

Voilà

Et donc est-ce que à l'heure actuelle, bon parce que on a vu quand même qu'il y avait peu de complémentarité en tous les cas entre établissements.

Bon, il y a des problèmes d'efficacité ou bien c'est un système qui fonctionne bien à l'échelle de la Guyane ? En tous cas, ou alors sur certaines spécialités, mais pas nécessairement sur des populations type vulnérables pour leur entrée dans le soin, est-ce qu'il y aurait des défaillances ? Enfin un constat à faire sur une étude et qui pourrait se baser .../

Ben, moi j'ai tendance à dire que euh, pour le coup on fait fi de la situation de... de... enfin ouais les usagers des établissements ben... on ne regarde pas, en fait ils ont le même traitement. Qu'ils soient assurés, pas assurés quoi.

Oui

A partir du moment où ils sont arrivés à l'hôpital, ben ils sont pris en charge quoi

Hum hum

Donc ce serait quand même quelque chose qui fonctionne au final ?

Ben moi je trouve oui, oui

Oui ?

Oui je trouve

Mais après sur les consultations toutes basiques ?

Parce que

Ben, ben en fait pour les consultations basiques, je pense qu'il y a du renoncement au soins.

Humhum

Mais ça comment on le mesure ? Je ne sais pas

Oui ça il faudrait faire des enquêtes

Ouais

Beaucoup plus poussées

Parce que je suis sûre que le renoncement aux soins il existe. D'ailleurs pas que pour les soins de premier niveau hein, euh... Ça vaut aussi pour les spécialistes, ça vaut aussi pour les... parce que, parce qu'il n'y a pas assez de professionnels, parce qu'il faut attendre, parce que euh... on n'a pas forcément les droits ouverts mais pour des tas de raisons quoi.

Et est-ce qu'il y aurait des freins qui seraient inhérents au système de santé si on le voit sur un aspect vraiment très cadré avec les buildings blocks etc... si on a différents, les différents blocks euh, la gouvernance (1), les ressources humaines (2) ou les finances (3) par exemple, est-ce ce qu'il y a des freins qui, qui font que /

Au niveau des établissements ?

Oui

(Blanc)

Moi j'aurais tendance à dire non.

D'accord

J'aurai tendance à dire non, mais...

Il n'empêche qu'il y a quand même des améliorations à faire ?

Ah oui, oui. Ah oui, oui bien sûr. Bien sûr.

Parce que on entend beaucoup parler aussi de la difficulté du Trun over du personnel

Oui, oui, oui

Qui parfois fait que on a un... bon des spécialités qui sont manquantes

Oui

Ou alors une appréhension en tous cas des populations qui se créent au bout de 2 ans,

Ouais

Et à un moment donné les personnes elles partent

Ouais

Et il faut re former les personnes

Ouais, ouais

Bon là pour le coup, ce n'est pas un problème purement RH

Ce n'est pas un problème ressources humaines c'est plus large que ça. Et c'est, c'est multi facteurs quoi

Hum hum

Euh, je ne sais pas moi, vous avez, vous avez du mal à recruter sur SLM parce SLM ça ne plaît pas, mais vous avez des difficultés pour inscrire vos gamins à l'école euh, vous n'avez pas de cinéma, vous n'avez pas, il y a des choses qui app, sont parfois sont un peu de base et que vous ne pouvez pas assurer quoi.

Oui

Les logements sont difficiles à trouver enfin, donc ça va au-delà du, du cadre des RH.

Sur euh... à chaque fois que vous avez un mouvement social et ben les conséquences elles sont redoutables, quoi.

(...)

Annexe 19 : Extrait d'entretien avec l'un des acteurs des soins de santé

Quelles sont vos actions ?

Alors nos actions au jour d'aujourd'hui ce sont principalement des actions de dépistage. Par TROD VIH et VHC (Hépatite C). Avec des séances de sensibilisation collective au VIH, aux maladies sexuellement transmissibles.

Donc prévention ?

Prévention voilà.

Et nous allons commencer nos activités dans les quartiers en juin, voir juillet (2017) pour tout ce qui est promotion pour la santé.

Donc les actions mobiles sont promotion santé, avec bien sur tout le volet dépistage mais promotion santé sur des différentes thématiques qui ressortent dans les quartiers. Et de l'accès aux droits, évidemment couverture maladie. Alors les thématiques qui ressortent dans les quartiers sur lesquelles on a déjà fait le diagnostic c'est : maladies vectorielles, contraception, diabète, nutrition et évidemment maladies, infections sexuellement transmissibles.

Donc dépistage, est ce qu'il y a de la vaccination ou pas ?

Non nous ne faisons pas de vaccination à MDM.

Donc pour le dépistage TROD c'est ?

VIH et Hépatite C.

Et donc pour l'accompagnement social, vous faites juste de l'accompagnement, où vous montez le dossier de A à Z avec lui ?

Non, on ne fait plus du tout ça, on le faisait auparavant, mais on ne le fait plus.

On accueille aucun public sur la structure au jour d'aujourd'hui, comme c'était le cas avant. On a toujours des personnes qui frappent à la porte et bien sur on les accueille, on les oriente.

Mais vraiment le but c'est de rencontrer les personnes sur les quartiers, sur les lieux d'habitation. Et ça va être des séances collectives d'information et nous accompagnerons uniquement les personnes en grande difficulté. On entend par grande difficulté des personnes qui ont connu plusieurs refus de soins ou d'accès aux droits, donc les personnes qui ont cumulé plusieurs vulnérabilités. Des barrières linguistiques, problèmes de santé, l'isolement, méconnaissance, pour des accompagnements dits individuels mais on s'oriente davantage sur du collectif, sur de l'empowerment, renforcement des capacités des personnes à prendre en...

Se prendre en main ?

Oui, à se prendre entre guillemets « en main ».

Voilà. Donc il n'y a plus d'accompagnement individuel ou en remplissait le dossier avec la personne, et on allait jusqu'à le déposer. C'est terminé. Ça se fera vraiment à la marge, sur certains cas.

Donc l'accompagnement oui ça se fait en mobile ?

Bien sûr qu'il y aura des accompagnements physiques, comme on faisait, comme on l'a toujours fait, mais vraiment sur des cas beaucoup plus complexes. Le but c'est vraiment d'informer les personnes sur les dispositifs existants, sur leurs droits. Et de les accompagner eux même à remplir le document, de manière collective. Donc avec des techniques d'animation dans des quartiers.

Oui, parce qu'après le but c'est aussi que ça fasse bouche à oreilles et puis ...

Voilà et que les gens puissent remplir un dossier d'AME. Puisqu'ils peuvent tous les ans le remplir chez nous, nous on ne va jamais leur apprendre à le remplir. Et ce n'est pas le but. Sachant qu'il n'y a rien de plus simple à remplir.

Oui.

Ils viennent voir si vraiment ils ont eu des gros refus dans les structures qui existent mais voilà...

Ca va reprendre en gros des difficultés de la langue, de la lecture, mais voilà. Mais on se rend compte aussi que souvent il y a une méconnaissance de leurs droits. Parce que ce n'est pas en remplissant un dossier que on leur explique forcément quels sont leurs droits, on le remplit et ils ne se posent pas la question de pourquoi il faut une photo, pourquoi il faut justifier ton identité, pourquoi il faut tel ou tel document, et là je pense que c'est important de leur expliquer. Voilà, donc c'est une grosse ré orientation.

Oui, là du coup la réorientation elle s'est effectuée quand ?

Elle s'est effectuée, euh, la réflexion avec les équipes salariés et bénévoles et quelques personnes issues des communautés. Elle s'est effectuée à partir de juin 2016.

Ab, donc c'était juste après que l'on se soit vu.

Oui. Et a été actée officiellement par le siège en octobre 2016 pour une effectivité sur 2017, avec une année un peu transition parce que du coup il faut accompagner les équipes, les former et informer aussi dans les quartiers de notre changement de position et voilà. Pour une mise en place normalement, allez on va dire euh... Avec la grève on a pris un peu de retard ça devait être en juin mais on va voir si c'est juin ou juillet (2017), oui.

Sur 2 quartiers, 1 sur Matoury et 1 sur Cayenne.

L'idée c'est de rester longtemps dans les quartiers et de créer du lien, trouver des personnes relais aussi.

Ab oui donc maintenant ça change, ce n'est plus en faire, de multiples ...

Voilà, c'est de rester plus longtemps, avoir un ancrage dans le quartier. Toucher davantage de personnes et aussi expliquer aux personnes ce que l'on fait, comment on peut les accompagner sur la durée. Pas venir deux mois FAIRE, on va essayer de faire avec les personnes davantage.

Et expliquer aux partenaires que l'on ne va pas faire à la place des personnes. Parce que souvent c'est vrai que c'était une question de facilité, « ah ben médecin du monde il va faire ta sécurité sociale », non.

Oui, c'est vrai que c'était comme un relais aussi...

Voilà...

On n'est pas, on n'a pas à se substituer à la sécurité sociale.

Oui, mais enfin ils ont tellement de demandes, que c'était vraiment facile du coup d'aller rebalancer vers les acteurs qui font de l'accompagnement aux droits.

Voilà.

Mais ils vont en trouver d'autres. Il y en a d'autres maintenant qui font de l'accompagnement aussi.

Oui et la Sécurité Sociale de s'organiser aussi. Du coup il y a des possibilités.

Oui parce que normalement eux leur mission première c'est d'aider au remplissage quand même des dossiers ?

On est d'accord.

Donc là au final quel type de public vous accueillez ?

Sur les quartiers ?

Oui.

Alors c'est selon les quartiers. Là par exemple sur le quartier de Ploërmel à Cayenne. C'est principalement un public haïtien, une communauté haïtienne. Euh primo-arrivants ou demandeurs d'asile ou personnes depuis peu longtemps sur le quartier. Et sur le quartier à Matoury, donc le quartier de Cogneau plus précisément Savane. Là c'est une population qui est présente depuis plus longtemps sur le territoire. Avec différentes nationalités, que ce soit des brésiliens, des surinamiens, Georges towniens et un petit peu africain.

C'est vraiment mixte.

Oui, c'est beaucoup plus mixte au niveau des populations et de la durée sur le territoire aussi.

Ploërmel (Cayenne)	une communauté haïtienne. Euh primo-arrivants ou demandeurs d'asile ou personnes depuis peu longtemps sur le quartier
Cogneau précisément Savane (Matoury)	population qui est présente depuis plus longtemps sur le territoire. Avec différentes nationalités, que ce soit des brésiliens, des surinamiens, Georges towniens et un petit peu africain.

Et donc pourquoi avoir choisi ces quartiers-là ? (pour les interventions en 2017)

Parce que c'est des quartiers où on a effectué un diagnostic, et on a vu qu'il y a avait nécessité d'intervenir c'est des quartiers que l'on connaissait pour y avoir intervenu aussi, où on avait un ancrage dans le quartier, une certaine légitimité, c'est les quartiers qui sont issus de la politique de la ville, enfin classés quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Oui.

Donc ça déjà en première étape et puis l'idée d'intervenir quand on fera le diagnostic c'est aussi de pouvoir avoir des personnes relais dans les quartiers. On avait des relais communautaires dans ces quartiers-là. Voilà. Et puis après une question d'isolement pour Savane qui est à Cogneau. Donc isolement géographique des systèmes de santé et de droit. Et pour Ploërmel une grosse communauté haïtienne qui, avec beaucoup de primo-arrivants aussi et c'est un quartier où on avait pu aller l'année dernière et on était pas restés suffisamment longtemps pour pouvoir repérer les problématiques de santé donc... voilà.

Donc là les personnes que vous appelez « relais » dans les quartiers, ce sont des médiateurs ?

Ce n'est pas des médiateurs, ce sont des personnes vivant dans le quartier qui ont décidé de passer du temps avec MDM pour aider des personnes de leur quartier. Et on accompagne ces personnes-là, on les forme. Et comme ça dans le quartier ils sont un petit peu relais, les gens peuvent aller les voir pour récupérer un dossier de sécu, obtenir des informations, avoir des préservatifs par exemple. Mais ça demande du temps et de l'accompagnement pour ces personnes-là.

Oui parce que là après c'est du bénévolat pour les personnes qui font cela ?

C'est du bénévolat pour eux. Ils sont bénévoles et ils sont eux même dans une situation de précarité, pas forcément en situation régulière mais voilà.

Mais peut-être habitant depuis un peu plus longtemps ici ?

Peut-être, pas forcément, mais avoir envie de soutenir d'autres personnes de la communauté. Alors oui, soit ils le faisaient déjà au pays et du coup pour eux c'était important, et c'est aussi une manière de se former et de s'intégrer aussi.

Mais avant vous ne les aviez pas ces contacts avec les personnes relais ?

On les avait, on les avait quand on était en équipe mobile déjà, on les avait. Alors après ce qui est toujours difficile c'est de fidéliser ces relais communautaires,³²⁷ ces personnes qui sont aussi dans une certaine précarité qui sont amenés à bouger, à changer de quartier, à avoir du travail, à être régularisés et du coup on va les accompagner un an et après ils ne vont plus pouvoir être relais, parce qu'ils n'ont plus le temps de disponible ou ils ont changé de quartier donc tout le travail qui a été fait dans un quartier va devoir être refait. Soit dans un autre quartier, soit être refait dans le même mais avec d'autres personnes identifiées. Suffisamment fiables pour ne pas qu'il y ait de notion de business derrière parce que du coup on sait très bien que dans certains quartiers les personnes qui vont aider d'autres quartiers donc ils ne seront pas forcément bienveillants.

Donc voilà, il faut respecter les valeurs de MDM, on leur fait signer une charte de relais communautaire et voilà. C'est donnant donnant quoi.

Mais elles ne sont pas rémunérées pour toutes ces actions, voilà.

C'est marrant on parle toujours de démarche communautaire, mais au final, là ce n'est pas sous une dimension nationalité, mais c'est sous une dimension quartier ?

³²⁷ Tendre vers l'autonomisation est une chose difficile via « un relais communautaire » pour des raisons de mobilité de ce dernier.

Plus attention à la corruption pouvant être faite pour avoir de l'aide via cette personne communautaire.

Voilà, là c'est le plus compliqué par nationalité. Alors ça pourrait être vrai sur certains quartiers, où par exemple à Ploërmel c'est vraiment une population haïtienne, mais relais communautaire à Savane quand on voit une population tellement variée voilà, c'est tout le débat de ce que l'on met derrière communautaire.

Et oui et quelles personnes trouver ? Parce qu'après il n'y a pas des freins, si par exemple la personne que vous trouvez est Haïtienne, et que c'est un Surinamais qui je ne sais pas pourrait être en difficulté /

Ça peut potentiellement bloquer au niveau de la barrière linguistique tout simplement, donc le but c'est dans un quartier aussi mixte de pouvoir avoir plusieurs relais communautaires. Ce qui était le cas quand on travaillait à la Mâtine on avait plusieurs, on avait une personne, elle était Dominicaine, on avait une Brésilienne, et une euh je pense qu'elle était Haïtienne. Donc c'est vrai que ça faisait 3 personnes de différentes nationalités. Et du coup ça aide aussi pour les traductions, voilà, mais après j'ai envie de dire... de toute façon il faut que l'on en « trouve » entre guillemets et il faut faire avec voilà. Donc euh, au boulot.

Donc maintenant quels sont les besoins les plus demandés ?

Parce que oui maintenant il n'y a plus de consultation médicale ?

Il n'y a plus de consultations individuelles.

Ah oui, tout ça ça a disparu...

Oui on a plus de médecins qui vont faire des consultations...

Mais il n'y avait que vous (MDM) qui le faisiez ? Donc maintenant au niveau des consults ça va être que PASS ?

Ça va être que PASS.

Ça va être dur...

Mais nous c'est une réalité aussi, il faut que l'on trouve des médecins bénévoles qui souhaitent donner de leur temps sur des actions. Et je pense que ça a très bien fonctionné quand on arrivait à avoir des médecins bénévoles mais à un moment donné arrivés dans un quartier et dire « ah ben là on n'a pas de médecin et puis la semaine d'après non plus » parce que les horaires d'interventions ce sont souvent les horaires où les médecins travaillent donc on connaît la pénurie de médecins sur la Guyane. Et que bah il faut quand même avoir la fibre d'aller passer toute une journée dans un quartier en plein soleil ou sous la pluie, et... aider les pauvres. Donc voilà. On a envie ou on n'a pas envie mais euh on avait des difficultés pour recruter des médecins aussi. Donc euh...

Oui, donc c'est peut-être ça aussi qui vous a poussé aussi à vous réorienter ?

Ça nous a poussé à nous questionner, et de dire « bah voilà, il y a un moment donné on ne peut pas », parce que sur l'année 2016 on avait des actions de prévues et faute de médecins, les actions n'ont pas pu avoir lieu. Donc voilà, on peut faire des choses. Et en étudiant aussi les données que l'on avait, l'état de santé des personnes. Les gens venaient voir les médecins parce que ils étaient là. Et quand on posait la question au médecin après avoir fait 16 consultations sur les 16 consultations, qui, ce jour-là qui aurait vraiment nécessité une consultation ? Une voire 2 personnes maximum. Donc potentiellement ces personnes-là peuvent être identifiées dans un quartier et être orientées sur la PASS.

Donc voilà, il y a des choses qui peuvent tout à fait attendre une couverture maladie. Euh... je vais peut-être être très méchante mais la personne qui s'est cassée le pied il y a 15 ans au pays et qui a encore quelques douleurs, et bien la priorité c'est de se dire « mon gars tu vas faire ton AME ou ta CMU, et puis tu n'est pas à deux mois près ». « Donc tu vas faire ça après ». Bon bien sûr après des choses chroniques, bien plus compliquées, du coup que même nous on n'était pas en capacité de prendre en charge... donc là il y avait une orientation.

Donc vous réorientez quand même ?

Voilà.

Mais après ce qui est compliqué c'est le mec qui vient avec sa gastro qui aurait besoin d'être pris en charge ce jour-là et que la PASS va mettre 5 semaines à le recevoir.

Là c'est un peu plus compliqué. Mais en même temps, nous on était là une fois par semaine dans le quartier, donc il faut que, il faut le lundi matin.

Il faut qu'il trouve quelque chose en attendant.

Voilà...

C'est vrai que si il y a une information sur les dispositifs existants et vraiment mettre l'accent sur la couverture maladie, je pense que c'est possible.

Interruption. 15 min.

Donc là à l'heure actuelle les besoins les plus demandés des populations ?

Des populations c'est principalement couverture maladie. Clairement le côté administratif. Et oui, on va dire dépistage et maladies vectorielles.

Après je vais être hyper honnête hein quand on va en intervention dans les quartiers, les gens leur priorité ce n'est pas forcément la santé.

Hein, faut se le dire aussi. Donc bien sûr qu'ils vont attendre un peu aussi le dernier moment avant de...

Commencer les démarches, AME, CMU ...

Voilà. Ils vont le faire une fois qu'ils seront malades. Ils ne vont pas l'anticiper. Nous l'idée c'est de se dire « là aujourd'hui vous allez bien, mais dans 6 mois on ne c'est pas ce qui peut se passer ».

Oui si il lui arrive quelque chose...

Voilà, c'est de la prévention. Donc...

Est-ce que vous avez le sentiment que la structure s'est adaptée aux besoins de la population ? Et comment ?

Je ne sais pas. On verra avec l'évaluation de la première année mais... après on fait avec les moyens que l'on a et les possibilités sur le territoire que l'on a aussi hein.

Donc après la population, ben elle bouge euh, je pense que l'on n'a pas suffisamment répondu vu le flux migratoire sur la Guyane ces derniers mois. Clairement ; quand on a une population qui augmente, comme elle a pu augmenter, bien sûr que l'on n'est pas en mesure de répondre à tout.

Oui à tout le monde.

Voilà. Donc on fait avec les réalités qui sont, les nôtres, aussi.

Donc c'est une question qui n'est pas évidente à répondre. J'espère que l'on s'est adaptés au mieux.

Déjà le fait de faire du soin, enfin, de garder une partie mobile est-ce une adaptation ?

Oui, c'est « d'aller vers ». Oui oui pour nous notre stratégie et on la garde ? C'est d'aller vers les populations qui ne viendraient pas forcément, sur les structures, donc c'est vraiment une démarche d'aller-vers.

Les gens ils venaient très facilement au CASO. Quand on avait nos locaux ici et nos permanents. Donc on s'est dit si potentiellement ils sont capables de venir au CASO de MDM ici, ils seront tout à fait capables d'aller à la PASS ou d'aller sur les autres intervenants.³²⁸ Voilà.

Si ils sont capables de venir ici ça va, ils sont mobiles, voilà.

Mais on rencontre beaucoup de personnes dans les quartiers qui disent, non, « moi je ne me déplace pas parce que j'ai peur de me faire arrêter, soit je ne connais pas, soit les transports coutent chers » et quand on se trouve à Cogneau, à Savane je ne sais pas si vous voyez où c'est ? Autant vous dire que la mission pour venir à l'hôpital ou pour venir en centre-ville c'est très compliqué. Donc c'est vrai que...

Et même si ce n'est pas si loin que cela au final, lorsque l'on regarde sur une carte ?

Ce n'est pas loin, mais il n'y a pas de transport, c'est pas adapté.

Cogneau... Cogneau centre-ville ça fait 10 kms à pieds.

Moi je l'ai fait en courant ça fait 10 kms. Donc euh...

Alors les personnes que vous voyiez au CASO, avant c'était périmètre restreint ?

C'était les personnes qui étaient principalement habitant sur Cayenne.

Là c'est bien, ça va désenclaver un peu les personnes du lieu.

Donc ça on avait vu, est-ce que les activités ont évoluées. Oui on les a expliqués.

Donc maintenant rencontre sur les quartiers, ateliers collectifs et éventuellement de l'accueil de personnes en grande difficulté au besoin.

Si tout en bien résumé, sinon il faut me rattraper !

Est-ce que vous avez le sentiment d'être spécialisé dans un domaine d'activité ?

On a toujours été spécialisés, avant, dans l'accès aux soins et aux droits, quoi.

C'est un peu l'identité de MDM, donc oui on va dire que l'on est spécialisés. Sur ces thématiques-là.

Après est-ce que c'est accès aux droits tout court, ou accès aux droits à la santé ?

Accès aux droits à la santé. Bien sûr.

Oui donc là, c'est une spécialisation de fait ? Parce que comment vous avez pris le choix de vous spécialiser ?

Ben c'est pour s'adapter au... au terrain.

Après ce sont les grandes thématiques phares aussi de MDM. Dans nos nouveaux plans stratégiques de MDM et même dans le projet qui était avant, on intervient sur : migrations, santé, droits. Crises et conflits. Santé sexuelle et

³²⁸ Négligence du facteur culturel ? La peur d'aller vers les institutions pour les migrants ?

reproductive. Réduction des risques. Santé environnement. Donc c'est vrai que l'on doit rentrer dans ces grands axes euh, de MDM. Qui servent aussi pas mal de plaidoyers, donc bien sûr que on va se spécialiser, c'est vrai que par exemple on ne va pas se spécialiser, c'est vrai que par exemple on ne va pas se spécialiser, enfin MDM n'a pas choisi la branche on va dire handicap ou voilà... Donc c'est vrai que on a des axes, que ce soit en France ou à l'international sur lesquels nos projets doivent s'inscrire de manière aussi historique. Donc voilà. Après il y a des thématiques qui sont plus transversales qui commencent à émerger comme la santé mentale, euh voilà.

Même ici ? Ou alors ce n'est pas une priorité peut être développée ?

Même ici, ouais.

Si si on a un groupe de travail sur la santé mentale, ça fait partie des diagnostics que l'on est en train d'établir sur les difficultés des personnes à la rue avec des troubles psy plus addictions.

Ab oui, donc là il y aurait un travail à faire avec CARRUD ou Samu Social ?

Voilà, il y a toute une démarche avec euh... avec le pôle PSY. Mais là c'est plus en état de diagnostic. Plus, ben Samu Social, on a fait une enquête auprès des usagers. LE GEM, groupe d'entrées de mutuelles, la communauté thérapeutique de Roura. Voilà.

C'est vraiment pour donner la parole aux usagers, savoir quelles sont leurs difficultés eux.

Il y a l'enquête euh ? l'enquête EPICEA qui devrait être mise en place dans très peu de temps par euh le SIS. Alors le CIC, je ne sais jamais. Alors CIC EC.

Ab je n'ai pas entendu parler de ça.

EPICEA

Qui est...

Une enquête qualitative sur les difficultés que les personnes euh... fin quantitative pardon, sur les difficultés des personnes à la rue soit troubles PSY.

Ab oui, ils avaient appelé ça le projet ERRANCE, je crois.

Oui ben c'est, c'est ça. Mais en fait c'est EPICEA.

C'est par M [REDACTED] ? Oui, c'est ça.

Ab d'accord, bon ben elle a changé de petit nom alors.

Oui c'est sûr.

Oui parce que quand j'étais l'an dernier au CIC, [REDACTED] travaillait dessus.

Oui mais [REDACTED] c'était une autre. Elles étaient deux. Ça doit être une qui est partie en congé mat. Donc ça doit toujours être [REDACTED] dessus alors.

Qui a pris le relais.

Euh oui, est-ce que vous entretenez des liens avec les autres acteurs de santé ?

Oui. Heureusement !

Ils sont nombreux, euh ben CRF, PASS, les PMI, planning familial.

Qui d'autre, toutes les associations style Entraides, DAAC, Arbre fromager, euh Samu social, l'association euh... là j'ai envie de dire de toutes les cocher ! Cimade.

Oui, mais si elles ne viennent de fait, c'est peut-être que vous travaillez moins avec eux. Ou alors c'est trop dur de tout se souvenir !

On a des partenariats aussi avec le secours catholique, euh...

L'association franco dominicaine, l'AFDG, Entraides je l'ai dit.

Oui vous l'avez déjà dit.

Ce n'est déjà pas mal hein !

Après il y a des partenariats qui sont une fois par an sur un évènements sportifs et d'autres qui sont beaucoup plus réguliers.

Oui justement, j'allais vous demander donc, lesquels sont les plus pérennes avec ces acteurs-là ? Enfin avec lesquels vous avez le plus de lien ?

Après ça évolue en fonction de, de nos projets et qui est dans les structures aussi. Donc euh... J'ai envie de dire tous quand même.

Oui tous ce sont des relations proches ?

Oui.

Et ce sont des choses qui sont formalisées ?

Non. Pas tous.

Ou informelles ?

De plus en plus formalisés mais pour certains partenariats c'est quand même informel.

Et ce sont lesquels qui sont informels ?

Ben ils sont tous, fin, formalisés normalement quand on a un partenariat, on est censés faire une convention de partenariat. Chose qui est très compliquée à... dans les structures style associatives. Et c'est très compliqué de pondre sur le papier « allez on va se faire... »

Une petite convention.

Une petite convention parce que chacun a ses contraintes de chaque côté et du coup, les conventions elles doivent à Paris, être signées, relues tout ça.

Donc euh, là on essaie de se dire avec les acteurs que ce serait bien de l'écrire. Mais il y a aucune association avec qui nous avons... un partenariat formel, écrit ou on peut ressortir... voilà.

D'accord.

Mais après de toute façon les liens sont là ?

Les liens sont là et ça ne nous empêche pas de travailler avec eux, mais c'est vrai que... c'est malheureusement trop rare.

Tout ça devrait être formalisé.

Bon après au final, c'est peut-être parce que vous n'y voyiez pas l'intérêt ?

Oui voilà, et puis il n'y a pas de questions d'argent, aux questions financières. Donc chacun fait sa part durant son action. On met à disposition peut-être du matériel mais chacun joue le jeu. Donc voilà, ce n'est pas...

Il y aurait une question d'argent, bien sûr que...

Ça se passerait autrement ?

Oui. Mais comme chacun à la responsabilité de son équipe et de son action, voilà c'est...

Oui, donc là ça se crée plutôt en fonction de quoi ? Parce que là on disait que ça varie aussi, tout à l'heure vous m'aviez dit « selon les personnes qui sont présentes dans les structures. »

Ben en fonction des liens que l'on a pu créer entre telle ou telle structure. Au niveau des responsables, ou entre médiatrices, c'est vrai que des fois, telle médiatrice connaît bien la médiatrice de la PASS et du coup elle travaille plus facilement avec elle. Et le temps d'arriver et de se créer son réseau, euh voilà...

Ça joue beaucoup hein, ce sont des relations aussi interpersonnelles hein. Mais comme dans toutes les structures hein. Si on a de bons contacts avec la bonne personne ça marche beaucoup plus facilement aussi.

Oui, au bon moment.

(...)

Annexe 20 : Les acteurs renseignés (n=26)

Statuts	Institutions							Associations					Total général	
	Domaines d'activités	Accès aux soins (public)	Médico-Social	Prévention/ Soins/ en périnatalité	Prévention/Promotion de la Santé	Accompagnement social	Accès aux droits	Total institutionnels renseignés /commune	Médico-social	Prévention/Soins/ Promotion de la Santé	Prévention/ Promotion de la Santé	Accompagnement social		Total renseignés/commune associatifs
Communes														
Cayenne		1 ³²⁹ PASS générale Cayenne/ PASS HDJ Cayenne	1 RDS Carrud Cayenne	1 PMI Barrat Cayenne	0	2 CCAS Cayenne CDIFF	1 OFFI	6	0	3 CRF CPS CRF PADA (via entretien CRF CPS) MDM	2 Entr'Aides AGRRR	3 Arbre Fromager AFDG Cimade	8	14
Rémire			1			1		2	1			1 DAAC	2	4

³²⁹ 1 seul entretien est compté dans le domaine d'activité « accès aux soins » sur la commune de Cayenne correspondant à l'hôpital (CHAR). En réalité deux entretiens ont été conduits dans deux services différents du CHAR : la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) Générale et la PASS de Hôpital de Jour parce qu'ils ont des missions de prise charge des populations vulnérables.

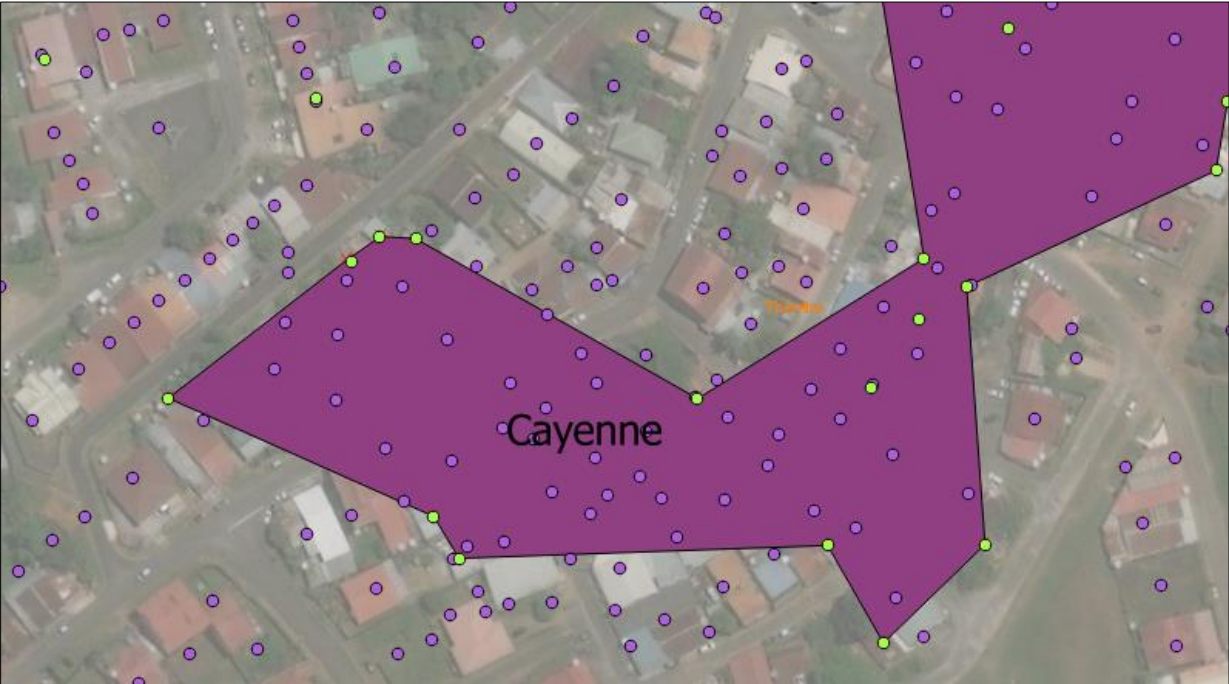
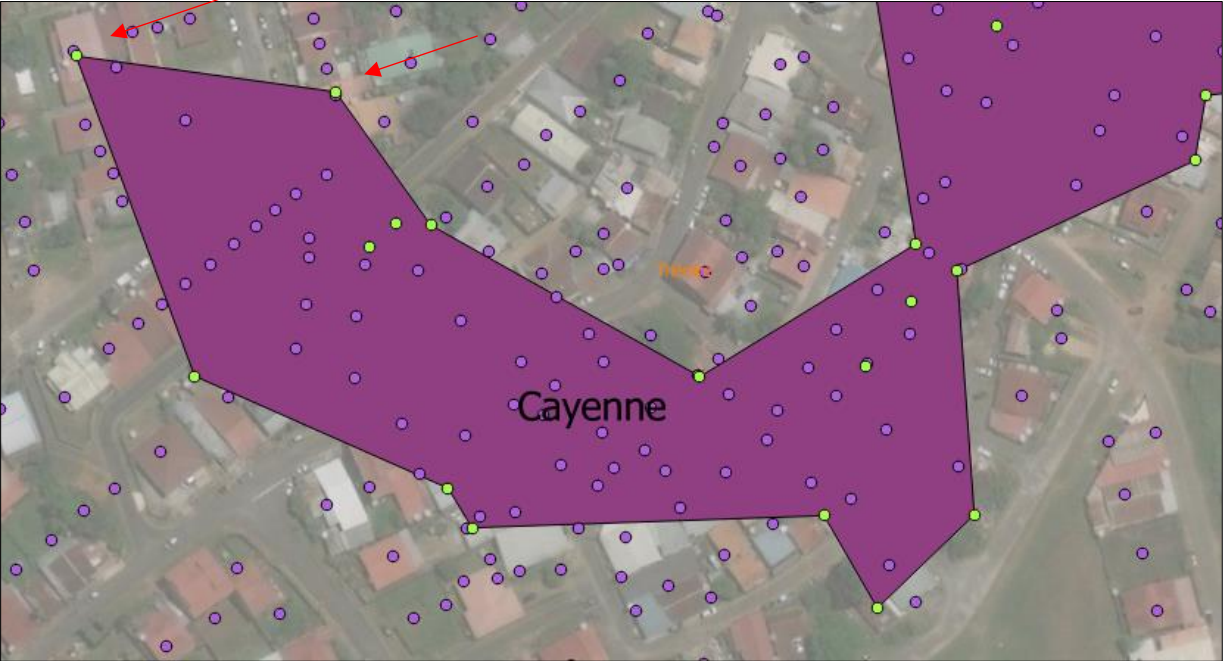
			PMI Rémire		CCAS Rémire			ACT Rémire					
Matoury	1 PASS Matoury (via PASS Générale deCayenne)	1 RDS Carrud Matour y (via RDS Carrud Cayen ne)	0		0		2						2
Montsinéry-Tonnégrande			2 PMI Montsiné ry PMI Tonnégr ande (via entretien PMI Macouria)		1 CCAS Montsinéry - Tonnégr ande		3						3
Macouria			1 PMI Macouria		1 CCAS Macouria		2						2
Roura		0	1 PMI Roura				1						1
Total acteurs renseignés CACL/ d'activité	2	2	6	0	5	1	16	1	3	2	4	10	26

Annexe 21 : Nettoyage des zones de bâti spontanés

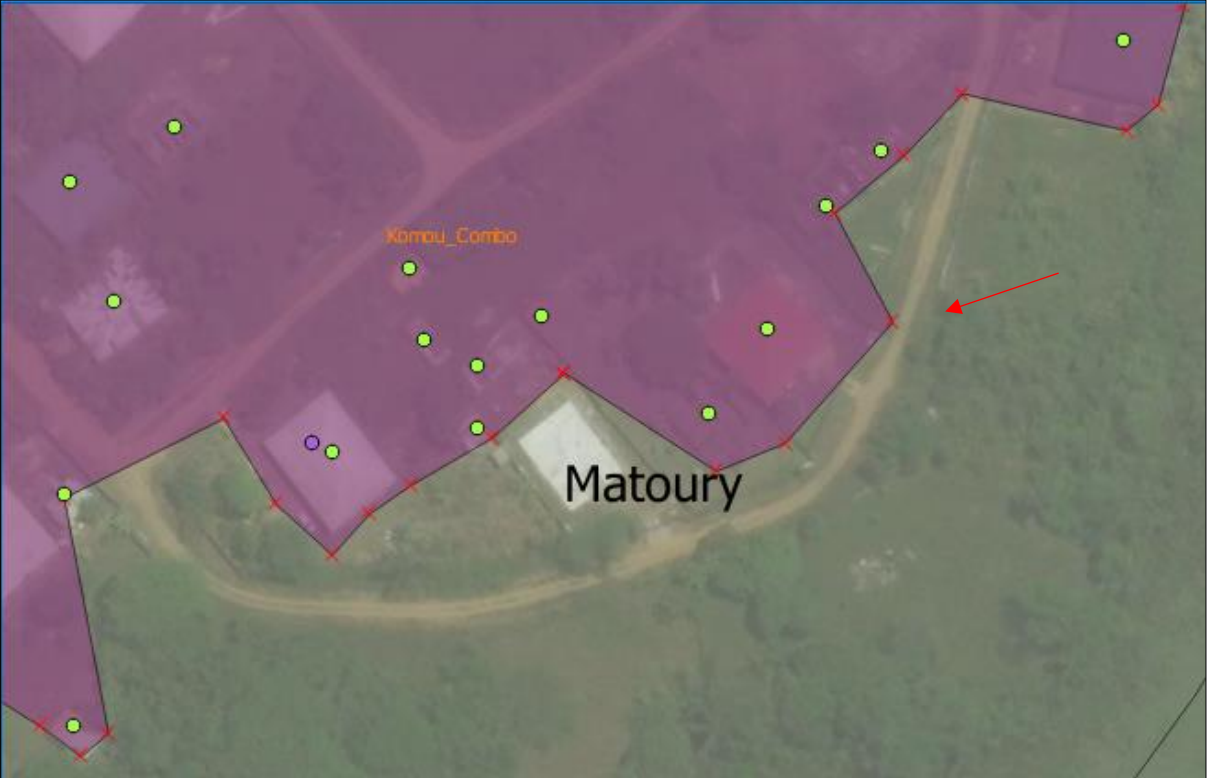
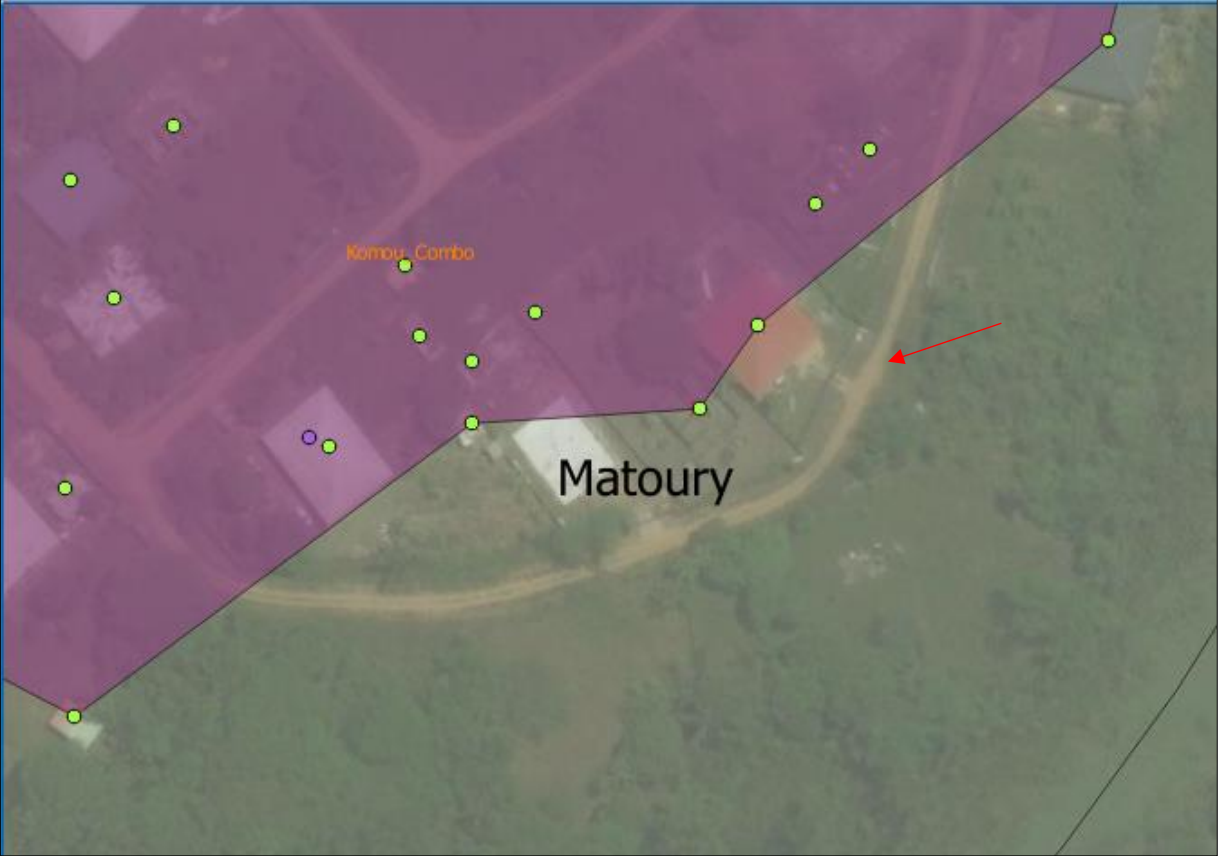
Suppression des zones de bâtis spontanés ne faisant « pas quartier » (Exemple : avenue Justin Catayée, entre la résidence les Hauts de la Madeleine et le Lotissement Sainte-Thérèse)



Thémire : exclure les points de bâti spontané faisant inclure un trop grand nombre de bâti cadastré



Komou_Combo : adoucir le contour des quartiers et inclure le bâti spontané « en entier » dans le périmètre



Annexe 22 : Zones de bâtis spontanés identifiés. Précisions : existence d'une fiche critère, quartiers exclus, sources d'identification

Zones de bâtis spontanés identifiées (fusionnées) Avec fiche critères Avec fiche critère en commun	Exclusion quartiers détruits *destruction signalée après enquête (non exclus)	Date – de destruction	Exclusion des quartiers « non vulnérables »	Communes	Source identification toponymie	Remarques
Anatole	Anatole		Anatole	Cayenne	QPV_2015	
Baduel	Baduel		Baduel	Cayenne	QPV_2015	
Bonhomme	Bonhomme		Bonhomme	Cayenne	QPV_2015	
Bourda	Bourda		Bourda	Cayenne	Audeg_2011	
Cabassou	Cabassou		Cabassou	Cayenne	QPV_2015	
Catéco	Catéco	19-mars-19	Catéco	Cayenne	Camion_mobile	
Centre-ville MarchÉ	Centre-ville Marché		Centre-ville Marché	Cayenne	QPV_2015	
Clos Suzini	Clos Suzini		Clos Suzini	Cayenne	Nom ?	
Collery Est	Collery Est	*21-janv-20	Collery Est	Cayenne	Audeg_2011	
Collery Ouest	Collery Ouest		Collery Ouest	Cayenne	Audeg_2011	
De Gaulle	De Gaulle		De Gaulle	Cayenne	QPV_2015	
Eau Lisette	Eau Lisette		Eau Lisette	Cayenne	QPV_2015	
Galmot	Galmot		Galmot	Cayenne	QPV_2015	
Galmot_RÉnovation_Urbaine	Galmot_Rénovation_Urbaine		Galmot_Rénovation_Urbaine	Cayenne	QPV_2015	
Ilet Malouin	Ilet Malouin		Ilet Malouin	Cayenne	Camion_mobile	
Impasse_Chatenay	Impasse_Chatenay		Impasse_Chatenay	Cayenne	Cité_Chatenay_à_Ouestdu QS_Camion_mobile	
Mango	Mango		Mango	Cayenne	QPV_2015	
Mirza	Mirza		Mirza	Cayenne	QPV_2015	
Mont Baduel	Mont Baduel	2016	Mont Baduel	Cayenne	Audeg_2011_QPV_2015	
Nzilla_Faubourg_Labri	Nzilla_Faubourg_Labri		Nzilla_Faubourg_Labri	Cayenne	Audeg_2015_Camion_mobile	
Paletuviers_La Matine_Leblond	Paletuviers_La Matine_Leblond	*24-sept-19	Paletuviers_La Matine_Leblond	Cayenne	Audeg2011_Camion_mobile	

Palika	Palika		Palika	Cayenne	Audeg_2011_Audeg_2018	
Pasteur Voltaire	Pasteur Voltaire		Pasteur Voltaire	Cayenne	QPV_2015	
Patient (Lotissement ZÉnin)	Patient (Lotissement Zénin)		Patient (Lotissement Zénin)	Cayenne	Camion_mobile	
Route de Raban_Ploermel_Source de Baduel	Route de Raban_Ploermel_Source de Baduel		Route de Raban_Ploermel_Source de Baduel	Cayenne	Audeg_2011_Camion_mobile	
Secteur Terasses de Raban	Secteur Terasses de Raban		Secteur Terasses de Raban	Cayenne	Photo_interprétation_satellite_2019	
ThÉmire	Thémire		Thémire	Cayenne	QPV_2015	
Village Chinois	Village Chinois		Village Chinois	Cayenne	QPV_2015	
Zone artisanale Galmot	Zone artisanale Galmot		Zone artisanale Galmot	Cayenne	Nom ?	
Avenue Omer Bace	Avenue Omer Bace		Avenue Omer Bace	Macouria	Photo_interprétation_satellite_2019	
Belle Humeur Macouria	Belle Humeur Macouria		Belle Humeur Macouria	Macouria	Audeg_2011	
Bordelaise	Bordelaise		Bordelaise	Macouria	Audeg_2015	
Route de la lagune	Route de la lagune		Route de la lagune	Macouria	Audeg_2015	
Sablance	Sablance		Sablance	Macouria	Audeg_2015_Audeg_2011_CHORUS_2014	
Sablance Nord	Sablance Nord		Sablance Nord	Macouria	Audeg_2011	
Savane Trois Rois	Savane Trois Rois		Savane Trois Rois	Macouria	Audeg_2011	
Secteur Sablance	Secteur Sablance		Secteur Sablance	Macouria	Audeg_2011_Audeg_2015	
Soula	Soula		Soula	Macouria	Audeg_2015	
Tonate	Tonate		Tonate	Macouria	Audeg_2011	
Village amÉrindien Kamuyeneh	Village amérindien Kamuyeneh		Village amérindien Kamuyeneh	Macouria	Audeg_2011	
Village amÉrindien Yapara	Village amérindien Yapara		Village amérindien Yapara	Macouria	Audeg_2011	
Village Norino	Village Norino		Village Norino	Macouria	Audeg_2011	
Balata_CotonniÈre	Balata_Cotonnière	*14-oct-19	Balata_Cotonnière	Matoury	DEAL_2017_Audeg_2011_Audeg_2015	
Balata_Est	Balata_Est		Balata_Est	Matoury	Camion_mobile	
Balata_Ouest	Balata_Ouest		Balata_Ouest	Matoury	Camion_mobile	

Barbadine	Barbadine		Barbadine	Matoury	Camion_mobile	
ChaumiÈre	Chaumière		Chaumière	Matoury	Audeg_2015	
Cogneau	Cogneau = Fiche cogneau Nord, Chorus 2014		Cogneau = Fiche cogneau Nord, Chorus 2014	Matoury	Camion_mobile	
Cogneau Est	Cogneau Est		Cogneau Est	Matoury	QPV_2015	
Comou_Combo						Comou_Co mbo/La Gonave = Fiche FICHE Terca - Comou - Combo (Matoury) Audeg 2018 - ZONE DIFFERE NTE Fiche Audeg 2011 -> Terca Nord, Chorus 2014 -> Terca Nord
Concorde	Concorde		Concorde	Matoury	DEAL_2017_Audeg_2011_ Audeg_2015	
CotonniÈre	Cotonnière		Cotonnière	Matoury	Camion_mobile	
Ferme Marina	Ferme Marina = Fiche Chorus 2014		Ferme Marina = Fiche Chorus 2014	Matoury	QPV_2015	
Hauts de la ChaumiÈre	Hauts de la Chaumière		Hauts de la Chaumière	Matoury	Audeg_2011_CHORUS_2014	
Komou_Combo	Komou_Combo		Komou_Combo	Matoury	Audeg_2011_ajout_2015	= Fiche Chorus 2014
					CHORUS_2014_Audeg_2011	

La Levée	La Levée		La Levée	Matoury	Audeg_2011_ajout_2015	
La Levée - Derrière le Lot Yard	La Levée - Derrière le Lot Yard		La Levée - Derrière le Lot Yard	Matoury	Audeg_2011_ajout_2015_C HORUS_2014	= Fiche Chorus 2014
Le Grand Larivot	Le Grand Larivot		Le Grand Larivot	Matoury	QPV_2015	
Macrabo	Macrabo		Macrabo	Matoury	Audeg_2011	
Maya_Saint Pierre_Rhumerie	Maya_Saint Pierre_Rhumerie		Maya_Saint Pierre_Rhumerie	Matoury	Audeg_2011	
Mogès	Mogès		Mogès	Matoury	Audeg_2011	
Morthium	Morthium =		Morthium	Matoury	Fiche Morthium - Matoury audeg 2016	
Paramana	Paramana		Paramana	Matoury	Audeg_2015	
Pideg	Pideg		Pideg	Matoury	Camion_mobile	
Route de Stoupan	Route de Stoupan		Route de Stoupan	Matoury	Photo_interprétation_satelli te_2019	
Saint Pierre	Saint Pierre		Saint Pierre	Matoury	DEAL_2017_Audeg_2011_ Audeg_2015	Saint Pierre/Sava ne -> Fiche Saint-Pierre - Pélican (Matoury) Audeg 2018 - Cogneau- Lamirande Sud - école Saint Pierre - Matoury Audeg 2016 - Village Isabelle Chorus 2014

Sainte Rose de Lima	Sainte Rose de Lima		Sainte Rose de Lima	Matoury		Camion_m obile
Secteur Saint Pierre_PÉlican_Cornolandia	Secteur Saint Pierre_Pélican_Cornolandia		Secteur Saint Pierre_Pélican_Cornolandia	Matoury	DEAL_2017_Audeg_2015_ CHORUS_2014	= Fiche Cornolandia - Saint Pierre 2 à l'est - Saint- Pierre - Pélican (Matoury) - Audeg 2015 + = Fiche Chorus 2014
Secteur Sud Bourg	Secteur Sud Bourg		Secteur Sud Bourg	Matoury	Photo_interprétation_satelli te_2019	
Secteur_Barbadine	Secteur_Barbadine		Secteur_Barbadine	Matoury	Photo_interprétation_satelli te_2019	
Stoupan MogÈs_Chemin MogÈs	Stoupan Mogès_Chemin Mogès		Stoupan Mogès_Chemin Mogès	Matoury	Audeg_2011_Audeg_2015	= Fiche Stoupan - Mogès - Ilets Mogès - audeg 2018 + Fiche Stoupan Mogès - Matoury - Audeg 2016 + = Fiche Chorus 2014
Stoupan MogÈs_Chemin MogÈs_Ilets	Stoupan Mogès_Chemin Mogès_Ilets		Stoupan Mogès_Chemin Mogès_Ilets	Matoury	Audeg_2011_Audeg_2015_ CHORUS_2014	Mogès = Fiche

						Stoupan - Mogès - Ilets Mogès - audeg 2018 + Fiche Stoupan Mogès - Matoury - Audeg 2016 + = Fiche Chorus 2014
Sud Bourg	Sud Bourg		Sud Bourg	Matoury	QPV_2015	
Terca	Terca		Terca	Matoury	DEAL_2017_Audeg2011	
Village Cecilia	Village Cecilia		Village Cecilia	Matoury	Camion mobile	
La Beaume	La Beaume		La Beaume	Matoury/Montsinéry -Tonnégrande	Audeg_2011/Audeg_2011	
BeausÉjour MontsinÉry- TonnÉgrande	BeausÉjour MontsinÉry- Tonnégrande		BeausÉjour MontsinÉry- Tonnégrande	Montsinéry- Tonnégrande	Audeg_2015_Audeg_2011	
Bourg de MontsinÉry	Bourg de Montsinéry		Bourg de Montsinéry	Montsinéry- Tonnégrande	Audeg_2015	
Cascades	Cascades		Cascades	Montsinéry- Tonnégrande	Audeg_2011	
Deux-Flots - Gallion	Deux-Flots - Gallion		Deux-Flots - Gallion	Montsinéry- Tonnégrande	Audeg_2011	
Quesnel Risque tout	Quesnel Risque tout		Quesnel Risque tout	Montsinéry- Tonnégrande	Audeg_2011	
Risque tout Est	Risque tout Est		Risque tout Est	Montsinéry- Tonnégrande	CHORUS_2014	
Risque tout Ouest	Risque tout Ouest		Risque tout Ouest	Montsinéry- Tonnégrande	CHORUS_2014	
Solitaire	Solitaire		Solitaire	Montsinéry- Tonnégrande	Audeg_2011	

Lotissement Garin - Champ Virgile	Lotissement Garin - Champ Virgile		Lotissement Garin - Champ Virgile	Montsinéry-Tonnégrande/Macouria	Audeg_2015:Audeg_2015	
Abraham ?	Abraham ?		Abraham ?	Rémire-Montjoly	MDM_2018	
Arc en ciel	Arc en ciel		Arc en ciel	Rémire-Montjoly	Audeg_2011_Audeg_2015	
Atila Cabassou	Atila Cabassou		Atila Cabassou	Rémire-Montjoly	Audeg_2011	
Belle Humeur_ Dégrad des Cannes	Belle Humeur_ Dégrad des Cannes		Belle Humeur_ Dégrad des Cannes	Rémire-Montjoly	Audeg_2015_Audeg_2011	
Colline du Mahury	Colline du Mahury		Colline du Mahury	Rémire-Montjoly	Audeg_2018	
Grand Beauregard	Grand Beauregard		Grand Beauregard	Rémire-Montjoly	Audeg_2015	
Hameau des Encens	Hameau des Encens		Hameau des Encens	Rémire-Montjoly	Audeg_2011	
Lindor	Lindor		Lindor	Rémire-Montjoly	Audeg_2015	
Lotissement Tarzan	Lotissement Tarzan		Lotissement Tarzan	Rémire-Montjoly	QPV_2015	
Manguiers	Manguiers	*25-nov-19	Manguiers	Rémire-Montjoly	Audeg_2011_Audeg_2015	-> Fiche manguiers, audeg 2015, CACL 2014
Patoze_Squat Abraham_Pascaud	Patoze_Squat Abraham_Pascaud		Patoze_Squat Abraham_Pascaud	Rémire-Montjoly	Audeg_2015_DEAL_2017_Audeg_2011	
Poncel	Poncel		Poncel	Rémire-Montjoly	Audeg_2011	
Route des plages	Route des plages		Route des plages	Rémire-Montjoly	Audeg_2011	
Route du Mahury	Route du Mahury		Route du Mahury	Rémire-Montjoly	Nom ?	
Secteur_Patoze_Squat Abraham_Pascaud	Secteur_Patoze_Squat Abraham_Pascaud		Secteur_Patoze_Squat Abraham_Pascaud	Rémire-Montjoly	Photo_interprétation_satellite_2019	
Squat Bambou_Piste_Tarzan	Squat Bambou_Piste_Tarzan		Squat Bambou_Piste_Tarzan	Rémire-Montjoly	DEAL_Audeg_2015_MD M2019	-> fiche mont baduel Audeg 2011
Beauséjour Roura	Beauséjour Roura		Beauséjour Roura	Roura	Audeg_2015	
Bourg - Roura	Bourg - Roura		Bourg - Roura	Roura	Audeg_2011	
Cacao	Cacao		Cacao	Roura	Audeg_2011	

Coralie	Coralie		Coralie	Roura	Audeg_2015	
Eskol	Eskol		Eskol	Roura	CHORUS_2014_Audeg_2015	
Favard - Maripa	Favard - Maripa		Favard - Maripa	Roura	CHORUS_2014_Audeg_2011	
Margueritte	Margueritte		Margueritte	Roura	Audeg_2011	
Maripa	Maripa		Maripa	Roura	Audeg_2011	
Nancibo	Nancibo		Nancibo	Roura/Montsinéry-Tonnégrande	Audeg_2015:Audeg_2015	

Questionnaire d'enquête auprès des populations en situation de vulnérabilité vivant dans les zones de bâti spontanés

FORMULAIRE DE NON OPPOSITION

Je, soussigné(e), Elise AUTRIVE, doctorante et _____ l'enquêteur / enquêtrice participant dans le cadre de l'enquête sur « L'accès aux soins des populations vulnérables », atteste sur l'honneur avoir communiqué à la personne sollicitée toute information concernant les objectifs et les modalités de cette étude :

- Information sur ses droits (liberté de participer ou NON à l'étude)
- Information sur l'initiative du projet
- Information sur le déroulement de l'inclusion
- Information sur le caractère universitaire, confidentiel et anonyme de l'étude
- Information sur la responsabilité des personnes impliquées dans l'étude (doctorante/médiateur/professionnels socio-médicaux)

J'atteste également sur l'honneur que la personne interrogée ne s'est pas opposée à la passation de ce questionnaire.

Fait à _____,

Signature de l'enquêteur/enquêtrice :

Date : __|__|__|

Numéro de questionnaire anonyme : |__|__|

Lieu de passation : *Entourer la commune*

CAYENNE

REMIRE-MONTJOLY

MATOURY

MONTSINERY-TONNEGRANDE

MACOURIA

ROURA

Quartier : |_____|

Bonjour je m'appelle Elise. Je suis bénévole avec Médecins du Monde. Je viens vous voir aujourd'hui pour vous demander si vous seriez prêt à répondre à quelques questions à propos de : vos conditions de vie, et votre accès aux soins et aux droits. Ce questionnaire est anonyme, c'est-à-dire que votre identité ne vous sera pas demandée. Si vous acceptez de répondre à ce questionnaire, cela permettra de

ENCLANCHER GPS TRACEUR

mieux comprendre vos besoins et vos difficultés de tous les jours, mais aussi de mieux comprendre votre accès à la santé et aux droits. Ainsi nous pourrions mieux comprendre l'aide qu'il faudrait vous apporter au plus proche de vos besoins.

I/ CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

A - Profil socio-économique *Indicateurs en vue de l'IDH

Nous allons décrire ensemble vos conditions sociales et économiques

Q1 - Vous êtes ?

1. Un homme
2. Une femme

Q2 - Quel âge avez-vous ?

|__|__|

Q3 - Quel est votre pays de naissance ?

|_____|

Q4 - Quelle est votre nationalité ?

|_____|

*Q5 - Quel est votre niveau scolaire le plus haut ?

= (« Jusqu'à quand êtes-vous allé(e) à l'école ? »)

1. Maternelle
2. Primaire
3. Collège
4. Secondaire
5. Supérieur
6. Sans scolarité

Q6 - Quelle est votre activité principale en Guyane ?

1. Job (non déclaré) (préciser si fixe ou fluctuant)
2. Ouvrier salarié
3. Employé
4. Cadre
5. Sans emploi (et/ou Mère/Homme au foyer)
6. Autre : Préciser : |_____|

*Q7 - Avec combien d'argent vivez-vous par mois ?

(= « Combien d'argent avez-vous par mois ? »)

Préciser montant : | _____ |

OU TRANCHE

1. 0 -50 €
2. 51 -100 €
3. 101 - 150 €
4. 151 - 200 €
5. 201 - 250 €
6. 251 - 300 €
7. 301 et 500 € (Seuil de pauvreté 2011 : 420€)
8. 501 et 800 € (Seuil du risque de pauvreté – 558€)
9. 801 et 1000 €
10. Autre : | _____ |

Q8 – Recevez-vous actuellement des aides sociales telles que... ?

(= Est-ce que en ce moment vous avez des aides sociales telles que... ?)

1. Allocations familiales (CAF)
2. Aide au logement (APL)
3. Revenu de solidarité active (RSA)
4. Allocation du Demandeur d'Asile (ADA)
5. Chômage
6. Congé maladie
7. Allocation handicap (AAH)
8. Retraite
9. Aucune aide
10. Autre : | _____ |

B - Conditions de vie en relation avec les critères de vulnérabilité

Nous allons parler de vos conditions de vie dans le quartier

Q9 – Dans quel quartier habitez-vous ?

Préciser : | _____ |

Q10 - Depuis combien de temps vivez-vous dans ce quartier ?

Préciser : | _____ |

OU TRANCHE

1. Moins de 3 mois
2. Entre 3 mois et 6 mois
3. Entre 6 mois et 1 an
4. Entre 1 an passé et 2 ans
5. Entre 2 ans passé et 3 ans
6. Entre 3 ans passé et 4 ans
7. Plus de 4 ans
8. Plus de 10 ans

Q11 - Dans quel type de logement résidez-vous ?

= (« De quoi est faite/fabriquée votre maison ? »)

1. Une maison de bâti non dur (tôles, bois)
2. Une maison individuelle en bâti mixte (tôle, bois, dur)
3. Une maison individuelle en dur (en dur)
4. Un appartement dans un immeuble collectif
5. Un bas de villa/un haut de villa/ un appartement chez un particulier
6. Un carbet (en paille/en feuilles de bananier/en bois)

Q12 - Combien êtes-vous dans votre logement tous les jours ?

= (« Combien êtes-vous de personnes à la maison tous les jours ? »)

Préciser nombre : | _____ |

OU TRANCHE

1. Seul(e)
2. Entre 1 et 2
3. Entre 3 et 4
4. Entre 5 et 6
5. Plus de 6

Q13 - Avec qui vivez-vous en ce moment ? *Plusieurs réponses possibles*

1. Conjoint(e)
2. Enfant(s)
3. Parent(s)
4. Frère(s) et/ou sœur(s)
5. Beau(x)-parents(s)
6. Belle(s) sœur(s) et/ou Beau(x) frère(s)
7. Oncle(s) et/ou tante(s)
8. Neveu(x) / nièce(s)
9. Cousin(s)

10. Ami(s) / personne(s) sans lien familial

11. Seul(e)

12. Autre : | _____ |

Q14 - Votre logement dispose-t-il de l'eau courante (robinet à l'intérieur du logement) ?

= (« A la maison, est-ce que vous avez de l'eau courante (au robinet) ? »)

1. OUI
2. NON

Q15 - Votre logement dispose-t-il de toilettes à l'intérieur ?

= (« Et dans votre maison, est-ce que vous avez des toilettes ? »)

1. OUI
2. NON

Q16 - Votre logement dispose-t-il d'une baignoire ou d'une douche ?

= (« Et est-ce que vous avez une baignoire ou une douche ? »)

1. OUI
2. NON

**Selon la réponse à Q17 ajuster Q17 et Q18*

Q17 - Votre logement dispose-t-il d'électricité (= « courant ») raccordée officiellement ?

= (« Est-ce que vous avez « un petit peu de courant » à la maison ? »)

1. OUI
2. NON

Q18 - Votre logement dispose-t-il d'électricité (« courant ») raccordée illégalement ?

1. OUI
2. NON

Si NON Q14

Q19 - Comment vous vous approvisionnez en eau ? *Donner les cas les plus fréquents – 2 réponses possibles*

= (Comment vous faites pour avoir de l'eau ? »)

1. Borne monétique fontaine (BMF)
2. Eau du réseau d'alimentation en eau potable récupérée en jerricans chez un tiers
3. Puits, forage
4. Récupération d'eau de pluie
5. Bouteille d'eau
6. Autre (rivière, ruisseau etc.)

Q20 - Comment vous déplacez vous habituellement ? *Donner les cas les plus fréquents – 2 réponses possibles*

= (« Comment vous vous déplacez d'habitude ? »)

1. À pieds
2. À Scooter = (« En engin »)
3. À vélo
4. En Bus/ transport en commun

5. En stop
6. En voiture
7. En taxi
8. Autre : *Préciser* : | _____ |

II/ ÉTAT DE SANTE – ACCÈS AUX STRUCTURES SOCIO-SANITAIRES

Maintenant nous allons parler ensemble de votre santé. Le terme « santé » signifie l'absence de maladie ou de blessure, mais aussi votre bien-être physique, mental et social en général.

A - Santé perçue*Mini module européen

Q21 - *Comment est votre état de santé en général ? *1 réponse possible*

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais
6. Ne sais pas
7. Refus

Si personne immigrée

Q22 - Avant d'arriver en Guyane, comment était votre santé en général ? *1 réponse possible*

= (« Et avant d'arriver en Guyane, comment était votre santé en général ? »)

1. Très bon
2. Bon
3. Assez bon
4. Mauvais
5. Très mauvais
6. Ne sais pas
7. Refus

Q23- *Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

= (« Etes-vous limité(e), depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font « tous les jours » ? »)

1. Oui, fortement limité(e)
2. Oui, limité(e), mais pas fortement
3. Non, pas limité(e) du tout

Q24 – *Actuellement, avez-vous une maladie ou un/des problème(s) de santé chronique(s) ?
 = (Actuellement, avez-vous une maladie ou un/des problème(s) de santé que vous avez depuis longtemps ? »)

1. OUI
2. NON

Q25 - *Si OUI Q24*, Quelle est cette maladie ou problème(s) de santé chronique ?
 = (« Quelle est cette maladie ou problème(s) de santé que vous avez depuis longtemps ? »)

1. Préciser 1^{er} problème : | _____ |
2. Préciser 2nd problème : | _____ |

B – Recours aux soins

Maintenant nous allons parler des lieux où vous vous faites soigner et aider

Si OUI Q24 et maladie(s) Q25.../ Si non passer à Q27

Q26 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin, un professionnel de santé pour vous-même, pour votre/vos problème(s) de santé XXXXX(Q25) chronique ?
 = (« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin, un professionnel de santé pour vous-même, pour votre/vos problème(s) de santé XXXXX(Q25) que vous avez depuis longtemps ? »)

1. OUI ⇒ Combien de fois au cours des 12 derniers mois ? |__|__|
2. NON (*Passer à Q29*)

Q27 - Où êtes-vous allé pour vous faire soigner pour votre/vos problème(s) de santé XXXXX(Q23) chronique/ « que vous avez depuis longtemps » ?	Q28 - Pour quelle(s) raison(s) vous avez consulté ce(s) lieu(x) plutôt qu'un autre ? <i>2 réponses possibles à classer</i>
1. 1 ^{er} pb :	
2. 2 nd pb :	

Q29 - En Guyane, avez-vous pour vous-même ... ?

= (« En Guyane, avez-vous déjà pour vous-même... ? »)

Types/nature de soins	Q29 - OUI	Q29 - NON	Si OUI Q 29 Q30 - Où êtes-vous allé ... (pour X type d'accès aux soins) ?	Si OUI Q 29 Q31 - Pour quelle(s) raison(s) vous avez consulté ce(s) lieu(x) plutôt qu'un autre ? <i>2 réponses possibles à classer</i>	PRECISIONS
1. Vu un médecin (généraliste/spécialiste)					
2. Eté vacciné					
3. Eté dépisté sur les maladies sexuellement transmissibles (VIH/IST/Hépatites)					
4. Vu un médecin ou gynécologue pour une contraception (si femme)					
5. Fait des analyses de laboratoire, des prises de sang (hormis le dépistage au CPS CRF ou au PADA CRF)					
6. Eu des médicaments					
7. Fait une radio ou autres examens d'imagerie (scanners, échographie) <i>Préciser le type</i>					| _____ |
8. Eu des soins dentaires					
9. Eté hospitalisé					

<p>10. Eu d'autres soins : Préciser type/nature de soins (maux de tête, dermato...)</p><p>| _____ |</p>					
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

C - Renoncement aux soins

Q32 - Vous est-il déjà arrivé de renoncer pour vous-même, alors que vous en aviez besoin, quelles qu'en soient les raisons... ?

(=Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de ne pas XXXX (citer - ex : aller voir un médecin) alors que vous en aviez besoin, quelles qu'en soient les raisons ?)

SOINS RENONCÉS	Q -32 OUI	Q- 32 NON	Si OUI Q 32 Q33– Pour quelle(s) raison(s) avez-vous renoncé ? <i>3 réponses possibles à classer (- à +)</i>	PRÉCISIONS
1. A voir un médecin (généraliste/spécialiste)				
2. A être vacciné				
3. A être dépisté sur les maladies sexuellement transmissibles (VIH/IST/Hépatites)				
4. A voir un médecin ou gynécologue pour une contraception (si femme)				
5. A faire des analyses de laboratoire, prises de sang (hormis le dépistage au CPS CRF ou au PADA CRF)				
6. A avoir des médicaments				
7. A faire une radio et autres examens d'imagerie (scanners, échographie) Préciser le type				| _____ |
8. A avoir des soins dentaires				
9. A être hospitalisé				
10. A avoir d'autres soins : Préciser type/nature de soins (maux de tête, dermato...) | _____ |				

Q34 – Pour aller vous faire soigner, dépister ou vacciner, vous seriez à marcher combien de temps depuis votre quartier ?

1. A moins de 15 minutes de votre quartier
2. Entre 15 et 30 minutes de votre quartier
3. Entre 30 et 45 minutes de votre quartier
4. Entre 45 minutes et 1 heure de votre quartier
1. A plus de 1 heure de votre quartier

Q35 - Avez-vous des droits ouverts pour votre santé ?

1. Aide médicale d'état (AME)
2. Couverture médicale universelle complémentaire (CMUc)
3. Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS)
4. Protection Universelle Maladie (PUMA) = *ancienne Couverture médicale universelle (CMU)*
5. Une mutuelle
6. Attente de l'AME (1^{ère} demande)
7. Attente de la CMUc (1^{ère} demande)
8. Attente de la PUMA (1^{ère} demande)
9. Attente de renouvellement de droits AME
10. Attente de renouvellement de droits CMUc
11. Attente de renouvellement de droits PUMA
12. Rupture de droits AME (si droit au renouvellement = irrég)
13. Rupture de droits CMUc (si droit au renouvellement = rég)
14. Rupture de droits PUMA (si droit au renouvellement)
15. Sans droits (aucune demande de faite par ailleurs)
16. Pas de réponse
17. Autre : Préciser : | _____ |

D - Accompagnement et aides à caractère social

Q36 – Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous au quotidien ? *3 réponses possibles à classer*

= (« Quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous tous les jours ? »)

DIFFICULTÉS	CLASSEMENT	PRÉCISIONS
1. Me loger		
2. Me nourrir		
3. Me laver		
4. M'habiller		
5. Me déplacer (transport(s))		
6. Avoir du travail		
7. Ma santé		
8. L'eau		
9. L'électricité		
10. Aucun(s) problème(s)		
11. Autre : Préciser | _____ |	:	

Q37 – Les personnes que vous connaissez en dehors de chez vous sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ?

= (« Les personnes que vous connaissez en dehors de chez vous sont-elles suffisamment proches de vous pour vous aider si vous avez de grandes difficultés ? »)

1. OUI
2. NON

Q38 - Etes-vous déjà allés au moins une fois vous faire aider pour les problèmes suivants... ? *Plusieurs réponses possibles*

AIDES SOCIO-SANITAIRES	Q 38- OUI	Q 38- NON	Si OUI Q38 Q39 - Où êtes-vous allé pour avoir (...X aide) ?	Si OUI Q 38 Q40 - Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous allé vous faire aider dans ce(s) lieu(x) plutôt qu'un autre ? <i>2 réponses possibles à classer</i>	Si NON Q 38 Q41 - Pour quelle(s) raison(s) vous n'êtes pas allé vous faire aider pour (...X aide) ?
1. Accompagnement social pour faire des démarches administratives					
2. Aide alimentaire					
3. Aide vestimentaire					
4. Aide au logement social					
5. Trouver un emploi					
6. Autre : <i>Préciser</i> : | _____ |					

III/ CONDITIONS MIGRATOIRES

Pour continuer nous allons parler de vos conditions migratoires

Si nationalité étrangère

Q42 - Depuis combien de mois/années vivez-vous en Guyane ?

| _____ |

OU TRANCHE

1. Moins de 3 mois
2. Entre 3 mois et 6 mois
3. Entre 6 mois et 1 an
4. Entre 1 an passé et 2 ans
5. Entre 2 ans passé et 3 ans
6. Entre 3 ans passé et 4 ans
7. Plus de 4 ans
8. Plus de 10 ans

Si nationalité étrangère

Q43 – Quelle est la raison principale de votre venue en Guyane ?

= (« Pour quelle raison avez-vous décidé de venir en Guyane ? »)

1. Economique, trouver un travail
2. Regroupement familial
3. Sécurité politique
4. Santé
5. Autre : Préciser : | _____ |

Si nationalité étrangère

Q44 - Quels sont vos papiers pour vivre en Guyane ? (*Question délicate en dernier*)

= (« Et vous avez déjà fait une demande d'asile ? »)

1. Carte de résident (10 ans)
2. Carte de séjour temporaire (1 an)
3. Récépissé (avant carte de séjour)
4. Attestation de Demandeur d'asile
5. Demandeur d'asile (6 mois renouvelable)
6. Visa séjour / touristique (3 mois)
7. Attente de régularisation
8. Sans papiers (*comprend une DA rejetée*)
9. Titre de séjour pour soins
10. Ne veut pas répondre

IV/ ACCEPTABILITE ENQUETE CROIX ROUGE FRANÇAISE

La Croix Rouge Française, une association qui offre des soins, souhaiterait faire une enquête sur l'état de santé des personnes vivant dans votre quartier...

Q45 – Seriez – vous prêt à faire une prise de sang à votre domicile pour rechercher des maladies (comme le VIH, le diabète...), en sachant que si il y a un problème, vous aurez vous résultats et serez orienté pour vous faire soigner ?

1. OUI
2. NON

Q46 – Quels seraient les horaires les plus adaptés du Lundi au Samedi pour faire cette visite à votre domicile ? *Plusieurs réponses possibles*

= (A quelle heure ce serait le mieux pour venir chez vous du Lundi au Samedi ? »)

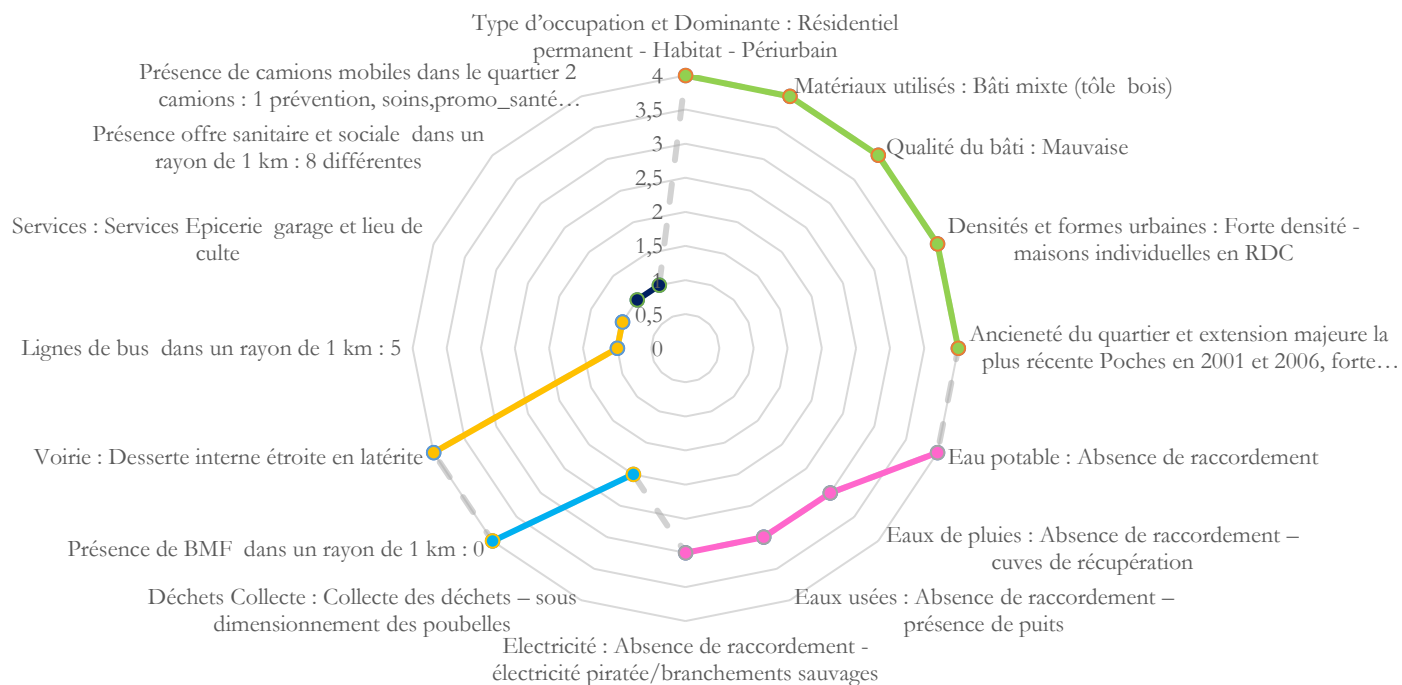
1. Tout le matin : 8h-12h
 2. Tout l'après-midi : 14h-18h
 3. Toute la journée
 4. Tôt le matin : 6h-8h
 5. Début de matinée : 8h-10h
 6. Fin de matinée : 10h-12h
 7. Début d'après-midi : 14h-16h
 8. Fin d'après-midi : 16h-18h
 9. Soirée : 18h-20h
 10. Autre : Préciser : | _____ |
-

Je vous remercie pour votre participation !

NOTES RELATIVES AU CONTEXTE ET A L'ÉCHANGE

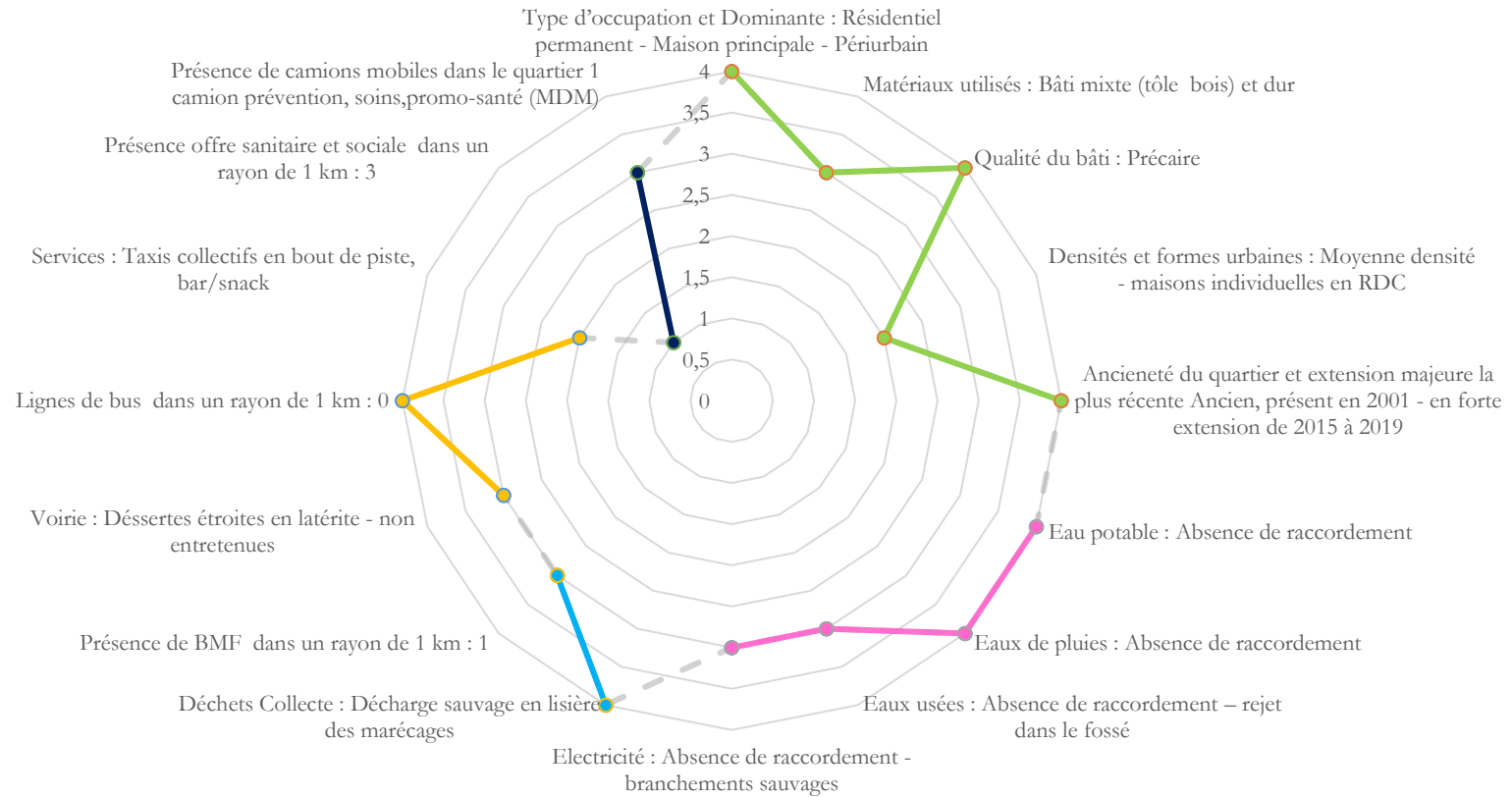
Squat Bambou-Piste Tarzan - Rémire-Montjoly / anciennement Mont Baduel - Cayenne

- Lignes reliant les thématiques
- Habitat
- Réseaux
- Hygiène
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Accessibilité services sanitaires et sociaux



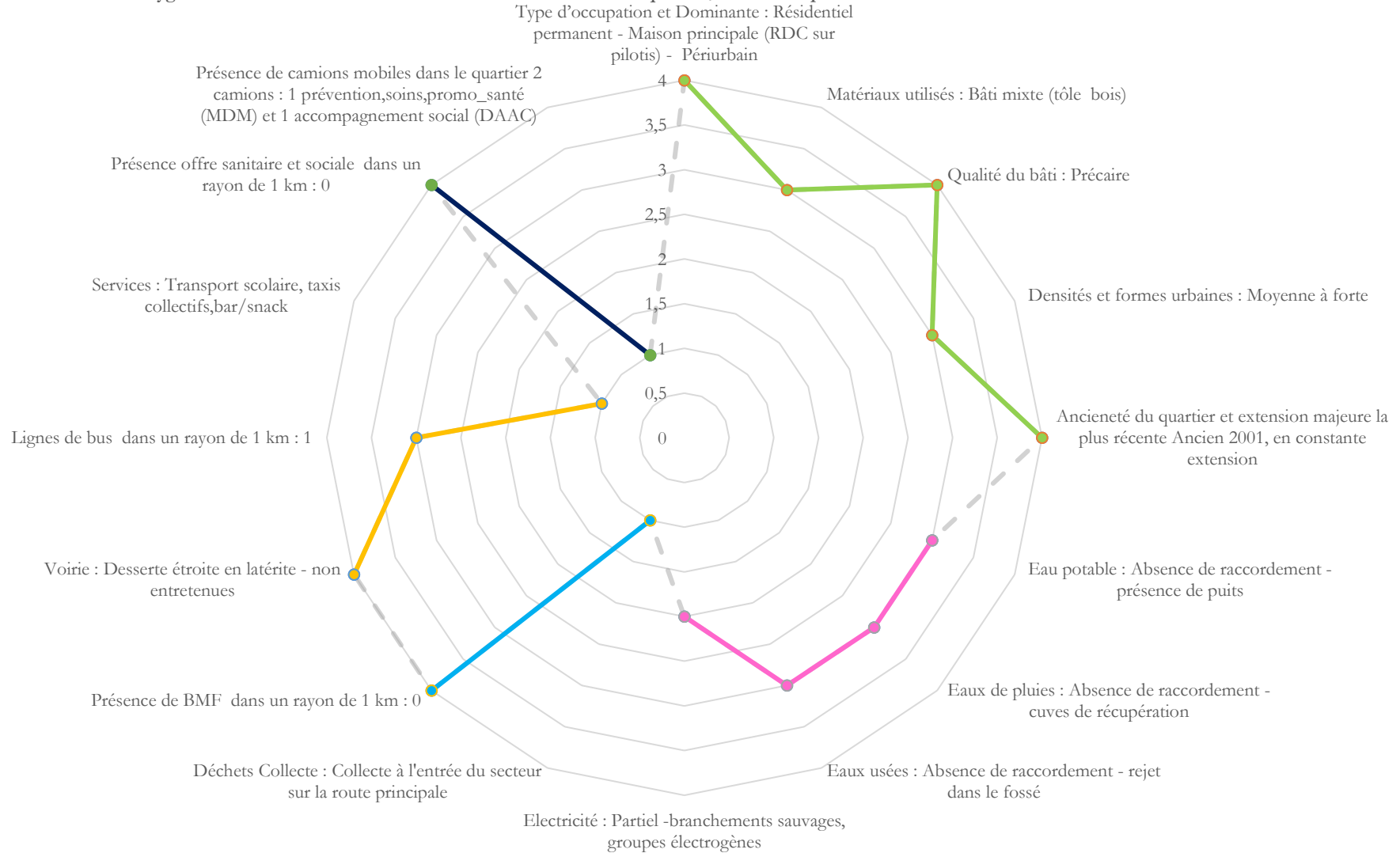
Comou - Combo - La Gonave - Matoury

- Lignes reliant les thématiques
- Hygiène
- Habitat
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Réseaux
- Accessibilité services sanitaires et sociaux



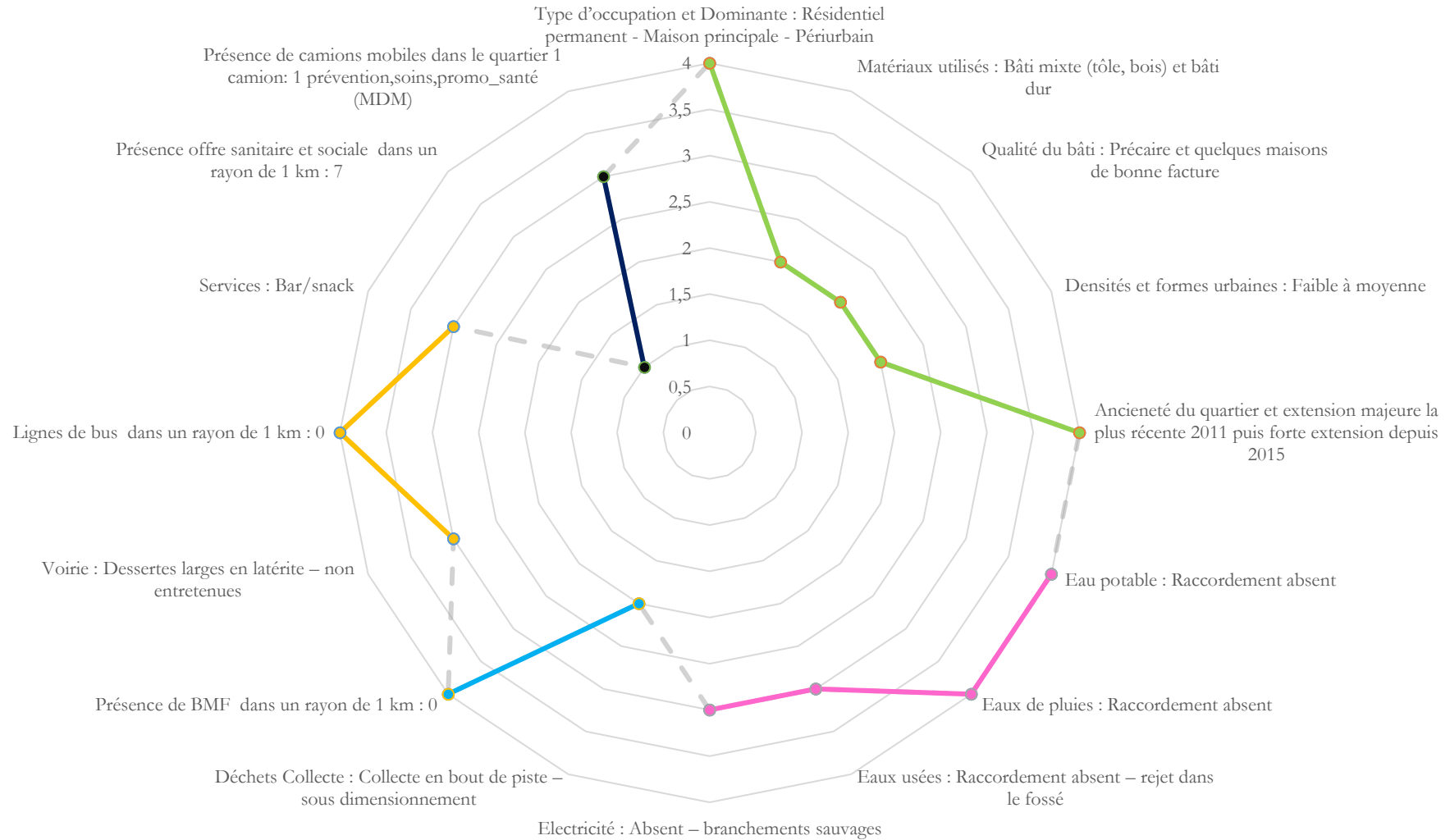
Manguiers - Village Brésilien - Rémire-Montjoly

- Lignes reliant les thématiques
- Habitat
- Réseaux
- Hygiène
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Accessibilité services sanitaires et sociaux



Savane - Saint Pierre - Matoury

- Lignes reliant les thématiques
- Hygiène
- Habitat
- Réseaux
- Accessibilité quartier/services de proximité
- Accessibilité services sanitaires et sociaux



#Mots supprimés de l'entretien du pôle ARS DOS

Mots suppr <- c("–", "accord", "accorde", "adjoind",

administratives", "adresse", "adresses", "abb", "ailleurs", "allais", "alors", "ancienne", "

année", "appel", "appelé", "après", "arrive", "arrivent", "arrivées", "assez", "attribuées", "aujourd", "aussi", "autre", "autres", "avant", "av
ec", "avoir", "

axé", "bab", "beaucoup", "ben", "bien", "bon", "boulot", "but", "ça", "carrément", "cas", "certaine", "certains", "

champ", "chaque", "chercher", "chez", "chose", "choses", "

collègues", "comme", "commence", "commencé", "comment", "commission", "communauté", "commune", "compliqué", "compliquées", "comp
rend", "comprends", "comprenez", "

concerne", "concerner", "congrés", "connaissent", "connaissiez", "contrairement", "convaincre", "

correspond", "côté", "coup", "cours", "courte", "coûteux", "couvrir", "créer", "crois", "date", "deadline", "dedans", "dédiées", "

défini", "déjà", "demain", "démarche", "démarches", "dépend", "déploie", "dérangerait", "dès", "désolée", "dessus", "destiné", "deux", "devoi
r", "devrait", "

différencier", "difficile", "difficulté", "dir", "dire", "directement", "direction", "directrice", "diriger", "disposition", "dit", "doc", "documentati
on", "

doit", "doivent", "donc", "donne", "donné", "données", "donner", "donniez", "durée", "eau", "écoutez", "écriture", "effectivement", "égalemen
t", "elles", "enclenchée", "

encore", "enfin", "ensuite", "entraîn", "entre", "envoie", "envoyé", "envoyer", "envoyez", "équipe", "équipes", "essaie", "essaient", "étendre", "

être", "eub", "eubb", "évident", "éviter", "exactement", "exemple", "existe", "facile", "façon", "faire", "fait", "faites", "faits", "fatalité", "faut
", "ficelé", "

fil", "final", "fines", "fini", "finir", "fixe", "fois", "font", "forcément", "forme", "fur", "garder", "général", "générale", "généralement", "géné
ales", "gère", "gèrent", "globale", "grâce", "grande", "grave", "gros", "

hésitez", "hui", "hum", "humbum", "

idée", "imagine", "imbrique", "immédiate", "informations", "infos", "inscrit", "instant", "intégré", "intégrer", "

intéressant", "intéressée", "jamais", "journée", "jusqu", "juste", "justement", "là", "laborieux", "lancé", "leu", "lieux", "ligne", "

livré", "logique", "longtemps", "mail", "mails", "maison", "mal", "manière", "manque", "maximum", "

mêmes", "mesure", "mets", "mette", "mettre", "mieux", "mme", "moins", "mois", "moment", "monde", "mondiale", "motivées", "

niveau", "non", "normalement", "nuance", "octobre", "origine", "où", "ouais", "oui", "ouvert", "ouverte", "ouverts", "pair", "papin", "parait
", "parce", "

parfois", "parle", "parlez", "part", "partie", "passe", "pensais", "pense", "perdu", "période", "

personnellement", "petit", "petite", "petites", "peu", "peut", "peut-être", "peuvent", "peux", "plus", "pourra", "pourrais", "

pourrait", "pourront", "précisant", "précises", "première", "prendre", "près", "presque", "prison", "pro", "problématique", "problématiques
", "

professionnelle", "professionnelles", "professionnels", "propose", "proposé", "proposer", "propre", "publique", "puis", "puisque", "quand", "q
uelque", "quelques", "questions", "quoi", "

raison", "rappelle", "rapport", "recenser", "rédiger", "regarder", "remontée", "rencontre", "rencontrer", "rend", "renouvelable", "renseigner",
", "

rentrer", "répond", "répondre", "répondu", "réponse", "réseaux", "ressemblent", "ressortira", "ressource", "reste", "restera", "réunion", "rien
", "sachant", "sachent", "sais", "sait", "

sas", "sauf", "savent", "savoir", "sein", "semaine", "semble", "sens", "service", "signification", "simplement", "sinon", "situation", "

société", "solutions", "sortants", "sorte", "sortent", "sortie", "sortir", "soucis", "souvent", "suite", "

sujets", "sûr", "surtout", "telle", "temps", "thèse", "toujours", "tourner", "tous", "tout", "toute", "toutes", "traduction", "train", "transitoires
", "

travailliez", "tremplin", "très", "trop", "trouve", "trouver", "truc", "type", "vais", "val", "variable", "variée", "vaste", "venir", "verra", "vers",
",
vent", "vient", "vision", "voilà", "voilà", "voir", "voit", "vont", "voulez", "vrai", "vraiment",
"sas", "collègues", "concerne", "correspond", "doit", "encore", "être", "fil", "hésitez", "idée", "hors", "livré", "mêmes", "parfois",
"personnellement", "place", "places", "pourrait", "prends", "pris", "prise", "prises", "raison", "aller", "rentrer", "saint", "oyapock", "sas",
social", "sujets", "travaillez", "vent",
"année", "axe", "défini", "-",
",", "abordés", "aboutir", "absence", "actuel", "actuelle", "adbérer",
affiche", "ais", "aise", "ajoute", "alimentaire", "allée", "allez", "allonger", "ancien", "angine", "années",
app", "après-midi", "arrêté", "arrêts", "arrivé", "arrivera", "arrivés", "arrivez", "attendent", "attendre", "attendront", "aucun", "autant", "a
vance", "avancer", "avancés", "aves", "axée", "axés", "balade",
bénin", "biais", "biaisla", "blanc", "bonne", "bons", "bout", "budget", "bureau", "cadre", "calendrier",
celui", "censés", "cetera", "chacun", "chef", "ciel", "cinéma", "clair",
cœur", "combattant", "commencent", "communiqué", "complet",
complètement", "compte", "concentrent", "concernent", "concernés", "confortable", "conséquence", "conséquences", "conséquent", "constituer",
"correct", "correctement", "coté", "couvert", "créé", "crispe", "débloque",
décrit", "debors", "dég", "delà", "délocalisée", "demande", "départ",
département", "dépasse", "dépassera", "dépendants", "déploiement", "depuis", "derrière", "désencombrer", "détail", "devait", "développe",
différemment", "différence", "différent",
différente", "différentes", "différents", "difficiles", "difficultés", "digne", "dimanche", "dira", "dirais", "directe", "dis", "disant", "discours",
disparaissent", "disparu", "disponibilités",
dites", "donnez", "du", "due", "durées", "école", "écoles", "écrire", "éducation", "éléments", "émanation", "enfant", "enfants", "énormément",
",
ensemble", "entendu", "entrées", "espère", "esprit", "essayer", "etc", "étend", "études", "euuh", "éventuelle", "éventuellement",
excellence", "exercées", "exercice", "expertise", "exprimer", "exprimez", "face", "facteurs", "facturation", "faisons", "jalloir", "faudrait", "fa
ute", "jin",
fonction", "formation", "fournissent", "français", "franchement", "fréquenter", "frêt", "gamins", "garde", "gardent", "gardez", "gène", "gèner
e", "genre", "gens", "genslà",
grand", "grandchose", "grands", "grosse", "habitat", "hein", "hésiter",
heure", "hbumbum", "humaines", "humm", "hyper", "idées", "imaginé", "impératifs",
important", "importante", "importants", "importe", "impression", "incontournable", "indicateurs", "information", "inscrire", "insuffisance
",
intéresse", "intervenir", "inverse", "jour", "juin", "jusque", "là-dessus", "large",
léger", "lentement", "lesquelles", "logistique", "lourd", "macro", "maintenant", "manipuler",
marche", "matière", "matin", "mauvaise",
messages", "métier", "millions", "minimum", "mis", "mise", "mix", "mode", "montants", "motivés", "mouvement", "moyens", "multi", "nat
balie", "nature", "nécessite", "nier",
nom", "nombre", "notamment", "noter", "nouveau", "obligatoires", "obligés", "observer", "obstétrique", "occasion", "occupe", "organisées",
organiser", "ouai", "ouias", "ouis", "ourles",
outrance", "ouï", "ouverture", "palliez", "papiers", "parceq", "pareil", "██████████", "parlait", "parlé", "parler",
partir", "passez", "payer", "peine", "permettent", "pff", "pfff",
plait", "plan", "plutôt", "pointe", "pôle", "pose", "poser", "possible", "pourrai", "pourtant",
pouvues", "pouvez", "pouvoir", "premier", "prend", "préparation", "présente", "présentent", "prêts", "principaux", "principe",
privillégier", "problème", "problèmes", "prochain", "prochaine", "produits", "propres", "pure", "purement", "quad", "quasi", "quelqu", "qu
estion", "raisonnez", "raisons", "rapports",
rapprocher", "rattachées", "ré", "reboucler", "réception", "reçues", "rédigé", "redoutables", "réducteur", "référence", "regarde", "réglé", "réglée
", "réglementation", "rejeter",
relativement", "remplissez", "rendu", "renfort", "renseigne", "rentre", "rentrez", "répondent", "repose", "réseau", "ressources", "restent", "res
tez", "résultat", "rétablie", "retours",
retravailler", "retrouvait", "réussi", "réussissent", "reviennent", "ruptures", "samedi", "satisfaisant", "saturation", "saurais", "savez", "scèn
e", "schéma",
scindé", "séjour", "séjours", "semaines", "sert", "services", "seulement", "signé", "simple",
soir", "soirées", "sos", "souci", "soulager", "sous", "stocks", "strate", "structures", "suffisant", "suffit", "sujet", "super", "surchargés",
sure", "sûre", "système", "tant", "tas", "technique", "temporalité", "tendance", "tenu", "termes", "théorie", "tisser", "tombe", "tombez",
toatement", "traitement", "traiter", "transferts", "transmettra", "transmettre", "transposez",
trou", "trouvés", "types", "utiliser", "vaudrait", "vaut", "vérifier", "viennent",
vision", "vite", "vois", "volet", "voudrait", "voudriez", "voulait", "vouloir", "vraie", "vrais", "weekend", "weekends",
"affiche", "app", "bénin", "assurent", "assurer", "assurez", "auto", "tiag", "autonomie", "chiffres", "cœur", "circulation",
"complètement", "continue", "continuer", "rouge", "décrit", "dites", "dossiers", "gestion", "gerais", "gérer", "grand",
"heure", "important", "inter", "intéresse", "intérêt", "intérieures", "léger", "marche", "médecine", "médical", "médicale",
"messages", "nom", "orientation", "outrance", "partir", "particuliers", "clinique", "plait", "pouvues", "poreux",

"précaution", "privilégier", "rapprocher", "recruter", "relativement", "rénale", "soir", "spécifiques", "sure", "totalement", "trou", "vison", "vitale", "celui")

Réécrire les mots gardés, majuscules, mots en doublon...

d\$word[d\$word == "air"] <- "Air Guyane"
d\$word[d\$word == "antilles"] <- "Antilles"
d\$word[d\$word == "ars"] <- "ARS"
d\$word[d\$word == "atirg"] <- "ATIRG"
d\$word[d\$word == "bcg"] <- "BCG"
d\$word[d\$word == "cdag"] <- "CDAG"
d\$word[d\$word == "cdps"] <- "CDPS"
d\$word[d\$word == "ceggid"] <- "CEGGID"
d\$word[d\$word == "centres"] <- "Centres de santé"
d\$word[d\$word == "cgs"] <- "CGSS"
d\$word[d\$word == "charge"] <- "Prise en charge"
#enlevé : intérieur
d\$word[d\$word == "communes"] <- "Communes de l'intérieur"
d\$word[d\$word == "cordonner"] <- "Coordonner"
#enlevé : rouge
d\$word[d\$word == "croix"] <- "Croix Rouge"
d\$word[d\$word == "ctg"] <- "CTG"
d\$word[d\$word == "djscs"] <- "DJSCS"
d\$word[d\$word == "dossier"] <- "Dossier médical partagé"
d\$word[d\$word == "dsp"] <- "DSP"
d\$word[d\$word == "ght"] <- "GHT"
d\$word[d\$word == "had"] <- "HAD"
d\$word[d\$word == "laurent"] <- "Saint Laurent"
#enlevé : médecine
d\$word[d\$word == "mco"] <- "MCO"
d\$word[d\$word == "mdm"] <- "MDM"
#enlevé : médical
d\$word[d\$word == "projet"] <- "Projet médical partagé"
#enlevé médicale
d\$word[d\$word == "mmg"] <- "MMG"
d\$word[d\$word == "medicosocial"] <- "Médico-social"
d\$word[d\$word == "pass" | d\$word == "permanence"] <- "PASS"
#enlevé : clinique, saint 2X pour ne pas sur représenter le mot clinique
d\$word[d\$word == "paul"] <- "Clinique Saint Paul"
d\$word[d\$word == "veronique"] <- "Clinique Véronique"
d\$word[d\$word == "pmi"] <- "PMI"
d\$word[d\$word == "rmbow"] <- "RAINBOW"
d\$word[d\$word == "slm"] <- "Saint Laurent du Maroni"
#enlevé : spécifique attaché à conventions
d\$word[d\$word == "conventions"] <- "Conventions spécifiques"

#associer des mots de même signification et en faire figurer 1 seul (fréquence la plus élevée)

d\$word[d\$word == "accueillant" | d\$word == "accueillir"] <- "Accueillir"
d\$word[d\$word == "activité" | d\$word == "activités"] <- "Activité"
d\$word[d\$word == "administratif" | d\$word == "administratives"] <- "Administratives"
d\$word[d\$word == "amorcé" | d\$word == "amorcée"] <- "Amorcé"
d\$word[d\$word == "association" | d\$word == "associations"] <- "Association"
d\$word[d\$word == "base" | d\$word == "basiques"] <- "Base"
d\$word[d\$word == "besoin" | d\$word == "besoins" | d\$word == "besoon"] <- "Besoin"
d\$word[d\$word == "capacité" | d\$word == "capacités"] <- "Capacité"
#ici "vitale" est dans les mots suppr. Garder "carte" pour carte vitale
d\$word[d\$word == "carte" | d\$word == "cartes"] <- "Carte vitale"
d\$word[d\$word == "champ" | d\$word == "champlà" | d\$word == "champs"] <- "Champ"
d\$word[d\$word == "circuit" | d\$word == "circuits"] <- "Circuit"
d\$word[d\$word == "commun" | d\$word == "communs"] <- "Commun"
d\$word[d\$word == "compétence" | d\$word == "compétences"] <- "Compétences"

d\$word[d\$word == "complémentaire" | d\$word == "complémentaires" | d\$word == "complémentarité" | d\$word == "complémentarités"] <- "Complémentarité"

d\$word[d\$word == "consultation" | d\$word == "consultations"] <- "Consultations"

d\$word[d\$word == "droit" | d\$word == "droits"] <- "Droits"

d\$word[d\$word == "établissement" | d\$word == "établissements" | d\$word == "établissements"] <- "Etablissement"

d\$word[d\$word == "évacue" | d\$word == "évacuer"] <- "Evacuer"

d\$word[d\$word == "finance" | d\$word == "financements" | d\$word == "finances" | d\$word == "finançons"] <- "Finance"

#gérerais,gérer-> pas énoncés dans le meme contexte (personnel à l'acteur) donc suppr

d\$word[d\$word == "gère" | d\$word == "gérée"] <- "Gère"

d\$word[d\$word == "glo" | d\$word == "global" | d\$word == "globalement"] <- "Globalement"

d\$word[d\$word == "hopital" | d\$word == "hôpital" | d\$word == "hôpitaux" | d\$word == "Hospitalier"] <- "Hospitalier"

d\$word[d\$word == "hospitalisation" | d\$word == "hospitalisations"] <- "Hospitalisations"

d\$word[d\$word == "institution" | d\$word == "institutionnelle"] <- "Institution"

d\$word[d\$word == "interagisse" | d\$word == "interaction"] <- "Interaction"

d\$word[d\$word == "libéral" | d\$word == "libéraux"] <- "Libéraux"

d\$word[d\$word == "logement" | d\$word == "logements"] <- "Logement"

d\$word[d\$word == "malade" | d\$word == "maladie"] <- "Malade"

d\$word[d\$word == "maternité" | d\$word == "maternités"] <- "Maternité"

d\$word[d\$word == "médecin" | d\$word == "médecins"] <- "Médecins"

d\$word[d\$word == "médicaments" | d\$word == "médicamnet"] <- "Médicaments"

d\$word[d\$word == "odontologie" | d\$word == "ondonto"] <- "Odontologie"

d\$word[d\$word == "patents" | d\$word == "patient" | d\$word == "patientèle" | d\$word == "patients"] <- "Patients"

d\$word[d\$word == "personnel" | d\$word == "personnel"] <- "Personnels"

d\$word[d\$word == "personne" | d\$word == "personnes"] <- "Personnes"

d\$word[d\$word == "population" | d\$word == "populations"] <- "Population"

d\$word[d\$word == "praticien" | d\$word == "praticiens"] <- "Praticiens"

d\$word[d\$word == "rea" | d\$word == "réanimation"] <- "Réanimation"

d\$word[d\$word == "sanitaire" | d\$word == "sanitaires"] <- "Sanitaire"

d\$word[d\$word == "secteur" | d\$word == "secteurs"] <- "Sanitaire"

d\$word[d\$word == "sécu" | d\$word == "sécurité"] <- "Sécu"

d\$word[d\$word == "sociale" | d\$word == "sociales" | d\$word == "sociaux"] <- "Sociaux"

d\$word[d\$word == "soin" | d\$word == "soins"] <- "soins"

d\$word[d\$word == "spécialistes" | d\$word == "spécialités"] <- "Spécialités"

d\$word[d\$word == "territoire" | d\$word == "territoires"] <- "Territoire"

d\$word[d\$word == "travail" | d\$word == "travailla" | d\$word == "travaille" | d\$word == "travaillées" | d\$word == "travailler"] <- "Travailler"

d\$word[d\$word == "vaccin" | d\$word == "vaccination" | d\$word == "vacciner" | d\$word == "vaccinés" | d\$word == "vaccins"] <- "Vacciner"

d\$word[d\$word == "ville" | d\$word == "villes"] <- "Ville"

d\$word[d\$word == "phar" | d\$word == "pharmacie" | d\$word == "pharmacies"] <- "Pharmacies hospitalières"

Annexe 26 : Construction du nuage de mots, ARS Pôle DA

#Mots supprimés de l'entretien du pole ARS DA

Motssuppr <- c("—", "accord", "accorde", "adjointe", "administratives", "adresse", "adresses", "abb", "ailleurs", "allais", "alors", "ancienne", "année", "appel", "appelé", "après", "arrive", "arrivent", "arrivées", "assez", "attribuées", "aujourd", "aussi", "autre", "autres", "avant", "avec", "avoir", "axe", "bab", "beaucoup", "ben", "bien", "bon", "boulot", "but", "ça", "carrément", "cas", "certaine", "certains", "champ", "chaque", "chercher", "chez", "chose", "choses", "collègues", "comme", "commence", "commencé", "comment", "commission", "communauté", "commune", "compliqué", "compliquées", "comp rend", "comprends", "comprenez", "concerne", "concerner", "congrés", "connaissent", "connaissez", "contrairement", "convaincre", "correspond", "côté", "coup", "cours", "courte", "coûteux", "couvrir", "créer", "crois", "date", "deadline", "dedans", "dédiées", "défini", "déjà", "demain", "démarche", "démarches", "dépend", "déployé", "dérangerait", "dès", "désolée", "dessus", "destiné", "deux", "devoir", "devrait", "différencier", "difficile", "difficulté", "dir", "dire", "directement", "direction", "directrice", "diriger", "disposition", "dit", "doc", "documentation", "doit", "doivent", "donc", "donne", "donné", "données", "donner", "donniez", "durée", "eau", "écoutez", "écriture", "effectivement", "également", "elles", "enclenchée",

encore", "enfin", "ensuite", "entraîn", "entre", "envoie", "envoyé", "envoyer", "envoyez", "équipe", "équipes", "essaie", "essaient", "étendre", "être", "eub", "eubb", "évident", "éviter", "exactement", "exemple", "existe", "facile", "façon", "faire", "fait", "faites", "faits", "fatalité", "fait", "facile", "

fil", "final", "fines", "fini", "finir", "fixe", "fois", "font", "forcément", "forme", "fur", "garder", "général", "générale", "généralement", "générales", "gère", "gèrent", "globale", "grâce", "grande", "grave", "gros", "

bésitez", "hui", "hum", "humbum", "

idée", "imagine", "imbrique", "immédiate", "informations", "infos", "inscrit", "instant", "intégré", "intégrer", "

intéressant", "intéressée", "jamais", "journée", "jusqu", "juste", "justement", "là", "laborieux", "lancé", "leu", "lieux", "ligne", "

livré", "logique", "longtemps", "mail", "mails", "maison", "mal", "manière", "manque", "maximum", "

mêmes", "mesure", "mets", "mette", "mettre", "mieux", "mme", "moins", "mois", "moment", "monde", "mondiale", "motivées", "

niveau", "non", "normalement", "nuance", "octobre", "origine", "où", "ouais", "oui", "ouvert", "ouverte", "ouverts", "pair", "papin", "paraît", "parce", "

parfois", "parle", "parlez", "part", "partie", "passe", "pensais", "pense", "perdu", "période", "

personnellement", "petit", "petite", "petites", "peu", "peut", "peut-être", "peuvent", "peux", "plus", "pourra", "pourrais", "

pourrait", "pourront", "précisant", "précises", "première", "prendre", "près", "presque", "prison", "pro", "problématique", "problématiques", "

professionnelle", "professionnelles", "professionnels", "projet", "propose", "proposé", "proposer", "propre", "publique", "puis", "puisque", "quand", "quelque", "quelques", "questions", "quoi", "

raison", "rappelle", "rapport", "recenser", "rédiger", "regarder", "remontée", "rencontre", "rencontrer", "rend", "renouvelable", "renseigner", "

rentrer", "répond", "répondre", "répondu", "réponse", "réseaux", "ressemblent", "ressortira", "ressource", "reste", "restera", "réunion", "rien", "sachant", "sachent", "sais", "sait", "

sas", "sauf", "savent", "savoir", "sein", "semaine", "semble", "sens", "service", "signification", "simplement", "sinon", "situation", "

société", "solutions", "sortants", "sorte", "sortent", "sortie", "sortir", "soucis", "souvent", "suite", "

sujets", "sûr", "surtout", "telle", "temps", "thèse", "toujours", "tourner", "tous", "tout", "toute", "toutes", "traduction", "train", "transitoires", "

travaillez", "tremplin", "très", "trop", "trouve", "trouver", "truc", "type", "vais", "val", "variable", "variée", "vaste", "venir", "verra", "vers", "

vent", "vient", "vision", "voilà", "voilà", "voir", "voit", "vont", "voulez", "vrai", "vraiment", "

"sas", "collègues", "concerne", "correspond", "doit", "encore", "être", "fil", "bésitez", "idée", "hors", "livré", "mêmes", "parfois", "

"personnellement", "place", "places", "pourrait", "prends", "pris", "prise", "prises", "raison", "aller", "rentrer", "saint", "oyapock", "sas", "

social", "sujets", "travaillez", "vent", "

"année", "axe", "défini", "—")

Réécrire les mots gardés, majuscules, mots en doublon...

```
d$word = gsub("pds", "PDS", d$word)
d$word = gsub("lhss", "LHSS", d$word)
d$word = gsub("dos", "DOS", d$word)
d$word = gsub("vih", "VIH", d$word)
d$word = gsub("ars", "ARS", d$word)
d$word = gsub("csapa", "CS.APA", d$word)
d$word = gsub("akatj", "AKATIJ", d$word)
d$word = gsub("carrud", "CARRUD", d$word)
d$word = gsub("cps", "CDPS", d$word)
d$word = gsub("chog", "CHOG", d$word)
d$word = gsub("lam", "LAM", d$word)
d$word = gsub("mater", "Maternité", d$word)
d$word = gsub("mdm", "MDM", d$word)
d$word = gsub("ouest", "Ouest", d$word)
d$word = gsub("remiremontjoly", "Rémire-Montjoly", d$word)
#enlevé : saint, oyapock
d$word = gsub("georges", "Saint Georges de l'Oyapock", d$word)
#enlevé : social
d$word = gsub("samu", "Samu-Social", d$word)
d$word[d$word == "sos"] <- "Groupe SOS"
d$word[d$word == "état"] <- "Etat des lieux"
d$word[d$word == "antilles"] <- "Antilles"
#cette méthode évite de remplacer tous les char en CHAR ex : CHARge
#d$word = gsub("char", "CHAR", d$word)
d$word[d$word == "char"] <- "CHAR"
d$word[d$word == "act"] <- "ACT"
#d$word = gsub("act", "ACT", d$word)
```

d\$word = gsub("maripasoula","Maripassoula",d\$word)

Associer des mots de même signification et en faire figurer 1 seul (fréquence la plus élevée)

d\$word[d\$word == "médicosoc" | d\$word == "médicosocial" | d\$word == "médicosociales"] <- "Médico-social"
d\$word[d\$word == "adapté" | d\$word == "adaptée" | d\$word == "adapter"] <- "Adapter"
d\$word[d\$word == "addictions" | d\$word == "addicto"] <- "Addictions"
d\$word[d\$word == "aide" | d\$word == "aider"] <- "Aider"
d\$word[d\$word == "associatifs" | d\$word == "association" | d\$word == "associations"] <- "Associations"
d\$word[d\$word == "atteinte" | d\$word == "atteintes"] <- "Atteinte"
d\$word[d\$word == "cible" | d\$word == "cibler" | d\$word == "ciblés"] <- "Cibler"
d\$word[d\$word == "clinique" | d\$word == "cliniques"] <- "Cliniques"
d\$word[d\$word == "cloisonne" | d\$word == "cloisonné"] <- "Cloisonné"
d\$word[d\$word == "consultation" | d\$word == "consultations"] <- "Consultations"
d\$word[d\$word == "coopération" | d\$word == "coopérations"] <- "Coopération"
d\$word[d\$word == "coordination" | d\$word == "coordonne"] <- "Coordination"
d\$word[d\$word == "développe" | d\$word == "développée" | d\$word == "développer"] <- "Développer"
d\$word[d\$word == "distance" | d\$word == "distances"] <- "Distance"
d\$word[d\$word == "enfant" | d\$word == "enfants"] <- "Enfants"
d\$word[d\$word == "flèche" | d\$word == "flécher" | d\$word == "fléchés"] <- "Fléché"
d\$word[d\$word == "généraliste" | d\$word == "généralistes"] <- "Généralistes"
d\$word[d\$word == "handicap" | d\$word == "handicapées"] <- "Handicap"
d\$word[d\$word == "hôpital" | d\$word == "hôpitaux"] <- "Hôpitaux"
d\$word[d\$word == "institution" | d\$word == "institutionnel" | d\$word == "institutions"] <- "Institutions"
d\$word[d\$word == "maladie" | d\$word == "maladies"] <- "Maladies"
d\$word[d\$word == "médecin" | d\$word == "médecins"] <- "Médecins"
d\$word[d\$word == "médicale" | d\$word == "médicalisée"] <- "Médicale"
d\$word[d\$word == "mobile" | d\$word == "mobiles"] <- "Mobiles"
d\$word[d\$word == "paramédicale" | d\$word == "paramédicaux"] <- "Paramédicale"
d\$word[d\$word == "pathologie" | d\$word == "patbologie"] <- "Patbologies"
d\$word[d\$word == "personne" | d\$word == "personnes"] <- "Personnes"
d\$word[d\$word == "population" | d\$word == "populations"] <- "Population"
d\$word[d\$word == "préc" | d\$word == "précaire" | d\$word == "précarité"] <- "Précarité"
#ici "pris prise prises" sont dans les mots suppr prise. Garder "charge". Afin de ne pas surreprésenter le mot "prise en charge"
d\$word[d\$word == "charge" | d\$word == "charges"] <- "Charge"
d\$word[d\$word == "Charge"] <- "Prise en charge"
d\$word[d\$word == "prs" | d\$word == "prsdonc"] <- "PRS"
d\$word[d\$word == "spécialiste" | d\$word == "spécialistes"] <- "Spécialistes"
d\$word[d\$word == "spécifique" | d\$word == "spécifiques"] <- "Spécifique"
d\$word[d\$word == "suivi" | d\$word == "suivis"] <- "Suivi"
d\$word[d\$word == "travaillant" | d\$word == "travaille" | d\$word == "travaillent" | d\$word == "travailler"] <- "Travailler"
d\$word[d\$word == "vulnérable" | d\$word == "vulnérables"] <- "Vulnérables"

Annexe 27 : Construction du nuage de mots, ARS Pôle DSP

#Mots supprimés de l'entretien du pôle ARS DA

Motssuppr <- c("-", "accord", "accorde", "adjointe", "administratives", "adresse", "adresses", "abb", "ailleurs", "allais", "alors", "ancienne", "année", "appel", "appelé", "après", "arrive", "arrivent", "arrivées", "assez", "attribuées", "aujourd", "aussi", "autre", "autres", "avant", "avec", "avoir", "axé", "bah", "beaucoup", "ben", "bien", "bon", "boulot", "but", "ça", "carrément", "cas", "certaine", "certains", "champ", "chaque", "chercher", "chez", "chose", "choses", "collègues", "comme", "commence", "commencé", "comment", "commission", "communauté", "commune", "compliqué", "compliquées", "comprend", "comprends", "comprenez", "concerne", "concerner", "congrés", "connaissent", "connaissent", "contrairement", "convaincre", "correspond", "côté", "coup", "cours", "courte", "coûteux", "couvrir", "créer", "crois", "date", "deadline", "dedans", "dédiées", "défini", "déjà", "demain", "démarche", "démarches", "dépend", "déplie", "dérangerait", "dès", "désolée", "dessus", "destiné", "deux", "devoir", "devrait",

*différencier", "difficile", "difficulté", "dir", "dire", "directement", "direction", "directrice", "diriger", "disposition", "dit", "doc", "documentati
on", "*

*doit", "doivent", "donc", "donne", "donné", "données", "donner", "donnez", "durée", "eau", "écoutez", "écriture", "effectivement", "égalemen
t", "elles", "enclenchée", "*

*encore", "enfin", "ensuite", "entraîn", "entre", "envoie", "envoyé", "envoyer", "envoyez", "équipe", "équipes", "essaie", "essaient", "étendre", "
être", "eub", "eubb", "évident", "éviter", "exactement", "exemple", "existe", "facile", "façon", "faire", "fait", "faites", "faits", "fatalité", "faut
", "fâcé", "*

*fîl", "final", "fines", "fîni", "finir", "fixe", "fois", "font", "forcément", "forme", "fur", "garder", "général", "générale", "généralement", "géné
ales", "gère", "gèrent", "globale", "grâce", "grande", "grave", "gros", "
hésitez", "hui", "hum", "humbum", "
idée", "imagine", "imbrique", "immédiate", "informations", "infos", "inscrit", "instant", "intégré", "intégrer", "
intéressant", "intéressée", "jamais", "journée", "jusqu", "juste", "justement", "là", "laborieux", "lancé", "len", "lieux", "ligne", "
livré", "logique", "longtemps", "mail", "mails", "maison", "mal", "manière", "manque", "maximum", "*

mêmes", "mesure", "mets", "mette", "mettre", "mieux", "mme", "moins", "mois", "moment", "monde", "mondiale", "motivées", "

*niveau", "non", "normalement", "nuance", "octobre", "origine", "où", "ouais", "oui", "ouvert", "ouverte", "ouverts", "pair", "papin", "paraît
", "parce", "
parfois", "parle", "parlez", "part", "partie", "passe", "pensais", "pense", "perdu", "période", "
personnellement", "petit", "petite", "petites", "peu", "peul", "peutêtre", "peuvent", "peux", "plus", "pourra", "pourrais", "*

*pourrait", "pourront", "précisant", "précises", "première", "prendre", "près", "presque", "prison", "pro", "problématique", "problématiques
", "*

*professionnelle", "professionnelles", "professionnels", "propose", "proposé", "proposer", "propre", "publique", "puis", "puisque", "quand", "q
uelque", "quelques", "questions", "quoi", "*

*raison", "rappelle", "rapport", "recenser", "rédiger", "regarder", "remonée", "rencontre", "rencontrer", "rend", "renouvelable", "renseigner",
", "*

*rentrer", "répond", "répondre", "répondu", "réponse", "ressemblent", "ressortira", "ressource", "reste", "restera", "réunion", "rien", "sachant
", "sachent", "sais", "sai", "*

*sas", "sauf", "savent", "savoir", "sein", "semaine", "semble", "sens", "service", "signification", "simplement", "sinon", "situation", "
société", "solutions", "sortants", "sorte", "sortent", "sortie", "sortir", "soucis", "souvent", "suite", "*

*sujets", "sûr", "surtout", "telle", "temps", "thèse", "toujours", "tourner", "tous", "tout", "toute", "toutes", "traduction", "train", "transitoires
", "*

*travaillez", "tremplin", "très", "trop", "trouve", "trouver", "truc", "type", "vais", "val", "variable", "variée", "vaste", "venir", "verra", "vers",
", "
veut", "vient", "vision", "voilà", "voilà", "voir", "voit", "vont", "voulez", "vrai", "vraiment",
"sas", "collègues", "concerne", "correspond", "doit", "encore", "être", "fîl", "hésitez", "idée", "hors", "livré", "mêmes", "parfois",*

*"personnellement", "place", "places", "pourrait", "prends", "pris", "prise", "prises", "raison", "aller", "rentrer", "saint", "oyapocke", "sas", "
social", "sujets", "travaillez", "veut",
"année", "axé", "défini", "—",*

*", "abordés", "aboutir", "absence", "actuel", "actuelle", "adhérer", "
affiché", "ais", "aise", "ajouté", "alimentaire", "allée", "allez", "allonger", "ancien", "angine", "années", "*

*app", "après-midi", "arrêté", "arrêts", "arrivé", "arrivera", "arrivés", "arrivez", "attendent", "attendre", "attendront", "aucun", "autant", "a
vance", "avancer", "avancés", "aves", "axée", "axés", "balade", "
bénin", "biais", "biaislà", "blanc", "bonne", "bons", "bout", "budget", "bureau", "cadre", "calendrier", "
celui", "censés", "cetera", "chacun", "chef", "ciel", "cinéma", "clair", "
cœur", "combattant", "commencent", "communiqué", "complet", "*

complètement", "compte", "concentrent", "concernent", "concernés", "confortable", "conséquence", "conséquences", "conséquent", "constituer",
 "correct", "correctement", "coté", "couvert", "créé", "crispe", "débloqué",
 décrit", "dehors", "dég", "delà", "délocalisée", "demande", "départ", "

département", "dépasse", "dépassera", "dépendants", "déploiement", "depuis", "derrière", "désencombrer", "détail", "devait", "développe", "
 différemment", "différence", "différent", "

différente", "différentes", "différents", "difficiles", "difficultés", "digne", "dimanche", "dira", "dirais", "directe", "dis", "disant", "discours", "
 disparaissent", "disparu", "disponibilités", "

dites", "donnez", "dû", "due", "durées", "école", "écoles", "écrire", "éducation", "éléments", "émanation", "enfant", "enfants", "énormément",
 ,
 ensemble", "entendu", "entrées", "espère", "esprit", "essayer", "etc", "étend", "études", "eub", "éventuelle", "éventuellement", "

excellence", "exercées", "exercice", "expertise", "exprimer", "exprimez", "face", "facteurs", "facturation", "faisons", "falloir", "faudrait", "fa
 ute", "fin", "

fonction", "formation", "fournissent", "français", "franchement", "fréquenter", "frêt", "gamins", "garde", "gardent", "gardez", "gène", "génèr
 e", "genre", "gens", "genslà", "
 grand", "grandchose", "grands", "grosse", "habitat", "hein", "hésiter", "
 heure", "bhumbum", "bumm", "hyper", "idées", "imaginé", "impératifs", "

important", "importante", "importants", "importe", "impression", "incontournable", "indicateurs", "information", "inscrire", "insuffisance
 ", "
 intéressé", "intervenir", "inverse", "jour", "juin", "jusque", "làdessus", "large", "
 léger", "lentement", "lesquelles", "logistique", "lourd", "macro", "maintenant", "manipuler", "
 marche", "matière", "matin", "mauvaise", "

messages", "métier", "millions", "minimum", "mis", "mise", "mix", "mode", "montants", "motivés", "mouvement", "moyens", "multi", "nat
 balie", "nature", "nécessite", "nier", "

nom", "nombre", "notamment", "noter", "nouveau", "obligatoires", "obligés", "observer", "obstétrique", "occasion", "occupe", "organisées", "
 organiser", "ouai", "ouias", "ouis", "ourles", "
 outrance", "ouï", "ouverture", "palliez", "papiers", "parceq", "pareil", "██████", "parlait", "parlé", "parler", "
 partir", "passez", "payer", "peine", "permettent", "plf", "plff", "
 plait", "plan", "plutôt", "pointe", "pôle", "pose", "poser", "possible", "pourrai", "pourtant", "

pourvues", "pouvez", "pouvoir", "premier", "prend", "préparation", "présente", "présentent", "prêts", "principaux", "principe", "

privillégier", "problème", "problèmes", "prochain", "prochaine", "produits", "propres", "pure", "purement", "quad", "quasi", "quelqu", "qu
 estion", "raisonnez", "raisons", "rapports", "

rapprocher", "rattachées", "ré", "reboucler", "réception", "reçus", "rédige", "redoutables", "réducteur", "référence", "regarde", "régle", "réglee
 ", "réglementation", "rejeter", "

relativement", "remplissez", "rendu", "renfort", "renseigne", "rentre", "rentrez", "répondent", "repose", "ressources", "restent", "restez", "rés
 ultat", "rétablie", "retours", "

retravailler", "retrouvait", "réussi", "réussissent", "reviennent", "ruptures", "samedi", "satisfaisant", "saturation", "saurais", "savez", "scèn
 e", "schéma", "
 scindé", "séjour", "séjours", "semaines", "sert", "services", "seulement", "signé", "simple", "

soir", "soirées", "sos", "souci", "soulager", "sous", "stocks", "strate", "structures", "suffisant", "suffit", "sujet", "super", "surchargés", "

sure", "sûre", "système", "tant", "tas", "technique", "temporalité", "tendance", "tenu", "termes", "théorie", "tisser", "tombe", "tombez", "
 totalement", "traitement", "traiter", "transferts", "transmettrai", "transmettre", "transposez", "
 trou", "trouvés", "types", "utiliser", "vaudrait", "vaut", "vérifier", "viennent", "
 vison", "vite", "vois", "volet", "voudrait", "voudriez", "voulai", "vouloir", "vraie", "vrais", "weekend", "weekends",
 "affiche", "app", "benin", "assurent", "assurer", "assurez", "auto", "tiag", "autonomie", "chiffres", "cœur", "circulation",
 "complètement", "continue", "continuer", "décri", "dites", "dossiers", "gestion", "gerais", "gérer", "grand",
 "heure", "important", "inter", "intéresse", "intérêt", "léger", "marche", "médecine", "médical", "médicale", "

"messages", "nom", "orientation", "outrance", "partir", "plait", "pouvues", "poreux",
"précaution", "privilégier", "rapprocher", "recruter", "relativement", "rénale", "soir", "sure", "totalement", "trou",
"vison", "vitale", "celui",

"_"; "\U0001f60a"; "abatis"; "abord"; "aborde"; "aborder"; "aborderait"; "absolument"; "absurde"; "
accomplisse"; "accorder"; "accouchement"; "accountability"; "accroche"; "accroches"; "accusation"; "achat"; "acheté"; "achètent"; "açores"; "a
cronyme"; "acte";
"adhérent"; "adhésion"; "affiche"; "affirmé"; "affligeant"; "afflux"; "affranchir"; "âge"; "agents"; "agir"; "aille"; "aillent"; "aime"; "aimer
ais"; "aimerait"; "ajuster";
"alertes"; "allers"; "allocs"; "ambition"; "âme"; "amené"; "amenés"; "amusant"; "analyse"; "animatrice"; "ans"; "anti"; "antis"; "antivaccin
aux"; "appeler"; "appelle"; "appels";
"application"; "appliquer"; "apporte"; "apporter"; "appris"; "approche"; "approches"; "approprié"; "appuient"; "apte"; "arbitrage"; "arriva
nts"; "arrivée"; "arriver"; "articuler";
"assistance"; "assouvir"; "atout"; "attachée"; "attaquer"; "attentes"; "attitude"; "attribution"; "audit"; "auprès"; "aut"; "authentifiable"; "a
utonomie"; "autorisation"; "autour";
"autrui"; "avantage"; "bagage"; "bais"; "baisser"; "balbutiant"; "baptisé"; "base"; "baser"; "battent"; "battuse"; "beau"; "bernard"; "bête
ment"; "biologique"; "biomédical";
"boire"; "bois"; "boîte"; "bord"; "bosser"; "bous"; "bouteille"; "branche"; "bras"; "bref"; "cadre"; "cadres"; "camp";
"candidature"; "capables"; "capotes"; "car"; "caricaturale"; "carnet"; "carrosse"; "cata"; "catastrophique"; "cause"; "celle"; "cellule"; "celuici
"; "celuila"; "censé"; "centrée";
"centrées"; "certainement"; "certaines"; "changer"; "chers"; "chronologie"; "circule"; "cite"; "citer"; "clairement"; "clan"; "classique"; "clé"; "cl
efs"; "climatiques"; "cobé";
"cobabitent"; "cohérence"; "collégial"; "com"; "comble"; "commun"; "communication"; "communiquer"; "communs";
"complètement"; "composantes"; "comprendre"; "compris"; "comptable"; "comptes"; "concept"; "concepts"; "concernant"; "concernée"; "concer
nées"; "concurrence"; "confiées";
"confort"; "confrontés"; "confusion"; "connai"; "connais"; "conscience"; "conseils"; "considérations"; "considérer"; "construire"; "construit"; "
contraire"; "contrastes";
"contrats"; "contre"; "contrôles"; "conviction"; "corps"; "corresponde"; "corruption"; "coups"; "cour"; "courant"; "coutait"; "content"; "couvre
nt"; "création"; "créé"; "crées";
"critères"; "curieuse"; "cycle"; "débraquent"; "début"; "dècs"; "déclarations"; "décon"; "décrocher"; "dèçes"; "dédie"; "dédiée"; "défiants"; "d
éficitaire"; "définies";
"définition"; "défis"; "dégager"; "dégoter"; "demandé"; "demandée"; "demander"; "demandes"; "dépendance"; "dernier"; "dernière"; "dessous
"; "déterminé"; "deuxième"; "deuxièmement";
"devez"; "différente"; "directeur"; "dirigeantes"; "disais"; "disait"; "discrimination"; "discuté"; "disent"; "disiez"; "disons"; "██████████"; "dis
po"; "disponible"; "dite";
"diverses"; "diversité"; "document"; "donnent"; "donnerai"; "dont"; "donx"; "dormir"; "doses"; "dossier"; "drôle"; "dur"; "dynamique"; "ebn
"; "économique"; "écrit"; "égoцентри";
"élargir"; "ele"; "électricité"; "élevé"; "élevés"; "ellesmêmes"; "embêtée"; "ème"; "emmener"; "empêche"; "emploi"; "emplois"; "endroit"; "endro
itlà"; "endroits"; "enfance";
"engagée"; "engagement"; "engager"; "enjeu"; "énormes"; "entend"; "enterre"; "entité"; "entreprise"; "envie"; "envisagent"; "envisager"; "épro
uvent"; "équivalent"; "espèce";
"essentiellement"; "estelle"; "étape"; "étonnamment"; "étonnant"; "ets"; "étudiant"; "étudié"; "euhhh"; "euros"; "évidement"; "evidemment";
"évidemment"; "exact"; "excellent";
"excusez"; "exemples"; "exiger"; "expliquer"; "expliquais"; "explique"; "expliquée"; "expliquer"; "exprime"; "extrêmement"; "fabrication"
; "fabriquer"; "faciliter"; "façons";
"fais"; "fameuse"; "fameux"; "fasse"; "fat"; "faudra"; "favoriser"; "ferais"; "fermer"; "feront"; "fesses"; "fiance"; "fiche"; "figure"; "filé"; "fin
alement";
"finissent"; "fixée"; "foehn"; "foi"; "fondamentale";
"fonde"; "forcement"; "fournissait"; "frais"; "francine"; "français";
"futur"; "gagné"; "gagner"; "garant"; "géné"; "génération"; "géographe"; "géré"; "globalement";
"grec"; "grecs"; "grosses"; "grossesse"; "guidage"; "guidon"; "habite"; "habitude"; "habituel"; "habituellement"; "heureusement"; "bien"; "bie
r"; "histoire"; "histoires";
"hypothèse"; "idéale"; "identifié"; "identifier"; "idéologies"; "ile"; "illustre"; "imaginer";
"immature"; "immuno"; "implémente"; "imposer"; "incidence"; "incités"; "incroyable"; "indépendance"; "indépendant"; "indépendants";
"informatisés"; "informer"; "infra"; "inscrits"; "inscrivent"; "inscrivez"; "instable";
"instance"; "instruction"; "instruits"; "intègre"; "intéressant"; "intéressante"; "intéressés"; "internant"; "interne"; "internet"; "interroger";
"interrompre"; "interrompue"; "intersection"; "introduction"; "introduite"; "inutile"; "investie"; "investir";
"ipe"; "irojacadou"; "jambe"; "██████████"; "jeu"; "joue"; "jouent"; "jouer"; "jours"; "jugement"; "jusqu'à"; "justice"; "laboratoire";
"ladedans"; "lais"; "laisser"; "lancer"; "laquelle"; "largement"; "leadership"; "légale"; "lequel"; "lesquels";
"liste"; "livre"; "livrets"; "loin"; "long"; "lors"; "lorsqu"; "lutte";
"lutter"; "madame"; "maï"; "maîtrise"; "malgré"; "malheureusement"; "malheurs"; "maman"; "manger"; "manquait";
"marché"; "marchent"; "marge"; "marqué"; "marquée"; "marquer"; "matériels"; "maternelle"; "mécanisme";

"meilleures", "mel", "membre", "membres", "menées", "mensonges", "mèra", "message", "met", "métiers", "mettais", "mettez", "mettrais", "milien", "mille", "mince", "mises", "modalités", "modernes", "moindre", "moissonneuse", "moitié", "momentlà", "moments", "monté", "monter", "montré", "montrerez", "mortalité", "mot", "mots", "mouille", "moulin", "moussons", "multiples", "mur", "murs", "naissance", "naturel", "naturelle", "nécessitent", "négative", "noelle", "noir", "normal", "nourrir", "nourrit", "nouveaux", "nouvel", "ntes", "nul", "numéro", "nyctb", "nyctba", "oais", "objectif", "objectifs", "obligation", "obligations", "observation", "obstacles", "obtient", "occupation", "occuper", "œuvre", "opérer", "opportunité", "opposants", "opposés", "opposition", "oublié", "ouf", "ouin", "ouvrir", "palier", "pans", "paquet", "paquets", "paraissent", "pardon", "pareils", "parfum", "parlais", "parlant", "parlons", "parquet", "pars", "participe", "participé", "partout", "passée", "passer", "pat", "payait", "pédagogique", "pendant", "pensé", "penser", "percevez", "perches", "percuter", "perds", "permet", "permettrait", "perso", "personnalités", "personnel", "personnelle", "personnelles", "peur", "phd", "phénomène", "physique", "physiquement", "piège", "plaindre", "plainte", "plein", "pleine", "pluies", "plusieurs", "poids", "point", "points", "pont", "portés", "portugal", "postes", "pourquoi", "pourraient", "pouvait", "précis", "préfèrais", "préfèrerais", "préjugé", "premièrement", "préoccupations", "prérogatives", "présage", "présence", "présentation", "présenter", "présentes", "présents", "prête", "preuve", "prévoir", "prévu", "prime", "principal", "privée", "privilegie", "prix", "probablement", "proches", "productif", "profit", "prolonger", "prouvée", "prouver", "publié", "publiques", "puisque", "puisse", "puissiez", "qualifierais", "qualité", "quatrième", "quelquesuns", "questionnement", "quotidien", "raccourci", "raconter", "rapide", "rapidement", "rassemble", "rassemblé", "rassembler", "rdv", "réactif", "rebaptisée", "recevoir", "recherche", "réclamation", "réclamer", "reconnaître", "reçu", "reçue", "recueil", "recueillir", "récupérait", "récupérer", "redescendre", "références", "réfèrente", "réfléchir", "réflexion", "réflexions", "reformuler", "regardé", "rein", "relance", "releve", "relie", "remise", "remplacer", "remplir", "rencontre", "rendent", "rendez", "rendre", "rentable", "rentrerait", "reparler", "repartent", "repères", "réponses", "reprend", "reprends", "repris", "républicaine", "réservation", "réservé", "résultats", "retard", "retenu", "réticences", "retournent", "retrouve", "retrouver", "révélatrices", "revenais", "riche", "richesse", "rires", "risques", "roue", "roule", "route", "rup", "sacré", "sacrés", "saines", "saisisse", "saison", "saucissonné", "schématisée", "secours", "sentent", "séparer", "servir", "seul", "seule", "siège", "sien", "simplifié", "sin", "sir", "site", "situations", "situe", "sixième", "sollicite", "solvabilité", "sort", "souffle", "souffre", "souligné", "soulignée", "soupe", "source", "sources", "soutenir", "soutien", "souviens", "spécialement", "spontanéité", "stéphanie", "stocker", "succession", "suffisamment", "sui", "suit", "suivante", "sujetlà", "supers", "support", "supposée", "survie", "sympa", "synergies", "table", "tapis", "tardifs", "taux", "taxer", "tel", "téléphone", "tellement", "tend", "tendre", "tenir", "terme", "termine", "terre", "terrible", "tête", "tiens", "tient", "titre", "toit", "tôles", "totalité", "tranches", "tranquille", "tranquillement", "trans", "transparents", "transport", "travillais", "travers", "tremblements", "trio", "troisième", "troubles", "trous", "tul", "typiquement", "ultra", "uns", "utilisation", "utilise", "utilisé", "utilisée", "vacants", "vachement", "valait", "valeur", "valide", "valiser", "valorisé", "valoriser", "vaoir", "vécu", "véhicule", "venais", "vendeur", "venez", "vent", "veulent", "veux", "vide", "vider", "viens", "violences", "vis", "visibilité", "visite", "visvis", "vivant", "voies", "voire", "volontaire", "volontairement", "volonté", "vor", "volent", "voudrais", "voulais", "voyais", "voyez", "vue", "vuèlà", "vus", "waoub", "western", "wienerpapin", "yes", "zappé", "zut", "accomplisse", "autorisations", "autorisé", "bénéfice", "bénéfices", "bénéficie", "bénéficier", "building", "buildings", "centre", "véronique", "comité", "complément", "rouge", "croire", "croyants", "double", "échanger", "efficiéce", "énumère", "énumère", "espace", "état", "existence", "existent", "familière", "familial", "jaune", "fonction", "fonds", "fons", "fracture", "française", "françaises", "france", "fromager", "gouverner", "groupée", "hep", "communes", "isolées", "iro", "jeunes", "jeunesse", "médicaux", "over", "sud", "travailleurs", "travailleuses", "délocalisés", "nourrissons", "nés", "posé", "précoce", "professionnalisme", "professionnelle", "professionnellement", "professions", "blocksent", "chirurgicale", "chirurgicales", "humain", "volatilité", "virologie", "villes", "suivre", "structure", "société", "sociale", "reproduire", "rebondi", "heures", "horaires", "jacoud", "périphérique", "possibilités", "promoteur")

Réécrire les mots gardés, majuscules, mots en doublon...

d\$word[d\$word == "char"] <- "CHAR"
#d\$word[d\$word == "ars"] <- "ARS"
d\$word[d\$word == "ader"] <- "ADER"
d\$word[d\$word == "afdg"] <- "AFDG"
d\$word[d\$word == "agrrr"] <- "AGRRR"
d\$word[d\$word == "aides"] <- "AIDES"
d\$word[d\$word == "akati"] <- "AKATI]"
#enlevé : sud afin de ne pas sureprésenter amérique du sud
d\$word[d\$word == "amérique"] <- "Amérique du Sud"
#enlevé : fromager afin de ne pas suréprésenter arbre fromager
d\$word[d\$word == "arbre"] <- "Arbre Fromager"
d\$word[d\$word == "ase"] <- "ASE"
#d\$word[d\$word == "cdps"] <- "CDPS"
d\$word[d\$word == "ceggid"] <- "CEGGID"
d\$word[d\$word == "cgs"] <- "CGSS"
d\$word[d\$word == "cepom"] <- "CEPOM"
d\$word[d\$word == "chk"] <- "CHK"
d\$word[d\$word == "chog"] <- "CHOG"
#d\$word[d\$word == "clai"] <- "CLAT"
#enleve véronique. ne pas sureprésenter clinique véronique
d\$word[d\$word == "clinique"] <- "Clinique Véronique"
d\$word[d\$word == "comede"] <- "COMEDE"
d\$word[d\$word == "corevac"] <- "COREVAC"
d\$word[d\$word == "corevih"] <- "COREVIH"
d\$word[d\$word == "cpej"] <- "CPEF"
d\$word[d\$word == "ctg"] <- "CTG"
d\$word[d\$word == "cls"] <- "CLS"
d\$word[d\$word == "daac"] <- "DAAC"
d\$word[d\$word == "dgs"] <- "DGS"
d\$word[d\$word == "dos"] <- "DOS"
d\$word[d\$word == "dpac"] <- "DPAC FRONTEIRA"
d\$word[d\$word == "dsp"] <- "DSP"
d\$word[d\$word == "dsu"] <- "DSU"
d\$word[d\$word == "ema"] <- "EMA"
d\$word[d\$word == "entaidés"] <- "Entr'aides"
d\$word[d\$word == "espacetemps"] <- "Espace-Temps"
#enleve : familial. Planning familial
d\$word[d\$word == "planning"] <- "Planning familial"
#enlevé : jaune. Fièvre jaune
d\$word[d\$word == "fièvre"] <- "Fièvre Jaune"
d\$word[d\$word == "georges"] <- "Saint Georges"
d\$word[d\$word == "gps"] <- "GPS"
#enlevé communes et isolées : communes de l'intérieur/isolées
d\$word[d\$word == "intérieur"] <- "Communes de l'intérieur"
d\$word[d\$word == "ivg"] <- "IVG"
d\$word[d\$word == "jclt"] <- "JCLT"
d\$word[d\$word == "kikiwi"] <- "KIKIWI"
d\$word[d\$word == "mater"] <- "Maternité"
d\$word[d\$word == "mdm"] <- "MDM"
#enlevé : médicaux
d\$word[d\$word == "paras"] <- "Paras-médicaux"
#enlevé over
d\$word[d\$word == "turn"] <- "Turn-over"
d\$word[d\$word == "pij"] <- "PIJ"
d\$word[d\$word == "pmi"] <- "PMI"
d\$word[d\$word == "pvvih"] <- "PvVIH"
d\$word[d\$word == "prep"] <- "PREP"
d\$word[d\$word == "prs"] <- "PRS"
d\$word[d\$word == "sames"] <- "SAMES"
d\$word[d\$word == "sepad"] <- "SEPAD"
d\$word[d\$word == "sepom"] <- "SEPOM"
d\$word[d\$word == "samu"] <- "Samu Social"

d\$word[d\$word == "srsa"] <- "SRSA"
d\$word[d\$word == "ssr"] <- "SSR"
d\$word[d\$word == "fir"] <- "FIR"
d\$word[d\$word == "buschi"] <- "Busbinenge"
d\$word[d\$word == "ocs"] <- "Oyapock Coopération Santé"
d\$word[d\$word == "oms"] <- "OMS"

Associer des mots de même signification et en faire figurer 1 seul (fréquence la plus élevée)

d\$word[d\$word == "accompagne" | d\$word == "accompagnement" | d\$word == "accompagnent"] <- "Accompagnement"
d\$word[d\$word == "acteur" | d\$word == "acteurs"] <- "Acteurs"
d\$word[d\$word == "action" | d\$word == "actions" | d\$word == "actionsqui"] <- "Actions"
d\$word[d\$word == "adapte" | d\$word == "adapté"] <- "Adapté"
d\$word[d\$word == "aide" | d\$word == "aide" | d\$word == "aider"] <- "Aider"
d\$word[d\$word == "aspect" | d\$word == "aspects"] <- "Aspects"
d\$word[d\$word == "asso" | d\$word == "associatifs" | d\$word == "association" | d\$word == "assos"] <- "Assos"
d\$word[d\$word == "autorité" | d\$word == "autorités"] <- "Autorités"
d\$word[d\$word == "besoin" | d\$word == "besoins"] <- "Besoins"

#enleve building , afin de ne pas sureprésenter building block x5
d\$word[d\$word == "block" | d\$word == "blocks" | d\$word == "blocksquement"] <- "Buildings Blocks"
d\$word[d\$word == "bottom" | d\$word == "bottomup"] <- "Bottom up"
d\$word[d\$word == "camion" | d\$word == "camions"] <- "Camion"
d\$word[d\$word == "carto" | d\$word == "cartographie"] <- "Cartographie"

#CNS 2 x
d\$word[d\$word == "cns" | d\$word == "centres"] <- "CNS"
d\$word[d\$word == "challenge" | d\$word == "challenges"] <- "Challenges"
d\$word[d\$word == "chirurgicale" | d\$word == "chirurgicales"] <- "Chirurgicale"
d\$word[d\$word == "cible" | d\$word == "cible" | d\$word == "ciblées" | d\$word == "cibler" | d\$word == "cibles"] <- "Cible"
d\$word[d\$word == "clandestines" | d\$word == "clandestins"] <- "Clandestins"
d\$word[d\$word == "colla" | d\$word == "collaboration" | d\$word == "collaborations"] <- "Collaboration"
d\$word[d\$word == "collectivité" | d\$word == "collectivités"] <- "Collectivité"
d\$word[d\$word == "commandai" | d\$word == "commande" | d\$word == "commander" | d\$word == "commandes" | d\$word == "commandés"] <- "Commande"
d\$word[d\$word == "communautaire" | d\$word == "communautés"] <- "Communautés"
d\$word[d\$word == "compétence" | d\$word == "compétences" | d\$word == "compétent" | d\$word == "compétente" | d\$word == "compétents"] <- "Compétences"

#dans le cadre des financements
d\$word[d\$word == "compléter" | d\$word == "complétés"] <- "Compléter"
#enlevé : complément, hors cadre des complémentarités acteurs
d\$word[d\$word == "complémentaire" | d\$word == "complémentaires"] <- "Complémentaires"
d\$word[d\$word == "constat" | d\$word == "constaté"] <- "Constai"
d\$word[d\$word == "consultation" | d\$word == "consulté"] <- "Consulté"
d\$word[d\$word == "contextes" | d\$word == "contextualiser"] <- "Contextes"
d\$word[d\$word == "coopération" | d\$word == "coopérative"] <- "Coopération"
d\$word[d\$word == "coord" | d\$word == "coordinateurs" | d\$word == "coordination" | d\$word == "coordonné" | d\$word == "coordonnent" | d\$word == "coordonner"] <- "Coordination"

#enlevé : rouge x1
d\$word[d\$word == "crf" | d\$word == "croix"] <- "CRF"
d\$word[d\$word == "ctssr" | d\$word == "ctsr" | d\$word == "ctssr" | d\$word == "ctssr"] <- "CTSRR"
d\$word[d\$word == "décide" | d\$word == "décideur" | d\$word == "décision" | d\$word == "décisionnelle"] <- "Décideur"
d\$word[d\$word == "décline" | d\$word == "décliné" | d\$word == "décliner" | d\$word == "déclinés"] <- "Décliner"
d\$word[d\$word == "décrire" | d\$word == "écrites"] <- "Décrire"
d\$word[d\$word == "défaillances" | d\$word == "défaillant"] <- "Défaillant"
d\$word[d\$word == "dialogue" | d\$word == "dialogues"] <- "Dialogue"
d\$word[d\$word == "doublon" | d\$word == "doublons" | d\$word == "ublons"] <- "Doublons"
d\$word[d\$word == "droit" | d\$word == "droits"] <- "Droit"
d\$word[d\$word == "écueil" | d\$word == "écueils"] <- "Écueil"
d\$word[d\$word == "élu" | d\$word == "élus"] <- "Elus"

#CDPS, enlevé : délocalisés
d\$word[d\$word == "cdps" | d\$word == "centres"] <- "CDPS"
d\$word[d\$word == "européennes" | d\$word == "européens"] <- "européennes"
d\$word[d\$word == "éval" | d\$word == "évaluation" | d\$word == "évaluations"] <- "Evaluation"

d\$word[d\$word == "finance" | d\$word == "financé" | d\$word == "financements" | d\$word == "financement" | d\$word == "financer" | d\$word == "finances" | d\$word == "financière"] <- "Financements"
d\$word[d\$word == "fonctionne" | d\$word == "fonctionnelle"] <- "Fonctionne"
d\$word[d\$word == "frein" | d\$word == "freiner" | d\$word == "freins"] <- "Freins"
d\$word[d\$word == "géo" | d\$word == "géographie" | d\$word == "géographique" | d\$word == "géographiquement" | d\$word == "géographiques"] <- "Géographiques"
d\$word[d\$word == "argent" | d\$word == "fric"] <- "Argent"
d\$word[d\$word == "gratos" | d\$word == "gratuite"] <- "Gratuite"
d\$word[d\$word == "groupe" | d\$word == "groupelà" | d\$word == "groupes"] <- "Groupes"
d\$word[d\$word == "guyanais" | d\$word == "guyanaïses"] <- "Guyanais"
d\$word[d\$word == "hébergement" | d\$word == "hébergements"] <- "Hébergements"
d\$word[d\$word == "guyanais" | d\$word == "guyanaïses"] <- "Guyanais"
d\$word[d\$word == "hépatite" | d\$word == "hpv"] <- "Hépatite"
d\$word[d\$word == "hiv" | d\$word == "vih"] <- "VIH"
#enlevé : ressources - très cité à la DSP contairement à DA et DOS 1x
d\$word[d\$word == "humains" | d\$word == "humaines" | d\$word == "humaine"] <- "Ressources Humaines"
d\$word[d\$word == "infirmière" | d\$word == "infirmières"] <- "Infirmières"
d\$word[d\$word == "initiative" | d\$word == "initiatives"] <- "Initiatives"
d\$word[d\$word == "innovante" | d\$word == "innovantes" | d\$word == "innovants"] <- "Innovantes"
d\$word[d\$word == "installer" | d\$word == "installent" | d\$word == "installer" | d\$word == "installés"] <- "Installés"
d\$word[d\$word == "institution" | d\$word == "institutionnelle" | d\$word == "institutionnelles" | d\$word == "institutionnels" | d\$word == "institutions"] <- "Institutions"
d\$word[d\$word == "intervenants" | d\$word == "intervention" | d\$word == "interventions" | d\$word == "interviennent" | d\$word == "intervient"] <- "Interviennent"
d\$word[d\$word == "investissement" | d\$word == "investissements" | d\$word == "investissent"] <- "Investissement"
d\$word[d\$word == "légitime" | d\$word == "légitimes" | d\$word == "légitimité"] <- "Légitime"
d\$word[d\$word == "levier" | d\$word == "leviers"] <- "Levier"
d\$word[d\$word == "libéral" | d\$word == "libérales" | d\$word == "libéraux"] <- "Libéraux"
d\$word[d\$word == "institution" | d\$word == "institutionnelle" | d\$word == "institutionnelles" | d\$word == "institutionnels" | d\$word == "institutions"] <- "Institutions"
#sens lié à qqch, une cause - différent de lien entre
d\$word[d\$word == "lié" | d\$word == "liée" | d\$word == "liés"] <- "Lié"
d\$word[d\$word == "limite" | d\$word == "limité" | d\$word == "limitée" | d\$word == "limitées" | d\$word == "limites"] <- "Limites"
sens infrastructurel
d\$word[d\$word == "local" | d\$word == "locaux"] <- "Locaux"
d\$word[d\$word == "loi" | d\$word == "lois"] <- "Loi"
d\$word[d\$word == "mairie" | d\$word == "mairies" | d\$word == "municipalités"] <- "Municipalités"
d\$word[d\$word == "malades" | d\$word == "maladie" | d\$word == "maladies"] <- "Maladies"
d\$word[d\$word == "maraudes" | d\$word == "marraudes"] <- "Marraudes"
d\$word[d\$word == "médecin" | d\$word == "médecins"] <- "Médecin"
d\$word[d\$word == "médic" | d\$word == "médication" | d\$word == "médicatrice"] <- "Médiation"
d\$word[d\$word == "médicosocial" | d\$word == "médicosociales"] <- "Médico-Social"
d\$word[d\$word == "métho" | d\$word == "méthode" | d\$word == "méthodes" | d\$word == "méthodo"] <- "Méthodologie"
d\$word[d\$word == "mineurs" | d\$word == "mineures"] <- "Mineures"
d\$word[d\$word == "mission" | d\$word == "missions"] <- "Missions"
d\$word[d\$word == "multiculturel" | d\$word == "multicultures"] <- "Multiculturel"
d\$word[d\$word == "national" | d\$word == "nationale" | d\$word == "nationaux"] <- "National"
d\$word[d\$word == "niveau" | d\$word == "niveaux"] <- "Niveau"
d\$word[d\$word == "offre" | d\$word == "offres" | d\$word == "offrir"] <- "Offre"
d\$word[d\$word == "opérationnel" | d\$word == "opérationnel"] <- "Opérationnel"
d\$word[d\$word == "organisation" | d\$word == "organisationnel"] <- "Organisation"
d\$word[d\$word == "outil" | d\$word == "outils"] <- "Outils"
d\$word[d\$word == "partage" | d\$word == "partagé" | d\$word == "partagée"] <- "Partagé"
d\$word[d\$word == "partenaire" | d\$word == "partenaires"] <- "Partenaire"
d\$word[d\$word == "particulier" | d\$word == "particulière" | d\$word == "particulièrement" | d\$word == "particuliers" | d\$word == "particuliers"] <- "Particulier"
d\$word[d\$word == "partielle" | d\$word == "partiellement"] <- "Partielle"
d\$word[d\$word == "patient" | d\$word == "patients"] <- "Patient"
d\$word[d\$word == "pérenne" | d\$word == "pérennisation"] <- "Pérennisation"
d\$word[d\$word == "périnatal" | d\$word == "périnatale"] <- "Périnatal"
d\$word[d\$word == "périnatal" | d\$word == "périnatale"] <- "Périnatal"

d\$word[d\$word == "personne" | d\$word == "personnes"] <- "Personne"
d\$word[d\$word == "perspective" | d\$word == "perspectives"] <- "Perspectives"
d\$word[d\$word == "pertinence" | d\$word == "pertinent"] <- "Pertinent"
d\$word[d\$word == "pilotage" | d\$word == "pilotes"] <- "Pilotage"
d\$word[d\$word == "population" | d\$word == "populations"] <- "Populations"
d\$word[d\$word == "portage" | d\$word == "porte" | d\$word == "porté" | d\$word == "porteur"] <- "Porteur"
d\$word[d\$word == "position" | d\$word == "positionnent" | d\$word == "positionner"] <- "Position"
d\$word[d\$word == "préarité" | d\$word == "précarité"] <- "Précarité"
d\$word[d\$word == "programme" | d\$word == "programmer" | d\$word == "programmes"] <- "Programme"
d\$word[d\$word == "projet" | d\$word == "projets"] <- "Projet"
d\$word[d\$word == "proposant" | d\$word == "proposition" | d\$word == "propositions"] <- "Proposition"
d\$word[d\$word == "réadaptation" | d\$word == "réajustement"] <- "Réajustement"
#la coordo à
d\$word[d\$word == "reconstruire" | d\$word == "reconstruite" | d\$word == "relancer" | d\$word == "repositionner"] <- "Reconstruire"
d\$word[d\$word == "redevabilité" | d\$word == "redevable" | d\$word == "redevables"] <- "Redevables"
d\$word[d\$word == "réglementaire" | d\$word == "réglementaires"] <- "Réglementaire"
d\$word[d\$word == "remboursement" | d\$word == "remboursements" | d\$word == "rembourser"] <- "Remboursements"
d\$word[d\$word == "représentation" | d\$word == "représentations"] <- "Représentations"
d\$word[d\$word == "reproductifs" | d\$word == "reproductive"] <- "Reproductive"
d\$word[d\$word == "responsabilité" | d\$word == "responsable" | d\$word == "responsables"] <- "Responsabilité"
d\$word[d\$word == "sagefemme" | d\$word == "sagesfemmes"] <- "Sages-Femmes"
d\$word[d\$word == "sanitaire" | d\$word == "sanitaire"] <- "Sanitaire"
d\$word[d\$word == "scolaire" | d\$word == "scolaires"] <- "Scolaires"
d\$word[d\$word == "scolarisation" | d\$word == "scolarisé" | d\$word == "scolarisées" | d\$word == "scolarisés" | d\$word == "scolarité"] <- "Scolaires"
d\$word[d\$word == "sensibilisation" | d\$word == "sensibiliser"] <- "sensibilisation"
#enlevé : travailleurs travailleuses
d\$word[d\$word == "sexe" | d\$word == "tds"] <- "TDS"
d\$word[d\$word == "sexuelle" | d\$word == "sexuels"] <- "Sexuelle"
d\$word[d\$word == "région" | d\$word == "régional" | d\$word == "régionaux" | d\$word == "régions"] <- "Régional"
d\$word[d\$word == "soignant" | d\$word == "soignants"] <- "Soignants"
d\$word[d\$word == "spécialisé" | d\$word == "spécialités"] <- "Spécialités"
d\$word[d\$word == "spécificités" | d\$word == "spécifique" | d\$word == "spécifiques"] <- "Spécificités"
d\$word[d\$word == "spontané" | d\$word == "spontanés"] <- "Spontané"
d\$word[d\$word == "stratégie" | d\$word == "stratégique"] <- "Stratégique"
d\$word[d\$word == "territoire" | d\$word == "territorial" | d\$word == "territoriale" | d\$word == "territoriales" | d\$word == "territoriaux"] <- "Territoriale"
d\$word[d\$word == "stratégie" | d\$word == "stratégique"] <- "Stratégique"
d\$word[d\$word == "texte" | d\$word == "textes"] <- "Textes"
d\$word[d\$word == "thématique" | d\$word == "thématiques" | d\$word == "thème" | d\$word == "thèmes"] <- "Thématiques"
d\$word[d\$word == "touche" | d\$word == "touche" | d\$word == "touchent" | d\$word == "toucher"] <- "Touchent"
d\$word[d\$word == "travail" | d\$word == "travaille" | d\$word == "travaillent" | d\$word == "travailler"] <- "Travailler"
d\$word[d\$word == "trod" | d\$word == "trodeurs"] <- "TROD"
d\$word[d\$word == "tutelle" | d\$word == "tutelles"] <- "Tutelle"
d\$word[d\$word == "urgence" | d\$word == "urgences"] <- "Urgences"
d\$word[d\$word == "vaccinateurs" | d\$word == "vaccinent" | d\$word == "vacciner" | d\$word == "vaccine"] <- "Vacciner"
d\$word[d\$word == "vaccin" | d\$word == "vaccinla" | d\$word == "vaccins"] <- "Vaccins"
d\$word[d\$word == "vaccinal" | d\$word == "vaccinale" | d\$word == "vaccinales"] <- "Vaccinal"
d\$word[d\$word == "vaccination" | d\$word == "vaccino"] <- "Vaccination"
d\$word[d\$word == "vaccinaux" | d\$word == "vacciné" | d\$word == "vaccinée" | d\$word == "vaccinées" | d\$word == "vaccinerai" | d\$word == "vaccinés"] <- "Vaccinés"
#voir RESEAU !! x1 dans dos et DA mais ici bcp dans DSP
d\$word[d\$word == "réseau" | d\$word == "réseaux"] <- "Réseau"
d\$word[d\$word == "laurent" | d\$word == "slm"] <- "Saint Laurent du Maroni"
#d\$word[d\$word == "nuit" | d\$word == "soirs"] <- "Nuit"
d\$word[d\$word == "ars" | d\$word == "agence"] <- "ARS"
d\$word[d\$word == "exavalent" | d\$word == "hexavalent"] <- "Hexavalent"
d\$word[d\$word == "clat" | d\$word == "tuberculeuse"] <- "CLAT"
d\$word[d\$word == "renforcé" | d\$word == "renforcée" | d\$word == "renforcement" | d\$word == "renforcer"] <- "Renforcer"
d\$word[d\$word == "préfecture" | d\$word == "sous-préfet"] <- "Préfecture"

Annexe 28 : Mesures des variables contributives aux axes factoriels

```
> dimdesc(res.pca)
```

```
$`Dim.1`
```

```
$`Dim.1`$`quanti`
```

	<i>correlation</i>	<i>p.value</i>
Association	0.8523175	6.389037e-08
Densité	0.8454610	1.039231e-07
Tansitivité	0.7362456	2.722560e-05
Libéraux	-0.4564817	2.180720e-02
Institution	-0.7613444	9.874292e-06

```
$Dim.2
```

```
$Dim.2$`quanti`
```

	<i>correlation</i>	<i>p.value</i>
Formel	0.9529132	2.073757e-13
Institution	0.5179111	8.005025e-03
Association	-0.4174740	3.785663e-02
Informel	-0.9529132	2.073757e-13

```
$Dim.3
```

```
$Dim.3$`quanti`
```

	<i>correlation</i>	<i>p.value</i>
Libéraux	0.6345597	6.568105e-04
Mixte	-0.8190029	5.574506e-07

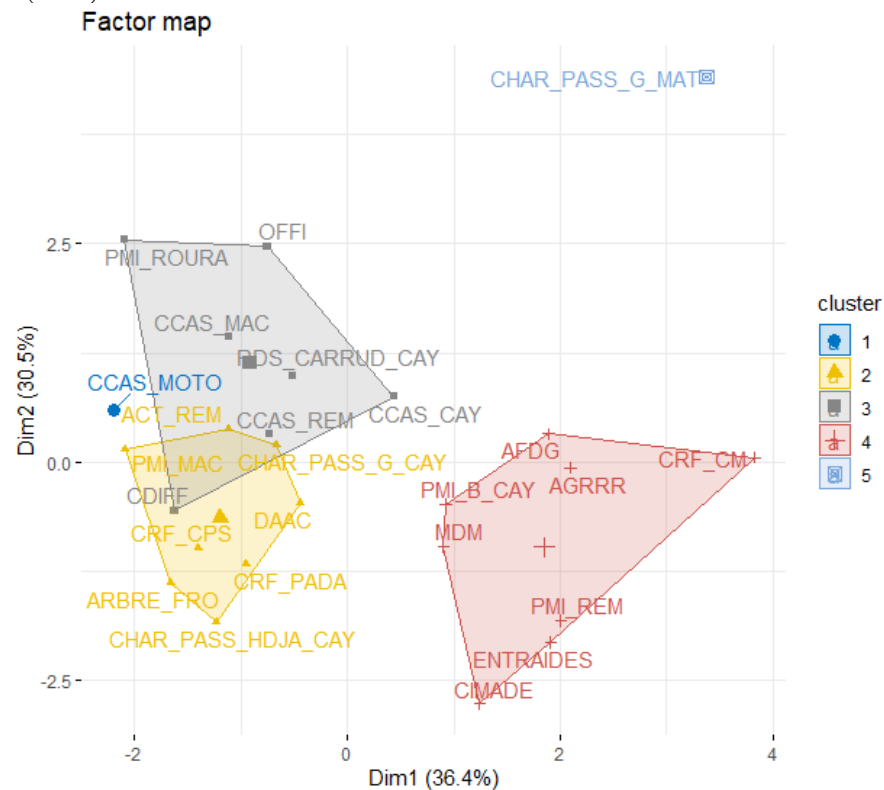
Annexe 29 : CAH, avec 5 classes

Avantages : 50% d'inertie expliquée selon le partitionnement à 5 classes

Inconvénients :

Deux acteurs formant à eux seuls une classe.

Axes principaux associées aux clusters- les dim 1 et dim2 ne figurent pas dans cluster 1 (dim 3)



#Interprétation - De le résultat ci-dessus, on constate que:

la variable « Mixte » est la seule et unique la plus significativement associées au cluster 1. La valeur moyenne de la variable « Mixte » dans le cluster 1 est de 33, ce qui est inférieur à la moyenne globale (2,16) dans tous les clusters.

Par conséquent, on peut conclure que le cluster 1 se caractérise par un fort taux de la variable « mixte » par rapport à tous les autres clusters.

Ainsi l'unique acteur « CCAS de MOTO » est caractérisé par plus de liens établis avec d'autres acteurs de statut « mixte » soit les bailleurs sociaux dans les données.

- ➔ Perte de sens pour les acteurs de type CCAS associés aux acteurs de statut « mixte ».
- ➔ D'autre part, devient trop détaillé pour 1 seul acteur.
- ➔ Finalement typologie à 4 classes regroupe cluster 1 (mixte) et cluster 3 (institutions)
- ➔ Reste identique pour autres classes (repr par libéraux et assos)

```
# variables quantitatives décrivant le plus chaque cluster
# quelques colonnes d'intérêt : "Moyenne dans la catégorie", "Moyenne globale", "p.value"
>res.hcpc$desc.var$quanti
```

```
$`1`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Mixte 4.575043          33      2.196          0 6.733052 4.761224e-06
```

```
$`2`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Libéraux 4.607123      7.162500      2.292  2.13537906  3.552793 4.082780e-06
Densité -2.434334      0.156875      0.237  0.04292271  0.110615 1.491923e-02
```

```
$`3`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Institution 2.823960      72.61429      53.320  12.45568 20.873179 0.004743435
Libéraux -1.970893      0.000000      2.292  0.000000  3.552793 0.048736071
Association -2.322909      24.18571      41.172  11.66588 22.340072 0.020184028
```

```
$`4`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Association 4.167431      68.8750      41.172  14.35650985 22.340072 3.080521e-05
Densité 2.445727      0.3175      0.237  0.04575751  0.110615 1.445604e-02
Libéraux -2.168058      0.0000      2.292  0.00000000  3.552793 3.015427e-02
Institution -3.976002      28.6250      53.320  14.33472619 20.873179 7.008355e-05
```

```
$`5`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Densité 3.010441      0.57      0.23700      0 0.1106150 0.002608683
Tansitivité 2.907391      0.92      0.41348      0 0.1742181 0.003644573
Formel 2.820466      83.00      32.52000      0 17.8977540 0.004795401
Informel -2.820466      17.00      67.48000      0 17.8977540 0.004795401
```

```
> # Axes principaux associées aux clusters:
```

```
> res.hcpc$desc.axes$quanti
```

```
$`1`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.3 -3.791619      -4.05498 -1.390554e-16      0 1.069459 0.0001496683
```

```
$`2`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.3 2.907962      0.925394 -1.390554e-16      0.5306038 1.0694587 0.003637921
Dim.4 2.020758      0.520029 8.812395e-17      0.5288939 0.8648474 0.043304864
Dim.1 -2.352997      -1.195574 2.176037e-16      0.4968076 1.7075799 0.018622774
```

```
$`3`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.2 2.217492      1.1338906 1.715295e-16      1.0411479 1.5621669 0.02658947
Dim.4 -2.301911      -0.6516429 8.812395e-17      0.8745438 0.8648474 0.02134017
```

```
$`4`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.1 3.636972      1.8479699 2.176037e-16      0.8742007 1.707580 0.0002758615
Dim.2 -2.101434      -0.9768256 1.715295e-16      1.0574741 1.562167 0.0356028840
```

```
$`5`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.2 2.823036      4.410054 1.715295e-16      0 1.562167 0.004757116
Dim.1 1.977241      3.376296 2.176037e-16      0 1.707580 0.048014445
```

Annexe 30 : Mesures des axes principaux associées aux clusters pour la CAH à 4 classes

> # Axes principaux associées aux clusters:

> res.hcpc\$desc.axes\$quanti

```

$`1`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.3  2.726321      0.7935497 -1.390554e-16      0.6239563  1.069459 0.006404469
Dim.1 -2.675042     -1.2432105  2.176037e-16      0.4873889  1.707580 0.007471999

$`2`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.2  2.539711      1.2986539  1.715295e-16      0.8295578  1.562167 0.01109440
Dim.3 -2.349100     -0.8223318 -1.390554e-16      1.3710354  1.069459 0.01881887

$`3`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.1  3.636972      1.8479699  2.176037e-16      0.8742007  1.707580 0.0002758615
Dim.2 -2.101434     -0.9768256  1.715295e-16      1.0574741  1.562167 0.0356028840

$`4`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Dim.2  2.823036      4.410054  1.715295e-16      0  1.562167 0.004757116
Dim.1  1.977241      3.376296  2.176037e-16      0  1.707580 0.048014445

```

Annexe 31 : Mesure des variables quantitatives décrivant le plus chaque cluster de la CAH à 4 classes

> Variables quantitatives décrivant le plus chaque cluster:

quelques colonnes d'intérêt: "Moyenne dans la catégorie", "Moyenne globale", "Ecart-type dans la catégorie", "Ecart-type global", "p.value"

```

$`1`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Libéraux 4.213947  6.3666667  2.292  3.01993377  3.552793 2.509458e-05
Densité -2.834468  0.1516667  0.237  0.04306584  0.110615 4.590207e-03

$`2`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Institution 2.468508  70.185714  53.320  13.73530  20.873179 0.013567764
Mixte 2.166800  6.971429  2.196  11.18988  6.733052 0.030250118
Libéraux -1.970893  0.000000  2.292  0.000000  3.552793 0.048736071
Association -2.635485  21.900000  41.172  12.43279  22.340072 0.008401705

$`3`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Association 4.167431  68.8750  41.172  14.35650985  22.340072 3.080521e-05
Densité 2.445727  0.3175  0.237  0.04575751  0.110615 1.445604e-02
Libéraux -2.168058  0.0000  2.292  0.00000000  3.552793 3.015427e-02
Institution -3.976002  28.6250  53.320  14.33472619  20.873179 7.008355e-05

$`4`
      v.test Mean in category Overall mean sd in category Overall sd    p.value
Densité 3.010441  0.57  0.23700  0  0.1106150 0.002608683
Tansitivité 2.907391  0.92  0.41348  0  0.1742181 0.003644573
Formel 2.820466  83.00  32.52000  0  17.8977540 0.004795401
Informel -2.820466  17.00  67.48000  0  17.8977540 0.004795401

```


\$`1`						
	v.test	Mean in category	Overall mean	sd in category	Overall sd	p.value
Libéraux	4.213947	6.3666667	2.292	3.01993377	3.552793	2.509458e-05
Densité	-2.834468	0.1516667	0.237	0.04306584	0.110615	4.590207e-03
\$`2`						
	v.test	Mean in category	Overall mean	sd in category	Overall sd	p.value
Institution	2.468508	70.185714	53.320	13.73530	20.873179	0.013567764
Mixte	2.166800	6.971429	2.196	11.18988	6.733052	0.030250118
Libéraux	-1.970893	0.000000	2.292	0.000000	3.552793	0.048736071
Association	-2.635485	21.900000	41.172	12.43279	22.340072	0.008401705
\$`3`						
	v.test	Mean in category	Overall mean	sd in category	Overall sd	p.value
Association	4.167431	68.8750	41.172	14.35650985	22.340072	3.080521e-05
Densité	2.445727	0.3175	0.237	0.04575751	0.110615	1.445604e-02
Libéraux	-2.168058	0.0000	2.292	0.00000000	3.552793	3.015427e-02
Institution	-3.976002	28.6250	53.320	14.33472619	20.873179	7.008355e-05
\$`4`						
	v.test	Mean in category	Overall mean	sd in category	Overall sd	p.value
Densité	3.010441	0.57	0.23700	0	0.1106150	0.002608683
Tansitivité	2.907391	0.92	0.41348	0	0.1742181	0.003644573
Formel	2.820466	83.00	32.52000	0	17.8977540	0.004795401
Informel	-2.820466	17.00	67.48000	0	17.8977540	0.004795401

Le Cluster 1 est composé de 9 acteurs : 4 institutions et 5 associations qui exercent par rapport aux autres clusters majoritairement dans les domaines d'activités suivants : accès aux soins (22,22%), prévention_soins_promotion de la santé (22,22%).

- La variable de statut « libéraux » est l'une des plus significativement associée positivement ($p=2.509458e-05$) au cluster 1.

La valeur moyenne de la variable « libéraux » dans le cluster 1 est de 6,37, ce qui est supérieur à la moyenne globale (2,29) de tous les clusters pour cette même variable.

Par conséquent, on peut conclure que le cluster 1 se caractérise par un plus fort taux de la variable « libéraux ».

- La variable de statut « densité » est également plus significativement associée négativement ($p=4.590207e-03$) au cluster 1.

La valeur moyenne de la variable « densité » dans le cluster 1 est de 0,14, ce qui est inférieur à la moyenne globale (2,24) de tous les clusters pour cette même variable.

Par conséquent, on peut conclure que le cluster 1 se caractérise par un plus faible taux de la variable « densité », donc par des réseaux relationnels non complets.

Autrement dit, les acteurs de ce cluster qui agissent dans les domaines de l'accès aux soins et la prévention_soins_promotion de la santé, inclus dans le cluster 1, ont en moyenne plus de liens que les autres classes d'egos avec les libéraux (médecins, infirmières, centre radiologique). Leur réseau relationnel est non complet (faible densité).

Le Cluster 2 est composé de 7 acteurs : uniquement des institutions qui exercent par rapport aux autres clusters majoritairement dans les domaines d'activités suivants : accompagnement social (47,14%), accès aux droits (14,29%), médico-social (14,29%).

- Les variables de statut « institution » et « mixte » sont les plus significativement associées positivement ($p=0.013567764$ et $p=0.030250118$) au cluster 2.

La valeur moyenne des variables « institution » et « mixte » dans le cluster 2 sont respectivement de 70,18 et de 6,97, ce qui est supérieur à la moyenne globale (53,32 et 2,12) de tous les clusters. Par conséquent, on peut conclure que le cluster 2 se caractérise par un plus fort taux des variables « institution » et « mixte ».

- Les variables de statut « libéraux » et « associations » sont les plus significativement associées négativement ($p=0.048736071$ et $p=0.008401705$) au cluster 2.

La valeur moyenne des variables « libéraux » et « associations » dans le cluster 2 sont respectivement de 0 et de 28,62, ce qui est inférieur à la moyenne globale (2,29 et 41,17) de tous les clusters. Par conséquent, on peut conclure que le cluster 2 se caractérise par un plus faible taux des variables « libéraux » et « associations ».

Autrement dit, les acteurs inclus dans le cluster 2 ont en moyenne plus de liens que les autres classes d'egos avec les acteurs institutionnels en tant que structures d'accompagnement social publiques : CCAS, structures d'accès aux droits publiques : CGSS, préfecture) et mixtes (bailleurs sociaux).

Le Cluster 3 est composé de 6 acteurs : 2 institutions et 6 associations qui exercent par rapport aux autres clusters majoritairement dans les domaines d'activités suivants : Prévention, soins et promotion de la santé (25%), prévention et promotion de la santé (25%)

- Les variables de statut « association » et « densité » sont les plus significativement associées ($p=3.080521e-05$ et $p=1.445604e-02$) au cluster 3.

La valeur moyenne des variables « association » et « densité » dans le cluster 3 sont respectivement de 68,87 et de 0,31, ce qui est supérieur à la moyenne globale (41,17 et 0,24) dans tous les clusters.

Par conséquent, on peut conclure que le cluster 3 se caractérise par un plus fort taux des variables « association » et « densité ».

- Les variables de statut « libéraux » et « institutions » sont les plus significativement associées négativement ($p=3.015427e-02$ et $p=7.008355e-05$) au cluster 3.

La valeur moyenne des variables « libéraux » et « institutions » dans le cluster 3 sont respectivement de 0 et de 28,62, ce qui est inférieur à la moyenne globale (0 et 53,32) de tous les clusters. Par conséquent, on peut conclure que le cluster 3 se caractérise par un plus faible taux des variables « libéraux » et « institutions ».

Autrement dit, les acteurs inclus dans le cluster 3 ont en moyenne plus de liens que les autres avec les acteurs associatifs agissant dans les domaines de la prévention et du soin, de la promotion de la santé (29,14) (ex : CPS de la Croix Rouge Française), celles qui agissent dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (ex : Ader). Leur réseau relationnel est complet (forte densité).

Le Cluster 4 est composé de 1 acteur : 1 institution qui exerce par rapport aux autres clusters majoritairement dans les domaines d'activités de l'accès aux soins (100%).

- Les variables de mesure de la « densité » et de la « transitivité », et de type de lien « formel » ($p=0.002608683$, $p=0.003644573$, $p=0.004795401$) sont les plus significativement associées positivement au cluster 4.

La valeur moyenne des variables « densité » et « transitivité » dans le cluster 4 sont respectivement de 0,57 et de 0,92, ce qui est supérieur à la moyenne globale (0,23 et 0,41) dans tous les clusters. Toutefois les écarts entre les valeurs du cluster 4 et de la moyenne des autres n'est pas très grande.

Quant à la variable « formel », elle a une moyenne plus élevée (83) que tous les autres clusters (32,52).

- La variable de type de lien « informel » est la plus significativement associée négativement ($p=0.004795401$) au cluster 3.

La valeur moyenne de la variable « informel » dans le cluster 4 est de 17, ce qui est inférieur à la moyenne globale (67,58) de tous les clusters. Par conséquent, on peut conclure que le cluster 4 se caractérise par un plus faible taux de la variable de type de lien « informel ».

Autrement dit, l'acteur inclus dans le cluster 4 a en moyenne plus de liens « formels » (83%) et moins de liens « informels » (17%) que les egos des autres clusters.

Caractérisé également par une forte densité et transitivité, ces mesures sont à prendre avec précaution puisque cet acteur n'a que peu de relations avec les autres acteurs (5), sa densité et transitivité augmente nécessairement.

Annexe 32 : Mesure des individus les plus représentatifs de chaque cluster de la CAH à 4 classes

> # Individus représentatifs de chaque groupe:

> res.hcpc\$desc.ind\$para

```

Cluster: 1
  CRF_CPS  CRF_PADA      DAAC  ACT_REM  ARBRE_FRO
0.5065809 0.6142975 0.8313600 1.0259200 1.0394883
-----
Cluster: 2
  CCAS_MAC  RDS_CARRUD_CAY      CCAS_REM      CCAS_CAY      OFFI
0.1831230      0.9427273      1.2236279      1.5347818      1.5954247
-----
Cluster: 3
  PMI_REM  AGRRR      MDM  PMI_B_CAY  ENTRAIDES
0.8594150 0.9456264 0.9488873 1.0667844 1.1020442
-----
Cluster: 4
  CHAR_PASS_G_MAT
0

```

Annexe 33 : Mesures des variables statuts, types de liens, transitivité et densité utilisées dans la CAH – 4 classes

	ID	Activites	nOfpartenair e	Association	Institution	Mixte	Libéraux	Autre statut	Formel	Informel	Tansitivité	Densité	clust
		ID activités	Nbre partenaires	%	%	%	%		%	%	Mesure [0-1]	Mesure [0-1]	N°classe
1	ACT_REM	1	18	35,3	58,8	0	5,9	0	42	58	0,3	0,13	1
4	ARBRE_FRO	2	21	30	60	0	10	0	17	83	0,34	0,15	1
9	CDIFF	2	16	27	73	0	0	0	20	80	0,25	0,11	1
10	CHAR_PASS_G_CAY	5	20	32	58	0	11	0	39	61	0,51	0,22	1
12	CHAR_PASS_HDJA_CAY	5	34	39,4	48,5	6,1	6,1	0	12	88	0,35	0,12	1
15	CRF_CPS	19	26	32	60	0	8	0	22	78	0,37	0,13	1
16	CRF_PADA	19	18	29,4	64,7	0	5,9	0	14	86	0,46	0,21	1
17	DAAC	2	23	36,4	59,1	0	4,5	0	26	74	0,47	0,2	1
22	PMI_MAC	18	18	23,5	70,6	0	5,9	0	35	65	0,21	0,1	1
5	CCAS_CAY	2	12	27,3	63,6	9,1	0	0	33	67	0,67	0,31	2
6	CCAS_MAC	2	16	20	66,7	6,7	0	6,7	47	53	0,32	0,16	2
7	CCAS_MOTO	2	10	11	56	33	0	0	33	67	0,24	0,14	2
8	CCAS_REM	2	7	33	67	0	0	0	33	67	0,3	0,19	2
20	OFFI	3	10	22	78	0	0	0	60	40	0,38	0,18	2
24	PMI_ROURA	18	3	0	100	0	0	0	50	50	0	0,33	2
25	RDS_CARRUD_CAY	1	16	40	60	0	0	0	47	53	0,29	0,14	2
2	AFDG	2	9	62	38	0	0	0	40	60	0,56	0,33	3
3	AGRRR	17	5	75	25	0	0	0	40	60	0,38	0,35	3
13	CIMADE	2	6	60	20	0	0	20	0	100	0,4	0,3	3
14	CRF_CM	19	6	100	0	0	0	0	50	50	0,5	0,4	3
18	ENTRAIDES	17	13	75	25	0	0	0	11	89	0,51	0,31	3
19	MDM	19	20	58	42	0	0	0	22	78	0,46	0,25	3

21	PMI_B_CAY	18	17	50	50	0	0	0	25	75	0,58	0,26	3
23	PMI_REM	18	8	71	29	0	0	0	12	88	0,56	0,34	3
11	CHAR_PASS_G_M A T		40	60	0	0	0	0	83	17	0,92	0,57	4

Annexe 34 : Mesures des variables domaines d'activité et « même activités » associés aux clusters de la CAH à 4 classes

	ID	Activites	nOfpartenaire	Médico-Social	Prévention_Promo_santé	Insertion sociale	Accompagnement social	Accès aux droits	Accès aux soins	Aide alimentaire	Prévention_soins_Promo_santé	Aide vestimentaire	Réseau	Politique municipale	Autre activité	Prévention_soins_perinat	Meme activité
		ID activités	Nbre partenaires	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1,00	ACT_REM	1,00	18,00	11,80	17,60	0,00	11,80	23,50	29,40	0,00	0,00	0,00	5,90	0,00	0,00	0,00	0,11
4,00	ARBRE_FR O	2,00	21,00	15,00	5,00	5,00	20,00	5,00	25,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,19
9,00	CDIFF	2,00	16,00	13,30	6,70	0,00	33,30	26,70	0,00	0,00	0,00	0,00	6,70	0,00	0,00	13,30	0,31
10,00	CHAR_PAS S_G_CAY	5,00	20,00	0,00	0,00	0,00	26,30	5,30	31,60	5,30	15,80	0,00	0,00	0,00	0,00	15,80	0,30
12,00	CHAR_PAS S_HDJA_CA Y	5,00	34,00	12,10	3,00	12,10	24,20	15,20	15,20	0,00	9,10	0,00	3,00	0,00	0,00	6,10	0,15
15,00	CRF_CPS	19,00	26,00	8,00	12,00	0,00	16,00	0,00	32,00	4,00	4,00	4,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,04
16,00	CRF_PADA	19,00	18,00	5,90	5,90	0,00	17,60	11,80	29,40	0,00	5,90	0,00	0,00	0,00	0,00	23,50	0,06
17,00	DAAC	2,00	23,00	0,00	0,00	0,00	22,70	9,10	22,70	4,50	18,20	4,50	0,00	0,00	0,00	18,20	0,22
22,00	PMI_MAC	18,00	18,00	5,90	5,90	0,00	17,60	11,80	29,40	5,90	5,90	0,00	0,00	5,90	0,00	11,80	0,11
5,00	CCAS_CAY	2,00	12,00	9,10	0,00	9,10	18,20	18,20	18,20	9,10	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00	9,10	0,17
6,00	CCAS_MAC	2,00	16,00	6,70	0,00	13,30	26,70	20,00	6,70	0,00	13,30	0,00	0,00	0,00	6,70	6,70	0,25
7,00	CCAS_MOT O	2,00	10,00	0,00	0,00	33,00	22,00	33,00	0,00	0,00	11,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20
8,00	CCAS_REM	2,00	7,00	17,00	0,00	0,00	33,00	17,00	17,00	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29
20,00	OFFI	3,00	10,00	11,00	0,00	0,00	11,00	67,00	0,00	0,00	11,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,60
24,00	PMI_ROUR A	18,00	3,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25,00	RDS_CARR UD_CAY	1,00	16,00	40,00	6,70	0,00	33,30	0,00	6,70	0,00	6,70	0,00	0,00	0,00	0,00	6,70	0,38
2,00	AFDG	2,00	9,00	0,00	12,00	12,00	25,00	25,00	12,00	0,00	12,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,22
3,00	AGRRR	17,00	5,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

13,00	CIMADE	2,00	6,00	0,00	0,00	20,00	20,00	20,00	0,00	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
14,00	CRF_CM	19,00	6,00	20,00	40,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
18,00	EN'TRAIDE S	17,00	13,00	33,30	0,00	0,00	16,70	0,00	8,30	0,00	33,30	0,00	8,30	0,00	0,00	0,00	0,00
19,00	MDM	19,00	20,00	0,00	16,00	0,00	32,00	0,00	16,00	0,00	16,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,00	0,15
21,00	PMI_B_CAY	18,00	17,00	0,00	0,00	6,20	37,50	12,50	18,80	6,20	18,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23,00	PMI_REM	18,00	8,00	14,00	0,00	0,00	29,00	0,00	14,00	0,00	43,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11,00	CHAR_PAS S_G_MAT		40,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	40,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,33
Moyennes associées aux clusters	Mean in category 1			8,00	6,23	1,90	21,06	12,04	23,86	2,19	7,10	0,94	1,73	0,66	0,00	14,30	0,17
	Mean in category 2			11,97	0,96	7,91	34,89	22,17	6,94	3,73	7,30	0,00	0,00	0,00	0,96	3,21	0,27
	Mean in category 3			14,66	8,50	4,78	22,53	7,19	8,64	0,78	29,14	0,00	1,04	0,00	0,00	2,63	0,09
	Mean in category 4			0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	40,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,33
	Overall mean			10,92	5,23	4,43	25,36	12,84	14,90	2,08	14,72	0,34	0,96	0,24	0,27	7,69	0,18

COMMENT BIEN STOCKER L'EAU ?

MAXIMUM 24H

QUELS BIDONS UTILISER ?

DES BIDONS ALIMENTAIRES, COMPORTANT CE SIGLE, PROPRES ET SECS !

OÙ TROUVER DES BIDONS ALIMENTAIRES ?

CHEZ VOS COMMERCANTS.
Renseignements DDSC : 0594 287 922

COMMENT UTILISER UNE BORNE FONTAINE ?

1 - PLACER VOTRE BIDON

Fait pour être en contact avec les aliments.

2 - RELEVER LE CLAPET DE LA BORNE

3 - METTRE VOTRE CARTE SUR L'EMPLACEMENT RÉSERVÉ

4 - REFERMER LE CLAPET

LE NOMBRE DE LITRES DISPONIBLES SUR LA CARTE EST AFFICHÉ PAR UN COMPTEUR PERMETTANT DE QUANTIFIER L'EAU DÉBITÉE.

La distribution est arrêtée, dès l'extraction de la carte.

5 - L'EAU COULE AUTOMATIQUEMENT

QUELS SONT LES TARIFS ?



une carte rechargeable + 5000 litres

33€ Pour l'achat de la carte monétique
comportant 5000 litres d'eau
Puis 10,28€ la recharge de 5000 litres.

OÙ TROUVER UNE BORNE FONTAINE ?

- CAYENNE :**
- Église Galmot
 - Canal Leblond
 - Quartier Digue leblond
 - Ilet Malouin
- MATOURY :**
- Cogneau lamirande rue citron vert
 - Rue Locomotive Lamirande
- MACOURIA :**
- Sablance RNI
 - Village trois rois (Route de l'Est)
 - Secteur Wayabo
- ROURA :**
- Station la Comté RN2
- MONT SINÉRY-TONNÉGRANDE :**
- Crique Deux Flots
 - Entrée Kalani/Beauséjour RD5
 - Risquetout Ouest RD5



LES BORNES FONTAINES

UN ACCÈS
À L'EAU
POUR TOUS !



OÙ ACHETER / RECHARGER MA CARTE ?



Rendez-vous à la SGDE
soit au bourg de Matoury,
soit au centre commercial de Katoury,
rocade de Zéphyr à Cayenne.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Contactez le service clientèle de la SGDE
Cayenne : 0594 28 49 00
Matoury : 0594 25 13 35
Ou par e-mail : contact@sgde.fr

www.cacl-guyane.fr



Annexe 36 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins de soins des personnes interrogées

	Personnes	Nombre de degrés
	PERS_60	10
	PERS_15	9
	PERS_57	9
	PERS_62	9
	PERS_19	8
	PERS_37	8
	PERS_52	8
	PERS_65	8
	PERS_9	8
	PERS_11	7
	PERS_17	7
	PERS_28	7
	PERS_31	7
	PERS_32	7
	PERS_4	7
	PERS_43	7
	PERS_45	7
	PERS_58	7
	PERS_59	7
	PERS_68	7
	PERS_70	7
	PERS_71	7
	PERS_8	7
	PERS_10	6
	PERS_13	6
	PERS_16	6
	PERS_2	6
	PERS_20	6
	PERS_24	6
	PERS_29	6
	PERS_30	6
	PERS_33	6
	PERS_36	6
	PERS_47	6
	PERS_49	6
	PERS_50	6
	PERS_51	6
	PERS_53	6
	PERS_54	6
	PERS_64	6
	PERS_67	6
	PERS_7	6

	PERS_39	5
	PERS_56	5
	PERS_6	5
	PERS_61	5
	PERS_63	5
	PERS_66	5
	PERS_69	5
	PERS_14	4
	PERS_23	4
	PERS_34	4
	PERS_44	4
	PERS_55	4
	PERS_1	3
	PERS_12	3
	PERS_18	3
	PERS_22	3
	PERS_27	3
	PERS_3	3
	PERS_40	3
	PERS_42	3
	PERS_48	3
	PERS_25	2
	PERS_35	2
	PERS_38	2
	PERS_5	2
	PERS_26	1
Total	68	380
Moyenne du nombre de recours aux besoins de soins de santé par personne	/	5,59

Annexe 37 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins sociaux des personnes interrogées

	Personnes	Nombre de degrés
	PERS_36	3
	PERS_1	2
	PERS_57	2
	PERS_58	2
	PERS_63	2
	PERS_2	1
	PERS_5	1
	PERS_11	1

	PERS_13	1
	PERS_14	1
	PERS_16	1
	PERS_19	1
	PERS_20	1
	PERS_21	1
	PERS_24	1
	PERS_25	1
	PERS_26	1
	PERS_31	1
	PERS_33	1
	PERS_34	1
	PERS_37	1
	PERS_38	1
	PERS_39	1
	PERS_40	1
	PERS_42	1
	PERS_43	1
	PERS_48	1
	PERS_49	1
	PERS_50	1
	PERS_51	1
	PERS_52	1
	PERS_54	1
	PERS_55	1
	PERS_56	1
	PERS_59	1
	PERS_62	1
	PERS_64	1
	PERS_66	1
	PERS_67	1
	PERS_70	1
Total	40	46
Moyenne du nombre de recours aux besoins sociaux par personne	/	1,15

Annexe 38 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins de soins et structures/dispositifs de recours les plus côtoyés

Types de recours aux soins			Structures de soins de santé auxquelles les personnes ont eu recours	
Recours aux besoins de soins réalisés par les personnes	Fréquence	Pourcentage %	Acteurs	Nombre de degrés (entrants)
Médecin	72	18,95	CRF_CPS	109
Vaccination	65	17,11	MEDC	42
Dépistage	52	13,68	CHAR_PFE	40
Médicaments	47	12,37	LABO	31
Analyses	43	11,32	PHARMA	26
Radiographie	25	6,58	CHAR_PASS_G_CAY	18
Hospitalisation	23	6,05	CHAR_URG	18
Contraception	21	5,53	CHAR_PHARMA	16
Dentaire	18	4,74	MDM_CAMION	13
Echographie	13	3,42	CHAR_MEDTECH	10
Autre	1	0,26	DENT	10
Total	380	100,00	CENTRE_MED_BDL	8
			CHAR_MED1	7
			CLINIQUE_VERO	7
			RADIO	7
			CHAR_PASS_G_MAT	5
			GYN	5
			ECHO_LBRAL	2
			PMI_MAT	2
			CHAR_CDAG	1
			HOPITAL_HEXA	1
			NSP	1
			PMI_REM	1

Annexe 39 : Nombre de recours à l'ensemble des besoins d'aide à caractère social et structures/dispositifs de recours les plus côtoyés

Types d'aides à caractère social auxquels les personnes ont eu recours			Structures/dispositifs auxquels les personnes ont eu recours pour leurs besoins d'aides à caractère social	
Recours aux besoins sociaux réalisés par les personnes	Fréquence	Pourcentage	Acteurs	Nombre de degrés
Accompagnement social	36	72,26	MDM_CAMION	19
Aide vestimentaire	6	13,04	PERS_QUARTIER	7
Aide alimentaire	4	8,70	PERS_PROCHE	4
Total	46	100,00	CGSS	2

	CCAS_MAT	2
	PERS_SERVICE_PAY	2
	AUTRE	2
	CCAS_CAY	2
	SEC_CATH	2
	CCAS_REM	1
	DAAC	1
	CRF_VESTI	1
	NSP	1
	Total des recours (degrés) aux besoins sociaux des personnes	46

Annexe 40 : Autres recours aux soins de santé : médicaments, analyses de laboratoire, dentiste

Type de soins de santé	Total du type de soins de santé	Recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des recours à la structure /dispositif de soins de santé concerné e (%)	Total des recours à la structure/disp ositif de soins de santé concernée	Raison 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des raisons 1 du recours à la structure/dispo sitif de soins de santé concernée (%)	Total des raisons 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée
MEDICAMENTS	47	Centre Hospitalier Andrée Rosemon_Permanence d'Accès aux Soins de Santé_Générale_Cayenne	1	2,13	Prix_gratuité	1	100,00
		Centre Hospitalier Andrée Rosemon_Pharmacie	16	34,04	Offre_adaptee_besoins	1	6,25
					Prix_gratuité	4	25,00
					Recommandé_par_organisme/professionnel	11	68,75
		Croix Rouge Française_Centre de Prévention Santé	1	2,13	Recommandé_par_organisme/professionnel	1	100,00
		Médecins du Monde_Camion	3	6,38	Camion_quartier	2	66,67
					Prix_gratuité	1	33,33
		Pharmacie	26	55,32	Couverture_sociale	6	23,08
					NSP	1	3,85
					Proximité_lieu_vie	14	53,85
					Recommandé_par_organisme/professionnel	5	19,23

Type de soins de santé	Total du type de soins de santé	Recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée (%)	Total des recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée	Raison 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des raisons 1 du recours à la structure/d ispositif de soins de santé concernée (%)	Total des raisons 1 du recours à la structure/ dispositif de soins de santé concernée	
ANALYSES	43	Centre Hospitalier Andrée Rosemon_Médecine 1	1	2,33	Recommandé_par_organisme/professionnel	1	100,00	
		Centre Hospitalier Andrée Rosemon Permanence d'Accès aux Soins de Santé Générale_Cayenne	5	11,63	Offre_adaptee_besoins	1	20,00	
					Recommandé_par_organisme/professionnel	4	80,00	
		Centre Hospitalier Andrée Rosemon Permanence d'Accès aux Soins de Santé Générale_Matoury	1	2,33	Offre_adaptee_besoins	1	100,00	
		Centre Hospitalier Andrée Rosemon Pôle Femme Enfant	7	16,28	Offre_adaptee_besoins	2	28,57	
					Recommandé_par_organisme/professionnel	5	71,43	
		Centre Hospitalier Andrée Rosemon_Urgences	3	6,98	NC - Non concerné	1	33,33	
					Offre_adaptee_besoins	1	33,33	
					Recommandé_par_organisme/professionnel	1	33,33	
		Laboratoire_analyses	26	60,47	Proximite_lieu_vie	5	19,23	
					Recommandé_par_organisme/professionnel	19	73,08	
					Recommandé_par_pers_quartier	1	3,85	
						Savait_deja_ou_aller	1	3,85

Type de soins de santé	Total du type de soins de santé	Recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée (%)	Total des recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée	Raison 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des raisons 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée (%)	Total des raisons 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée
DENTAIRE	18	Centre_médical_de_Baduel	8	44,44	Couverture_sociale	1	12,50
					NSP	1	12,50
					Proximité_lieu_vie	1	12,50
					Recommandé_par_ami	2	25,00
					Recommandé_par_organisme/professionnel	2	25,00
		Dentistes_libéraux	10	55,56	Recommandé_par_pers_quartier	1	12,50
					Couverture_sociale	1	10,00
					Prix_gratuité	1	10,00
					Proximité_lieu_vie	4	40,00
					Recommandé_par_organisme/professionnel	4	40,00

Type de soins de santé	Total du type de soins de santé	Recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée (%)	Total des recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée	Raison 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé	Total des raisons 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée (%)	Total des raisons 1 du recours à la structure/dispositif de soins de santé concernée
AUTRE	1	Centre Hospitalier Andrée Rosemon_Urgences	1	100,00	Offre_adaptee_besoins	1	100,00

