



# Contrat Local de Santé de Macouria



**Contrat Local de Santé**  
**Entre**  
**Le Préfet de Guyane**  
**Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé**  
**Le Maire de Macouria**

**Préambule**

Mesure innovante proposée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), le Contrat Local de Santé s'impose à l'heure actuelle comme l'incontournable des politiques de santé locales en Guyane.

Outil de consolidation des partenariats locaux, le CLS peut porter sur différentes thématiques :

- la promotion et la prévention en santé (incluant les problématiques de santé environnementale particulièrement importantes sur le territoire qui nous concerne) ;
- les soins ambulatoires et hospitaliers ;
- l'accompagnement médico-social ;
- la veille et la sécurité sanitaire.

Le tout dans l'objectif d'améliorer :

- les contextes environnementaux, sociaux des territoires ;
- l'accès des personnes, notamment les plus fragiles, aux droits, aux soins, aux services et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Souhaité par la ville de Macouria dans la continuité et pour la mise en œuvre opérationnelle des objectifs formulés au sein de son Contrat de Ville 2015-2020, le CLS a été élaboré grâce au soutien et à la collaboration de l'Agence Régionale de Santé, mais aussi d'autres partenaires tels que le Centre de Ressources en Politique de la Ville de Guyane et les porteurs de projets locaux.

Celui-ci a permis, au regard d'un diagnostic établi au préalable, de définir les priorités locales en matière de promotion de la santé, et l'élaboration d'une programmation concertée pour la réduction des inégalités de santé sur le territoire communal tenant compte de la géographie prioritaire.

### A. Méthode du diagnostic partagé

Les interventions en matière de santé doivent répondre à un diagnostic précis des situations locales. De facto, il apparaît nécessaire de mettre en lumière à la fois l'état de santé des habitants, leurs pratiques en matière de recours aux droits et aux soins ainsi que l'offre médicale et de prévention dont ils disposent.

Ces préalables permettent de déterminer les besoins réels des populations et de formaliser les plans d'action les plus adaptés.

Pour ce faire, aux observations statistiques qui permettent rarement de détailler la situation des habitants à l'échelle du quartier, il apparaît plus idoine de corrélérer les données quantitatives à une enquête qualitative réalisée auprès des acteurs locaux et d'exploiter les bilans d'actions existantes.

Cette consultation a été réalisée, conjointement à la phase de recueil de données statistiques, et ce, auprès des intervenants du domaine sanitaire mais aussi auprès des acteurs œuvrant dans d'autres champs impactant les questions de santé.

Ces entretiens avaient pour objectifs de questionner les ressentis en matière de problématiques et de spécificités à l'échelle du quartier voire des sous-quartiers ; mais aussi d'analyser ce qui se fait, ce qui fonctionne et ce qui pourrait être des pistes d'actions à intégrer dans les programmes d'intervention à venir.

***NB*** : Les facteurs biologiques et comportementaux ne peuvent à eux seuls expliquer un bon ou un mauvais état de santé/bien-être des populations. L'ensemble des facteurs liés à l'environnement général des personnes rentre en ligne de compte (offre alimentaire, offre éducative, conditions de travail, situation de précarité, modes de déplacements, accès à l'eau et à l'électricité, logement, etc.). Chaque domaine de politiques publiques a donc des répercussions en matière de santé qu'il convient, pour les acteurs locaux, de ne pas négliger.

## B. Données à l'échelle régionale : les principaux constats



La feuille de route régionale de la **stratégie santé outre-mer 2016** dépeint le contexte démographique, sanitaire et social du territoire guyanais dans son ensemble.

Ces données globales nous permettent d'établir le contexte régional dans lequel s'inscrit la ville de Macouria.

### Une population jeune

Le **taux de croissance** annuel de la population guyanaise est quasi six fois plus **élevé** que celui de la France Métropolitaine. Cela s'explique surtout par un **solde naturel très élevé**. Le taux de natalité y est le double de la moyenne métropolitaine. En conséquence, la **population** est donc particulièrement **jeune** : 40% a moins de 20 ans et seulement 2% a plus de 75 ans.

Le territoire fait aussi l'objet d'un certain nombre de **flux migratoires** en provenance principalement du Suriname, d'Haïti et du Brésil ; ce qui peut également expliquer cette croissance. En 2011, 35% des habitants étaient étrangers.

Un constat qui est toutefois à nuancer par le fait que de nombreuses personnes nées en Guyane sont amenées à s'installer en métropole. En 2011, cela concernait 26% de la population.

### Une faible part de diplômés et une population en situation de précarité

Le **taux de scolarisation et le nombre de diplômés** restent plus **faibles** qu'en métropole même si la tendance est à la hausse. En 2008, seul 60% des jeunes de 15 à 25 ans étaient scolarisés et en 2009, 20% des jeunes étaient en **situation d'illettrisme**.

En 2013, le constat reste alarmant avec 26% des jeunes pour lesquels de graves difficultés de lecture ont été détectées lors de la Journée Défense et Citoyenneté.

En parallèle, le taux de **chômage est conséquent**. En 2013, le chômage concernait 21% des actifs (contre 10% en métropole) dont 45% avait **moins de 25 ans**. **Les femmes** sont **davantage touchées** par cette situation. En effet, il concerne 27% d'entre-elles contre 17% des hommes.

**Le revenu net moyen par foyer est seulement de 17 500 euros**, soit nettement plus faible qu'en métropole (25 000 euros).

**26% de la population bénéficie du RSA** (7% en métropole) et en 2006, **36%** vivaient **sous le seuil de pauvreté**.

## Une forte présence d'habitat spontané

La **demande en logement social** est **très forte** sur le territoire de Guyane où l'offre n'est pas suffisante.

Par conséquent, on observe de **nombreuses constructions spontanées** (sans titres ni droits) sur plusieurs communes du territoire, dont Macouria.

Dans les quartiers d'habitats spontanés, on retrouve fréquemment des **zones de décharges sauvages et des points d'eaux stagnantes** amplifiant la prolifération des moustiques et donc des **épidémies de maladies vectorielles** (dengue, chikungunya et depuis peu, le zika).

En outre, notons qu'**un logement sur 10 n'a pas accès à l'eau courante**.

## C. Données régionales spécifiques à la santé

### Des indices de mortalité élevés

Les **indices comparatifs de mortalité élevés** témoignent du mauvais état de santé de la population.

L'espérance de vie des habitants est de **deux ans inférieurs** à celle observée en métropole et s'élève à **76,7 ans pour les hommes et à 82,9 ans pour les femmes**.

En cause de décès, on observe une **prévalence des maladies vasculaires, des traumatismes, des cancers et des maladies infectieuses**. La population étant très jeune, les accidents (notamment de la route) concourent à cette réduction de l'espérance de vie.

Sur le territoire, les taux de mortalité infantile, de prématurité et d'enfants de petits poids sont 2 à 3 fois plus élevés qu'en hexagone. Le **taux de mortalité infantile était 11,8 pour 1000 personnes contre 3,5 en métropole** pour l'année 2012.

### En termes d'hygiène de vie (alimentation et activité physique)

En Guyane, les taux de surpoids et d'obésité sont quasi similaires à ceux des Antilles mais plus élevés que ceux de métropole.

**34% des habitants sont en surpoids et 18% sont en situation d'obésité** (contre respectivement, 29 et 12% dans l'hexagone).

Les **femmes** sont **davantage touchées** par l'obésité. Elles sont en effet 23% en situation d'obésité contre 13% des hommes.

On peut probablement avancer que l'alimentation trop peu riche en légumes, avec des apports en sucres et graisses particulièrement importants au regard des traditions culinaires locales et des habitudes alimentaires constatées (comme la très grande consommation de sodas) expliquent en grande partie ces chiffres.

Toutefois il n'existe pas en Guyane d'étude alimentaire pouvant affirmer ou contredire ces propos émanant des constats de terrain.

En termes de sport, **36% des gyanais déclarent avoir une activité physique<sup>1</sup> régulière** (soit au moins 5 fois par semaine), 39% ont une activité assez régulière (une à quatre fois par semaine) et **25% estiment ne pratiquer une activité physique que rarement, voire jamais.**

Ces chiffres sont comparables à ceux de la métropole. Les hommes pratiquent davantage d'activités physiques que les femmes (44 contre 28%).

En conséquence, de **nombreuses affections émanent de ces modes de vie et d'alimentation** ; parmi les principales affections de longues durées relevées sur le territoire, on note notamment une **prévalence des diabètes 1 et 2 et des accidents vasculaires invalidants.**

Récapitulatif en matière d'Affections de Longue Durée fréquentes (ALD, issus du Baromètre santé DOM-Guyane 2014) :

	Guyane	Métropole
% standard de prévalence des affections de longue durée fréquentes (pour 100 000 habitants)		
<b>Diabètes Type 1/Type 2</b>	5491	3654
<b>Tumeur maligne</b>	1671	3391
<b>Affections psychiatriques de longue durée</b>	719	1971
<b>Maladie coronaire</b>	806	1719
<b>Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves</b>	962	1389
<b>Accident vasculaire invalidant</b>	713	574

### Un recours aux soins et une offre plus faible qu'en métropole

En 2014, selon les chiffres de l'INPES du Baromètre santé DOM, **79% des Gyanais avaient consulté un médecin généraliste** au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour eux-mêmes. Il s'avère que **les femmes consultent davantage que les hommes** (85% contre 71%). 43% ont consulté au moins une fois un dentiste ; là encore, ce sont les femmes qui consultent le plus avec 49% des femmes contre 36% des hommes.

Enfin, une femme sur deux a consulté un gynécologue.

---

<sup>1</sup> Correspond à minima à 30 minutes tous les jours dans le cadre des déplacements, du travail ou des loisirs

Ces **chiffres** sont tous très **inférieurs aux moyennes métropolitaines**.

En ce qui concerne le **renoncement aux soins**, les taux sont **aussi supérieurs à ceux de la métropole** :

- 19% pour les soins dentaires contre 17% en métropole ;
- 14% aux produits d'optiques contre 12% ;
- 12% à une consultation de médecin généraliste ou spécialiste contre 7,6%.

Les principales **raisons** de ces renoncements sont **financières**, liées à **l'éloignement des cabinets** ou encore aux **délais trop longs** pour obtenir un rendez-vous.

S'ajoute à cela le fait qu'un grand nombre de personnes renonce aux soins pour des **difficultés de transports**, c'est principalement le cas des moins de 25 ans.

Le territoire est **trop peu doté en professionnels de santé**. On y recense **moitié moins de médecins généralistes, de chirurgiens-dentistes et jusqu'à quatre fois moins de spécialistes qu'en métropole**.

Récapitulatif en matière de professionnels de santé (issus du **Baromètre santé DOM-Guyane 2014**) :

	Guyane	Métropole
Densité de professionnels de santé libéraux et mixtes pour 100 000 habitants		
<b>Médecins généralistes</b>	47	106
<b>Médecins spécialistes</b>	24	94
<b>Infirmiers diplômés d'Etat et autorisés</b>	111	146
<b>Chirurgiens-dentistes</b>	23	57
<b>Masseurs-kinésithérapeutes</b>	34	94
<b>Pharmaciens</b>	22	49

Les moyens sanitaires sont exclusivement **concentrés sur les agglomérations de Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni**.

L'offre hospitalière est limitée et tend encore à se réduire compte-tenu de la hausse de la population et du vieillissement des médecins dont les remplacements ne sont pas toujours assurés.

La trop faible présence de spécialistes conduit à des recours fréquents aux évacuations d'urgence vers la métropole ou les Antilles.

Le nombre d'**établissements et l'offre de services/soins pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap** sont très nettement inférieurs aux taux métropolitains et antillais. Là encore, l'offre est concentrée sur les agglomérations de Cayenne et Kourou.

Le développement des équipements et de l'offre destinés à la prise en charge de ces personnes constitue une priorité majeure pour le territoire dont la population actuellement très jeune est amenée à vieillir.

### **Un fort taux de grossesses mineures et de violences intrafamiliales**

Le **taux de grossesses précoces**, c'est-à-dire touchant les mineures, est **conséquent** sur le territoire (7%). Les grossesses très précoces (moins de 15 ans) se concentrent surtout dans l'Ouest Guyanais.

Les **violences intrafamiliales** sont elles aussi **fréquentes** et ont des **répercussions majeures sur la santé des femmes**, qui en sont, dans la majorité des cas, les victimes **mais aussi des enfants qui en sont témoins**. Rappelons que les violences conjugales englobent les violences psychologiques, physiques, économiques et sexuelles.

Particulièrement problématique, l'offre d'hébergement d'urgence est très faible sur le territoire. En 2016, sur l'ensemble du territoire, **seules 26 des 127 places prévues pour les hébergements d'urgence sont réservées aux victimes de violences conjugales**.

En parallèle, l'association l'Arbre Fromager accueille en moyenne 500 femmes en journée sur l'année dont 200 sont des victimes des violences intrafamiliales.

L'unité médico judiciaire (UMJ) de Cayenne relève que **80% des appels d'urgence concerne des violences psychologiques** aux conséquences parfois dramatiques sur le bien-être et la santé physique et mentale des victimes.

Le grand nombre de **femmes immigrées** dans les quartiers prioritaires de Guyane, souvent en situation irrégulière, fait que ces femmes sont souvent les victimes privilégiées des **violences économiques**.

### **Des phénomènes d'addictions importants**

La Guyane a participé durant trois ans à l'étude TREND (*Tendances Récentes et Nouvelles Drogues*) mise en place en 2000 par l'Observatoire National des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). L'objectif étant de cerner les problématiques et les nouvelles pratiques sur le territoire en matière de consommations.

Dans le dernier rapport datant de **2004**, on y recense **principalement une consommation d'alcool, d'herbe de cannabis, de cocaïne et de crack, souvent associés en poly consommations** et touchant l'ensemble des communautés et des couches sociales.



Si l'alcool et l'herbe de cannabis sont banalisés, **le crack**, qui s'est implanté plus récemment, connaît une forte croissance dans les consommations. Puissant facteur d'exclusion, il **concerne principalement les groupes d'usagers marginalisés mais on observe une consommation en hausse chez les jeunes en errance comme chez les jeunes scolarisés.**

**D'usage essentiellement festif, une consommation traditionnelle persiste** sur le territoire. C'est le cas de la consommation d'opium chez les populations d'origine asiatique et de plantes hallucinogènes chez les communautés amérindiennes.

Depuis peu, **d'autres substances ont fait leur entrée** sur le territoire, telles que la résine de cannabis et l'ecstasy. **Chez les plus jeunes, on note une hausse de l'inhalation de solvants et l'ingestion de mélanges d'alcool/essence** de plomb ou encore l'inhalation de tabac liquide.

#### D. Données générales à l'échelle communale : les principaux constats

##### **Une ville en pleine mutation située au carrefour de grands pôles urbains**

La ville de Macouria est située sur le **littoral de l'île de Cayenne** où elle semble jouer un rôle de banlieue résidentielle notamment vis-à-vis de Cayenne.

Ville à dominance **rurale autrefois**, elle s'étend sur une superficie de **378 km<sup>2</sup>** et la densité de population y est très faible avec **27,4 habitants/km<sup>2</sup>**. Au total, Macouria compte 10 358 habitants (Données INSEE 2012).

Notons aussi que la ville est soumise à un **risque très élevé d'inondation** sur la quasi-totalité de son périmètre. Sont notamment concernés les quartiers de « Sablance » et « Soula ».

La Ville accueille **la plus grande ZAC de France à Soula** où 6 ha seront consacrés aux activités économiques, 6 autres aux loisirs et 6 000 m<sup>2</sup> aux commerces.

**Une hausse de population d'environ 10 000 habitants est prévue** via la construction de 2 600 logements.

##### **Un parc de logement récent mais des formes d'habitats spontanés persistantes**

La forte croissance démographique de ces dernières décennies a conduit la commune à développer son parc de logement, notamment social. Les logements étant pour la plupart récents (**82% construits après 1990**), le confort moyen est relativement satisfaisant avec, en 2011, **90% qui ont un accès à l'électricité, 86% ayant une salle d'eau ou des sanitaires**).

L'eau chaude n'est en revanche accessible que dans 51% des logements.

Toutefois, l'offre demeure insuffisante et les zones d'habitats spontanés sont toujours en pleine expansion.

C'est le cas du périmètre de **Sablance où les constructions sont souvent insalubres et alimentées en eau par des puits individuels non protégés ou des raccordements illicites.**

### Une desserte insuffisante

La **desserte communale** apparaît **nettement insuffisante** au regard des besoins de la population. L'axe routier principal reliant Matoury, Cayenne et Kourou est très fréquenté et souvent congestionné. On dénombre **trop peu d'axes secondaires directs, reliant notamment les différents quartiers.**

Ce phénomène contraint une grande part des habitants dans leur quotidien, leurs démarches, dont l'accès aux soins et aux droits.

Les **routes existantes** sont parfois **non aménagées et impraticables** en cas de fortes pluies ; celles-ci ne permettent pas l'accès de certains véhicules imposants (dont ceux des secours).

### Une population jeune et une surreprésentation des familles monoparentales

La population de Macouria est constituée en **très grande partie de jeunes** même si la part des personnes de plus de 45 ans augmente entre 2006 et 2011.

Les **0-14 ans constituent plus de 30% du total** des habitants en 2011.

En termes de composition familiale, on dénombre une grande **majorité de couples avec moins de trois enfants** (50% des familles en 2011) ainsi qu'une **forte représentation des familles monoparentales**, surtout des femmes isolées. On compte en effet 705 familles monoparentales dont 634 mères isolées en 2011.

### Une grande part de non diplômés et un bas niveau de vie

Macouria possède **cinq groupes scolaires pour 10 000 habitants organisés sous deux collèges** et un lycée agricole à Matiti et la création d'un lycée à Soula est actuellement à l'étude. Toutefois, **l'offre reste insuffisante** si l'on considère le nombre d'enfants à scolariser.

Le taux de scolarisation des jeunes est satisfaisant, toutefois on note que **les jeunes de plus de 18 ans ne poursuivent pas leurs études.**

**36,6% des 15 ans et plus ne possèdent aucun diplôme de niveau supérieur.**

Entre 1999 et 2010, le **chômage a augmenté de 21%** et touche davantage les femmes que les hommes. En 2014, le taux de chômage à Macouria est de 22.8% auquel s'ajoute près de 20.3% d'inactifs. Les nouveaux arrivants ont toutefois permis d'augmenter le niveau de revenu mais ont aussi creusé les écarts entre les habitants.

En effet, les foyers imposables déclarent plus de 36 000€ contre près de 9 000€ pour les foyers non imposables ; la moyenne étant désormais d'un peu plus de **18 000€ nets en 2009.**

La situation très précaire d'une grande part de la population est alarmante.

A Macouria, plus de **37% des allocataires bénéficient du RSA** (chiffres de 2012) ; **45,4% des allocataires CAF voient leurs revenus constitués à hauteur de 50% par les prestations sociales** (contre 27,3% en métropole) et **pour 35,4% des allocataires, ce sont 100% de leurs revenus** qui sont constitués par les prestations sociales (contre 16,8% en métropole).

**Bénéficiaires du RSA et dépendances aux prestations :**

Libellé géographique	Part des allocataires RSA	Part des allocataires dont les revenus sont constitués à 50% des prestations	Part des allocataires dont les revenus sont constitués à 100% des prestations
<b>Macouria</b>	37,3%	45,4%	35,4%
<b>Guyane</b>	46,5%	57%	46,6%
<b>France Métropolitaine</b>	21,6%	27,3%	16,8%

Source : CAF Solidarité et insertion 2012

Toutefois, ces chiffres sont à nuancer car moins élevés que la moyenne constatée sur l'ensemble du territoire guyanais.

**Une commune inscrite depuis peu en politique de la ville**

*Voir Annexe I pour les fiches portraits des quartiers prioritaires*

Révéléur de la précarité de ses habitants, Macouria est une **commune entrante** en politique de la ville pour laquelle on compte **deux quartiers prioritaires** : « Tonate » et « Soula ».

Ces quartiers ont des caractéristiques différentes, d'un point de vu objectif ou en termes subjectifs pour les habitants, requérant chacun une prise en compte spécifique et des plans d'intervention adaptés.

**En termes d'équipements sportifs et de loisirs**

La commune compte un certain nombre d'**équipements de sports et de loisirs** sur son territoire.

On y trouve notamment :

- Un stade de football et trois courts de tennis au bourg de Tonate ;
- Une salle omnisports municipale destinée aux écoles et associations, une autre départementale dédiée aux collèges, et une salle omnisports régionale au lycée de Matiti ;
- Un terrain de basket de quartier à Tonate ;
- Plusieurs plateaux sportifs sur son territoire (terrains de foot, Skatepark, ...).

Macouria possède également un jardin botanique inauguré en juin 2015, un zoo et des centres équestres.

## **En termes d'accès aux droits et aux accès aux soins**

En ce qui concerne l'accès aux soins, la commune souffre d'un **déficit d'équipements sanitaires mais aussi de professionnels de santé.**

En termes d'équipements, sont implantés sur la commune :

- 1 maison pluridisciplinaire de santé ;
- 1 service ambulancier ;
- Et 2 pharmacies.

**Aucun médecin spécialiste** n'est établi à Macouria. Les habitants se dirigent donc souvent vers Cayenne et Kourou pour bénéficier de soins spécifiques.

Seuls sont présents :

- 1 sage-femme ;
- 5 infirmiers ;
- 3 kinésithérapeutes ;
- Et 2 dentistes.

Au total, on compte **un médecin généraliste pour 4 820 habitants** contre 1 pour 2 340 à l'échelle régionale.

Les acteurs de terrain s'accordent pour dire que **les moyens financiers constituent un frein important pour le recours aux soins.** Hors, les prises en charges tardives peuvent avoir de graves conséquences sur la santé et réduire les chances de guérison des personnes concernées.

Il est fréquent que **certains renoncent totalement aux soins**, notamment à cause du reste à charge après soustraction de la part revenant à la sécurité sociale ; et ceci est valable pour les personnes bénéficiant pourtant d'une couverture sociale.

En parallèle, sur le territoire qui nous concerne, la part **des personnes ignorant totalement leurs droits** à la protection sociale (CMU-AME) est importante. Lorsqu'elles en ont connaissance, **les démarches administratives s'avèrent parfois très complexes** ; les formulaires pouvant être dissuasifs notamment pour les personnes en situation d'illettrisme ou d'analphabétisme. Ce constat est aggravé par le fait que la commune ne dispose pas d'outils adaptés à la une part importante de personnes immigrées, parlant peu ou pas le français.

## **Un premier travail en matière d'accès aux droits a été engagé**

Pour garantir un accès aux organismes sanitaires et sociaux pour les plus fragiles (CAF, AIL, CGSS, SIMKO, MDPH), la commune a **mis à disposition des locaux dans les quartiers prioritaires** de Tonate et Soula.

Rappelons que les quartiers de Macouria sont particulièrement enclavés vis-à-vis du reste de la commune et très mal desservis. Cette situation freine la mobilité des habitants et engendre parfois des ruptures de droits et des situations d'isolement.

**Des outils numériques ont donc été développés** mais leurs effets restent très limités du fait d'un manque d'accompagnement à l'utilisation de ces outils, notamment pour les personnes en situation d'illettrisme, voire d'analphabétisme.

### De nombreuses femmes isolées

Dans le cadre de la réalisation du diagnostic partagé de la CAF et de la ville en 2015, **une enquête a été effectuée** auprès de la PMI, des intervenants de la CAF et du service social départemental.

D'après les résultats, les acteurs du domaine sanitaire et social reçoivent principalement des **femmes seules, ayant au moins trois enfants à charge, sans emploi et dépendantes des prestations sociales** (allocations familiales, RSA). Ces femmes résident souvent dans des logements inadaptés à la composition de leurs familles ou à leurs budgets.

En outre, depuis quelques mois, la PMI constate une **forte hausse des grossesses mineures ; celles-ci étant de plus en plus précoces**. Ce phénomène entraîne parfois des problématiques en matière de protection de l'enfance.

### Le rapport à l'autre et le développement des actions relatives aux stéréotypes de genres

Depuis 2015, l'association ADER s'attache à développer les actions autour des questions des droits des femmes et de l'égalité femmes-hommes. Cette thématique **interroge les pratiques, y compris celles des professionnels**.

Ces actions sont apparues **nécessaires pour travailler les questions de sexualité qui nécessitent de passer au préalable par un travail autour de la relation à l'autre**.

En 2015, des **actions sur les stéréotypes de genres** ont d'ailleurs été organisées au lycée professionnel de Macouria. Cette action s'est faite en collaboration avec l'Akatij.

Un groupe de jeunes a pu être formé et fait désormais office de relais sur ces questions.

### La prévention et l'accompagnement des personnes porteuses du VIH

Il convient de préciser qu'il n'y a **pas de médecin référent VIH à Macouria** et que, en dehors de la PMI qui concerne donc un public restreint aux femmes enceintes ou mères, seuls les intervenants extérieurs font du dépistage (ADER/Croix rouge).

ADER réalise en effet des actions TROD de dépistages auprès des travailleuses du sexe en lien avec les associations locales. Une fois par an en moyenne, à la demande des infirmières scolaires, ADER intervient également dans le milieu scolaire. Ce fut le cas à l'école de Soula en 2015.

Cette année **2016 constitue une année de prospection** pour l'association qui réalise un état des lieux de la prostitution de nuit au niveau de l'entrée du quartier Sablance.

Ce travail est mené en lien avec la médiatrice sociale de la gendarmerie de Macouria. L'objectif étant d'intervenir sur des sessions de TROD et des maraudes sur une occurrence de 2 fois par mois afin de nouer des liens de confiance et d'entamer une orientation en matière d'accès aux droits et aux soins.

### **La prise en charge des personnes en situation d'addiction**

On note une **forte présence de consommateurs** d'alcool, de tabac, de cannabis et de cocaïne sur la commune. Cette **part étant amenée elle-aussi à augmenter** du fait de la croissance démographique prévue.

Un diagnostic réalisé par le Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA) de Kourou en 2014 a mis en évidence **les difficultés d'orientation des personnes souffrant d'addictions vers des structures de prise en charge.**

En effet, **il n'existe pas de structure d'accueil à Macouria.** Trois CSAPA sont recensés en Guyane et établis à Cayenne, Kourou et Saint-Laurent. Seules les personnes ayant les moyens de se déplacer peuvent donc être correctement accompagnées. Pour les autres, ce sont les médecins généralistes qui assurent les prises en charge au regard de leurs moyens.

La mise en place d'un espace d'accueil et d'écoute est apparue primordiale. Ainsi, le CSAPA de Kourou a établi en 2015 des **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) à Soula.** Celles-ci permettent l'accueil et l'orientation des personnes souffrant de problèmes d'addictions avec ou sans substances, mineures ou majeures. Ces consultations se font sans rendez-vous et permettent donc de toucher davantage de personnes.

En parallèle, des **permanences d'écoute (et d'orientation si besoin)** sont régulièrement réalisées **en milieu scolaire.**

Aujourd'hui, un développement et une pérennisation de ces permanences sont envisagés.

# Le Contrat Local de Santé de Macouria

Vu la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 29 juillet 2009,

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles :

L.1434-2, « Le projet régional de santé est constitué [...] la programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L.1434-17»

L.1434-17, « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social »

R1434-7, « [...] les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences de territoires concernées »

Vu l'avis de la Conférence de territoire du 29 octobre 2012

Vu la CIRCULAIRE N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

Vu la décision du Comité interministériel des villes du 18 février 2011 « Favoriser l'articulation entre les ASV et les CLS »

Vu la circulaire du 15 octobre 2014 qui précise que « le contrat de ville s'appuiera [...] sur le contrat local de santé qui en constituera le volet santé ».

Il est convenu ce qui suit :

# Titre I : Les champs du Contrat

## **Article 1 : Les signataires**

Le présent Contrat Local de Santé est conclu entre :

- L'Etat, représenté par le Préfet de Guyane, Monsieur Patrice FAURE ;
- L'Agence Régionale de Santé de Guyane, représentée par son Directeur Général, Monsieur Jacques CARTIAUX ;
- La commune de Macouria, représentée par son Maire, Monsieur Gilles ADELSON.

## **Article 2 : Les partenaires non signataires**

Les partenaires non-signataires contribuant à l'élaboration et la mise en œuvre du présent Contrat Local de Santé sont notamment :

- Les services communaux concernés ;
- Les institutions (Collectivité Territoriale de Guyane, Communauté d'Agglomération des Communes du Littoral, Education Nationale, Caisse Générale d'Assurance Maladie, ORSG, etc.) ;
- Les associations (Guyane Promo Santé, Médecins du Monde, Croix Rouge, AKATIJ, CIDFF, Planning Familial, ADER, Chrétiens et Sida, etc.) ;
- Les professionnels de santé et d'autres domaines impactant directement ou indirectement le champ de la santé (infirmières scolaires, assistantes sociales etc.).

## **Article 3 : Le périmètre géographique d'intervention**

Les parties signataires s'engagent à faire porter leurs efforts et actions dans le cadre du présent contrat principalement sur les quartiers prioritaires qui ont été définis dans le cadre de la Politique de la Ville, à savoir :

- Le quartier prioritaire de Soula ;
- Le quartier prioritaire de Tonate.

Le CLS concerne aussi le périmètre de Matiti, qui a été repéré au préalable par la commune. Ce dernier présente notamment un certain nombre de priorités en matière de santé environnementale et d'accès aux droits et aux soins.



## Titre 2 : Objet et engagements des signataires

### **Article 4 : Les axes stratégiques et les objectifs opérationnels**

#### **- Axe stratégique 1 : Faire vivre le CLS**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1) *Coordination du CLS, animation territoriale et Atelier Santé Ville (ASV)*
- 2) *Affiner le diagnostic en privilégiant une démarche intégrant la spécificité du territoire («Rurbanité») et finaliser les fiches actions*
- 3) *Communiquer autour du CLS*

#### **- Axe stratégique 2 : Faciliter l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1) *Développer une offre de soins de proximité pour faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention, de vaccination et de dépistage*
- 2) *Faciliter l'accès aux droits*

#### **- Axe stratégique 3 : Prévenir les conduites addictives et promouvoir la santé mentale**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1) *Développer les actions de prévention et de sensibilisation des conduites addictives*
- 2) *Prendre en compte les questions de santé mentale / mal-être sur le territoire (repérage, prévention, orientation...)*

#### **- Axe stratégique 4 : Prévenir les risques sexuels et les grossesses précoces et non désirées**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1) *Développer les actions autour des stéréotypes de genre et pour le développement des compétences psycho-sociales*
- 2) *Faciliter l'accès de toutes les femmes aux différents modes de contraception et d'interruption volontaire de grossesse*
- 3) *Développer la prévention et le dépistage VIH et autres IST*

#### **- Axe stratégique 5: Promouvoir la santé environnementale et améliorer durablement le cadre de vie des habitants**

##### **Objectifs opérationnels :**

- 1) *Améliorer la gestion et le traitement des déchets*
- 2) *Promouvoir les mesures individuelles de lutte intra et péri domiciliaires contre la prolifération des moustiques*

- **Axe stratégique 6** : Favoriser une alimentation équilibrée et la pratique d'activités physiques et sportives adaptées à tous dans le but de prévenir et réduire les maladies métaboliques

**Objectifs opérationnels :**

- 1) Favoriser une alimentation équilibrée pour tous et une bonne hygiène alimentaire
- 2) Promouvoir et rendre accessible à tous la pratique d'activités physiques et sportives et lutter contre la sédentarité (notamment des filles, des personnes en situation de handicap et/ou âgées)
- 3) Permettre un dépistage des personnes souffrant de maladies métaboliques

**Article 5 : La durée du contrat**

Le présent contrat est valable pour une durée de **trois années**, à compter de sa date de signature.

**Article 6 : La révision du contrat**

Le CLS n'est pas figé et a, *au contraire*, vocation à évoluer en fonction des dynamiques territoriales, de l'analyse annuelle des bilans d'évaluation et des éventuels repérages de nouveaux besoins en matière de santé sur le territoire communal.

Les orientations et objectifs du présent contrat pourront donc être révisés via différents avenants si nécessaire.

**Article 7 : Gouvernance et pilotage du Contrat Local de Santé**

Le mode de gouvernance et de pilotage du Contrat Local de Santé se scinde en différentes instances :

- Le Comité de Pilotage ;
- Et les Comités Techniques thématiques.

**Le Comité de Pilotage**

**Composition et rôle**

Le Comité de Pilotage est une instance décisionnelle qui réunit les signataires :

- Le Préfet de Guyane ou son représentant ;
- Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Guyane ou son représentant ;
- Le Maire de la Commune de Macouria ou son représentant.

Les principaux partenaires non signataires peuvent être sollicités pour participer à cette instance, à titre consultatif.

Son rôle est de valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante. On y vote le budget.

Cette instance constitue également le relai stratégique pour la pérennisation du dispositif et de ses actions.

### **Fonctionnement**

Le Comité de Pilotage se réunit au moins une fois par an (*en octobre*) pour valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante.

Eventuellement, et selon les calendriers des actions, une réunion du Comité de pilotage supplémentaire peut être programmée (*en mars*).

### **Deuxième instance : Les Comités Techniques thématiques**

#### **Composition et rôle**

Le Comité Technique est une instance opérationnelle de mise en œuvre du CLS qui réunit les techniciens représentant les institutions signataires et les opérateurs concernés en fonction de la thématique abordée.

Cinq comités techniques seront constitués sur la base des orientations stratégiques du CLS, comme suit :

- Comité technique Accès aux droits et aux soins ;
- Comité technique Conduites addictives et Santé mentale ;
- Comité technique Risques sexuels ;
- Comité technique Santé environnementale ;
- Comité technique Alimentation/Activité physique et sportive.

Le rôle des comités techniques thématiques est d'élaborer les cadres d'intervention, de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des actions mais aussi d'être force de propositions quant à de nouvelles formes d'interventions.

#### **Fonctionnement**

L'ensemble de ces cinq comités techniques se réunissent une à deux fois par an et sont animés par le service de Développement Social et Urbain de la commune.

Chacune de ces réunions fait l'office d'un compte-rendu qui est transmis aux membres du comité de pilotage.

## **Article 8 : Evaluation du Contrat Local de Santé**

### **Le comité technique d'évaluation**

#### **Composition et rôle**

Le comité technique d'évaluation a fonction d'expertise.

Au sein de cette instance, le diagnostic est régulièrement actualisé pour le repérage de nouveaux besoins ; y sont également approfondies les problématiques ayant été mises en exergue lors du diagnostic préalable à la réalisation du Contrat Local de Santé et nécessitant une étude complémentaire avant une phase opérationnelle.

Ce comité est force de propositions en matière de nouvelles orientations et d'actions innovantes. Il est aussi l'instance de veille pour une bonne articulation du Contrat Local de Santé et les dispositifs relais au sein de la commune (Programme de Réussite Educatif, etc.).

Il se compose des techniciens représentant les institutions signataires et des opérateurs, des associations et d'autres professionnels concernés en fonction de la thématique abordée.

#### **Fonctionnement**

Il se réunit en moyenne une fois par trimestre en fonction des besoins déterminés par le coordinateur du CLS.

## **Article 9 : Coordination et animation du Contrat Local de Santé**

La Direction de la Stratégie et du Développement Local (DSDL) de la commune de Macouria est chargée d'assurer la coordination et l'animation du Contrat Local de Santé, en lien et complémentarité avec les autres dispositifs communaux.

La DSDL animera par conséquent l'ensemble des groupes de travail thématiques et des comités techniques d'évaluation. Il aura également la charge de l'organisation des différents Comités de Pilotage auxquels il participera.

L'ensemble des documents nécessaires au bon fonctionnement des instances suscitées seront réalisés et diffusés par le coordinateur du CLS (invitations, contenus des séances, synthèses des travaux, bilans globaux d'évaluation, compte-rendu etc.). L'ensemble de ces documents seront transmis aux membres permanents du Comité de Pilotage en amont de la tenue des séances, pour examen et approbation.

Ce même coordinateur sera également chargé de régir les aspects financiers et administratifs ayant traits au CLS.

A Macouria, le 19/12/2017

M. Le Préfet de Guyane

P/M. Le Directeur  
Général de l'Agence  
Régionale de Santé de  
Guyane

M. Le Maire de Macouria

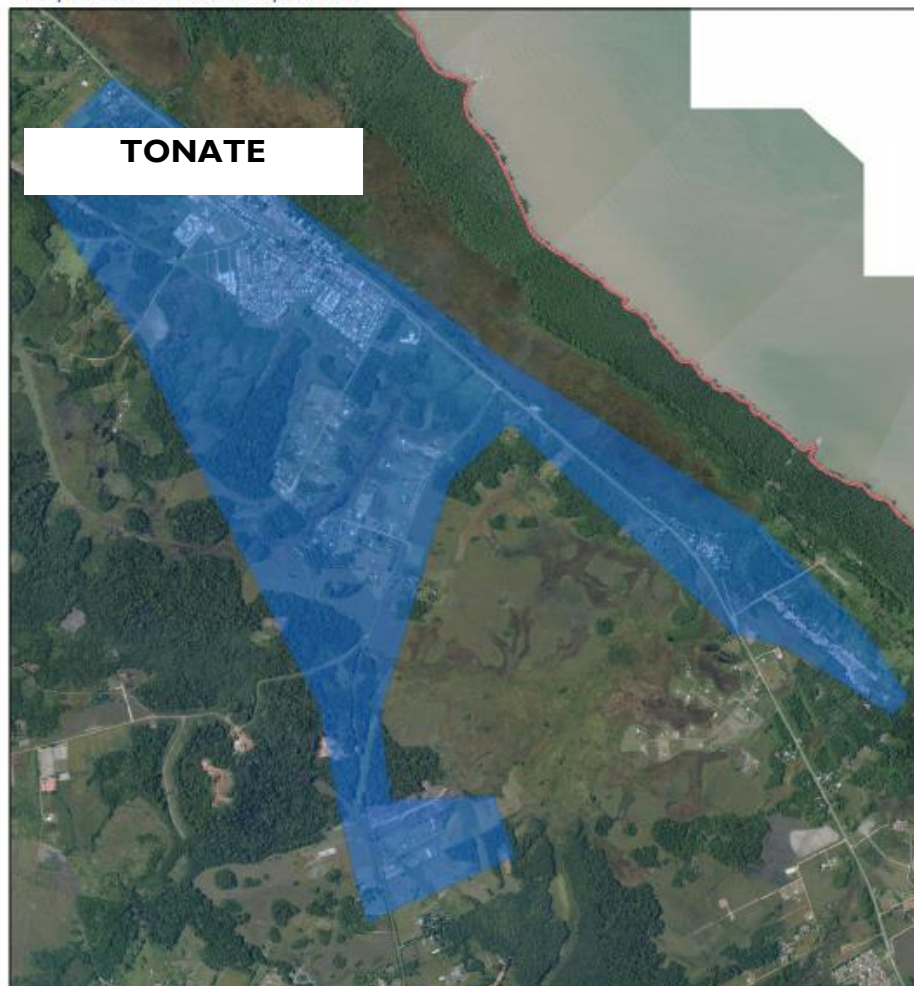
Patrice FAURE

Fabien LALEU

Gilles ADELSON

# ANNEXE I : PRESENTATION SYNTHETIQUE DES QUARTIERS PRIORITAIRES DE MACOURIA

Carte au 1/19 000 visée à l'article 1 du décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 rectifié par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015



Source : © IGN - Octobre 2014 - CGET

Le quartier prioritaire est délimité par un polygone de couleur bleu  
La limite communale est délimitée par un trait de couleur rouge

## QUARTIER DE TONATE

Ce quartier regroupe les villages amérindiens Norino, Kamuyeneh et Yapara.

A forte tendance pavillonnaire, il comporte également des immeubles d'habitats collectifs souvent dégradés.

Les habitants, principalement regroupés en famille nombreuses, ont des conditions de vie très précaires.

Vivant selon les coutumes traditionnelles, ils sont souvent en marge du reste de la population et de la ville. ; On y trouve aussi un certain nombre de personnes en errance.

### **Perspectives :**

Extension du dispositif  
Consultations Jeunes  
Consommateurs de Kourou ;

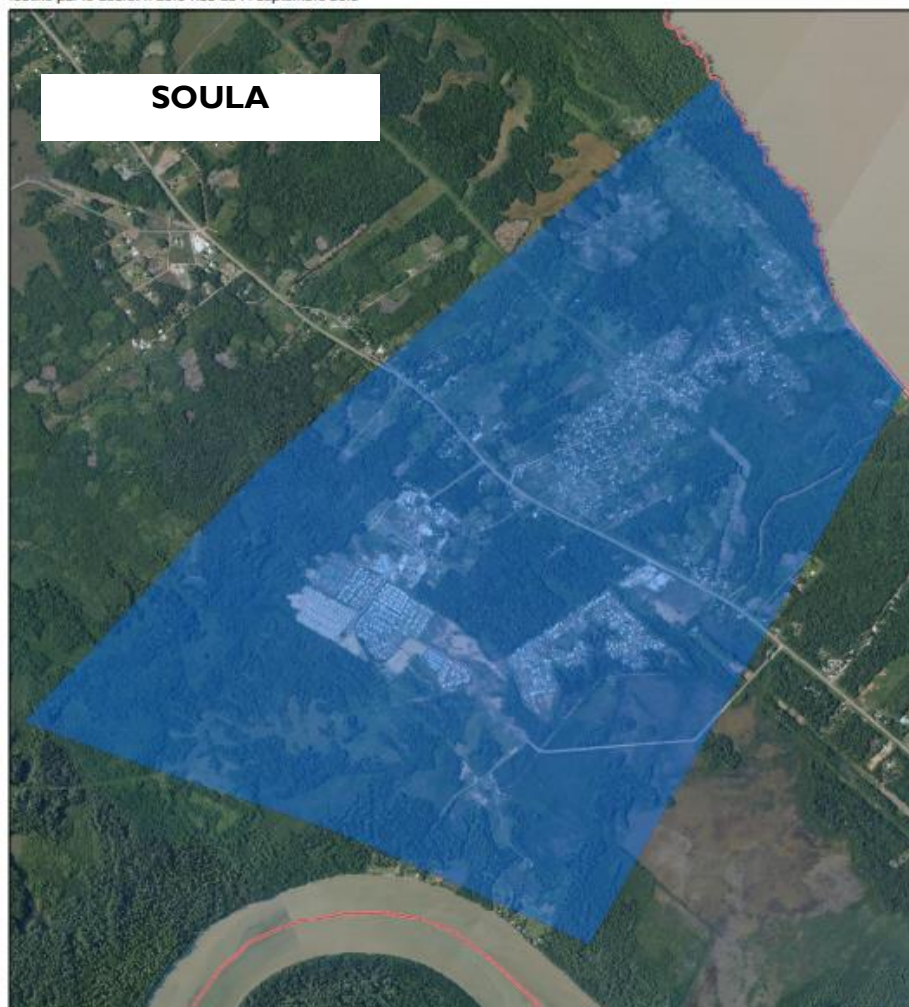
Déploiement du plan d'actions du contrat de ville.





# ANNEXES 2 - PLAN D'ACTION

Carte au 1/19 000 visée à l'article 1 du décret n° 2014-1751 du 30 décembre 2014 rectifié par le décret n°2015-1138 du 14 septembre 2015



Source : © IGN – Octobre 2014 - CGET

Le quartier prioritaire est délimité par un polygone de couleur bleu  
La limite communale est délimitée par un trait de couleur rouge

## QUARTIER DE SOULA EST

En termes d'organisation urbaine, le quartier se scinde en deux entités différentes. On distingue la ZAC de Soula, comprenant Soula 1 et Soula 2 et le secteur de Sablance.

Les habitants, dont la moyenne d'âge est de 25ans, y connaissent également des conditions socio-économiques difficiles mais aussi des problématiques en terme environnemental.

Soumis aux inondations, le quartier de Sablance est particulièrement touché du fait des formes d'habitats spontanées qui le composent.

De nombreuses personnes en situation irrégulière vivent au sein de ce quartier, particulièrement enclavé, ce qui pose notamment des problèmes en matière d'accès aux droits et aux soins.

### Perspectives :

Un important projet de développement est prévu à Soula (commerces, activités, logement dont logements aidés, entreprises...);

Extension du dispositif  
Consultations Jeunes  
Consommateurs de Kourou ;

Déploiement du plan d'actions du contrat de ville.



## Axe 1 – Faire vivre le CLS

L'animation territoriale et l'observation fondent une priorité transversale de la démarche de CLS, et ce à plusieurs titres :

- Après une phase d'élaboration de plusieurs mois, la phase de mise en œuvre doit s'appuyer sur une mission de coordination et d'animation.
- Pour prendre des décisions en matière de santé et établir des plans d'actions territorialisées, il est nécessaire de connaître plus finement l'état de santé de la population, son évolution et ses besoins.



## **I.1 Coordination du CLS, animation territoriale et Atelier Santé Ville (ASV)**

La mise en œuvre du CLS s'appuiera sur une mission de coordination et d'animation. Elle vise à conforter la dynamique partenariale mise en œuvre lors de l'élaboration du plan d'action. Les modalités de pilotage précisées à l'article 7 du présent contrat permettront un suivi et une évaluation des actions.

Ce contrat s'appuiera également sur le dispositif Ateliers Santé Ville. En effet, la refonte de la carte des quartiers prioritaires prévue par la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine a vu les quartiers de Soula Est et Tonate entrer en politique de la ville.

L'ASV sera créée en 2017 dans le cadre du volet santé du Contrat de ville 2015-2020 de Macouria et aura pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique.

### **Les mesures concrètes :**

1. Assurer la coordination générale et thématique du Contrat Local de Santé ;
2. Assurer la coordination de l'Atelier Santé Ville sur les quartiers de Soula Est et Tonate ;
3. Ouvrir un poste et recruter un/e chargé/e de mission santé.

### **Moyens mobilisés :**

Un poste à temps plein, catégorie A : 43000 euros/an

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de COPIL / an
- Nombre de comités techniques par an/axe stratégique
- Nombre de plénières/ASV/an
- Nombre de groupes de travail animés par l'ASV

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGET, CCAS de Macouria, Associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## **1.2 Affiner le diagnostic en privilégiant une démarche intégrant la spécificité du territoire (« Rurbanité »)**

Depuis la fin des années 1990, la ville de Macouria connaît une croissance exponentielle du nombre d'habitants qui s'explique notamment par l'arrivée massive de population nouvelle.

On dénombre aujourd'hui 4 grands pôles d'habitation à Macouria : le bourg de Tonate, cœur historique de la ville, et trois autres quartiers plus récents, Soula, Sablance et Maillard. A cela s'ajoutent plusieurs quartiers à dominante résidentielle tels Préfontaine ou encore La Marguerite et les trois villages amérindiens. Enfin, on note également la présence de quartiers plus agricoles comme La Carapa ou Matiti.

Macouria autrefois rurale connaît un véritable tournant et devient une ville nouvelle à part entière tout en conservant des secteurs ruraux. Dès lors, l'approche territoriale permettra également d'assurer une veille constante sur les territoires et bénéficier de données plus pertinentes et plus qualitatives. Par ailleurs, une démarche de veille et d'observation permanente reste fondamentale pour assurer le pilotage, le suivi et l'évaluation du contrat.

A l'issue du diagnostic, la finalisation des fiches actions pour chaque objectif sur la base des exemples indiqués en annexe 3 permettra de rendre opérationnel le CLS.

### **Les mesures concrètes :**

1. Organiser des diagnostics en marchant par secteurs en s'appuyant sur une ou plusieurs structures relais ;
2. Développer un outil type tableau de bord d'indicateurs de santé à suivre sur la durée du contrat.

### **Moyens mobilisés:**

L'estimation sera réalisée par le chargé de mission CLS.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre et résultat de diagnostic en marchant
- Création d'un tableau de bord

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGET, CCAS de Macouria, Associations...

### **Opérateurs :**

Association/s opérant dans le champ de la santé et familiale(s) des diagnostics en marchant.

## I.3 Communiquer autour du CLS

Mettre en exergue les actions du CLS, les valoriser, les diffuser, c'est permettre leur meilleure lisibilité pour les élus locaux, les professionnels et les habitants et de contribuer à leur pérennisation dans le temps.

L'enjeu de cette action est aussi de réfléchir à des outils de communication informatifs et participatifs. Il s'agit de reconnaître la population en tant qu'acteur du système de santé : les associer au recueil des besoins en termes de santé, disposer de leurs avis et de leurs contributions pour faire évoluer le contrat, les informer des grandes priorités de santé publique par le biais d'outils modernes.

### **Les mesures concrètes :**

1. Développer des outils visant à informer, consulter et/ou à recueillir l'avis de la population sur la santé ;
2. Relayer les grandes campagnes régionales de santé publique.

### **Moyens mobilisés :**

Conception des annonces, publications et recueils de 6000 à 10 000 euros/an

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre et nature des supports de communication pour informer les habitants
- Nombre et nature des supports de communication pour consulter les habitants
- Nombre et nature des campagnes de santé publique relayées activement
- Création d'une rubrique CLS sur le site internet de la Ville et de l'ARS

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

Liens systématiques avec le chargé de communication de l'ARS de Guyane.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGET, CCAS de Macouria, Associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## Axe 2 – accès aux droits :

### Accompagner les plus vulnérables

#### **Éléments de contexte :**

En 2014, selon les chiffres de l'INPES du Baromètre santé DOM, 79% des Guyanais avaient consulté un médecin généraliste au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour eux-mêmes. Il s'avère que les femmes consultent davantage que les hommes (85% contre 71%).

**Ces chiffres sont tous très inférieurs aux moyennes métropolitaines.**

En ce qui concerne le renoncement aux soins, les taux sont aussi supérieurs à ceux de la métropole :

- 19% pour les soins dentaires contre 17% en métropole ;
- 14% aux produits d'optiques contre 12% ;
- 12% à une consultation de médecin généraliste ou spécialiste contre 7,6%.

Les principales raisons de ces renoncements sont financières, liées à l'éloignement des cabinets ou encore aux délais trop longs pour obtenir un rendez-vous.

S'ajoute à cela le fait qu'un grand nombre de personnes renonce aux soins pour des difficultés de transports ; c'est principalement le cas des moins de 25 ans.

#### **Synthèse des ateliers :**

Les acteurs de terrain s'accordent pour dire que les moyens financiers constituent un frein important pour le recours aux soins. Hors, les prises en charges tardives peuvent avoir de graves conséquences sur la santé et réduire les chances de guérison des personnes concernées.

Il est fréquent que certains renoncent totalement aux soins, notamment à cause du reste à charge après soustraction de la part revenant à la sécurité sociale.

En parallèle, sur le territoire qui nous concerne, la part des personnes ignorant totalement leurs droits à la protection sociale (CMU-AME) est importante. Lorsqu'elles en ont connaissance, les démarches administratives s'avèrent parfois très complexes ; les formulaires pouvant être dissuasifs notamment pour les personnes en situation d'illettrisme ou d'analphabétisme. Ce constat est aggravé par le fait que la commune compte une part importante de personnes immigrées, parlant peu ou pas le français.

## 2.1 Développer une offre de soins de proximité pour faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention, de vaccination et de dépistage

Macouria souffre d'un déficit d'équipements sanitaires mais aussi de professionnels de santé. En termes d'équipements, sont implantés sur la commune : une maison pluridisciplinaire de santé, un service ambulancier et deux pharmacies.

Aucun médecin spécialiste n'est établi à Macouria. Les habitants se dirigent donc vers Cayenne et Kourou pour bénéficier de soins spécifiques.

Seuls sont présents : une sage-femme, cinq infirmiers, trois kinésithérapeutes et deux dentistes.

Au total on compte un médecin généraliste pour 4 820 habitants contre 1 pour 2 340 à l'échelle régionale.

### **Les mesures concrètes :**

1. Etudier la possibilité d'un redéploiement des actions de la Croix Rouge, en lien avec la PMI, sur l'ensemble des quartiers ;
2. Soutenir les projets de Maisons de Santé Pluridisciplinaires ;
3. Etudier l'opportunité à terme d'ouvrir un Centre de Santé.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces derniers. Des aides à l'installation de médecins généralistes et de Maison de Santé Pluriprofessionnelles seront mobilisables par l'ARS de Guyane.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de permanence de la Croix Rouge
- Nombre de projet de MSP
- Création d'un comité de pilotage « centre de santé »

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGSS, CHAR, CGET, CCAS de Macouria, Associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## 2.2 Faciliter l'accès aux droits

Les personnes vulnérables sont plus exposées que les autres catégories de population aux risques liés à la santé. L'absence ou l'insuffisance de couverture santé est un facteur primordial dans le renoncement aux soins notamment pour les actes peu ou pas pris en charge par le régime de sécurité sociale de base.

On entend par personnes vulnérables, toute personne qui à un moment de son parcours de vie se trouve en situation de fragilité, de transition ou de précarité plus ancrée, qui implique un accès complexe à ses droits : bénéficiaires des minima sociaux, jeunes, personnes en errance, population migrante...

Il est donc essentiel de renforcer et d'adapter les actions en direction des publics les plus fragiles, dans l'objectif toutefois d'accompagner ces publics vers les dispositifs de droit commun.

### **Les mesures concrètes :**

1. Interpeller la CGSS pour relancer les permanences d'accès aux droits à Macouria ;
2. Etablir des permanences de la MDPH pour l'aide au montage des dossiers au sein de la maison de quartier de Soula;
3. Etudier la possibilité d'un partenariat entre ADER et Médecins du Monde pour développer les actions en équipes mobiles sur les quartiers de Matiti et de Sablance qui constituent deux bases de repos pour les sites d'orpaillage situés à proximité ;
4. A plus long terme, étudier les possibles actions à déployer via le CCAS de la commune, le projet de maison de services publics, le pôle enfance-jeunesse et le futur centre social ;
5. Pour répondre aux besoins en termes d'accès aux droits (Sécurité Sociale ou Aide Médicale de l'Etat notamment) et d'accès aux soins, un dispositif de PASS mobile (Permanence d'Accès aux Soins de Santé mobile) peut apporter une réponse pour les personnes particulièrement éloignées du système de santé, qui donc ne se soignent pas ou plus. Appuyée par l'hôpital de Cayenne avec des financements dédiés autorisés par l'Agence Régionale de Santé de Guyane et mise en œuvre avec des promoteurs de terrain (Médecins du Monde ou la Croix Rouge par exemple), une PASS mobile peut être une solution dans les quartiers prioritaires de la commune, notamment à Soula et à Sablance.

### **Moyens mobilisés :**

Des financements pourront être mobilisés par l'ARS pour créer une PASS mobile en fonction de l'expression des besoins exprimés par les acteurs de terrain.

**Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de permanences de la CGSS
- Nombre de permanences de la MDPH
- Nombre et fréquence des équipes mobiles

**Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

**Partenaires associés:**

Etat, CGSS, CHAR, CGET, CCAS de Macouria, Associations MdM, ADER...

**Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## Axe 3 – Prévenir les conduites addictives et promouvoir la santé mentale

Les troubles addictifs regroupent : alcoolisme, toxicomanies, tabagisme et addictions comportementales (ex : jeu, internet). Les substances psychoactives à risque de dépendance (alcool, tabac, drogues, etc.), agissent sur le circuit de récompense du cerveau. Ce circuit est impliqué dans le plaisir lié à des comportements, notamment de nutrition et de reproduction de l'espèce. Les substances psychoactives sollicitent anormalement ce circuit naturel et entraînent la possibilité de son déséquilibre permanent altérant la santé mentale.

Celle-ci revêt deux dimensions : la détresse psychologique et les troubles psychiatriques. C'est un enjeu important de santé, la prévalence de ces troubles étant en augmentation. La prise en charge et l'accompagnement des personnes touchées par ces problématiques sont complexes. Les acteurs de première ligne du territoire ont exprimé un besoin de soutien et de coordination dans l'accompagnement des populations en souffrance psychosociale.



## 3.1 Développer les actions de prévention et de sensibilisation des conduites addictives

La Guyane a participé durant trois ans à l'étude TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) mise en place en 2000 par l'Observatoire National des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). Dans le dernier rapport datant de 2004, on y recense principalement une consommation d'alcool, d'herbe de cannabis, de cocaïne et de crack, souvent associés en poly consommations et touchant l'ensemble des communautés et des couches sociales.

Si l'alcool et l'herbe de cannabis sont banalisés, le crack, qui s'est implanté plus récemment, connaît une forte croissance dans les consommations. Puissant facteur d'exclusion, il concerne principalement les groupes d'usagers marginalisés mais on observe une consommation en hausse chez les jeunes en errance comme chez les jeunes scolarisés.

Une consommation traditionnelle persiste sur le territoire. C'est le cas de la consommation d'opium chez les populations d'origine asiatique et de plantes hallucinogènes chez les communautés amérindiennes.

### **Les mesures concrètes :**

1. Sensibiliser les commerçants de proximité concernant l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs ;
2. Consolider, soutenir et mesurer le potentiel de développement des Consultations Jeunes Consommateurs, du bar à jus du Lycée de Matiti et de la Permanence de Proximité (CSAPA-AKATIJ) ;
3. Etudier le possible développement des tours de rue de l'AKATIJ (addictions et médiation sociale) au sein des villages amérindiens.

### **Moyens mobilisés :**

Action à inscrire dans l'enveloppe financière globale du CLS.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de contrôle de commerçants de proximité
- Nombre de consultations des CJC

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGSS, CHAR, CGET, AKATIJ, Rectorat, Lycée Agricole, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## 3.2 Prendre en compte les questions de santé mentale / mal-être sur le territoire (repérage, prévention, orientation...)

L'élaboration du Contrat Local de Santé a été l'occasion de réaffirmer la nécessité de réinstaller un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM). Plusieurs partenaires soulignent l'importance de donner un espace d'identification des problématiques de santé mentale, de concertation et de réflexion sur les solutions à mettre en œuvre (information, coordination, prévention des situations de crise...).

Différentes problématiques pourraient y être abordées : la question du transport des malades psychiatriques, du logement pour les personnes atteintes de maladie psychiatrique, les limites du rattachement du secteur de la psychiatrie à deux centres hospitaliers différents...

Rappelons que les CLSM ne sont pas des instances obligatoires et hiérarchiques. Toutefois le Haut conseil de la santé publique en octobre 2011 préconisait de mieux intégrer la psychiatrie et la santé mentale dans la cité (principe n°4) *«les CLSM ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux (professionnels, institutions, élus, usagers). Leur développement doit être soutenu».*

### **Les mesures concrètes :**

1. Recenser les acteurs en santé mentale
2. Contribuer à l'élaboration d'un document de cadrage pour l'installation du CLSM, CACL

### **Moyens mobilisés :**

Action à inscrire dans l'enveloppe financière globale du CLS.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre d'acteurs en santé mentale recensé
- Réalisation du document de cadrage

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGSS, CHAR, CGET, AKATIJ, Rectorat, Lycée Agricole, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane, CHAR.

## Axe 4 – Santé sexuelle et affective

La santé sexuelle emporte, en droit, des éléments conceptuels-clés : elle ne signifie pas seulement l'absence de maladie, mais aussi le respect et l'absence de violence, et le lien avec les droits humains.

Le concept de santé sexuelle reste pertinent tout au long de la vie. Il intègre la notion de diversité sexuelle.

La santé sexuelle est par ailleurs influencée par les questions de genre et par les manifestations du pouvoir : elle s'appréhende ainsi dans son contexte socio-économique et politique, toute réflexion restant subordonnée au respect des droits individuels humains.

Même si les débats peuvent être vifs, les éléments qui viennent d'être énumérés demeurent la position 10èmes Journées de la prévention et de la santé publique – Santé sexuelle : concept, ressources et retours d'expériences 3 officielle de l'OMS.

Ce cadre d'analyse de la santé sexuelle intègre donc les droits humains, et des dimensions mentales, émotionnelles, sociales et physiques. Le respect des droits humains est ainsi la condition d'une bonne santé sexuelle.

## 5.1 Développer la prévention et le dépistage VIH et autres IST

En Guyane, la prévalence du VIH dépasse 1% et la transmission est avant tout hétérosexuelle. Les Départements Français d'Amérique constituent depuis 2001 des territoires prioritaires dans la lutte contre l'infection au VIH/Sida en France.

Les personnes sont souvent dépistées tardivement après l'infection (en moyenne 3-4 ans). L'accent est mis sur la prévention du VIH et des autres risques liés à la vie sexuelle et reproductive (IST, grossesses précoces), le dépistage du VIH, la lutte contre l'homophobie, et l'accès aux soins des personnes vivant avec le VIH (PvVIH).

### **Les mesures concrètes :**

Un groupe de travail spécifique proposera des mesures concrètes.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces dernières.

### **Les indicateurs de suivi :**

Un groupe de travail spécifique définira les indicateurs de suivi.

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CGSS, CHAR, CGET, CCAS de Macouria, Associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## Axe 5 : promouvoir la santé environnementale et améliorer durablement le cadre de vie des habitants

Sur la commune de Macouria, 70% de la population est raccordée au réseau public d'adduction en eau potable (AEP) contre 89% sur la totalité de la communauté d'agglomération du centre littoral. 25% des habitants de la commune n'ont pas d'accès à l'eau (pas de point de distribution publique à moins de 1 km du logement), ce chiffre n'étant que de 8% pour l'ensemble de la CACL.

Les taux modestes de raccordement au réseau public AEP (et donc à l'assainissement) sont à associer bien sûr à des risques sanitaires élevés en matière d'épidémies de maladies entériques. L'impossibilité pour les personnes non raccordées à l'eau de couvrir leurs besoins primaires en hygiène personnelle et domestique favorise de nombreuses maladies à potentiel épidémique. Par ailleurs, les dernières épidémies d'arboviroses dans la région ont montré que le non raccordement au réseau AEP jouait un rôle important dans le développement des épidémies de maladies vectorielles.

Ces taux de raccordement pour Macouria reflètent une forte proportion d'habitats spontanés de la commune périphérique de l'île de Cayenne, et le caractère rural d'une partie de son territoire à vocation agricole, comme Matiti.

Le plan Eau DOM Guyane doit amener la signature d'un contrat de progrès entre la CACL et l'Etat. Il n'empêche que la commune doit pouvoir comprendre son territoire et conserver une action favorisant la santé de ses résidents, en facilitant l'accès à l'eau.

Si l'accès à l'eau potable reste l'une des principales conditions de réduction des risques en santé environnement, les réunions de préparation du CLS ont aussi identifié la question des déchets comme un axe majeur d'action. En effet, un cadre de vie pollué de déchets amène des risques sanitaires divers : maladies vectorielles, exposition à divers pathogènes et contaminants chimiques de l'environnement, dégradation de la qualité de vie.

Une collecte insuffisante des déchets est d'ailleurs souvent associée au brûlage de déchets qui expose la population à des polluants par voie respiratoire, point identifié dans le diagnostic préalable au CLS pour le quartier de Matiti.

Les véhicules hors d'usage et autres encombrants métalliques participent à augmenter la prévalence de maladies tels que le saturnisme en donnant par exemple la possibilité à des enfants de se procurer facilement sur leur terrain des jeux des pièces métalliques riches en plomb. Si la collecte des déchets est transférée à la CACL, la commune conserve bien une responsabilité en matière de la salubrité publique. Il n'est donc pas inopportun de conserver des objectifs en matière dans le CLS.

## 5.1 Promouvoir le développement d'initiatives à assise communautaire avec une stratégie d'amélioration du cadre de vie et de prévention des risques sanitaires

L'appropriation par les communautés et leur émancipation autour des questions d'amélioration de l'hygiène et de la santé, en passant par le cadre de vie est un gage de réussite pour la prévention des maladies en santé environnementale. En effet, l'intérêt des individus pour les questions de santé fait partie des principaux facteurs qui influencent le plus la santé, et pour lesquels les stratégies à assise communautaire sont tout à fait appropriées.

Ces stratégies à assise communautaire sont aussi adaptées aux situations juridiques complexes, comme celles liées au caractère informel de l'habitat à Sablance ou Matiti.

Il convient toutefois de ne pas oublier que les conditions sanitaires des quartiers d'habitat spontané tels que Sablance ne peuvent être améliorés à terme que par une RHI globale, amenant les réseaux AEP et l'assainissement.

L'action envisagée ici consiste à favoriser les initiatives locales des membres des communautés en mobilisant des ressources financières apportées par le CLS, pour qu'ils instaurent un environnement sain et travaillent à l'adoption de comportements sains. Il est possible de s'appuyer sur des structures associatives informelles déjà existantes ou d'en favoriser le développement.

Outre des mesures matérielles limitées en matière d'eau, de déchets et d'assainissement, il s'agira de développer dans les quartiers des compétences de médiateurs en mesure d'organiser des séances de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale. Des postes de volontaires civiques résidents des quartiers prioritaires sont aussi à envisager.

### **Les mesures concrètes :**

1. Développer la connaissance de la santé dans les quartiers prioritaires par l'organisation de séances publiques d'information sur les facteurs influençant la santé et les moyens d'y remédier, et sur les ressources mobilisables dans le cadre du CLS par des associations de quartier.  
Ces séances incluront notamment une promotion de l'hygiène personnelle, domestique et communautaire, les maladies orofécales, les déchets, l'eau, les maladies vectorielles. Un prestataire privé, recruté par la commune, est tout à fait approprié pour organiser ces séances de formation et d'information ;
2. Identifier des comités communautaires ou des associations de quartier et les accompagner dans le développement de programmes d'hygiène en santé communautaire.  
La réalisation de ces programmes pourra solliciter des fonds du CLS.  
A titre d'exemple d'actions pouvant être portées par la communauté : achat de cadre moustiquaires pour couvrir les réserves d'eau, mise à disposition de poubelles aux particuliers, achat de contenant alimentaire pour l'eau potable, accès à l'eau, « mayouris », etc.

### **Moyens mobilisés :**

50 000 € pour la formation

25 000 € pour l'accompagnement d'associations et conseils communautaires

+ 125 000 € fonds mobilisables pour la réalisation de programmes ou d'actions

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de séances d'information
- Nombre d'associations accompagnés
- Nombres d'actions financées

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CACL, ARS, associations de quartier, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria,

- organisme privé de formation par appel d'offre

- Volontaires civiques

- associations

## 5.2 Améliorer la gestion et le traitement des déchets

**NB : les mesures 5.2 et 5.3 peuvent être dans un premier temps développées indépendamment de la mesure 5.1, puis y être éventuellement intégrées.**

### **Les mesures concrètes :**

1. Développer des actions pérennes de sensibilisation/prévention au tri sélectif, en lien avec la CACL ;
2. Faciliter l'accès des habitants à des points de collecte de déchets notamment dans des zones où le ramassage des déchets ne s'effectue pas ;
3. Réaliser des mayouris/aménagement dans des quartiers prioritaires ;
4. Sensibiliser les habitants à la gestion des déchets et aux risques sanitaires et environnementaux qu'ils engendrent, notamment concernant la présence de déchets aux abords des points d'eau potable.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces derniers.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre d'actions de sensibilisation/prévention au tri
- Nombre de mayouris/aménagement réalisés
- Nombre d'actions de sensibilisation réalisées

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CACL, associations de quartier, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane, CACL.



## 5.3 Promouvoir les mesures individuelles de lutte intra et péri domiciliaires contre la prolifération des moustiques

La Guyane est une région où les maladies vectorielles transmises par les moustiques constituent une menace pour la santé publique.

Ainsi, lors des cinq dernières années, trois épidémies d'arboviroses se sont succédées : la dengue en 2012-2013, le chikungunya en 2014-2015 et le zika en 2015-2016. Plus de 10000 cas cliniquement évocateurs ont été répertoriés lors de chacune de ces épidémies.

Les moustiques vecteurs de ces maladies, les *Aedes aegypti*, se développent dans de l'eau claire, la plupart du temps de l'eau de pluie stagnante.

La Guyane est également le théâtre de la transmission de paludisme par le moustique anophele.

Une forte diminution de l'incidence est observée ces dix dernières années, avec 4500 cas en 2005 et 380 cas recensé de janvier à octobre 2017.

L'anophele est caractérisé par un développement sur des étendues d'eau assez importante.

D'autres virus circulent en Guyane notamment le virus Tonate et le virus Mayaro.

De par sa position géographique particulière, Macouria est un lieu de transmission des maladies vectorielles transmises par *A aegypti* et Anopheles.

### **Les mesures concrètes :**

1. Développer des actions pérennes de sensibilisation/prévention aux maladies vectorielles, notamment dans des quartiers fréquemment touchés par ces maladies ;
2. Inciter les habitants à l'achat de réservoirs d'eau couverts ou au moins à la couverture des différentes réserves d'eau ;
3. Développer les actions de proximité pour la recherche et la destruction des gîtes larvaires.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces derniers.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre d'actions mises en place dans les quartiers prioritaires
- Nombre de réservoirs d'eau achetés / nombre de réservoirs couverts
- Nombre d'actions de proximité effectués

**Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

**Partenaires associés:**

Etat, associations de quartier, autres associations...

**Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane, CTG.

## Axe 6 – Favoriser une alimentation équilibrée et la pratique d'activités physiques et sportives adaptées à tous dans le but de prévenir et réduire les maladies métaboliques

La Guyane est touchée par une prévalence du surpoids et de l'obésité importante, tant chez l'enfant que chez l'adulte.

L'enquête PODIUM a montré que seuls 52% des personnes de plus de 15 ans, ne sont pas en surpoids en Guyane. Pour les enfants de 7 à 10 ans, cette prévalence serait autour de 19% (enquête Nutriel).

Or, nous connaissons aujourd'hui les conséquences du surpoids et de l'obésité sur la santé, notamment par le développement de pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, les atteintes articulaires ainsi que certains cancers.

L'obésité étant une maladie multifactorielle, la prise en compte d'un seul déterminant est vaine. Les actions doivent être multifocales et multisectorielles avec intégration des objectifs de lutte contre l'obésité dans la politique de la ville, la politique des transports, l'accessibilité aux équipements sportif en milieu scolaire, universitaire et urbain.

L'obésité est une source d'inégalité sociale de santé; à ce titre, il convient de prendre en compte les situations de vulnérabilité dans le choix et la mise en oeuvre des actions de prévention.

L'accès à l'eau potable difficile, voire inexistant dans certains logements peut entraîner une forme d'intérêt pour les enfants et les familles pour des conditionnements qui rassurent sur le plan hygiénique, profitant ainsi à l'industrie des boissons sucrées. L'appétence aux boissons sucrées hypercaloriques, s'installe très rapidement, d'autant qu'elle est entretenue dans le cadre familial.

## 6.1 Favoriser une alimentation équilibrée pour tous et une bonne hygiène alimentaire

La Guyane est une terre de multilinguisme, et de multi-cultures.

La commune de Macouria, en pleine mutation avec une forte part de personnes immigrées, parlant peu ou pas le français, et parfois en situation d'illettrisme ou d'analphabétisme.

Ces personnes désireuses d'apprendre le français, fréquentent certains dispositifs d'apprentissage de la langue. Ainsi la mise en place de modules spécifiques sur cette thématique lors d'atelier d'alphabétisation en français via des ateliers de cuisine permettrait une intégration linguistique, économique et de prévention sanitaire.

Par ailleurs, les enfants et adolescents, ne consomment pas assez de fruits. Lancé en 2008, par la France, le programme « un fruit à la récré » financé depuis 2009 par l'Union Européenne, permet d'organiser dans les communes participantes des distributions de fruits aux élèves du primaire et du secondaire, afin de lutter contre l'injustice alimentaire, et pour leur redonner le goût de manger mieux.

Depuis la rentrée 2010, tous les établissements scolaires, ou les classes volontaires, du primaire et du secondaire peuvent rejoindre le programme « Un fruit pour la récré ».

### **Les mesures concrètes :**

1. Mettre en place des ateliers d'alphabétisation et d'économie sociale et familiale avec les populations en migration, pouvant être bénéficiaires de l'aide alimentaire ;
2. Inciter les établissements scolaires de la commune à rentrer dans le dispositif « un fruit à la récré » ;
3. Accompagner et financer la création de jardins sociaux.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces derniers.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre d'ateliers mis en œuvre
- Nombre de personnes ayant acquis des compétences en français
- Nombre de jardins créés

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CACL, DAAF, Rectorat, Lycée Agricole, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## **6.2 Promouvoir et rendre accessible à tous la pratique d'activités physiques et sportives et lutter contre la sédentarité (notamment des filles, des personnes en situation de handicap et/ou âgées)**

La Guyane possède peu d'infrastructures sportives immédiatement accessibles à la population, permettant l'activité physique au quotidien.

Elle bénéficie encore insuffisamment de structures ouvertes tels que les parcours santé, les pédobus, trottoirs ou pistes cyclables sécurisés permettant d'intégrer l'activité physique dans la ville et dans la vie quotidienne.

Ces dispositifs ne peuvent être mis en place qu'avec la forte mobilisation des communes.

Au vu des équipements sportifs et de loisirs dont dispose la commune de Macouria, une dynamique et une meilleure connaissance de ces infrastructures sont à développer.

### **Les mesures concrètes :**

1. Mettre en place des programmes d'intervention autour de l'activité physique dans les établissements scolaires ;
2. Mettre en place des moyens de communication sur l'offre d'infrastructures disponibles et les moyens d'affiliation à ces structures ;
3. Créer un dispositif d'activité physique adapté aux personnes fragiles.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces derniers.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre d'interventions dans les établissements
- Nombre de nouveaux affiliés
- Nombre de personnes fragiles pratiquant une activité physique régulière

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, DRJSCS, UNSS, Rectorat, Lycée Agricole, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## 6.3 Permettre un dépistage des personnes souffrant de maladies métaboliques

Le diabète en Guyane représenterait 6 % de la population des plus de 15 ans, soit autour de 8 000 patients.

Dans le même temps, le surpoids et l'obésité concernent 42% de la population de plus de 15 ans (60 000 personnes) et 19% des enfants de moins de 10 ans (soit 10 000 enfants).

Ces troubles sont à l'origine d'un éventail de pathologies, dont le diabète (6% de la population), l'hypertension artérielle (18% de la population soit 26 000 personnes), l'AVC (24/100 000 habitants, la prévalence la plus forte de France), l'insuffisance rénale chronique (prévalence 87/100 000) dont 40% est d'origine hypertensive, des cancers, les troubles locomoteurs et articulaires liés à la surcharge pondérale, etc.

Il apparaît primordial de pouvoir dépister les personnes atteintes de ces pathologies afin de leur proposer une prise en charge adaptée par la suite.

### **Les mesures concrètes :**

1. Mettre en place des dépistages itinérants au niveau des quartiers prioritaires (Croix Rouge, DiabSat) ;
2. Pratiquer un dépistage précoce dans les établissements scolaires lors des visites obligatoires (mesure de l'IMC, périmètre abdominale) ;
3. Promouvoir les bilans de santé.

### **Moyens mobilisés :**

Un groupe de travail spécifique analysera les projets proposés et estimera les coûts de ces derniers.

### **Les indicateurs de suivi :**

- Nombre de journées de dépistage mises en place
- Nombre de nouveaux cas
- Nombre d'enfants dont l'IMC a été calculé et renseigné

### **Pilote :**

Coordination du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville sous la responsabilité fonctionnelle du Directeur de la Stratégie et du Développement Local, Ville de Macouria.

### **Partenaires associés:**

Etat, CHAR, Croix Rouge, Rectorat, Lycée Agricole, autres associations...

### **Opérateurs :**

Ville de Macouria, ARS Guyane.

## ANNEXES 3 – EXEMPLE DE FICHES ACTION

<b>Thématique</b>	<b>ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS</b>	
<b>Axe</b>	<b>Accès aux droits et à la prévention</b>	
<b>FICHE I</b>	<b>Renforcement des dispositifs de prévention et d'information sur les droits à la couverture maladie</b>	
<b>Eléments diagnostics du Contrat Local de Santé</b>	<p>L'offre de soins et de prévention est globalement méconnue, en particulier chez les personnes en situation de précarité. Ce manque de connaissance doit être rapproché de l'insuffisance de liens entre les domaines sanitaire, social et médico-social.</p> <p>Cette méconnaissance représente un obstacle à l'accès aux soins et à la prévention. Il en résulte également des problèmes d'articulation dans l'organisation des soins (établissements de soins de suite – sorties d'hôpital – maintien à domicile).</p> <p>Le CLS mettra en œuvre plusieurs programmes de prévention :</p> <p>Sur le plan bucco-dentaire, une action M'T Dents sera organisée autour de séances de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire généralisées à l'ensemble des classes de CP de Macouria.</p> <p>La population en difficulté avec le français ou la lecture est importante sur le territoire de la Ville. Il en résulte que l'atteinte des objectifs est limitée par l'incompréhension des courriers d'invitation à la consultation dentaire.</p> <p>L'offre de services est insatisfaisante en quantité et qualité et des difficultés d'articulation demeurent entre les différents acteurs.</p> <p>Sur le plan de la prévention du cancer du sein, trop peu de Macouriennes de 50 à 74 ans se font dépister : moins d'une femme sur deux le fait.</p> <p>Le pourcentage national de dépistage est de 21.6% pour les femmes bénéficiant de la CMU-C.</p>	
	<b>Eléments facilitateurs</b>	<b>Eléments préalables / freins</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Susciter l'adhésion de l'Education Nationale sur la thématique bucco-dentaire.</li> <li>• Tissu associatif</li> <li>• Personnels de santé locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de supports d'information, de relais ; manque de temps pour certains professionnels ;</li> <li>• Difficultés de compréhension des documents adressés aux parents d'enfants bénéficiant du programme M'T Dents et aux femmes de 50-74 ans bénéficiant du programme de dépistage du cancer du sein ;</li> <li>• Freins culturels et linguistiques ;</li> <li>• Difficultés pour la prise de rendez-vous et le respect des dates ;</li> <li>• Isolement des femmes bénéficiant de la CMU-C ;</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<b>Général</b>	
	<b>Améliorer l'accès aux soins et à la prévention de la population macourienne, en particulier des personnes en situation de précarité.</b>	
	<b>Spécifiques</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les dispositifs de prévention dans le domaine de la santé bucco-dentaire ;</li> <li>• Renforcer les dispositifs de prévention du cancer du sein en particulier auprès des femmes</li> </ul>	

	bénéficiaires de la CMU-C ; <ul style="list-style-type: none"> <li>Développer l'information sur les droits et les aides à la couverture maladie, auprès des populations macouriennes en situation de précarité.</li> </ul>	
	<b>Opérationnels</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer le dispositif M'T Dents et améliorer le suivi des invitations à consulter un chirurgien-dentiste auprès des enfants de 6 ans ;</li> <li>Améliorer la participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes bénéficiaires de la CMU-C ;</li> <li>Renforcer la connaissance des professionnels de santé, associations et structures en lien avec les personnes en situation de précarité, en matière de droits, prestations et aides légales ou facultatives.</li> </ul>	
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les acteurs des domaines sanitaire, social et médico-social en relation avec le public cible qui proposent des prestations ou des aides ;</li> <li>Recueillir les données (prestations, aides légales et extralégales) via une fiche « squelette » ;</li> <li>Réaliser et diffuser un guide local des aides et prestations, à destination des professionnels, associations, structures relais ;</li> <li>Poursuite de l'organisation de séances de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire et remise d'un kit d'hygiène bucco-dentaire à chaque enfant ;</li> <li>Suivi de la cohorte jusqu'aux soins ;</li> <li>Sensibilisation des chirurgiens-dentistes, enseignants et parents d'élèves : réunions collectives, rencontres individuelles, opérations de communication (SMS, appels sortants) ;</li> <li>Identification des lieux de regroupement et des relais avec les femmes bénéficiaires de la CMU-C</li> <li>Rencontre avec les acteurs de proximité et relais d'information ;</li> <li>Sensibilisation du public cible, en particulier lors de la campagne annuelle Octobre Rose.</li> </ul>	
	<b>Pilotes de l'action</b>	<b>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Guyane</li> <li>CGSS</li> <li>ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordre des dentistes – Commission Paritaire Locale dentistes</li> <li>Professionnels de santé, notamment les libéraux</li> <li>Education Nationale</li> <li>Centres sociaux, associations</li> <li>Ville de Macouria – Atelier Santé Ville – CCAS</li> <li>Mutualité Sociale Agricole</li> <li>Régime Social des Indépendants</li> <li>Maison Départementale des Personnes Handicapées</li> <li>CTG</li> <li>MGEN</li> <li>Programme de Réussite Educative</li> </ul>
	<b>Public visé</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels et bénévoles des domaines sanitaire, social et médico-social ;</li> <li>Assurés en situation de précarité ;</li> <li>Les enfants de 6 ans éloignés des soins dentaires ;</li> <li>Les femmes de 50-74 ans bénéficiaires de la CMU-C.</li> </ul>	
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>2018</u> : collecte des données / état des lieux concernant les prestations et aides légales et extralégales, identification des lieux et relais d'information auprès des femmes bénéficiaires de la CMU-C, préparation du renforcement du dépistage bucco-dentaire ;</li> <li><u>Septembre 2018</u> : lancement de la campagne de dépistage bucco-dentaire et suivi des invitations à la consultation ;</li> <li><u>Octobre 2018</u> : manifestations liées à la campagne Octobre Rose ;</li> <li><u>2019</u> : réalisation du guide.</li> </ul>	



<b>Modalités de suivi</b>	<b>Indicateur(s) de processus</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de dentistes mobilisés ;</li> <li>• Nombre de rencontres sur l'hygiène bucco-dentaire ;</li> <li>• Nombre de guides diffusés.</li> </ul>	
	<b>Indicateur(s) de résultats</b>	
<b>Financements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de recours spontané et après relance à l'examen bucco-dentaire ;</li> <li>• Taux de recours aux soins bucco-dentaires de suite ;</li> <li>• Taux de participation au dépistage (cible 31/12/2018 : 30%) ;</li> <li>• Satisfaction des professionnels et relais d'information par rapport au guide d'information.</li> </ul>	
	<b>Budget prévisionnel</b>	10€ par enfant
	<b>Financements mobilisables</b>	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

<b>Thématique</b>	<b>ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS</b>
-------------------	---

<b>Axe</b>	<b>Santé bucco-dentaire</b>
------------	-----------------------------

<b>FICHE 2</b>	<b>Création d'une PASS dentaire</b>
----------------	-------------------------------------

<b>Eléments diagnostics du Contrat Local de Santé</b>	<p>La santé bucco-dentaire ressort comme une problématique particulièrement prégnante sur le plan de l'accès aux soins, pour les personnes en précarité (personnes sans droit, bénéficiaires de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C), L'aide médicale de l'État (AME), etc. ...)</p> <p>L'obstacle financier, en premier lieu, se double d'une offre parfois insuffisante. L'orientation des bénéficiaires de la CMU vers le secteur libéral reste problématique.</p> <p>Le problème d'accès à ces soins est majoré par les délais de traitement des demandes d'ouvertures de droits notamment par des mutuelles étudiantes, et les délais d'attribution de la CMU-C et l'AME.</p> <p>La couverture sociale de certaines personnes ne leur permet pas de faire appel à un cabinet libéral d'odontologistes (actuellement, le CCAS propose des aides financières directes ciblées en direction des personnes ayant droit à des aides financières et sociales minimales). Pour une majorité d'entre eux, cela concerne des cas de soins dentaires en urgence.</p>	
	<b>Eléments facilitateurs</b>	<b>Eléments préalables / freins</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de relais des dentistes libéraux pour la prise en charge des patients précaires.</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<b>Général</b>	
	<b>Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité</b>	
	<b>Spécifiques</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité par la création d'une PASS dentaire puis l'insertion dans le parcours de soins de droit commun.</li> </ul>	
	<b>Opérationnels</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser l'accès à des soins bucco-dentaires au sein d'une PASS dentaire ;</li> <li>• Promouvoir une réduction des délais de carence de l'assurance maladie et des partenaires mutualistes ;</li> <li>• Ouvrir les droits et dispenser les soins dentaires urgents via la PASS ;</li> <li>• Réorienter le public vers les professionnels libéraux.</li> </ul>	
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'une convention entre la PASS et les partenaires libéraux ;</li> <li>• Délivrance de soins bucco-dentaires au sein d'une maison pluridisciplinaire de santé ;</li> <li>• Accompagnement social des bénéficiaires des soins dans les démarches d'ouverture de droits à la couverture maladie ;</li> <li>• Après ouverture des droits, relais assuré par les partenaires libéraux et les centres de santé. Pour éviter des ruptures de parcours, la PASS pourra envisager la possibilité de consultations complémentaires après l'ouverture des droits ;</li> <li>• Présentation de la structure aux acteurs en contact avec la population ciblée par la PASS (éducateurs, assistants sociaux, infirmiers...) ;</li> <li>• Rencontres avec les acteurs mutualistes et l'assurance-maladie sur la problématique des délais d'ouverture de droits.</li> </ul>	

	<b>Pilotes de l'action</b>	<b>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgiens-dentistes</li> <li>- Professionnels libéraux (médecins, infirmières...)</li> <li>- Professionnels du secteur social (les centres de santé, CCAS, CTG)</li> <li>- CPAM</li> <li>- Mutuelles dont mutuelles étudiantes</li> </ul> <p><u>Relais vers le public cible :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Associations partenaires de la PASS</li> <li>- Université / Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS)</li> <li>- Les centres sociaux</li> </ul>
	<b>Public visé</b>	
	Population précaire nécessitant des soins bucco-dentaires	
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>2018</u> : dépôt à l'ARS du projet de PASS dentaire</li> <li>• <u>Date d'ouverture</u> : en fonction de la date d'allocation des moyens correspondant</li> </ul>	
<b>Modalités de suivi</b>	<b>Indicateur(s) de processus</b>	
	Nombre de dentistes libéraux mobilisés / sollicités	
	<b>Indicateur(s) de résultats</b>	
	Nombre de personnes ayant bénéficié de soins bucco-dentaires au sein de la PASS Nombre d'actes réalisés Nombre d'orientation vers le secteur libéral	
<b>Financements</b>	<b>Budget prévisionnel</b>	Moyen humain : vacation de praticien Moyens matériels : fourniture de consommables stériles, y compris la fourniture de prothèses provisoires
	<b>Financements mobilisables</b>	Demande de financement spécifique

<b>Thématique</b>	<b>ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS</b>
-------------------	---

<b>Axe</b>	<b>Dispositifs et structures pour l'accès aux soins</b>
------------	---

<b>FICHE 3</b>	<b>Accompagnement des usagers vers les acteurs de santé</b>
----------------	---

<b>Eléments diagnostics du Contrat Local de Santé</b>	<p>Les actions d'information et de sensibilisation autour de la santé et du bien-être sont nombreuses, en particulier en direction du public adulte (groupes de parole, tables d'hôtes, projets santé du centre social...).</p> <p>En revanche, la question de l'accompagnement physique des publics dans leurs démarches de santé apparaît comme un besoin, exprimé par de nombreux acteurs locaux. Dans le cadre de leurs missions, ou faute de personnes relais, les acteurs (assistantes sociales, professionnels des centres sociaux...) sont parfois amenés à accompagner les personnes vers le soin (prise de rendez-vous, accompagnement au rendez-vous).</p> <p>Cet accompagnement est un véritable besoin pour les personnes les plus vulnérables (précarité, addictions, troubles psychiques, faibles revenus...), souvent éloignées de la prévention et du soin, du fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ de leurs représentations (peur du soignant, peur d'une maladie éventuelle...)</li> <li>➤ de ressources financières fragiles (soins = reste à charge)</li> <li>➤ du refus de prendre conscience d'une mauvaise santé (déni)</li> </ul> <p>La diversité des acteurs de la santé, le manque de proximité de certains d'entre eux, les délais de prise de rendez-vous... sont autant d'obstacles supplémentaires pour ces populations.</p> <p>Pour le public jeune :</p> <p>Les enfants scolarisés (jusqu'en CM2) feront l'objet d'un suivi par un ensemble d'acteurs (Education Nationale, PMI, Programme de Réussite Educative (PRE)...), et leur parcours de santé sera, autant que faire se peut, coordonné.</p> <p>En revanche, les jeunes entre 12 et 25 ans environ sont, selon un constat partagé, très difficiles à sensibiliser.</p> <p>D'après le bilan PRE : l'accompagnement produit de l'accès aux soins pour enfants et familles ainsi que du suivi.</p>	
	<b>Eléments facilitateurs</b>	<b>Eléments préalables / freins</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs légitimes identifiés (centres Sociaux)</li> <li>• Rectorat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de moyens humains (saturation des acteurs)</li> <li>• Dispositifs financiers à mobiliser</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<b>Général</b>	
	<b>Promouvoir l'accès aux soins des publics éloignés du système de santé</b>	
	<b>Spécifiques</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'accompagnement physique et le suivi des publics les plus éloignés du système de santé vers les acteurs du soin.</li> </ul>	
	<b>Opérationnels</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre l'émergence d'un dispositif d'accompagnement des publics ciblé vers les acteurs de santé</li> <li>• Mobiliser les moyens financiers nécessaires à ce dispositif</li> <li>• Mettre en œuvre le dispositif retenu.</li> </ul>	
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition de la population cible</li> <li>• Evaluation affinée des besoins du public cible</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation des acteurs de proximité au contact de la population cible (centres sociaux, CCAS...)</li> <li>• Elaboration de propositions au regard de l'état des lieux</li> <li>• Formalisation d'un dispositif spécifique, identification des modalités de coordination</li> <li>• Recherche de financements</li> <li>• Mise en œuvre des propositions d'accompagnement</li> </ul>	
	<b>Pilotes de l'action</b>	<b>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Macouria</li> <li>• Centre Communal d'Action Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centres sociaux</li> <li>• Education nationale</li> <li>• MDA</li> <li>• CCAS</li> <li>• CTG (assistantes sociales)</li> <li>• Ville de Macouria</li> <li>• ASV</li> </ul>
	<b>Public visé</b>	
	Les personnes éloignées de la prévention et du soin	
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>2018</u> : réunir les acteurs pour poursuivre la réflexion engagée...</li> </ul>	
<b>Modalités de suivi</b>	<b>Indicateur(s) de processus</b>	
	<b>Indicateur(s) de résultats</b>	
<b>Financements</b>	<b>Budget prévisionnel</b>	
	<b>Financements mobilisables</b>	
<b>Références</b>		

<b>Thématique</b>	<b>LA SANTE AU SEIN DE LA FAMILLE ET DE SON ENVIRONNEMENT</b>
-------------------	---

<b>Axe</b>	<b>Parentalité</b>
------------	--------------------

<b>FICHE 4</b>	<b>Création d'un groupe de travail et de réflexion sur la parentalité</b>
----------------	---

<b>Eléments diagnostics du Contrat Local de Santé</b>	<p>Toutes les enquêtes, les diagnostics de territoire et les états des lieux font ressortir une préoccupation des professionnels sur les difficultés rencontrées et exprimées par les parents.</p> <p>Le travail en réseau est cependant complexe à mettre en œuvre sur une problématique comme le soutien à la fonction parentale qui est transversale et relève de différents champs de compétence. En effet, cette question peut être travaillée à partir de différentes entrées : l'âge des parents (très jeunes ou au contraire âgés dans le cadre de familles recomposées...), l'âge des enfants (l'accueil du petit enfant, la séparation de sa mère au moment de l'entrée à l'école, l'adolescent...), l'éducation à l'hygiène et à la santé, la prévention primaire, la protection de l'enfance...</p> <p>L'accompagnement à la parentalité représente un enjeu majeur de santé, en particulier pour ce qui concerne l'hygiène de vie, l'éducation, la prévention.</p> <p>Les questions de prévention et d'hygiène seront davantage travaillées sur les quartiers prioritaires via notamment le Programme de Réussite Educative (PRE). Dans ces quartiers les problèmes de surpoids et obésité des enfants, d'absence de suivi dans les vaccinations et troubles du comportement sont plus nombreux que dans d'autres quartiers.</p>	
	<b>Eléments facilitateurs</b>	<b>Eléments préalables / freins</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les actions déjà en place sur le sujet dans le champ social</li> <li>• Le réseau d'acteurs travaillant déjà indirectement sur cette thématique</li> </ul>	
<b>Objectifs</b>	<b>Général</b>	
	<b>Développer des actions de prévention dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité</b>	
	<b>Spécifiques</b>	
	Mettre en œuvre un groupe de travail et de réflexion qui s'inscrit dans une démarche en cohérence avec le Projet Educatif Local.	
	<b>Opérationnels</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les axes de travail prioritaires ;</li> <li>• Mobiliser des acteurs ;</li> <li>• Mettre en œuvre la coordination des intervenants et dispositifs.</li> </ul>	
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunion des partenaires</li> <li>- Définition des priorités dans le champ « parentalité et santé »</li> <li>- Définition d'actions (actions de formation, soutien aux initiatives de parents...)</li> <li>- Proposition de modalités (instances de concertation et de suivi, ...)</li> <li>- Identification des acteurs à associer à la démarche</li> <li>- Mise en place des actions</li> </ul> <p><b>Exemples de pistes de travail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prévention primaire pour les comportements à risque</li> <li>➤ Sensibilisation et éducation des jeunes enfants à l'hygiène corporelle</li> </ul>	
	<b>Pilotes de l'action</b>	<b>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Caisse d'Allocations Familiales</li> <li>• ARS</li> <li>• Rectorat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville – CCAS – PRE</li> <li>• Etat (ARS, DJSCS),</li> <li>• CTG (PMI, service vie sociale),</li> </ul>
	<b>Public visé</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les jeunes enfants, les adolescents et leur famille</li> <li>• Les professionnels travaillant au contact de la population cible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secteur sanitaire</li> <li>• Associations</li> <li>• Centres sociaux</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Fin 2018</u> : détermination des actions à mettre en place</li> <li>• <u>2019</u> : Mise en place des actions retenues par le groupe de réflexion</li> </ul>	
<b>Modalités de suivi</b>	<b>Indicateur(s) de processus</b>	
	Nombre de réunions du groupe de réflexion	
	<b>Indicateur(s) de résultats</b>	
	Nombre de fiche(s) action(s) élaborées par le groupe de réflexion	
<b>Financements</b>	<b>Budget prévisionnel</b>	A déterminer selon les actions retenues
	<b>Financements mobilisables</b>	A déterminer selon les actions retenues

<b>Thématique</b>	<b>LES ADDICTIONS ET COMPORTEMENTS A RISQUE</b>
-------------------	---

<b>Axe</b>	<b>Prévention, prise en charge et suivi des addictions et comportements à risque</b>
------------	--

<b>FICHE 5</b>	<b>Renforcer les modalités de partenariat autour des questions d'addictions et de comportements à risque</b>
----------------	--

<b>Éléments diagnostics du Contrat Local de Santé</b>	<p>Les acteurs du territoire impliqués dans le domaine de l'addictologie existent (associations de prévention, structures de soins,...).</p> <p>Néanmoins, des professionnels regrettent l'absence d'un réseau formel et expriment le besoin d'un réseau local centré sur le patient et ses proches.</p> <p>Par ailleurs, les professionnels médico-socio-éducatifs se disent démunis face au nombre de personnes en difficulté avec les addictions (en particulier l'alcool) et qui ne sont pas accompagnées faute de savoir vers qui se tourner. Ils souhaitent identifier plus précisément les missions de l'ensemble des acteurs de la prévention et du soin afin d'orienter au mieux le public. Certains publics sont identifiés comme étant plus fragiles face à l'alcool : jeunes, femmes, femmes enceintes, personnes en détresse sociale, personnes éloignées du soin...</p> <p>Concernant les jeunes, le nombre d'incidents et de plaintes liés à la consommation excessive d'alcool dans cette population augmente.</p> <p>Les constats des acteurs de terrain (gendarmerie, police municipale, associations...) permettent d'apprécier l'importance des risques liés à l'alcool dans la population des jeunes consommateurs (alcoolisations massives et ivresses chez les étudiants et lycéens, de plus en plus tôt, notamment lors des soirées « sound system »).</p>	
	<b>Éléments facilitateurs</b>	<b>Éléments préalables / freins</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présence de ressources locales sur le territoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difficulté à toucher le public « jeunes »</li> <li>Manque de disponibilité des acteurs en raison de lourdes charges professionnelles</li> </ul>
<b>Objectifs</b>	<b>Général</b>	
	<b>Améliorer la qualité et l'efficacité des interventions de prévention et de prise en charge liées à la problématique des addictions et comportements à risques</b>	
	<b>Spécifiques</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favoriser la rencontre entre les acteurs de l'addictologie, en particulier de l'alcoologie</li> <li>Renforcer la cohérence entre les interventions de prévention, les soins, et l'accompagnement</li> </ul>	
	<b>Opérationnels</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner la construction d'un réseau de partenaires locaux, en particulier autour de la question du risque alcool</li> <li>Faciliter l'émergence de propositions adaptées aux besoins du territoire et promouvoir la construction d'un programme d'actions partagé par les acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement</li> <li>Etendre la dynamique engagée autour de la problématique alcool au champ des autres addictions et comportements à risque.</li> </ul>		
<b>Description de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de réunions partenariales s'appuyant sur les rencontres existantes (groupe des associations)</li> <li>Echanges visant à développer la complémentarité entre les acteurs</li> <li>Définition de priorités d'intervention (public/ thème...) et élaboration collective d'un plan</li> </ul>	



	d'actions concrètes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérennisation et formalisation du groupe de professionnels (réseau)</li> <li>• Mise en œuvre des actions proposées par le groupe de professionnels.</li> </ul>	
	<b>Pilotes de l'action</b>	<b>Partenaire(s) à mobiliser/Associés</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ville de Macouria</li> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associations</li> <li>• Médecine libérale</li> <li>• Ville de Macouria</li> <li>• Education Nationale</li> <li>• Acteurs de l'addictologie</li> <li>• Acteurs de prévention</li> <li>• Acteurs éducatifs, centres sociaux</li> <li>• Protection Judiciaire de la Jeunesse</li> </ul>
	<b>Public visé</b>	
	Acteurs (professionnels et bénévoles) impliqués dans la prise en charge des publics avec des addictions et des comportements à risque.	
<b>Calendrier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>2018</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- réunir les acteurs/élargir le groupe à d'autres partenaires</li> <li>- identifier des priorités</li> <li>- définir un plan d'actions</li> </ul> </li> <li>• <u>2019</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- formalisation du groupe</li> <li>- rédaction de fiches actions</li> </ul> </li> <li>• <u>2019 – 2021</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- mise en œuvre des actions</li> <li>- pérennisation du groupe</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Modalités de suivi</b>	<b>Indicateur(s) de processus</b>	
	Nombre de réunions Nombre d'acteurs mobilisés	
	<b>Indicateur(s) de résultats</b>	
	Nombre d'actions réalisées en lien avec les priorités identifiées et nature des actions	
<b>Financements</b>	<b>Budget prévisionnel</b>	A déterminer selon les actions retenues
	<b>Financements mobilisables</b>	CAF ARS CTG