Bureau d'étude spécialisé en conseil, évaluation, accompagnement, formation et recherches-action en santé publique

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

LIVRABLE II : MISSION D'ACCOMPAGNEMENT A L'ELABORATION D'UN DIAGNOSTIC ET D'UN PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (P.T.S.M.)

ARS de Guyane

Décembre 2021

Regards Santé - SCOP ARL au capital variable – 21 traverse Tiboulen, 13008 Marseille
http://www.regards-sante.com – Mail : regards.sante@gmail.com - Fixe +33 (0)4 13 59 98 59 -
SIRET : 817 758 295 00023 - TVA intracommunautaire : FR 76 817758295

SOMMAIRE

Introduction 3

Présentation de la démarche 3
Enjeux transversaux 4
Enjeux spécifiques 4

Le contexte législatif, national et régional des PTSM 5
Réorganisation de la santé mentale sur les territoires 5
Mise en place des PTSM 6
La feuille de route santé mentale et psychiatrie 8
Contexte territorial 8

Méthode d'élaboration du diagnostic 11

Résultats : Le diagnostic des acteurs 15

GT1 : Promouvoir le bien être mental, Prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide 16
GT2 : Garantir des parcours de soins coordonnés 23
GT3 : Garantir une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité 29
GT4 : Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique 35
Synthèse des enjeux identifiés par les groupes de travail pour le futur PTSM 42

Annexe 1 : Carte d'identité du territoire 44

Annexe 2 : Composition des groupes de travail du PTSM Guyane 124

Annexe 3 : Avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de la Guyane 128

Glossaire 135

Sources 142

Index des tableaux 143

Index des figures 145

INTRODUCTION

PRESENTATION DE LA DEMARCHE

La définition donnée du diagnostic territorial partagé dans la Loi de modernisation de notre système de santé montre que le bilan partagé des besoins et des ressources ne peut s'inscrire que dans une démarche de concertation territoriale qui associe l'ensemble des acteurs participant à l'appui au parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité.

Le DTP passe par deux phases : la phase de bilan partagé des besoins et des ressources et la phase de concertation territoriale. Bien qu'interdépendantes et complémentaires, ces phases ont cependant des objectifs distincts.

Si le bilan partagé des besoins et des ressources vise à dresser un état des lieux, une photographie d'une situation dans un contexte législatif et territorial donné, la concertation territoriale, en revanche, doit permettre d'identifier des leviers d'actions pour faire évoluer le dispositif et les pratiques, parfois même au-delà des textes législatifs et des contraintes réglementaires ou tarifaires qui existent déjà.

Le Diagnostic territorial partagé est une évaluation des besoins partagée, régulière, précise, formalisée et prenant en compte les facteurs environnementaux (ou contextes locaux).

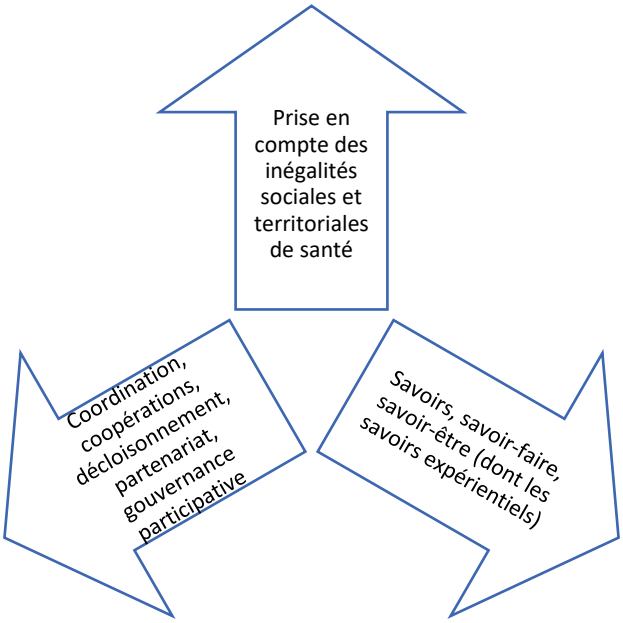
La démarche du PTSM de Guyane a été lancée le 11 mars 2021 par la Directrice Générale de l'ARS Guyane.

Les travaux du PTSM sont organisés par 4 groupes de travail qui reprennent les 3 axes de la feuille de route santé mentale et psychiatrie ainsi que les 6 priorités des PTSM définis dans le décret.

A l'issue des travaux de diagnostic, les groupes de travail ont identifié des enjeux pour le futur PTSM.

Deux types d'enjeux ont ainsi été identifiés : des enjeux transversaux qui auront vocation à être mobilisés dans tous les travaux du PTSM et des enjeux spécifiques.

ENJEUX TRANSVERSAUX



ENJEUX SPECIFIQUES

Enjeu spécifique 1
Promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes dans leur environnement

Enjeu spécifique 2
Prévention, Promotion de la Santé mentale, prise en compte des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé et des populations vulnérables (cf. décret)

Enjeu spécifique 3
Repérage, diagnostic précoce

Enjeu spécifique 4
Formation des professionnels, sensibilisation des acteurs, de la communauté, valorisation des savoirs expérientiels et des compétences

Enjeu spécifique 5
Appui au parcours

Enjeu spécifique 6
Offre de soins en santé mentale répartie sur le territoire : qualité, diversité, accessibilité

Enjeu spécifique 7
Développement de l'attractivité du territoire

Enjeu spécifique 8
Dispositif d'appui et de recours, Centre de ressources, Pôle de compétences, Plateforme Territoriale d'Appui

Enjeu spécifique 9
Offre d'accompagnement sur le territoire : qualité, diversité, accessibilité

Enjeu spécifique 10
Renforcement de l'accès aux droits, inclusion et lutte contre la stigmatisation

Enjeu spécifique 11
Développement du pouvoir d'agir et intervention par les pairs

LE CONTEXTE LEGISLATIF, NATIONAL ET REGIONAL DES PTSM

REORGANISATION DE LA SANTE MENTALE SUR LES TERRITOIRES

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose deux niveaux de pilotage nécessaires pour la gouvernance du Plan : un pilotage national fort et un pilotage territorial des ARS opérationnel qui rend lisible la politique que l'Agence veut mener, en fonction des orientations nationales et des besoins régionaux.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS.

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ, avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme : dans le cadre de la conférence régionale de santé mentale (par des groupes de travail spécifiques au sein de la CRSA) ou par la mise en place d'une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route en fonction du diagnostic territorial partagé et animer sa mise en œuvre et son suivi (coordinatrice du PTSM).
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale.

À l'image de la différenciation faite dans le rapport Laforcade : « la santé mentale n'est pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie doit impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale », l'article 69 de la loi LMSS fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique et l'organisation de la psychiatrie.

La politique de santé mentale s'inscrit donc nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'usager », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

De plus, la loi LMSS est venue définir (ou redéfinir) huit instruments de planification nécessaires à l'édification des parcours en santé mentale dans les Projets régionaux de santé (PRS) :

- La politique de santé mentale ;
- Le projet territorial de santé mentale ;
- Les parcours de soins et de vie ;
- Le diagnostic territorial partagé en santé mentale ;
- Les contrats territoriaux en santé mentale ;
- Les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale ;
- L'activité de psychiatrie ;
- La mission de psychiatrie de secteur.

À ces 8 instruments, nous pouvons ajouter les volets santé mentale des GHT qui doivent s'articuler avec les PTSM.

MISE EN PLACE DES PTSM

Cette réorganisation suppose que soit mise en œuvre sur chaque territoire une organisation graduée globale répondant à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie : de la prévention jusqu'aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale, en passant par le soin.

Cette organisation est décrite et mise en œuvre dans le projet territorial de santé mentale qui s'appuie sur un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des intervenants, institutionnels, professionnels et les usagers et leurs aidants.

L'élaboration du diagnostic territorial partagé s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui engage des réformes d'ampleur en matière de territorialisation de l'offre de soins. Dans la continuité de réformes antérieures, le législateur affirme la volonté d'intégrer la psychiatrie à la planification générale des soins et à la politique générale de santé. D'une manière générale, les articles 69 à 73 réaffirment la place et l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale au sein de notre système de santé.

Dans l'article L.3221-1, la loi précise le contour de la politique de santé mentale, qui couvre un périmètre large : « actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ». Elle acte qu'elle est, certes l'affaire du sanitaire, mais pas uniquement puisqu' : « elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». Une distinction est donc opérée entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant s'intégrer dans une politique de santé mentale. Ceci permet une clarification des responsabilités des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, et inscrit la santé mentale dans un cadre coopératif large incarné par le projet territorial de santé mentale.

L'article L.3221-2 définit le projet territorial de santé mentale (PTSM) et un décret paru le 27 juillet 2017 en fixe 6 priorités :

- Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires ;
- Organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- Permettre l'accès à des soins somatiques ;
- Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence ;
- Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation ;
- Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Les actions tendant à mettre en œuvre ce projet territorial de santé mentale doivent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs participant à la mise en œuvre de ces actions.

Dans ce contexte, l'objectif des parcours en psychiatrie et santé mentale consiste à prendre en compte les besoins de la personne dans toutes ses dimensions :

- La prévention et la promotion de la santé ;
- Le soin tant psychiatrique que somatique, avec l'organisation de parcours gradués sur les territoires ;

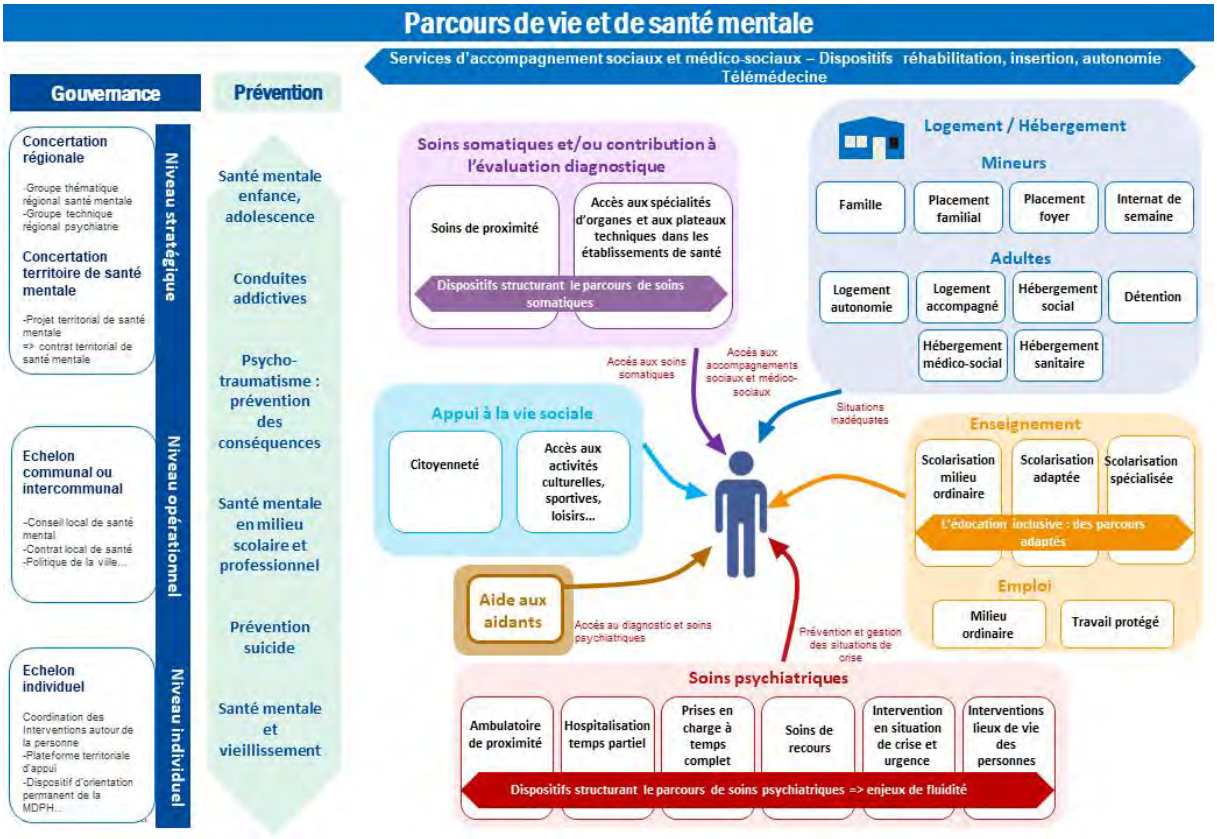
- L'inclusion sociale ;
- La réinsertion ;
- Et l'accès au droit commun ;

En positionnant la personne comme actrice de son projet de vie.

Ces parcours doivent pouvoir se réaliser dans une société qui œuvre à la déstigmatisation de la maladie mentale, notamment en luttant contre la discrimination qu'elle suscite.

En ce sens, la réussite de la mise en œuvre des parcours est l'affaire de tous et questionne l'ensemble des politiques publiques et leurs articulations.

Figure 1 : Modélisation du parcours de vie et de santé mentale



Source : PTSM de Normandie

Un PTSM à construire en cohérence avec les nouvelles dispositions en SM des territoires :

- Participation des communautés psychiatriques de territoire (si constituées)
- Cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale
- Prise en compte des projets des équipes de soins primaires (ESP), des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des plates-formes territoriales d'appui (PTA)

Les principales parties prenantes qu'il semble utile d'associer sont :

- L'ARS
- Les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux du territoire, concernés par la santé mentale
- Les usagers, les familles et leurs représentants
- Les élus
- Le Groupement Hospitalier de Territoire au titre du projet médical partagé de la filière psychiatrie
- Les Contrats Locaux de Santé
- Les Conseils locaux de santé mentale
- Le Conseil Territorial de santé et sa Commission spécialisée en santé mentale
- Les conseils départementaux
- L'Education Nationale
- Les DRDJSCS
- La DIRRECTE
- La Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse, ...

LA FEUILLE DE ROUTE SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables.

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'actions que sont le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cela ne sera possible que dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d' « aller-vers » et d'empowerment.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant 37 actions selon trois axes :

- **Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;**
- **Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;**
- **Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.**

CONTEXTE TERRITORIAL

L'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires.

La Région Guyane s'étend sur un vaste territoire de 86 504 km2 dont l'essentiel est recouvert par la forêt amazonienne. La Guyane compte au 1er janvier 2019, 281 612 habitants, c'est la deuxième région la moins peuplée de France après Mayotte, alors qu'il s'agit de la plus vaste région en km2. La densité d'habitants au km2 est de 2,7. Elle se compose de trois bassins de population : Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, reliés par l'unique axe routier régional, et de 22 communes.

En Guyane, la gouvernance des territoires de santé s'appuie sur la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) qui est une instance stratégique de concertation et de démocratie sanitaire de l'ARS. Elle est positionnée aux côtés de l'ARS et peut participer, par sa réflexion et ses avis, à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé en région. Elle se substitue au Conseil Territorial de Santé (CTS). Le territoire de démocratie sanitaire de Guyane a été fixé par arrêté du Directeur Général de l'ARS Guyane du 4 octobre 2017. Ce territoire constitue le cadre d'organisation de l'offre de santé et le lieu d'exercice de la démocratie sanitaire. Il est composé de 4 territoires de proximité : Territoire de l'Est Guyanais ; Territoire du Bas Maroni ; Territoire du Littoral Centre ; Territoire du Haut Maroni.

Un seul territoire est pressenti pour le PTSM (l'ensemble de la Guyane), il s'agira de veiller à la participation des acteurs de l'ensemble du territoire pour le volet diagnostic et le projet.

Le projet régional de santé de Guyane est composé :

- du cadre d'orientation stratégique (COS) 2018-2028 pour une durée de 10 ans ;

- du schéma régional de santé (SRS) 2018-2022 pour une durée de 5 ans et son chapitre relatif aux implantations d'activités soumises à autorisation ;

- du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022 pour une durée de 5 ans

Le parcours de vie « santé mentale » est un des dix parcours prioritaires arrêtés collectivement dans le cadre du PRS de Guyane.

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Loin d'être limitée au seul champ de la psychiatrie, cette définition de la santé mentale, promue par l'Organisation Mondiale de la Santé, implique de développer en amont et en complémentarité de l'offre de soins des approches préventives, en renforçant les facteurs de protection individuels et environnementaux (compétences psychosociales, compétences parentales, bien-être à l'école, au travail, lutte contre les stigmatisations des personnes en situation de handicap psychique,…).

Il est essentiel de faire évoluer les réponses apportées aujourd'hui vers :

- Une prévention et un repérage plus précoces des troubles en santé mentale, notamment en luttant contre les paramètres socio-environnementaux défavorables : stigmatisation, précarité, mal-être, etc. ;

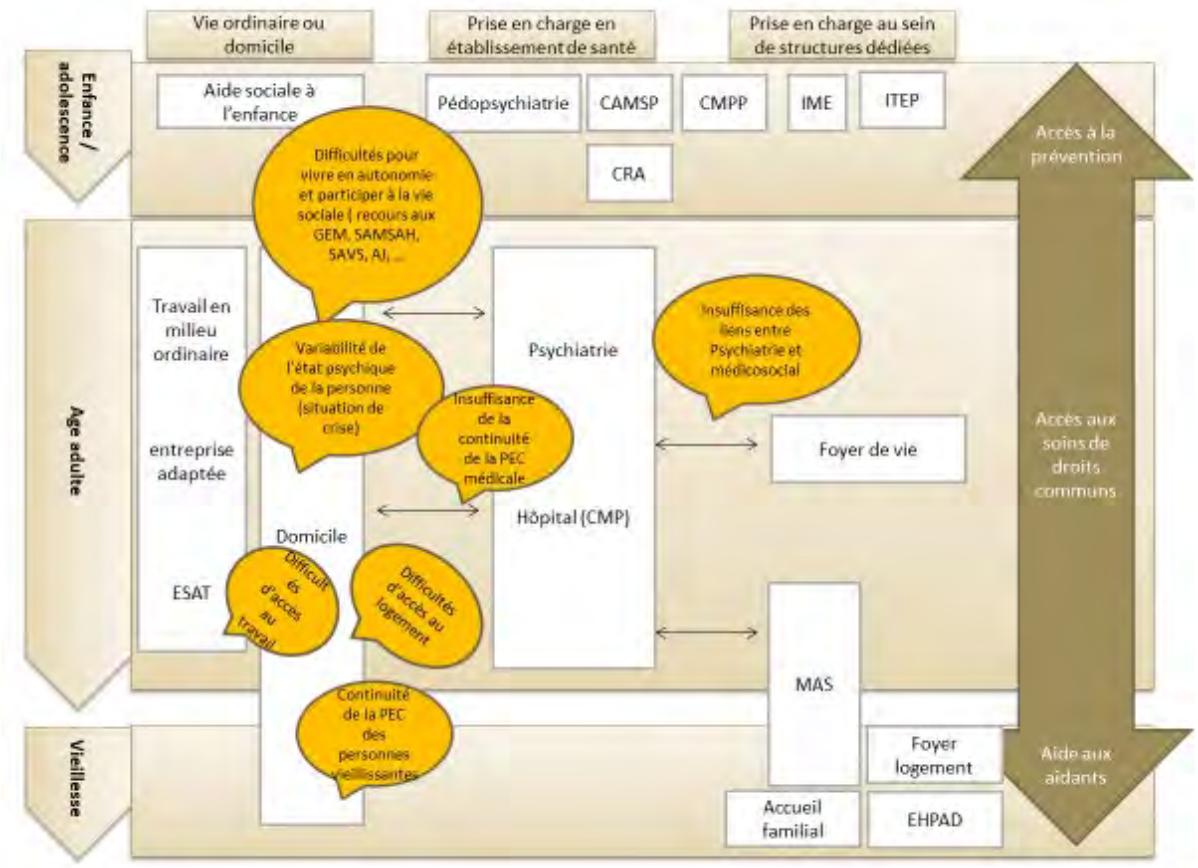
- Une structuration de l'offre de prise en charge plus solide, garantissant un maillage de proximité et une bonne coordination ville-hôpital ;

- Une coordination plus importante des acteurs, par exemple en poursuivant le déploiement des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ;

- In fine, l'élaboration du projet territorial de santé mentale à partir de diagnostics partagés.

Lors de l'élaboration du PRS de Guyane, les acteurs ont élaboré la cartographie de l'offre dans le champ de la santé mentale en Guyane et les points de rupture :

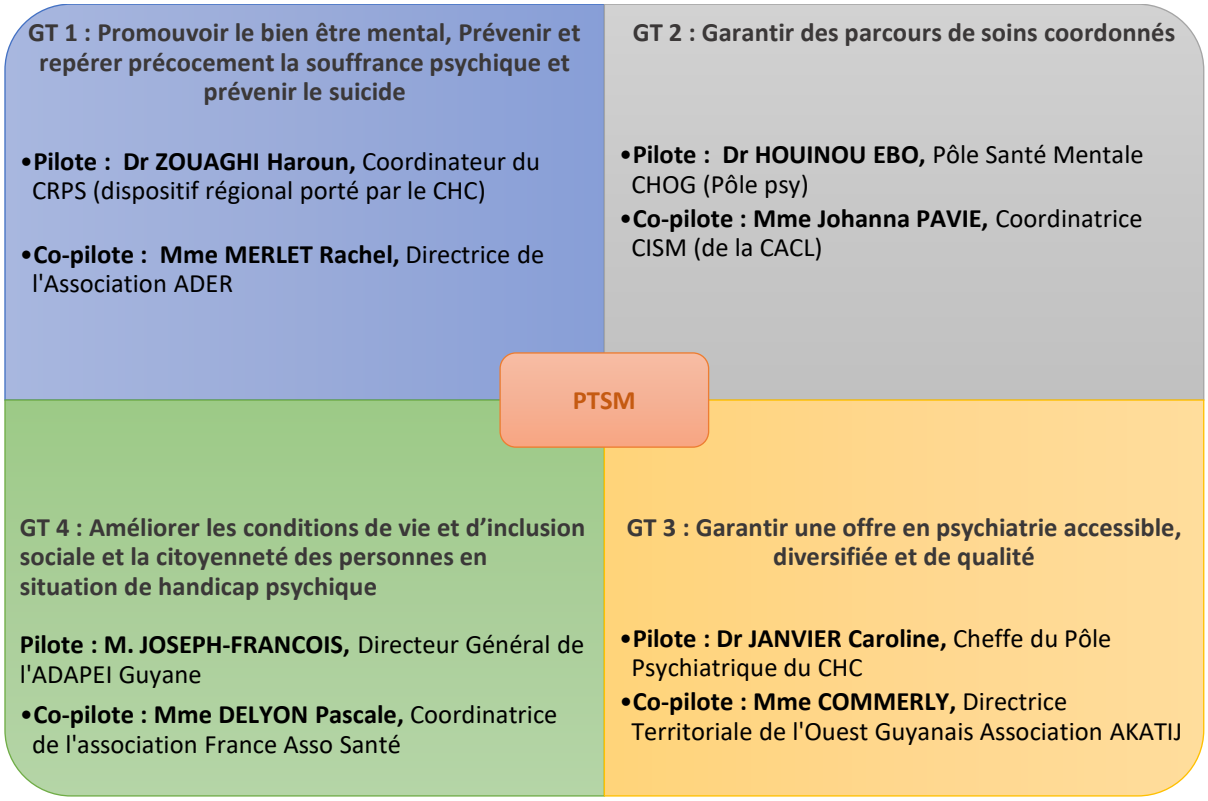
Figure 2 : cartographie de l'offre dans le champ de la santé mentale en Guyane et les points de rupture (PRS2)



METHODE D'ELABORATION DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic territorial partagé a été réalisé par les acteurs du territoire. Pour réaliser ce DTP les acteurs ont été réunis en quatre groupes de travail thématiques. L'ensemble de la démarche était coordonné par la coordinatrice du PTSM, le pilotage était assuré par l'ARS de Guyane et les travaux ont été accompagnés par le bureau d'études Regards Santé.

Dans chaque groupe de travail un pilote et un copilote organisaient la remontée des productions.



L'EQUIPE DE PILOTAGE DU PTSM AU SEIN DE L'ARS EST COMPOSEE PAR :

- **L'ARS (le médecin référent santé mentale, pilote du PTSM)** suit l'ensemble des travaux et propose un appui institutionnel aux pilotes des groupes de travail (composition des GT, sollicitation des institutions, présentation à la CRSA…)
- **La coordinatrice du PTSM (poste porté par le CHC) :**
    - Accompagne les acteurs de la Santé Mentale dans leurs réflexions et productions relatives au DTP et aux projets constituant le PTSM,
    - Apporte un appui administratif et technique aux pilotes et aux membres des groupes de travail : organisation et co-animation des réunions (en soutien aux pilotes et co-pilotes),
    - Réalise les comptes-rendus des réunions avec l'appui des pilotes et co-pilotes des GT. Fait valider les CR aux membres des GT,
    - Organise la remontée des productions à Regards Santé,
    - Assure la diffusion et l'appropriation par les contributeurs,

- Coordonne la mise en réseau des acteurs, le maillage territorial, les échanges entre les acteurs.

- **Regards Santé**
  - Propose un appui méthodologique à l'équipe de pilotage et aux pilotes des GT : construction de la méthodologie générale et des outils
  - Adaptation des outils aux besoins des pilotes et des GT
  - Appui à l'écriture du DTP et du projet du PTSM sur la base de documents transmis par les GT

Les pilotes et co-pilotes

- Les pilotes assurent l'animation des groupes de travail avec les copilotes.
- Apportent leur expertise pour le DTP et pour la construction du PTSM
- Ils présentent les travaux à la CRSA

- **Les membres des groupes de travail :**
  - Apportent leur expertise pour le diagnostic partagé du PTSM et pour la construction du projet

Le Comité de validation : la DG ARS, l'équipe de pilotage du PTSM, directions métiers de l'ARS, les pilotes des GT : amendent les orientations et les travaux avant présentation à la CRSA et au Grand Conseil Coutumier (GCC) pour avis.

LE DTP et le PTSM sont présentés pour avis à la CRSA et arrêtés par la DG ARS.

CALENDRIER D'ELABORATION DU PTSM

<table>
<tr><th colspan="9">2021</th></tr>
<tr><td>Fév - mars</td><td>Avril</td><td>Mai</td><td>Juin</td><td>Juil</td><td>Août</td><td>Sept</td><td>Oct</td><td>Nov</td><td>Déc</td></tr>
<tr><td>Début

Travaux préparatoires : Diag quanti, outils animation, groupes de travail, outils</td><td colspan="3">DTP : 4 GT

(1 formation + 3 réunions)</td><td>Articulation des 4 GT Finalisation écriture et Validation DTP</td><td></td><td>Copil stratégique Projet : 4 GT (1 formation + 1 réunion)</td><td colspan="2">Projet : 4 GT

(2 réunions)</td><td>Ecriture et validation PTSM</td></tr>
</table>

Lors de la réunion de lancement du 11 mars 2021 il a été validé que le PTSM serait déployé sur un territoire unique à l'instar du CTS (la CRSA de Guyane), sachant qu'une attention particulière sera portée à la prise en compte des 4 territoires de proximité dans le diagnostic territorial partagé et dans le projet.

Une formation / sensibilisation a réuni les pilotes le 30 mars 2021 : lors de ce temps d'échange, une méthodologie commune de travail pour l'ensemble des groupes a été retenue.

En amont des réunions des groupes de travail, une carte d'identité du territoire a été remise aux membres des groupes de travail (cf. annexe 1). Cette carte d'identité est constituée de données objectives publiées et sourcées. Elle constitue la partie quantitative du DTP.

Pour le volet qualitatif du DTP, trois réunions de chaque groupe de travail ont eu lieu en avril, mai et juin 2021. Elles ont été programmées dès le départ pour chaque groupe, les pilotes et co-pilotes ont la charge de restituer les travaux effectués.

Les séances de travail avaient pour objectif commun :

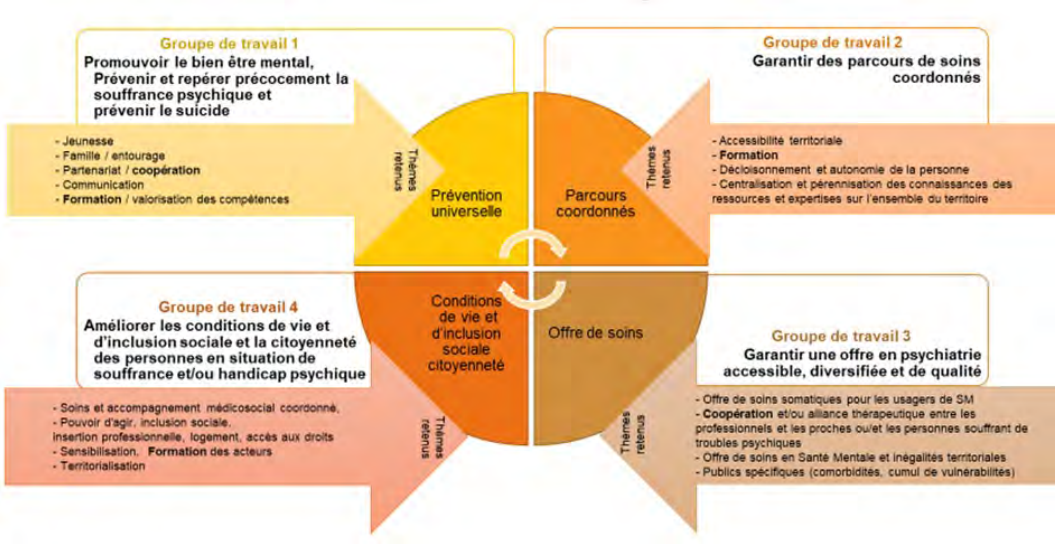
- Définir les éléments de contexte
- Repérer les **Atouts / Faiblesses / Opportunités / Menaces** sur le territoire
- Dégager des problématiques et des facteurs clés liés aux facteurs environnementaux, organisationnels, matériels, aux processus et aux usagers.
- Identifier des enjeux et des pistes d'actions.

Déroulement des réunions :

PREMIERE REUNION

La première réunion des groupes de travail a permis d'identifier pour chaque groupe le périmètre de travail pour les deux réunions suivantes.

Figure 3 : Thèmes de travail retenus pour élaborer le DTP par les groupes de travail



DEUXIEME REUNION

Lors de la deuxième réunion les groupes de travail ont réalisé pour chacun des thèmes retenus une analyse des atouts, faiblesses, opportunités et menaces.

TROISIEME REUNION

La troisième réunion avait pour objectif de compléter les données qualitatives et quantitatives manquantes et de définir les enjeux.

A l'issue des trois réunions les pilotes se sont concertés pour faire une mise en commun des résultats du diagnostic qualitatif de chaque groupe et pour identifier les enjeux du PTSM.

RESULTATS : LE DIAGNOSTIC DES ACTEURS

4 groupes de travail ont participé à l'élaboration du diagnostic territorial partagé du PTSM de Guyane. Chacun de ces groupes comprenait une vingtaine d'acteurs de la santé mentale.

Figure 4 : Répartition des membres des groupes de travail par domaine

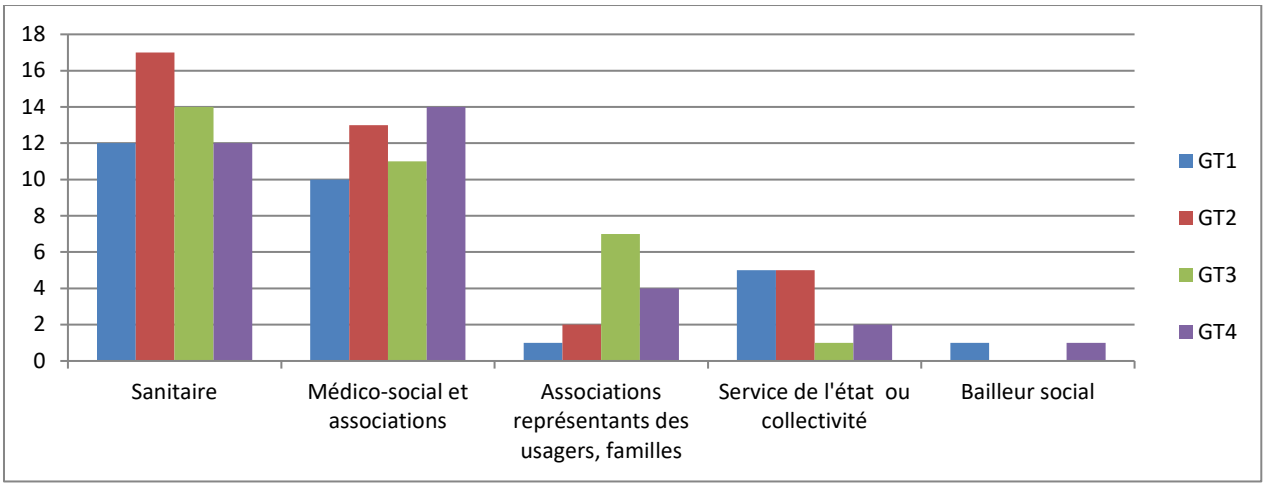


Figure 5 : Répartition des partenaires par groupes de travail

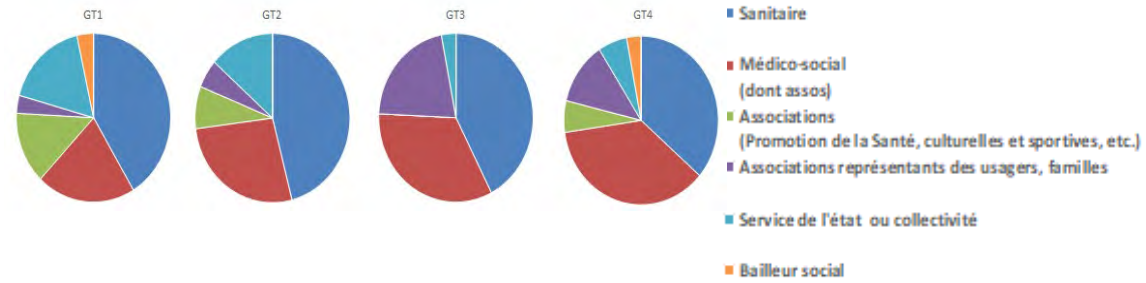
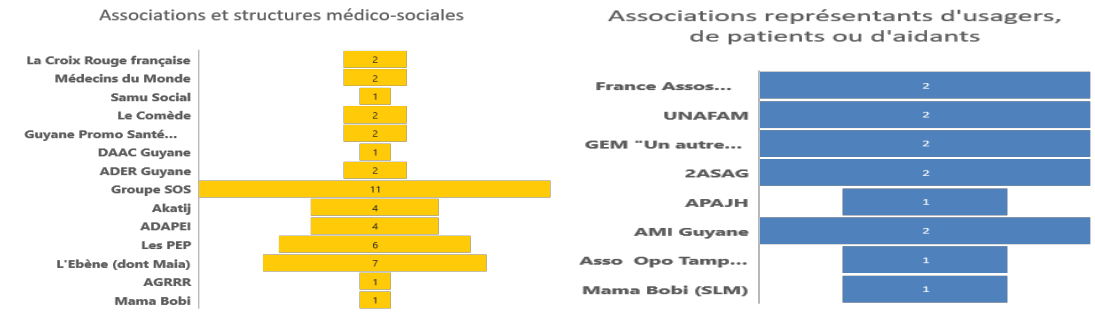


Figure 6 : Partenaires associatifs du territoire inscrits dans les GT



Les quatre groupes de travail se sont mis d'accord sur la définition de la santé mentale.

Elaboration d'un langage commun par les acteurs du PTSM

- Concept de la santé mentale tel que défini par l'OMS : La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

GT1 : PROMOUVOIR LE BIEN ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE

Elaboration d'un langage commun par le groupe de travail 1

La souffrance psychique dans le concept de santé mentale

- La souffrance psychique constitue l'une des 3 dimensions majeures du concept de santé mentale, avec les troubles psychiques et le handicap psychique.

La notion de souffrance psychique :

- La souffrance psychique peut apparaître dans diverses circonstances de la vie et faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou psychique.
- Elle est présente avec une intensité variable selon que la personne est en détresse psychologique ou est atteinte d'une pathologie mentale.

GT1 : THEMATIQUES RETENUES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : PERIMETRE

- Jeunesse
- Famille / entourage
- Partenariat / Coopération
- Communication
- Formation / valorisation des compétences

GT1 : ATOUTS, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

GT1 : JEUNESSE

ATOUTS

- Consultations jeunes et interventions en milieux scolaires
- Psychologues présents dans les établissements scolaires
- Missions de pédopsychiatrie à Camopi
- Equipe Mobile Petite enfance Ouest Guyane au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG)
- Ateliers jeunes mamans : Ouest guyanais
- Equipe mobile de Pédopsychiatrie Périnatale (EM3P) au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC)
- Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
- 2 Maisons des adolescents (MDA) bien repérées à Cayenne et à St Laurent du Maroni qui proposent de nombreux accompagnements
- Projet Centre de Ressources Politique de la Ville : médiateurs dans 20 collèges implantés au sein des quartiers politique de la ville (QPV) et 25 écoles primaires rattachées aux collèges couverts, Yana loisirs (aide financière pour accès aux loisirs)
- Site internet Info jeunesse Yana J
- Lien intergénérationnel : les grands-pères qui jouent un rôle dans la transmission aux nouvelles générations . Compréhension des traditions, de la culture: s'appuyer sur l'expérience des chamans et autres tradipraticiens (ex: Mama Bobi), le capitaine du village, etc.
- Prendre en compte les territoires linguistiques
- Mobilisation des personnes des villages :elles souhaitent être associées pleinement et que l'on considère leur parole. Des médiateurs ADER sont à l'écoute dans les villages et au collège//internat et s'appuient sur personnes ressources sur le Haut Maroni
- Aller vers : à l'aide des chamans et des chefs de villages qui rencontrent les jeunes : cette démarche permet de comprendre la culture
- Jeunesse guyanaise dans sa diversité / pluralité

FAIBLESSES

- Manque de maisons de quartier pour les jeunes en situation précaire (dans l'ouest guyanais et à Camopi)
- Ateliers type CATTP qui ont du mal à prendre du côté de l'Ouest guyanais
- Beaucoup de difficultés d'accompagnement des jeunes y compris quand ils sont diagnostiqués
- Très peu de coordination entre les services
- Difficultés pour de nombreux jeunes d'avoir accès à des activités extérieures (sport, culture) du fait d'un manque de moyens financiers et logistiques
- Difficultés à appréhender la problématique identitaire complexe en Guyane notamment concernant les souffrances psychiques
- Turn-over des professionnels : faire avec et anticiper pour pérenniser les systèmes. Les projets changent avec les professionnels. Lassitude décrite par les populations à réexpliquer sans cesse les mêmes choses, à « raconter » leurs difficultés à un nouveau professionnel ; difficultés à établir un lien de confiance avec les jeunes.
- Le dépistage passe surtout par les CDPS qui sont les plus fortement concernés par le turn-over des professionnels : difficultés pour les nouveaux professionnels de connaître rapidement les spécificités territoriales.
- Manque de stabilisation des professionnels (recrutement/formation des résidents, problématique de l'évolution professionnelle.)
- Manque de connaissance des différentes structures et dispositifs existants pour les orientations
- Difficultés à prendre en compte la langue pour comprendre la souffrance.
- Difficultés pour les jeunes des communes isolées arrivant sur le littoral.
- Phénomène migratoire et carences de scolarisation: manque important d'offre de formations et d'insertion pour le public migrant (quasi-impossibilité d'inscription scolaire après 16 ans)
- Manque d'espaces de rencontre entre les différentes catégories d'acteurs (intersectoriels)
- Aide Sociale à l'Enfance : évaluation sociale et éducative pour des enfants placés trop rapidement plutôt que d'accompagner l'aide à la parentalité

OPPORTUNITES

- Jeunes établissements scolaires et constructions scolaires en cours (facilite l'accès aux jeunes)
- Diplôme Universitaire en médiation de la Santé à l'Université de Guyane, Formations en médiation
- Intégration des formations « Renforcement des compétences psycho-sociales" dans le cursus des futurs enseignants et dans le plan de formation des enseignants

MENACES

- Augmentation rapide de la population avec risque de creuser le manque d'accès à la scolarité , aux structures de soins...
- Ordonnances de placement de certains enfants
- Essoufflement des rares professionnels guyanais ou « établis » (lassitude du turn-over, de la nécessité de transmettre/former continuellement.)

GT1 : FAMILLE / ENTOURAGE

ATOUTS

- L'interculturalité et l'intergénérationnel sont des atouts importants le territoire de Guyane. La question générationnelle est essentielle. Le rapport intergénérationnel peut aussi permettre de faciliter un diagnostic.
- Mise en place d'ateliers thérapeutiques familiaux, qui peuvent soulager la famille et soutenir les aidants : «Groupe d'accompagnement à la parentalité» (CHC), «Groupes d'habilité parentale» au Centre de Ressources Autisme (CRA).
- Dispositif école des parents mis en place par l'éducation nationale qui ne se retrouve pas partout).
- Les associations de médiation comme Tangram Guyane font du dépistage et vont dans les familles. Idem pour les associations DAAC et ADER Guyane, notamment sur le haut Oyapock et le haut Maroni. Cela permet d'expliquer aux familles la problématique de leur enfant.
- Dispositif d'état, en soutien aux familles, sur le terrain : les médiateurs font liens entre les institutions, les professionnels et la population.
- Les médiateurs, les agents dans les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) : Grand Santi, Maripasoula, Trois Sauts, Talhuen, Antecum Pata ; et le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Maripasoula font le lien avec les familles et accompagnent aussi les professionnels, en partenariat avec les associations

FAIBLESSES

- Manque de travail en lien avec les médiateurs (par exemple à Cayenne) et manque de visibilité du travail des médiateurs.
- Le cloisonnement : des difficultés à sortir de sa discipline (son domaine) et à décloisonner les activités.
- Difficulté à établir un rapport de confiance ou un équilibre nécessaire pour repérer et diagnostiquer.
- Rapport du professionnel au parent parfois peu facilitant : la manière d'intégrer le parent dans un dispositif ou « d' aller-vers » à l'école par exemple, seulement en cas de problème (négatif), via des « convocations ».
- Méconnaissance des métiers : créer une lisibilité pour une meilleure appréhension des missions de chacun, pour faciliter le lien.
- Incompréhension importante dans l'évaluation de la maltraitance (rôle et missions de chaque professionnel).
-

OPPORTUNITES

- Les agents (locaux) qui travaillent dans les CDPS peuvent signaler des situations et jouer un rôle de médiation (mais ne sont pas toujours formés pour cela ni reconnus.)
- Établir un lien de confiance via une tierce personne qui va pouvoir témoigner et faire part d'un mal-être avec bienveillance.

MENACES

GT1 : PARTENARIAT / COOPERATION

ATOUTS

- Coopération des acteurs et personnes (y compris en termes de coopération transfrontalière) : lien de confiance établi.
- Bonne articulation des associations médico-sociales sur le territoire guyanais
- Coopération Police Nationale et Centre Hospitalier de Cayenne via le Groupe de Prévention et de Paix Publique (GP2P) et l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité EMPP. Cette coopération permet de mieux appréhender les situations problématiques.
- Collaboration des professionnels avec les chefs de villages par le biais des missions fleuves du Centre hospitalier de Cayenne. Avant chaque intervention les équipes mobiles se mettent en relation avec les chefs de village.
- Partenariat associatif et hospitalier de long date (médiateurs; infirmiers, psychiatres...)

FAIBLESSES

- Multiplicité des acteurs qui peut générer de la confusion pour les bénéficiaires
- Pas de formation sur la santé mentale en école de Police : situations de violences relevant des problématiques de santé mentale ; souffrance psychosociale, marginalisation, psychiatrie, addictions. La police en 1ère ligne (troubles à l'ordre public, délit pénal...). La formation à destination des policiers est à développer.
- Manque de reconnaissance des compétences d'expérience : accompagner la montée en compétences et la reconnaissance (création de statut) des acteurs de terrain faisant office de médiateurs.
- Manque de reconnaissance de la valeur du magico-religieux et du spirituel (des cultures de Guyane) : pour certaines communautés, nécessité d'articuler les approches traditionnelles et les pratiques des acteurs du sanitaire dans le soin et la prévention de la souffrance psychologique.

OPPORTUNITES

- Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) en création à l'Ouest, portée par le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
- Travail entre les tradipraticiens et le milieu sanitaire
- Coopération transfrontalière à développer en Santé Mentale
- Développement des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

MENACES

- Les financements de projets de coopération
- La loi ne reconnait pas les tradipraticiens et la pharmacopée (ex.« Mamabobi ») : mettre l'accent sur l'approche communautaire de la Santé Mentale

GT1 : COMMUNICATION

ATOUTS

- CRPS Centre Ressources de Prévention du Suicide : dispositif régional
- Dispositif VigilanS : il s'agit d'un dispositif national de re-contact et de veille pour les TS, financé par l'ARS de Guyane. Il est en cours de création au sein du Centre Ressources de Prévention du Suicide (CRPS) : suivi, production d'informations, communication et formations en lien avec les conduites suicidaires, etc. Collaboration avec les médias télé et radio, bien identifiés par la population, pour le partage d'informations
- Mise en place d'une Equipe Mobile d'Intervention de Crise (EMIC), au sein du CRPS : afin d'orienter et prévenir les phénomènes de contamination suicidaire mais aussi communiquer avec les proches et la famille.
- Importance des médiateurs en termes de communication : véritable interface en santé mentale entre le professionnel et le public (car il a la maitrise des 2 environnements.)

FAIBLESSES

- Peu d'éléments quantitatifs concernant le suicide du côté de l'Ouest
- Difficulté du retour du jeune suicidant en territoire isolé, sans communication.
- Difficultés de communication interservices hospitaliers ou entre les hôpitaux
- Difficultés de communication entre territoires isolés.
- Problème d'homogénéisation des systèmes d'information qui ne favorisent pas la communication
- Quand un jeune parle de suicide : difficulté de prise en charge par le Centre médicopsychologique parfois
- Manque de plateforme générale de médiation et d'innovation

OPPORTUNITES

- Diplôme Universitaire de médiation en Santé à l'Université de Guyane
- Contrat Local de Santé (4 en Guyane : Cayenne, Macouria, Matoury, Saint-Laurent), Conseil Local et/ou intercommunal de Santé Mentale
- Le fait qu'en Guyane il y ait des langues et cultures différentes, oblige à prendre en compte des éléments complémentaires : médiation, traduction et opportunité d'innovation. Nombreuses innovations et expérimentations.
- Initiative « SOS amitiés », plateforme téléphonique (Prévention suicide) qui a un relai en plusieurs langues : prévention par le système de croyance(s): exemple de la Réincarnation qui empêche le suicide.
- Equipe d'écoute active, tel PSP/PRS/TS + Observatoire des Suicides et TS tenu pas ADER en interne (haut Maroni) depuis 2009
- Formation PAPAGENO, qui sera organisée en juin 2021 : dispositif national permettant la gestion médiatique du suicide dans le but d'éviter l'effet Werther.
- Il existe de nombreux outils de médiation et d'accessibilité (existants et à créer)
- Intégrer la littératie en santé mentale dans la formation initiale et renforcer la création de supports de facilitation multi-langues (accessibilité universelle.)

MENACES

GT1 : FORMATION / VALORISATION DE COMPETENCES

ATOUTS

- Diplôme Universitaire de Médiation en Santé à l'Université de Guyane : avec une unité d'enseignement Santé Mentale
- Formation Prévention Suicide déployée en Guyane depuis 2002 via le Groupe Guyanais de Prévention du Suicide GGPS et portée aujourd'hui par le Centre Ressources Prévention Suicide : son contenu peut être adapté en différentes langues.
- Travail inter-EMPP (Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité) : Cayenne et Ouest guyanais (SLM)
- ELSA (Equipe de Liaison Soins en Addictologie) du CHC va organiser des formations au sein des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins, du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais et des établissements scolaires
- « L'Equipe fleuve» qui va à Camopi et Trois sauts, est en mesure de faire de la formation.
- Capitaliser les expériences/compétences acquises par les professionnels (nombreux échanges de pratiques, d'expertises)
- Prométra international est une ONG qui a pour but de former les professionnels à un entendement global et sociétal de la médecine traditionnelle. L'association « Mama Bobi » de SLM est soutenue par Prometra.

FAIBLESSES

- Turn-over importants des professionnels en Guyane : nécessité de faire des formations régulièrement +++ (professionnels des domaines de la santé, de l'éducation nationale, etc.)
- La posture du professionnel qui ne maîtrise pas la réalité culturelle du sujet/patient : *la décentration est la position qu'on doit avoir pour être dans l'écoute*
- Faiblesse du travail en réseau (entre les unités du Centre Hospitalier de Cayenne, entre les 3 Centre Hospitaliers : Cayenne, Kourou et Ouest Guyanais, et les associatifs) pour réaliser des formations et pour communiquer / faire de la liaison sur les compétences et les savoirs (dans un but de partage de savoirs)
- Absence de réseau de formation et de valorisation des compétences

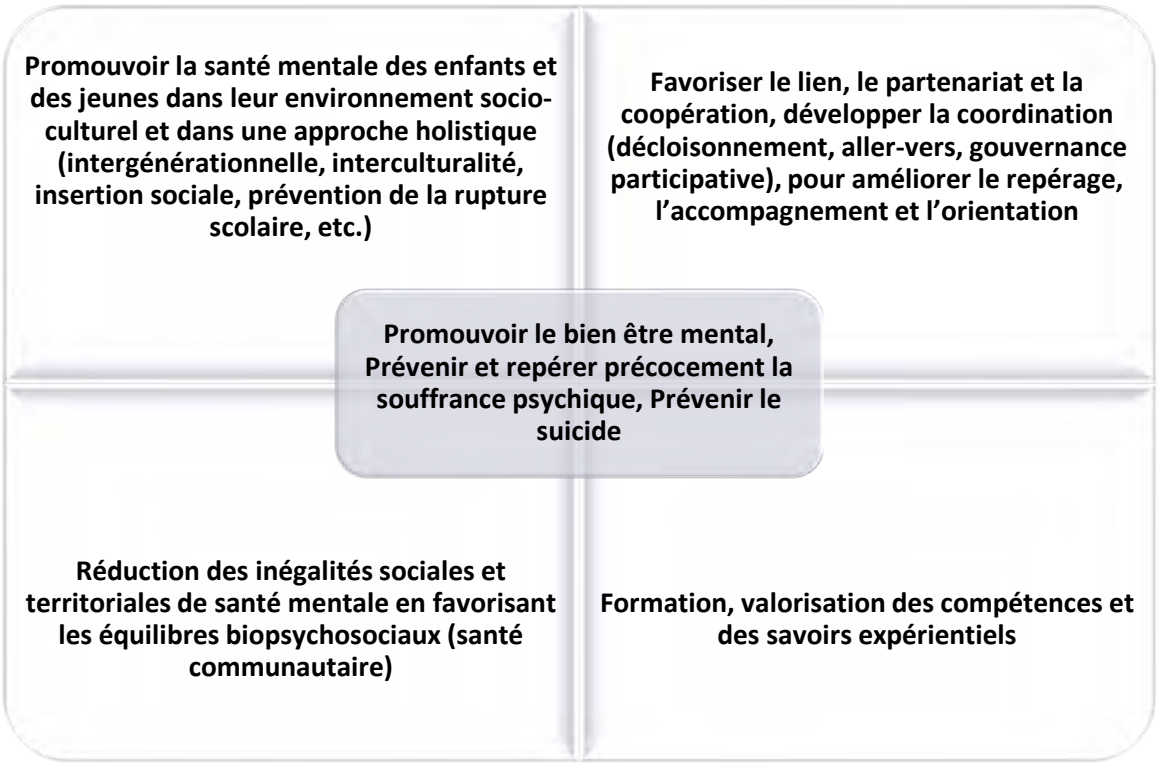
OPPORTUNITES

Formation PAPAGENO, qui sera organisée en juin 2021 : Formation de formateurs sur le risque suicidaire (intervenants de métropole.)
Développer le module « Santé Mentale » au sein du DU de médiation en Santé de l'université de Guyane.
Intégration des formations « Renforcement des compétences psycho-sociales" dans le cursus des futurs enseignants et dans le plan de formation des enseignants.

MENACES

La Formation pourrait « déformer » la réalité du sujet et empêcher d'écouter le sujet, du fait d'un positionnement de « sachant », notamment les formations émanant du national.

GT1 : ENJEUX IDENTIFIES POUR PROMOUVOIR LE BIEN-ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE, PREVENIR LE SUICIDE



Elaboration d'un langage commun par le groupe de travail 2

La santé mentale

Un ensemble de facteurs déterminants qui sont donc internes et externes à la personne, interagissent et s'influencent entre eux.

Il n'y a pas un parcours type en santé mentale mais autant de **parcours que de personnes**.

Le parcours de soin en santé mentale est matérialisé ici par un **chemin**, jalonné de ressources, d'étapes (prévention primaire/secondaire/tertiaire, diagnostic, hospitalisation, suivi …) qui ne sont ni linéaires, ni exhaustives.

Objectif: Identifier les principaux enjeux permettant de garantir des parcours de soin coordonnés

GT2 : THEMATIQUES RETENUES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : PERIMETRE

- Accessibilité territoriale
- Formation
- Décloisonnement et autonomie de la personne
- Centralisation et pérennisation des connaissances des ressources et expertises sur l'ensemble du territoire

GT2 : ATOUTS, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

GT2 : ACCESSIBILITE TERRITORIALE

ATOUTS

- Habitude de travail des opérateurs en « aller-vers ».
- Les permanences et consultations délocalisées se développent sur le littoral : EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité), EM3P (Equipe Mobile Psychiatrie Périnatalité et Petite enfance), Permanences d''Accès aux Soins de Santé en lien avec SAMU Social, EMPP et Médecins du Monde ; (CSAPA) Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
- Orientation vers la (PASS) Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- Grande fluidité de travail entre opérateurs institutionnels et associatifs accentuée avec la crise sanitaire. Accélération de « l'Aller-vers » avec notion d'interopérabilité, de perdus de vue.
- Déploiement d'Equipes Mobile par le Centre hospitalier de l'ouest guyanais sur des sites dans l'ouest guyanais au moins deux fois par mois
- Politique du centre hospitalier de Cayenne pour couvrir l'Est Guyanais : équipe mobile mensuellement à Cacao, tous 2 mois jusqu'à 3 Sauts; Savanes.
- Le Centre Médico-Psychologique Infantile (CMPI) de Kourou organise des consultations avancées 1 fois par mois à Sinnamary et jusqu'à Iracoubo.
- Le Centre médico-psychologique (CMP) organise le même dispositif.
- Le centre de ressources autisme (CRA) a une mission territoriale : tentative de couverture jusqu'à St Laurent du Maroni.
- Dynamique de télémédecine et téléconsultation et déploiement futur des missions sur St Georges, Maripasoula
- Rencontres partenariales sur Sinnamary pour des orientations
- Secteurs sanitaire, social et médicosocial : travail en partenariat croissant depuis 3 ans
- L'Action Sociale et le système de soins, les infrastructures de sports et de loisirs font espérer un avenir proche prometteur.

FAIBLESSES

- Manque d'infrastructures : plan de développement des voies fluviales et routières trop onéreux.
- Modèle socio-économique à consolider
- Adaptations institutionnelles à opérer dans le domaine de l'action sociale.
- Prestations ambulatoires délocalisées moindres (coût humain & discontinuité) de soins en délocalisé.
- Sites isolés. les relais avec le libéral même le plus basique n'existent pas toujours .
- Manque de structures de soins (addictologie) : cloisonnement filière addictologie . Fermeture Unité de soins : 4 lits d'hospitalisation pour sevrage pour tout le territoire.
- Manque d'espaces dédiés pour travailler le partenariat
- Précarité du terrain qui fragilise la santé mentale (Public migratoire précaire)
- Interopérabilité avec la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : Attente de 7 semaines au CHC, 1 mois pour Macouria et Balata. la PASS St Denis est fermée et Médecins du Monde : délai de 1 mois.
- Saturation des services du SAMU Social et délai de prise en charge de plus en plus long. D'autant que la population n'a pas toujours accès aux droits et qu'elle augmente.
- Engorgement CGSS et manque d'anticipation qui ne facilite pas l'accès au droit commun : inadaptation des horaires.
- Mauvaise connaissance des outils existants.
- Discontinuité de soins par manque de molécules.
- Inadaptabilité des structures.
- Manque d'Accueils de jour (ADJ) inconditionnels.
- Manque d'actualisation de la sectorisation territoriale en psychiatrie et pédopsychiatrie

OPPORTUNITES

- Structuration de la filière addictologie : Création service spécialisé (Hôpital de jour en addictologie); Création appartements thérapeutiques sur le modèle « Housing First ».
- Ma santé 2022 2 e-parcours avec outils numériques qui intègrent l'interdisciplinarité ;
- Annuaire de l'AGP (Associations Guyanaise des Psychologues) ;
- Espace numérique du patient ;
- Outils qui peuvent fonctionner en mode déconnecté pour permettre aux professionnels de travailler dans de bonnes conditions ;
- L'enquête Santé mentale en population générale è Conseil Intercommunal en Santé Mentale, Centre Hospitalier de Cayenne, Institut de Formation en Soins infirmiers accompagnée par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) vise a permettre de mobiliser de nouveaux acteurs.

MENACES

- Réseau aléatoire en Guyane et usage du numérique peu évident pour la population (accès à 2 vitesses parfois renforcé par le numérique)
- Plaque tournante de la drogue (crack) et troubles à l'ordre public en augmentation (cf. monographie 2019 par la Police Nationale - GP2P), addictologie +++
- Zones blanches et problème d'isolement
- Les transports en commun sont inadaptés ou inexistant dans l'ouest. (ex: une navette par jour Mana - Saint Laurent du Maroni, pas de transport intra-urbain)

GT2 : FORMATION

ATOUTS

- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier ANFH
- DU Médiation en santé, comportant une courte session sur la santé mentale. Place des médiateurs dans la formation ?
- Approche rétablissement en santé mentale (savoir expérientiel)
- Formation infirmiers en pratiques avancées
- Module sur la santé mentale intégré à la formation générale des infirmiers
- Nouvelles technologies
- Formations du Centre Ressource Prévention Suicide : Formations de formateurs : repérage et lers gestes
- Développement de la formation dans tous les pôles (CH, dispositifs régionaux, etc.) : Centre Ressource Prévention Suicide (CRPS), CUMP (Psychotrauma), Centre Ressources Autisme, Addictologie, Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS) : proposition d'harmonisation de toutes les structures de formation, meilleure communication via un catalogue de formations (en inter), demandes en intra
- Diplôme universitaire Autisme : expérience de cette formation à prendre en compte : formation diplômante.
- Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) : pour accréditer le Centre Hospitalier de Cayenne en vue de former en santé mentale des médecins généralistes
- Mise en œuvre de séminaires expérimentaux à destination des professionnels (sur 2 jours) : Centre Hospitalier de Cayenne et Institut Régional de Développement du Travail Social (IRDTS)
- Café des aidants (ATIPA autisme)
- Plateforme d'accompagnement des aidants è formation des aidants dans le cadre de la maladie d'Alzheimer
- Grand nombre d'initiatives qui demandent à être articulées et étendues : modélisation

FAIBLESSES

- Problème de diffusion des formations proposées (mails à prévoir - Centre Hospitalier de Cayenne ; diffusion du catalogue de formations) Peu de communication.
- Peu de formations spécialisées en psychologie et en addictologie
- Médecins généralistes hors du parcours de soin des patients psychiatriques
- Médecins généralistes non sensibilisés à la problématique psychique et à leur rôle de coordinateur du « parcours de soins » : leurs patients (en particulier les patients psychiatriques) manquent cruellement d'accompagnement dans leur parcours de soins, tant somatique que psychiatrique.
- Absence d'éducation thérapeutique à destination du patient et des proches
- Problématique de la rupture des traitements è question de la thérapeutique : faire le lien avec l'éducation thérapeutique du patient
- Médecins généralistes : absence de Développement Professionnel Continu (DPC)
- Temps de formation pour pouvoir délivrer un DPC (minimum 4h)
- Pour les médecins généralistes le temps d'évaluation en santé mentale est chronophage : nécessité de développer des outils du type de ceux développés dans le champ de l'autisme
- Les formations se déroulent souvent à Cayenne : difficile pour les professionnels de l'extérieur d'accéder à certaines formations
- Les questions de santé mentale doivent être intégrées aux formations initiales des travailleurs sociaux et autres professions
- Barrière de la langue

OPPORTUNITES

- Les choix de formation sont plus diversifiés dans l'hexagone.
- Fédération Addiction
- Formations « labellisées » existantes : Pro-famille ; Prospect ; Formations aux troubles psychiques de l'Unafam (Dont certaines en e-learning)
- Pluridisciplinarité des formations et développement de la culture commune et de l'interconnaissance mutuelle des acteurs
- Formation des aidants et prise en compte de leurs besoins
- Plateforme d'accompagnement des aidants è en cours d'élaboration d'1 espace mutualisé dédié à la formation
- Avènement imminent du Centre Hospitalo-Universitaire CHU de Guyane

MENACES

- e-learning : risque décrochage
- Difficultés sur les territoires de l'intérieur (contexte géographique spécifique)
- Turn-over des professionnels
- Manque de possibilités de formations, ce qui oblige les étudiants à devoir poursuivre leurs études médicales en métropole avec le risque de ne pas revenir exercer sur le territoire à cause de la faible attractivité (des bourses avec des contrats de formation pourraient être une solution)

GT2 : DECLOISONNEMENT ET AUTONOMIE DE LA PERSONNE

ATOUTS

- Consultations spécialisées en addictologie de proximité
- Permanences mensuelles du Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) au Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- Missions avancées en addictologie
- Les pouvoirs publics tentent de remédier à l'isolement des populations (par le biais des associations.) Divers programmes sont élaborés pour identifier, traiter, rattraper les retards d'accompagnement des populations.
- Dispositifs d'emploi accompagné : Association l'Ebène
- Projet Housing-first (un logement d'abord)

FAIBLESSES

- Les populations vivent regroupées sur les zones traditionnelles d'habitats (restriction géographique / enclavement)
- Missions avancées en addictologie 2 fois par mois : trop peu par rapport à l'ampleur de la problématique d'addictologie dans les communes de l'intérieur
- Absence de centre d'accueil pour demandeurs d'asiles et de visibilité de l'offre pour les personnes. Les personnes en situation de handicap sont confondues dans la masse.
- Exclusion des patients sans initiative ou réticents des soins psychiatriques et somatiques
- Délais d'attente de prise en charge (A évaluer)
- Pas toujours de suivi après hospitalisation
- Pas toujours de suivi somatique
- Autonomie de la personne, entre autres financière : Manque d'organismes mandataires judiciaires
- Difficulté à conserver un logement stable ou à l'entretenir.
- Difficulté et délai d'obtention d'un logement
- Absence d'offre diversifiée de logements (Appartements thérapeutiques, logements collectifs (foyers), etc.)
- Dispositifs de l'insertion professionnelle peu développés pour les personnes concernées par les troubles psychiques

OPPORTUNITES

- Développer « l'aller-vers »
- S'inspirer de l'esprit du « Zéro sans solution » ou le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches (Rapport – 10 juin 2014)
- S'inspirer du rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2017 « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 »
- S'inspirer de la plateforme d'appui mise en place en Dordogne par l'ARS Aquitaine pour apporter un soutien opérationnel aux particuliers et à tous les professionnels de la santé, du social et du médico-social pour le suivi des parcours de santé complexes (perte d'autonomie et maladies chroniques) :
- https://youtu.be/9oCaOHsQTtE
- https://www.pta24.fr/la-plateforme-territoriale-dappui
- Guichet unique pour les migrants et demandeurs d'asile
- Réhabilitation psychosociale (dispositif qui verra le jour à St Laurent en 2021)
- Initiatives de particuliers qui mettent à disposition des logements aux patients (coopération médecins Centre Hospitalier de Cayenne)

MENACES

- Il existe beaucoup d'initiatives qui peuvent échouer sans une coordination pensée par les acteurs de terrain.
- Ressources humaines
- Retranchement des professionnels derrière l'absence de volonté du patient, voire son refus (parfois l'on reste sur l'ancien paradigme « Le patient « vient » à la psychiatrie » dont on sait depuis des décennies qu'il mène à l'abandon d'une grande partie des patients psychiatriques au lieu de passer au nouveau paradigme inclusif « La psychiatrie vient au patient ».)
- Les adultes handicapés psychiques ont difficilement accès à la Prestation de Compensation du Handicap dont le référentiel reste axé sur les incapacités fonctionnelles, malgré le décret n° 2017-708 du 2 mai 2017 censé prendre en compte le handicap psychique.
- Manque de volonté des décideurs
- Saturation des lits d'hospitalisation en raison des difficultés du retour à domicile : manque de structures d'accueil ou de logements adaptés

GT2 : Centralisation et pérennisation des connaissances, ressources et expertises sur le territoire

ATOUTS

- Centre d'Investigation Clinique - Epidémiologie Clinique (CIC-EC) : possibilités d'études et développement de la connaissance
- Ateliers Guyane Promo Santé (GPS) (interconnaissance mutuelle et partage d'expérience)
- Gestion de cas complexes è par plusieurs acteurs pour différents publics (MAIA, CISM qui ne couvre que le territoire de la CACL)
- Comité de veille de l'ARS pour les situations traceuses (difficultés d'accès aux droits et aux soins parlantes // aux parcours de soins)

FAIBLESSES

- Manque de continuité et de pérennité de l'investissement autour du développement de la capacité d'agir des habitants.
- Pas de possibilité de recours simple et rapide à l'avis d'un expert (médecin généraliste, personne en souffrance, famille, etc.) en mode permanence téléphonique, par exemple.
- CIC-EC : peut-être question de ressources humaines pour mener des études en santé mentale
- Pas de centre ou de lieu ressource et d'expertise en santé mentale
- Grand dynamisme et beaucoup d'initiatives mais manque de synergie et de pilotage pour gagner en efficience et efficacité
- Interculturalité peu prise en considération dans le parcours de soins du patient/de l'usager

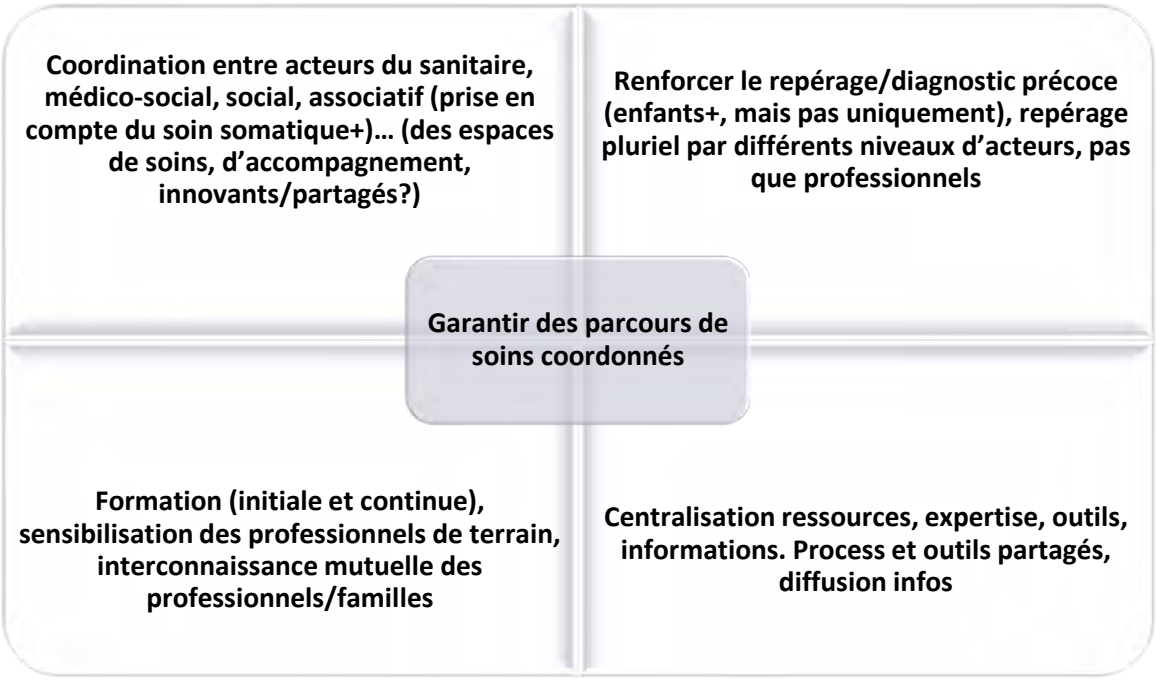
OPPORTUNITES

- Le Psycom est un organisme national d'information sur la santé mentale. Il promeut une vision globale de la santé mentale à destination de publics variés. Il gère publie entre autres, des annuaires locaux (Pour l'instant seulement en Ile de France).
- Communauté 360 : site internet avec mise en œuvre d'1 numéro unique pour les personnes et les aidants è mesure nationale à mettre en œuvre dans chaque département. En cours de mise en œuvre en Guyane
- Plateforme de répit et d'accompagnement et de répit veut également proposer un accueil et guider les aidants en collaboration avec les acteurs du territoire
- Répertoire opérationnel des ressources (offre de soins au niveau régional) en développement
- Outils numériques qui pourraient intégrer des référentiels et des protocoles via une banque de données de protocoles définis en région

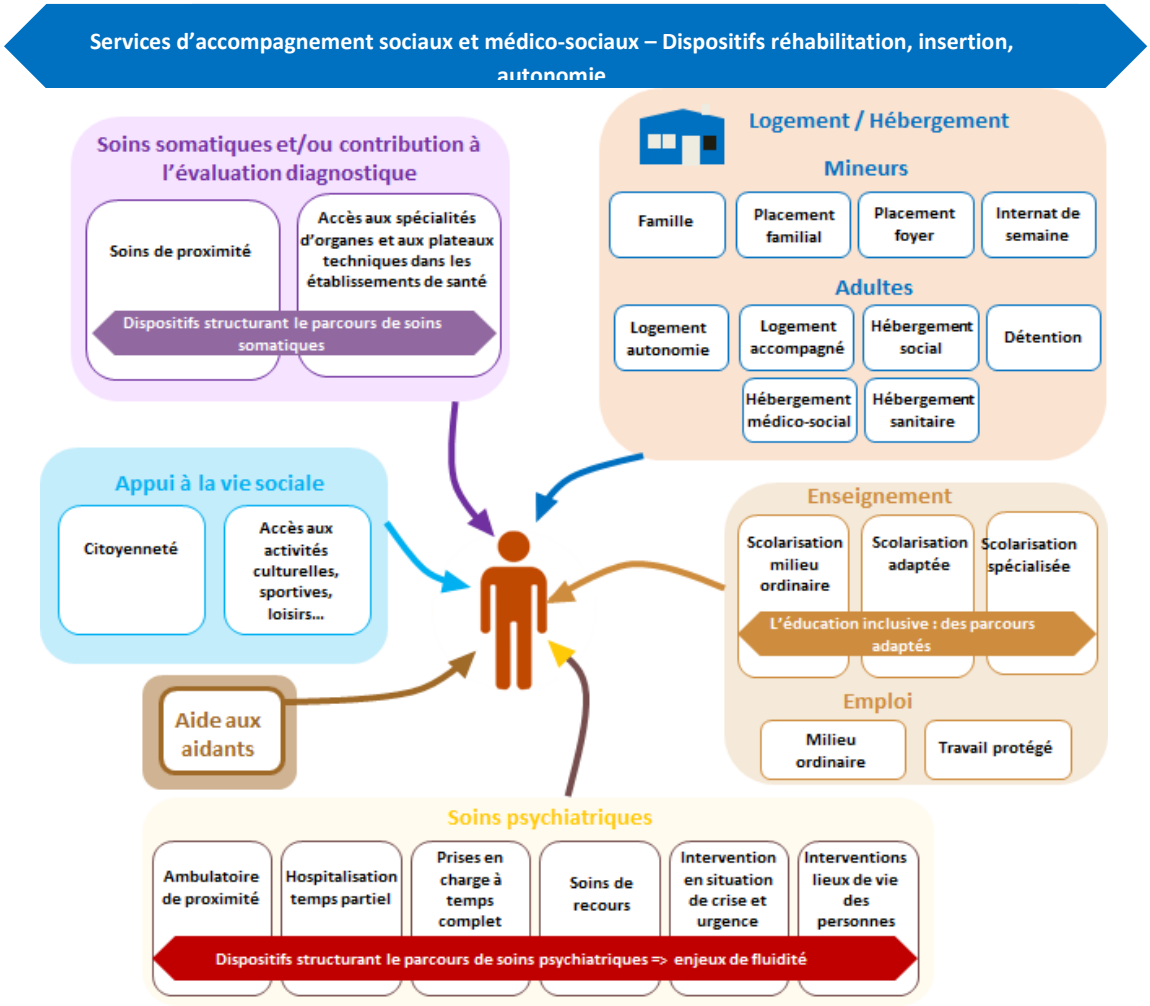
MENACES

- Obsolescence des données centralisées. Comme tous les outils de cette nature, outre la mise en place, la difficulté et le coût résident dans le maintien de la fiabilité des données. Implique une administration dédiée et budgétisée.
- Veiller à ce que les collectivités territoriales n'adoptent pas d'attitudes attentistes
- Fracture numérique

GT2 : ENJEUX IDENTIFIES POUR GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES



GT3 : GARANTIR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE



GT3 : THEMATIQUES RETENUES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : PERIMETRE

- Offre de soins somatiques pour les usagers de la santé mentale
- Coopération et/ou alliance thérapeutique entre les professionnels et les proches ou/et les personnes souffrant de troubles psychiques
- Offre de soins en Santé Mentale et inégalités territoriales
- Publics spécifiques (comorbidités, cumul de vulnérabilités)

GT3 : ATOUTS, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

GT3 : OFFRE DE SOINS SOMATIQUES POUR LES USAGERS DE LA SANTE MENTALE

ATOUTS

- Présence d'un médecin généraliste (MG) au CMP (centre médicopsychologique) Adulte du CHC avec pour mission d'intégrer les usagers dans un circuit de médecin traitant de ville
- Présence d'un MG sur les urgences hospitalières de Psychiatrie Adulte du CHC permettant l'accès aux soins somatiques pour les usagers hospitalisés en Psychiatrie
- Présence d'une équipe de liaison de Psychiatrie Adulte et de Pédo Psychiatrie au CHC permettant d'accompagner les équipes de soins somatiques pour les prises en charge des patients ayant des troubles psychiatriques et/ou en souffrance psychique hospitalisés en service de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)
- Expérimentation de l'outil « mon GPS » par l'équipe du CATTP du CHC
- Mise en place progressive du dossier patient informatisé unique (DPI) dans le cadre du GHT
- Existence de diverses structures sanitaires, médico-sociales et associatives accompagnant les usagers vers les lieux de soin (Equipes Mobiles, CAARUD, Croix-Rouge, Médecin du Monde, …)
- Existence de système soin pour tous (protection universelle maladie - PUMA, aide médicale d'état - AME, couverture maladie universelle - CMU, permanence d'accès aux soins de santé - PASS)
- Très fort dynamisme des acteurs territoriaux en santé mentale avec des réflexions communes
- Beaucoup d'association d'usagers, famille d'usagers, d'aidants au niveau du territoire

FAIBLESSES

- Absence de MG pour le service de Pédo Psychiatrie du CHC et pour les services de Psychiatrie du centre hospitalier de l'ouest guyanais, limitant l'accès aux soins somatiques pour les usagers en santé mentale
- Pas de réseau libéral spécifique pour les usagers de santé mentale (type réseau Kikiwi pour les patients HIV+). Réseau qui permettrait notamment la formation des professionnels libéraux, l'accès aux soins somatiques généraux, l'accès aux soins spécialisés (endocrinologie, pathologies infectieuses, gynécologie), la mise en place d'une coordination au sein du réseau entre les acteurs somaticiens et les acteurs en santé mentale pour éviter les perdus de vue en particulier.
- Insuffisance de la formation des médecins généralistes pour accueillir les usagers en santé mentale et les modalités d'expression des symptômes physiques, de la douleur chez ce public, en particulier aux services d'accueil d'urgence (SAU) du territoire mais aussi en cabinet libéral de ville.
- Difficulté des familles à obtenir des informations d'ordre médical
- Manque de coordination ville hôpital (défaut du recueil des antécédents somatiques lors d'une hospitalisation, défaut du suivi des soins somatiques au décours d'une hospitalisation, …)
- Insuffisance de l'établissement des protocoles d'affection longue durée (ALD) / 100 %
- Ensemble des soins ne sont pas couverts par l'ALD / 100%
- Disparité et inégalité de l'offre de soins somatique sur le territoire en général.
- Prise de rendez-vous complexe et différente en fonction des médecins (en particulier encas de non-affiliation à un médecin traitant).
- Difficulté des renouvellements des titres de séjour avec un risque de perte des droits sociaux.
- Système d'organisme de tutelle ou curatelle parfois défaillant (non-accompagnement vers le soin).

OPPORTUNITES

- Proposition de loi n° 3563 visant à répondre à l'urgence en Psychiatrie et Santé Mentale , l'article 1er déclarant la discipline grande cause nationale pour la période 2021-2025. (novembre 2020)
- CHC a signé la charte Romain Jacob qui vise à sensibiliser les acteurs du soin aux usagers en situation de handicap (dont les usagers de la Santé Mentale en situation de handicap)
- Référentiels de bonne pratiques de l'HAS /Campagne IQSS 2021 de l'HAS (dont des indicateurs spécifiques sur la prise en charge de la douleur, l'évaluation cardio-vasculaire, l'évaluation gastro-intestinale en UH de Psychiatrie)
- Des personnes ressources potentielles : Médecin traitant, IDE libéraux et IPA, Personne / Tiers de confiance , Famille, Entourage, Proche-Aidant, Curateur / Tuteur
- Des outils ressources potentiels : e-Santé, Dossier Médical Partagé

MENACES

- Méconnaissance du système de soin pour certaines populations (populations précaires ou migrantes / exilées ou non francophones)
- Retard diagnostic fréquent chez les usagers en santé mentale exposant aux risques de complications
- Non accès à la prévention primaire, secondaire, tertiaire
- Usagers en santé mentale parfois peu touchés par les campagnes de prévention / de sensibilisation, qui utilisent un « langage » qu'ils vont avoir du mal à décoder

GT3 : COOPERATION ET/OU ALLIANCE THERAPEUTIQUE ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PROCHES OU/ET LES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

ATOUTS

- Demande forte des usagers et des proches pour construire cette coopération et/ou cette alliance avec les professionnels sur le territoire
- Prise de conscience progressive des professionnels du territoires avec des améliorations relevées par les usagers et les proches dans certains secteurs en particulier l'ambulatoire
- Projets dans certaines structures type « groupes parents » et « groupe d'habilité sociale pour les parents » (hôpital de jour pédopsychiatrie centre hospitalier de Cayenne), « réunion soignants soignés » (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel – CATTP adulte centre hospitalier de Cayenne), permettant des espaces de concertation entre usagers-proches-professionnels
- Disponibilité d'organismes de formation sur le territoire comme Guyane Promotion Santé (GPS) proposant des programmes de formation à l'éducation thérapeutique du patient – ETP
- Déclinaison existante de la semaine d'information en santé mentale – SISM en Guyane
- Existence d'un conseil intercommunal en santé mentale(CISM) sur le territoire de la Communauté d'agglomération centre littoral (CACL)
- Enquête Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) « Santé Mentale en Population Générale » en cours sur le territoire, explorant les représentations sociales de la maladie mentale en Guyane

FAIBLESSES

- Défaut de l'approche actuelle en santé mentale à considérer l'« approche communautaire » dans les soins
- Faible représentativité de certaines communautés et cultures n'est pas équitable dans les instances décisionnaires du territoires, administrations, services de soins, association qui prennent en charge les personnes souffrant de troubles psychiques
- Absence d'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en santé mentale sur le territoire
- Manque d'animation territoriale en SM et d'échanges sur ces thématiques hors territoire de la CACL / Peu d'espaces pour accompagner la réflexion sur cette thématique en dehors de la SISM et des travaux du CISM, associant usagers – proches – professionnels
- Absence parfois de famille d'autant les soins organisés loin de l'environnement de vie comme lors des évacuations sanitaires (EVASAN) / Prise en charge déconnectée de l'environnement de vie, familial, communautaire pour les populations des communes de l'intérieur
- Insuffisance de l'intégration des médiateurs en santé dans les dispositifs de soin en santé mentale en Guyane pouvant proposer une posture de « tiers négociateur », en particulier dans les situations interculturelles.

OPPORTUNITES

- Loi n° 2019-485 du 22 mai 2019 ayant objet à favoriser la reconnaissance des proches aidants
- Grand Conseil Coutumier
- Associations communautaires
- Médiateurs en santé
- Pairs aidant
- Programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) comme outils de coopération et d'alliance thérapeutique entre usagers, proches et professionnels
- Disponibilité de « programmes- types » à l'ETP en SM : exemple : pro-famille, bipolis …
- Pertinence de la télémédecine comme vecteur d'échanges, de coopération, d'alliance entre usagers, proches, professionnels.

MENACES

- Cadre déontologique / secret professionnel perçu comme rigide par les famille et l'entourage.
- Stigmatisation en général de la maladie mentale pour le grand public / Représentation sociale négative de maladie mentale en population générale : frein à la coopération et à l'alliance.
- Variabilité importante des représentations sociales de la maladie mentale selon la communauté et la culture d'appartenance amenant à des incompréhension réciproque = frein à la coopération et l'alliance, source d'incompréhension .
- Faible accessibilité linguistique parfois entre usagers-proches-professionnels .
- Défaut d'adaptabilité et de reproductibilité des «programmes-types» d'Education Thérapeutique du Patient nationaux clés en main aux réalités Guyanaises.
- Fracture numérique des communes de l'intérieur pour le déploiement de la télémédecine.

GT3 : OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE ET INEGALITES TERRITORIALES

ATOUTS

- Une offre de soin qui s'étoffe progressivement sur certains secteurs et des projets en cours sur les centres hospitalier de Cayenne, Kourou et de l'Ouest Guyanais : CHC, CHK, CHOG, comme :
- Equipe Mobile Psychiatre Précarité (EMPP) au CHC
- Equipe Mobile Pédo Psychiatrie Périnatalité (EM3P) au CHC
- Centre Ressource Prévention Suicide (CRPS) territorial
- Dispositif VigilanS territorial
- Soutien de l'ARS pour le portage de nouveaux projets de renforcement de l'offre de soin
- Renforcement de la dotation annuelle de finance ment (DAF) de Psychiatrie aux centres hospitaliers de Cayenne et de l'Ouest Guyanais

FAIBLESSES

- Taux de rotation des RH / des professionnels avec les difficultés d'avoir une continuité pour les prises en charge (pertes d'informations…)
- Territoire reste peu attractif pour les professionnels en particulier les médecins mais aussi certaines professions : orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute
- Non remplacements des professionnels en cas d'absence tels arrêt maladie
- Inégalités territoriales persistantes : en particulier sur le territoire des savanes, l'Ouest, l'Est, les communes de l'intérieur; les dispositifs restent toujours «Cayenno-Centrés» et des structures spécifiques faisant défaut, en particulier :
- Absence de centre médicopsychologique adulte au Centre Hospitalier de Kourou (CHK)
- Absence de lits soins psychiatriques sans consentement (SSC) au Centre hospitalier de l'ouest guyanais CHOG
- Absence de centre médicopsychologique à St Georges
- Insuffisance globale des places en hospitalisation de jour
- Absence d'hospitalisation adolescents dont Autisme au CHOG
- Absence CATTP pédopsychiatrie au CHC
- Absence d'urgences psychiatriques / psychiatrie de liaison au CHK
- Persistance globale de « trous dans la raquette » concernant l'offre de soins psychiatrie, adulte, enfant, à l'échelle du territoire
- -bsence d'offre libérale tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie : manque de professionnels libéraux (psychiatres, pédopsychiatres) sur l'ensemble du territoire
- Manque de diagnostics posés
- Pas suffisamment de dispositifs d'aller-vers
- Pas d'aller-vers inconditionnel
- Paradigme de l'hospitalisation reste encore important
- EVASAN (évacuations sanitaires) des communes de l'intérieur encore trop important par défaut de possibilité de prise en charge « in situ » en particulier concernant le risque suicidaire / les tentatives de suicide
- Mauvaise lisibilité de l'existant

OPPORTUNITES

- Télémédecine pour d'autres spécialités, déjà efficiente sur le territoire dans les Centre délocalisés de prévention et de soins (CDPS) pour certaines spécialités médicales, donc facilité lorsque cela est possible de mise en place pour la Santé Mentale
- Visite délégation interministérielle a été acté 2hôpitaux des proximité À ST Georges et Maripasoula concernant aussi une offre en santé mentale intégrée
- Opportunité de la coopération transfrontalière pour l'utilisation du réseau internet pour faciliter l'outil

MENACES

- Difficulté de la continuité territoriale sur certaines zones dites communes isolée
- Difficulté d'étoffer l'offre de soins notamment sur les territoires de l'intérieur sans les vecteurs et logement et local pour assurer les missions : défaut de logistique et d'infrastructure, difficultés pour les agents de faire l'avance des frais et/ou prise en charge des frais.
- La réglementation sur le consentement de la personne peut exclure de fait des personnes présentant des troubles psychiatriques et/ou en souffrance psychique, qui ne donnent pas leur consentement : situation de zéro solution en dehors de soins psychiatriques sans consentement SSC
- Difficulté de la continuité territoriale numériques / frein au déploiement optimal de la télémédecine

GT3 : PUBLICS SPECIFIQUES (COMORBIDITES, CUMUL DE VULNERABILITES)

ATOUTS

- Des expériences positives intervenant auprès des publics spécifiques : tant au niveau sanitaire, médicosocial, qu'associatif : par exemple : Samu Social, Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues - CAARUD, Equipe Mobile Psychiatrie Précarité - EMPP, Équipe Mobile Psychiatrie Précarité P.A.S.S - EM3P, Groupement d'entraide mutuelle - GEM, Comité pour la santé des exilés - COMEDE, Arbre Fromager, Association Départementale d'Aide aux Victimes d'Infractions Pénales- ADAVIP, Association d'aide aux victimes Guyane- AGAV, Appartements de coordination thérapeutique - ACT, centre de ressources et de prévention du suicide - CRPS, centre de ressources autisme - CRA, Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles - CRIAVS, Communauté thérapeutique de Roura, développant des niveaux de compétences et des niveaux de recours au niveau territorial.....
- Dispositif « Cas Complexe » du Conseil intercommunal en santé mentale CISM de la communauté d'agglomération centre littoral
- Dispositif « Cas Complexe » de la MAIA
- Commission d'aval interdisciplinaire en Psychiatrie (à relancer néanmoins)

FAIBLESSES

- Des publics hyper spécifiques cumulant beaucoup de vulnérabilité sur le territoire en particulier les populations des fleuves / communes de l'intérieur / communes isolées, les populations migrantes, les populations précaires (cumul troubles psychiatriques / souffrance psychique, précarité, addiction, risque suicidaire, psychotraumatisme, violence intrafamiliale, perte de repaire culturel, pathos somatiques, difficultés économiques et administratives, désinsertion professionnelle : problématiques psychiatriques et psychosociales très complexes
- Nécessité des approches inter disciplinaires des situations complexes
- Engorgement des acteurs sociaux : assistants sociaux dits de secteur...
- Faiblesse d'engagement des pouvoirs publics en santé mentale
- Quelle offre de soin pour personnes en situation de non-demande?
- Quelle offre de soin pour personnes âgées?
- Quelle offre de soin pour les personnes sous-main de justice ? Difficultés de travailler avec la Magistrature.
- Quelle offre de soin pour le risque addictif ?
- Quelle offre de soin pour le risque suicidaire ?
- Quelle offre de soin dans le champ de l'autisme ?
- Quelle offre de soin en psychotraumatisme ?
- Peu de réseaux de soin spécifique
- Les personnes en situation de handicap ne sont pas prises en compte et totalement invisibles dès qu'elles ne font pas partie d'un établissement medicosocial. La charte Jacob est bien mais n'engage pas à grand chose concrètement

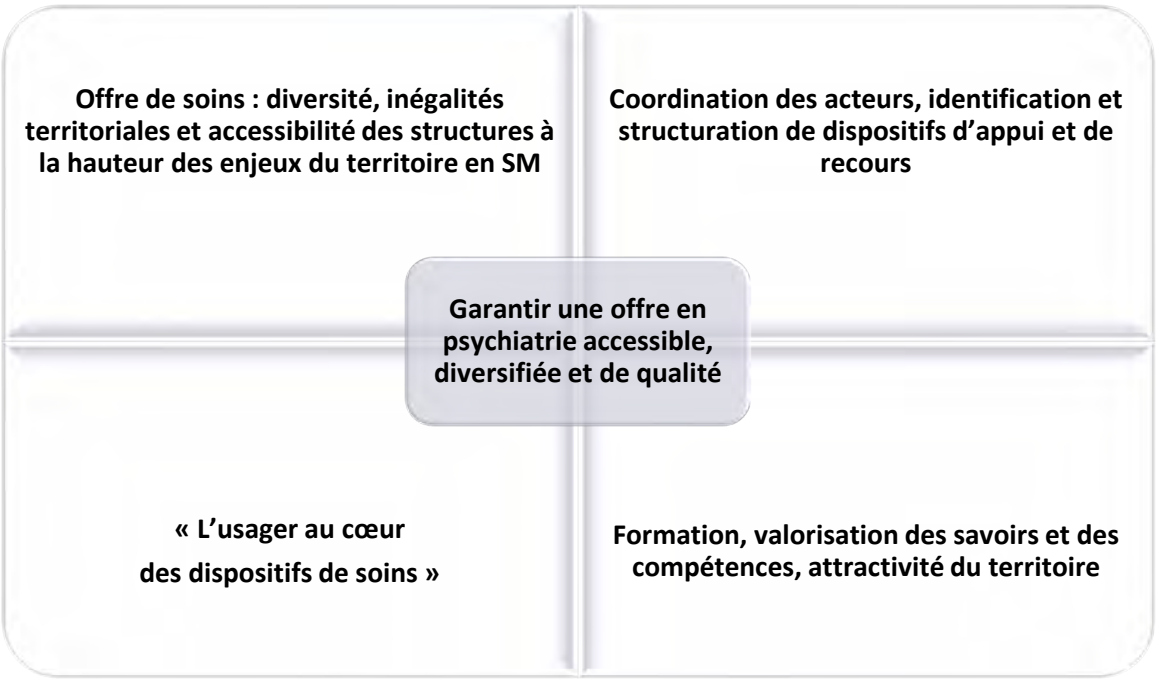
OPPORTUNITES

- Des mesures dédiées / financements fléchés à la précarité dans le SEGUR de la Santé (publié le 02.10.20).
- Des mesures dédiées / financements fléchés à des publics spécifiques autres (Plan Autisme, Addiction, Petite Enfance ....)
- Des appels à projet (AAP) nationaux dont il faut se saisir
- Des dispositifs « Cas Complexes » existants
- Politique du « Zéro sans solutions » Équipe Mobile Psychiatrie Précarité P.A.S.S

MENACES

- Des programmes nationaux , des mesures et des priorités nationales mal adaptés à notre contexte local
- Des non prises en compte au niveau national de problématiques spécifiques locales
- Des spécificités territoriales ignorées

GT3 : ENJEUX IDENTIFIES POUR GARANTIR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE



GT4 : AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Elaboration d'un langage commun par le groupe de travail 4

La souffrance psychique constitue l'une des 3 dimensions majeures du concept de santé mentale, avec les troubles psychiques et le handicap psychique.

La notion de souffrance psychique :

- La souffrance psychique peut apparaître dans diverses circonstances de la vie et faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou psychique.
- Elle est présente avec une intensité variable selon que la personne est en détresse psychologique ou est atteinte d'une pathologie mentale.

La réhabilitation psychosociale

- La réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.

GT4 : THEMATIQUES RETENUES PAR LE GROUPE DE TRAVAIL : PERIMETRE

- Soins et accompagnement médicosocial coordonné, logement, insertion professionnelle, accès aux droits
- Pouvoir d'agir, inclusion sociale
- Sensibilisation, Formation des acteurs
- Territorialisation

GT4 : ATOUTS, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES

GT4 : SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MEDICOSOCIAL COORDONNE

ATOUTS

- Quelques dispositifs d'accompagnements médicosocial (Plateforme Handicap Psychique, Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés - SAMSAH APAJH)
- Centre médico psychologique
- Agence solidaire pour l'habitat (Soliha)
- Habitat Inclusif: directions des bailleurs favorables
- Accompagnement médico-social: mise en place d'un partenariat d'un nouveau genre(avec équipe mobile SOS Solidarité et CHC) incluant le volet sanitaire donc accompagnement pluridisciplinaire favorisant le maintien de ces publics dans le logement.

FAIBLESSES

- Offre de logements faibles sur le territoire :
- Absence d'offre diversifiée de logements (Appartements thérapeutiques, logement collectifs (foyer), etc...)
- Difficulté à conserver un logement stable ou à l'entretenir.
- Difficulté et délais d'obtention d'un logement :
- pour la mise à disposition des logements pour l'habitat inclusif problème par délai vacance technique, typologie (T2) ouest guyanais, vandalisme, réquisition de l'Etat suite à des destructions de squats.
- Absence de dispositifs comme "un chez soi d'abord"
- Absence de solutions d'hébergement pour les femmes victimes de violences
- Absence de Maisons d'accueil spécialisé (MAS)
- Exclusion des patients sans initiative ou réticents de ces accompagnements
- Délai d'attente de prise en charge
- Pas de suivi après hospitalisation
- Pas d'accompagnement somatique
- Difficultés, voire impossibilité de mettre en place une protection judiciaire sans l'accord de la personne, rarement consentante
- Manque d'organismes mandataires judiciaires
- Les accompagnements s'arrêtent à la réticence du patient, au détriment de ses besoins et de sa santé. D'où l'abandon du patient à son sort.

OPPORTUNITES

- -De plus en plus d'associations répondent aux appels à projet de l'ARS sur la thématique de l'habitat inclusif (HI) pour public souffrant de trouble psychique d'autant plus que la loi ELAN renforce le volet de l'inclusion sociale chez les bailleurs sociaux
- -S'inspirer de l'esprit du « Zéro sans solution » ou le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches (Rapport - 10 juin 2014)

MENACES

- -Décloisonement des pratiques et des méthodes de travail pour tendre vers une vision commune de la notion du "médicosocial"
- •Manque de volonté de changement des acteurs
- •Manque d'implication des décideurs

GT4 : POUVOIR D'AGIR, INCLUSION SOCIALE, INSERTION PROFESSIONNELLE, LOGEMENT, ACCES AUX DROITS

ATOUTS

POUVOIR D'AGIR
- Formation mixte approche au rétablissement en santé mentale CHC
- Respect de la parole de l'usager

INCLUSION
- Groupement d'entraide mutuelle (GEM) psy
- Semaine de la santé mentale
- Suivi psychosocial Centre médicopsychologique (CMP)

LOGEMENT
- SOLIHA agence solidaire pour l'habitat
- Intérêt de la Samsamar, Simko pour l'habitat inclusif (mutualisation, accompagnement adapté, ...)
- Hébergement familial

EMPLOI
- Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PRITH), Cap emploi,

ACCES AUX DROITS
- Caravane santé sociale
- Formation mixte approche au rétablissement en santé mentale CHC
- Prestation de compensation du handicap peu octroyée par la Maison Départementale des personnes handicapées (MDPH) aux personnes en handicap psychologique

FAIBLESSES

POUVOIR D'AGIR
- Formation des professionnels axé sur le modèle paternaliste(empowerment)
- Accompagnement unidirectionnel des institutions, déresponsabilisation des usagers
- Capacité financière de la personne
- Non respect de la parole de l'usager
- Le patient n'intègre pas toujours le processus de soin

INCLUSION
- Pas de dispositif de réhabilitation psychosociale
- Manque de coordination

LOGEMENT
- Accueils d'urgence existants ne prennent pas en compte la spécificité "troubles psychiques" et refuse parfois ces personnes qui se retrouvent alors sans solution.
- Absence d'accompagnement des familles hébergeantes et manque de structures de répit
- Pas suffisamment de logement inclusif
- Absence de coordination dans le parcours d'accompagnement vers le logement autonome
- Insuffisance de structure ambulatoire d'accompagnement au logement
- Construction peu adaptée au public
- Positionnement des constructions
- Dégradations fréquentes des logements

ACCES AUX DROITS
- Absence de communication grand public
- Accompagnement insuffisant a l'accès aux droits

Situations administratives bloquent l'accès aux droits et aux soins des personnes

OPPORTUNITES

- Cadre législatif : charte de l'usager en santé mentale(2000),"usagers acteurs"(2002.)
- Priorité d'accès au logement pour les publics usagers de la psychiatrie
- Contrats locaux de santé (Matoury, cayenne, Saint Laurent du Maroni, Rémire, Kourou)
- Conseil Intercommunal en santé mentale (CISM)
- Recours a la prestation de compensation du handicap (PCH) (aide humaine,,,)
- Aide aux postes pour faciliter l'accès a l'emploi
- PAGOFIP portée par l'EPNAK
- Loi ELAN (inclusion des personnes vulnérables)
- Actions de sensibilisation communes
- Soutenir et renforcer les prémisses de développement des acteurs favorisant l'accès au sport et à la culture aux personnes souffrant de troubles psy
- Prémices sur la pair-aidance (plateforme SOS, ...)

MENACES

- Limiter l'empowerment à l'Education Thérapeutique du Patient à la psychoéducation
- Grand public, y compris les familles au-delà du premier cercle, non impliqué
- Le règlement en vigueur complique la prise en charge et les réponses des cas vulnérables
- Absence de confiance des bénéficiaires avec les institutions
- Priorité au logement donnée aux populations migrantes, et femmes victimes de violences
- Explosion démographique
- Attention à ne pas mélanger public handicap lourd ou moyen et public usager de la psychiatrie

GT4 : SENSIBILISATION, FORMATION DES ACTEURS

ATOUTS

SENSIBILISATION

- La mise en place du Conseil intercommunal en santé mentale (CISM) juillet 2018 a été un atout la dédramatisation de la thématique ; mise en relation d'un panel large d'acteurs ; l'ouverture des possibilités d'ouverture de formation sur la thématique.
- Reprise des SISM depuis 2019 sur le territoire de la CACL.

FORMATION DES ACTEURS

- Formation mixte au rétablissement a pérenniser (Centre hospitalier de Cayenne) avec échange entre les acteurs

FORMATION DES BENEFICIAIRES

- Des aides des AGEFIPH existent

FAIBLESSES

SENSIBILISATION

- Stigmatisation des pathologies psychiatriques persistantes
- Démotivation / manque d'implication
- Absence d'éducation thérapeutique à destination du patient et des proches
- Manque de professionnels formés sur le territoire et de connaissances des métiers pour faciliter l'orientation des jeunes

FORMATION DES ACTEURS

- Médecins (généralistes) non formés à la problématique psychique
- Le sous effectif des équipes
- Formation des psychiatres sur les psychotropes et leurs effets secondaires
- Manque d'analyse des pratiques

FORMATION DES BENEFICIAIRES

- Aides AGEFIPH peu utilisées

OPPORTUNITES

SENSIBILISATION

- Utiliser davantage l'inclusion culturelle / sportive (participation, accueil de stagiaire…)
- Etude en santé mentale en population générale (Centre hospitalier de Cayenne, IFSI, CIC-EC) avec restitutions ouvertes prévues en octobre
- Organisation de formation inter acteurs (a diffuser et a utiliser)
- Mutualisation de notre retour d'expérience avec les autres bailleurs par le biais de la communauté d'agglomération du Centre Littoral (CACL) (fonctionnement en interne / proposition d'un projet de service en interne pour mieux accompagner les publics vulnérables = susciter un intérêt commun pour l'ensemble des équipes sur la thématique)
- https://www.psycom.org/
- Sport sur ordonnance

FORMATION DES BENEFICIAIRES

- Aides AGEFIPH possibles
- Obligation de formation des personnes handicapées / orientation pour 16-18 ans en situation de handicap
- Dispositif AGEFIPH - INCLUS PRO FORMATION

MENACES

- Certaines personnes sont réfractaires aux changements dans les mentalités et dans les pratiques professionnelles
- Absence / méconnaissance des aides financières a la participation aux activités inclusives (culture / sport)

ATOUTS

- Divulgation sur les pratiques innovantes locales sur la "fabrique territoire santé": afin de compléter un registre sur la promotion de la santé au national

A

FAIBLESSES

- Insuffisance de structures de soins et dispositifs d'accompagnement dans l'ouest et dans l'est
- Absence de structure d'hébergement pour faciliter l'accueil pendant les soins
- Absence de compensation financière aux frais d'approches (transport,...)
- Mobilité (transport en commun) et accompagnement insuffisants pour les personnes ayant des troubles psychiques qui souhaitent accéder aux activités culturelles, formation
- Ressources humaines trop faible pour couvrir les territoires de l'intérieur
- Difficultés d'accès aux ressources numériques qui freinent les démarches
- Absence d'ESAT (établissement et service d'aide par le travail) spécialisé adapté psy

OPPORTUNITES

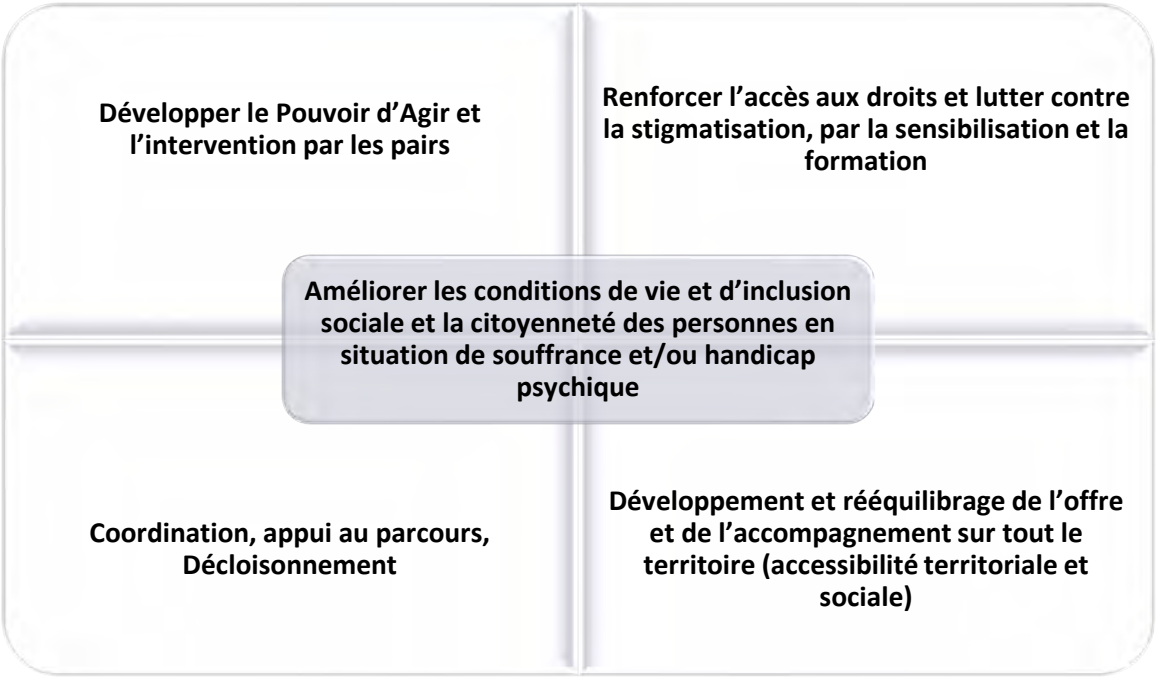
- Schéma de l'autonomie pour la création de dispositifs de coordination des soins pour les personnes handicapées

O

MENACES

M

GT4 : ENJEUX IDENTIFIES POUR AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE SOUFFRANCE ET/OU HANDICAP PSYCHIQUE



SYNTHESE DES ENJEUX IDENTIFIES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL POUR LE FUTUR PTSM

REUNION DE MISE EN COMMUN DES PILOTES ET CO-PILOTES

Lors d'une réunion de mise en commun de l'ensemble des travaux (le 1er juillet 2021) les pilotes et copilotes ont échangé sur les enjeux identifiés par chaque groupe et ont repéré les enjeux transversaux et spécifiques suivants qui seront affinés lors de la mise en œuvre des travaux d'élaboration du PTSM.

Le schéma page suivante reprend l'organisation de ces enjeux dans un modèle écologique.

ENJEUX TRANSVERSAUX

Les travaux des groupes de travail ont permis d'identifier des enjeux transversaux. Ces enjeux auront vocation à être objectivés dans chaque fiche action du PTSM de Guyane.

- Coordination, coopérations, décloisonnement, partenariat, gouvernance participative
- Savoirs, savoir-faire, savoir-être (dont les savoirs expérientiels)
- Prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé

ENJEUX SPECIFIQUES

Les groupes de travail ont également identifié des enjeux spécifiques :

GT1 : Promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes dans leur environnement

GT1 : Prévention du suicide et du risque suicidaire , promotion de la santé mentale, prise en compte des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé et des populations vulnérables (cf. décret)

GT2 : Repérage, diagnostic précoce

GT2 : Formation des professionnels, sensibilisation des acteurs, de la communauté, valorisation des savoirs expérientiels et des compétences

GT2 : Appui au parcours, Centre de ressources, Pôle de compétences, Plateforme Territoriale d'Appui

GT3 : Offre de soins en santé mentale répartie sur le territoire : qualité, diversité, accessibilité

GT3 : Développement de l'attractivité du territoire

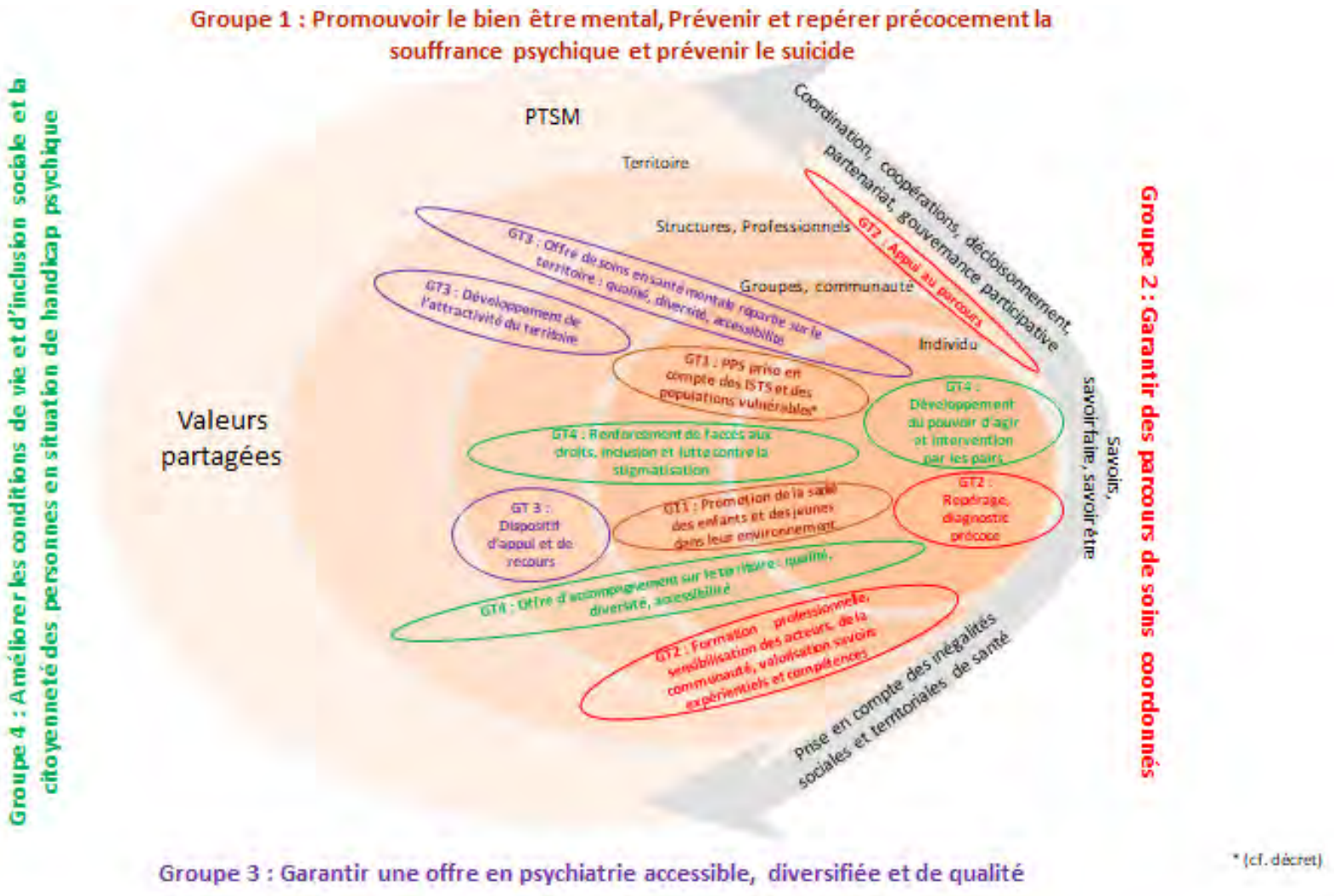
GT3 : Dispositif d'appui et de recours

GT4 : Offre d'accompagnement sur le territoire : qualité, diversité, accessibilité

GT4 : Renforcement de l'accès aux droits, inclusion et lutte contre la stigmatisation

GT4 : Développement du pouvoir d'agir et intervention par les pairs

Figure 7 : synthèse des enjeux



ANNEXE 1 : CARTE D'IDENTITE DU TERRITOIRE

Le territoire *46*
Géographie 46

Indicateurs de santé de la population *47*
Espérance de vie 47
Causes médicales de décès : Hommes 47
Causes médicales de décès : Femmes 48
Taux de mortalité 48
Maladies à déclaration obligatoire 49
Suicide 50
Addictions 50

Le handicap *52*
Allocataires handicapés 52
La scolarisation des élèves en situation de handicap 53
La vie dans la cité 56
Emploi des personnes handicapées 56
Activités sportives 58
MDPH 58

Prévention et Promotion de la santé mentale *59*
Programmes d'éducation thérapeutique à destination des aidants (ETP) 59
Semaines d'information en santé mentale (SISM) 59
Centre de ressources prévention suicide 59
Programme Bien être des populations de l'intérieur - BEPI 60
Programme" Agir ensemble pour mieux vivre sur le haut Maroni" 60
dispositif « Sentinelles » 60
Prévention Promotion de la santé mentale en milieu scolaire 61
Volet numérique 3.0 61
Actions de renforcement des compétences psychosociales 62

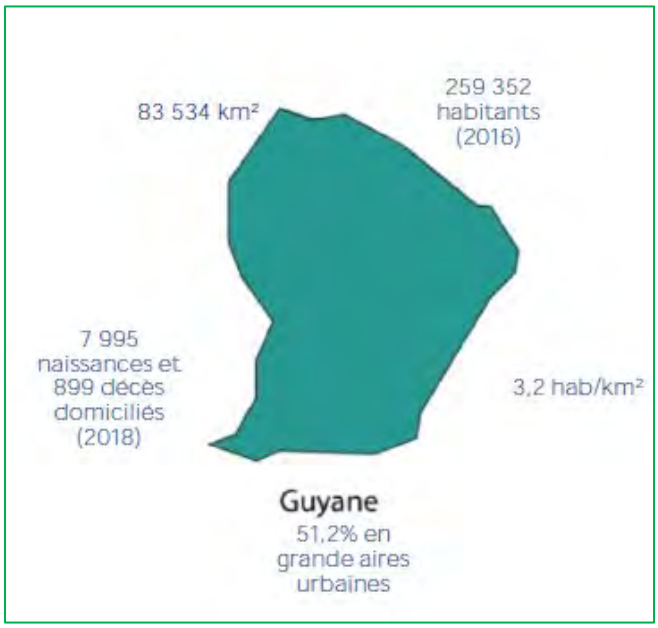
Recours et prise en charge *63*
L'assurance maladie 63
Le recours aux soins 64
Consommation de médicaments 65
La prise en charge en établissement de santé 66

Parcours santé mentale *69*
Parcours de santé mentale du GHT de Guyane 70
L'offre de soins ambulatoire 72
L'articulation ville-hôpital - troubles mentaux fréquents 74
L'accès à la prévention et aux soins somatiques - troubles mentaux fréquents 74
Les soins sans consentement 74
Lieux et dispositifs de coordination des parcours (généralistes ou spécialisés) 77
L'organisation de la prise en charge en santé mentale 80
Equipement sanitaire et activité 81
Offre en sante mentale - Equipements specifiques 83
Présence d'unités spécialisées dans la prise en charge de patients agités ou difficiles 83

Les professionnels 84
L'offre communautaire *88*
Groupes d'entraide mutuelle (GEM) 88
Equipement médico-social et social *88*
Adultes handicapés 91
Enfance handicapée 93
Réponse accompagnée pour tous 94
Communauté 360 94
L'addictologie 94
Caractéristiques socio-démographiques de la population *95*
ProjEctions démographiques à l'horizon 2030 (INSEE 2017) 95
Démographie 96
Couples, familles, Ménages 100
Logement 102
Résidences principales 106
Taux bénéficiaires Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc), et Aide Médicale d'Etat (AME) parmi les consommant du Régime Général 106
Diplômes et formation 107
Population active, emploi et chômage 109
Lutte contre la précarité et l'exclusion *123*
Dispositifs d'aller-vers pour les personnes en situation de précarité et en souffrance psychique 123
Dispositifs « un chez soi d'abord » ou inspirés du modèle « un logement d'abord » 123

LE TERRITOIRE

Figure 1 : Carte contexte territorial



Sources : Statiss 2019

Tableau 1 : Géographie et population

Données	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Superficie en km²	543 941	86 367	**83 534**
Population au 1er janvier 2016 - Recensement de population	64 468 721	1 039 942	**269 352**
Population au 1er janvier 2019 - Estimation de population (1)	64 821 954	1 028 317	**283 539**
Densité au 1er janvier 2016 en habitants / km²	118,5	12,0	**3,2**
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2016 (2)	82,9	Nd	**51,2**
Naissances domiciliées 2017 définitives*	728 100	15 823	**8 057**
Naissances domiciliées 2018 définitives*	717 795	15 914	**7 995**
Décès domiciliés 2017 définitifs	591 372	7 302	**964**
Décès domiciliés 2018 définitifs	594 298	7 449	**899**

(1) Résultats provisoires arrêtés fin 2019.
(2) Indicateurs sociaux départementaux - présentation du zonage en aires urbaines.
Codes indiquant la catégorie de la commune au sein du découpage en aires urbaines : 111, 112, 120.
Sources : Insee, recensement de la population, estimations de population. Statistiques de l'état civil IGN.

INDICATEURS DE SANTE DE LA POPULATION

ESPERANCE DE VIE

Tableau 2 : Chiffres clés sur la population de Guyane et de France métropolitaine

Espérance de vie à la naissance	Guyane			France métropolitaine
	2008	2017	2018	2018
Hommes	74,7	76,7(p)	78,2(p)	79,5
Femmes	81,3	82,0(p)	83,3(p)	85,4

p : provisoire

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

CAUSES MEDICALES DE DECES : HOMMES

Tableau 3 : Nombre de décès hommes tous âges selon la cause en 2015

Causes	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Maladies infectieuses et parasitaires	5 215	91	**13**
dont sida et V.I.H.	277	13	**4**
Tumeurs	94 953	893	**93**
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	9 282	194	**19**
Troubles mentaux et du comportement	10 140	100	**11**
dont abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	1 994	46	**5**
Maladies du système nerveux et des organes des sens	14 422	189	**10**
Maladies de l'appareil circulatoire	65 708	750	**90**
Maladies de l'appareil respiratoire	20 921	175	**22**
Maladies de l'appareil digestif	12 487	185	**25**
Maladies de l'appareil génito -urinaire	4 816	76	**9**
Causes externes de blessure et empoisonnements	22 448	355	**86**
dont suicides	6 849	46	**12**
dont accidents de transport	2 256	70	**20**
Symptômes, états morbides mal définis et autres causes	28 949	534	**94**
Total toutes causes	289 341	3 542	**472**

Source : Inserm, CépiDc - Exploitation Fnors.

CAUSES MEDICALES DE DECES : FEMMES

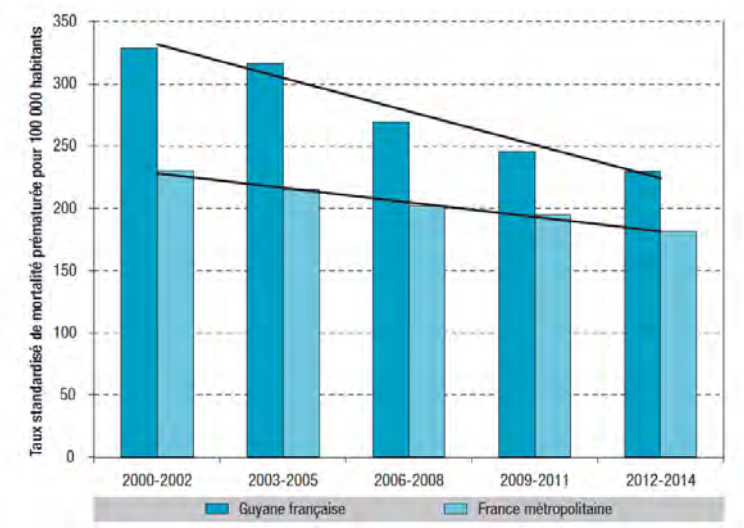
Tableau 4 : Nombre de décès femmes tous âges selon la cause en 2015

Causes	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Maladies infectieuses et parasitaires	5 713	95	**16**
dont sida et V.I.H.	80	18	**8**
Tumeurs	71 267	788	**71**
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	11 523	249	**24**
Troubles mentaux et du comportement	14 933	62	**3**
dont abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)	496	2	**0**
Maladies du système nerveux et des organes des sens	22 989	204	**7**
Maladies de l'appareil circulatoire	76 281	809	**83**
Maladies de l'appareil respiratoire	21 146	167	**18**
Maladies de l'appareil digestif	10 955	117	**12**
Maladies de l'appareil génito -urinaire	5 038	79	**13**
Causes externes de blessure et empoisonnements	15 654	133	**34**
dont suicides	2 099	16	**7**
dont accidents de transport	758	16	**5**
Symptômes, états morbides mal définis et autres causes	34 989	556	**84**
Total toutes causes	290 488	3 259	**365**

Source : Inserm, CépiDc - Exploitation Fnors.

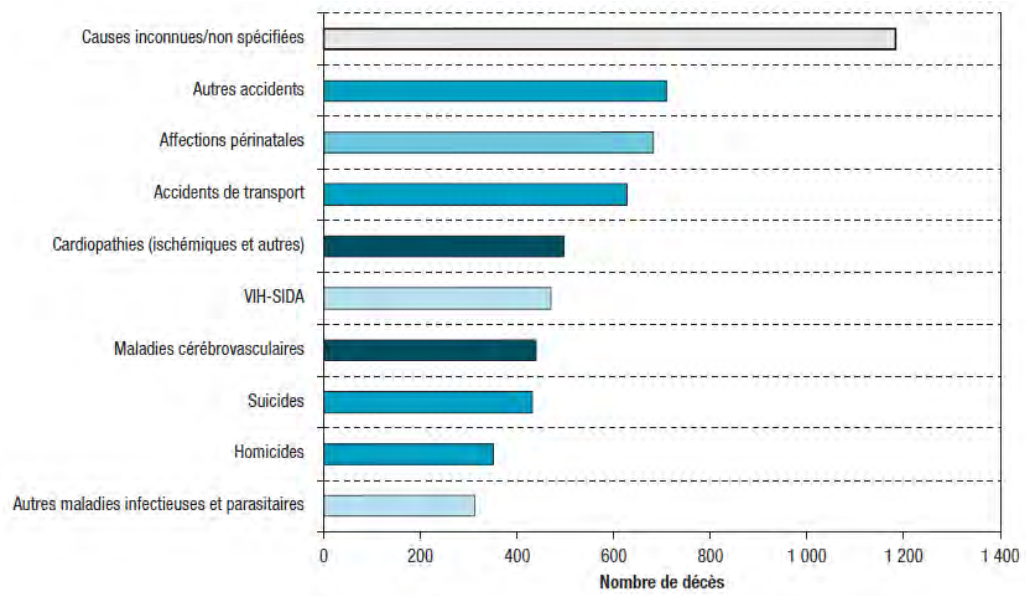
TAUX DE MORTALITE

Figure 2: Evolution du taux standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) pour 100 000 habitants en Guyane française et en France métropolitaine



Sources : CépiDC-INSERM – BEH du 28 janvier 2020.

Figure 3 : Principales causes de décès avant 65 ans en Guyane française



Sources : CépiDC-INSERM – BEH du 28 janvier 2020.
Légende : 5 693 décès sur 10 519 étaient attribués à 10 causes initiales. Si l'on retire les causes inconnues, 4 510 étaient attribués à 9 causes initiales connues.

MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Tableau 5 : Nombre de cas déclarés au cours de l'année

Maladies	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Cas individuels déclarés de certaines MDO			
Hépatite aiguë A (1) 2017	3 303	17	14
Hépatite aiguë A (1) 2018	1 438	12	9
Découvertes des séropositivités VIH (5) 2017	Nd	273	156
Découvertes des séropositivités VIH (5) 2018	Nd	199	92
Infections invasives à méningocoques (2) 2017	538	4	1
Infections invasives à méningocoques (2) 2018	435	2	0
Légionellose (2) (3) 2017	1 589	3	0
Légionellose (2) (3) 2018	2 090	5	1
Tuberculose (1) 2017	4 786	119	89
Tuberculose (1) 2018	4 919	100	74
Rougeole (2) (4) 2017	591	0	0
Rougeole (2) (4) 2018	2 803	1	1
Toxi-infections alimentaires collectives			
Nombre de foyers (6) 2016	1 401	36	9
Nombre de cas (6) 2016	13 302	287	74

(1) Les données sont présentées au lieu de déclaration.
(2) Les données sont présentées au lieu de domicile.
(3) La valeur France entière inclus les cas de personnes résident hors France.
(4) La valeur France entière inclus les cas où le département de résidence est inconnu.
(5) En raison du secret statistique, les données départementales ne sont pas disponibles.
(6) En attente des données 2017. Les indicateurs seront actualisés ultérieurement.
Sources : Santé Publique France, MDO

SUICIDE

« Le taux de suicide global en Guyane française est estimé à 7 pour 100 000, soit un taux inférieur à celui de la France métropolitaine. Cependant, la majorité des cas de suicide sont signalés dans les communautés amérindiennes. […]

La Guyane française ne dispose d'aucun organisme permettant un recensement spécifique et en temps réel des victimes. À l'instar des données nationales, le nombre de suicides provient des certificats de décès transmis au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc). […]

En France, les décès ne sont prononcés que par des médecins, ce qui complique les procédures de déclarations dans certaines communes très isolées de Guyane ne disposant parfois que d'un infirmier. À cela s'ajoutent les enterrements précoces par les familles, sans sollicitation préalable des CDPS, conduisant à une sous-déclaration des suicides. Les publications concernant les suicides et les tentatives de suicide (TS) en Guyane sont peu nombreuses, de même que les données chiffrées et actualisées disponibles, qui permettraient d'avoir un état des lieux et de mesurer l'ampleur de ce problème de santé publique. […]

Une étude rétrospective des cas a été réalisée de 2007 à 2018. L'objectif principal de l'étude était d'établir les caractéristiques démographiques et géographiques des TS et des suicides en fonction de l'accessibilité ou non par la route. Les objectifs secondaires étaient l'identification des tranches d'âges à risque et des modes opératoires utilisés en fonction des zones d'habitations. »

Les résultats de cette étude montrent que

« Les taux de suicides les plus élevés étaient retrouvés dans les communes de Camopi et Trois Sauts avec, respectivement, 113 et 137 décès pour 100 000 habitants par an. L'âge moyen des décès par suicide était significativement plus bas dans les communes isolées de l'intérieur (25 ans, IC95%) que dans les villages plus proches du littoral (36 ans). Les modes les plus utilisés étaient la pendaison (72%) et l'intoxication (18%). De façon similaire, le taux de tentatives de suicide le plus élevé était observé dans les zones isolées et particulièrement Camopi et Trois Sauts, avec respectivement 265 et 413 pour 100 000 habitants/an. Là aussi la pendaison était la méthode la plus utilisée. »

Ainsi, « les taux de suicide dans les communes isolées de Guyane étaient jusqu'à 8 fois plus élevés qu'en France métropolitaine. Le suicide chez les jeunes et particulièrement dans les communes amérindiennes doit être mieux compris afin d'apporter des réponses adaptées au contexte. »

Sources : BEH du 15/12/2020

ADDICTIONS

LES USAGERS DE PRODUITS ILLICITES

"L'ensemble des données TREND confortent l'image d'une large diffusion du cannabis à l'ensemble des catégories sociales, tous âges confondus, avec une tendance marquée vers un rajeunissement de l'âge d'initiation (certains débuts de consommations signalés dès 8-10

ans). Le cannabis est très souvent consommé en association à d'autres substances, soit pour augmenter ses propres effets, soit pour réguler ou atténuer les effets négatifs de certains produits. Les associations les plus fréquemment retrouvées se font avec : · le tabac, l'alcool, le crack (sous forme de « Blaka Jango » ou « Black-joint »).

La visibilité de l'usage du crack semble également en pleine expansion. Par ailleurs, le phénomène de l'errance ne fait que croître. […] peut être en lien avec l'usage du crack engendrant la marginalisation. A ce jour, il semble que tous les types d'errance déjà identifiés soient en augmentation en Guyane : les errants métropolitains « routard » et ceux issus des services de psychiatrie, des errants immigrés clandestins, de plus en plus difficiles à identifier. Chez ces errants, l'usage du crack et de l'alcool est constant, ainsi que souvent associé à celui du cannabis."

Sources PEIDD. Octobre 2015

L'EXPERIMENTATION DE DROGUES ILLICITES

Il faut souligner la différence entre les données TREND indiquées précédemment et qui concernent les usagers, et les chiffres concernant l'expérimentation qui s'intéressent aux affirmations concernant au moins un usage au cours de la vie. L'expérimentation de cannabis concerne un quart des Guyanais, plus souvent les hommes que les femmes. […]Pour les autres drogues illicites, les niveaux d'expérimentation sont :

- *2 % pour la cocaïne,*
- *1,8 % pour les champignons hallucinogènes,*
- *1,3 % pour l'ecstasy ou MDMA,*
- *inférieurs à 1 % pour les poppers, les amphétamines et le crack.*

Sources PEIDD. Octobre 2015

CONSOMMATION D'ALCOOL

Plus d'un tiers des Guyanais (35 %) déclare consommer de l'alcool toutes les semaines.

3,6 % des 15-30 ans consomment de la bière ou des alcools forts quotidiennement. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) concernent un tiers de la population (32 %), plus souvent les hommes (44 %) que les femmes (21 %). L'usage d'alcool à risque chronique concerne 9 % de la population : 13 % des hommes et 4 % des femmes. Parmi ces consommateurs, la consommation hebdomadaire moyenne estimée est de quarante-trois verres par semaine, contre vingt-six en métropole.

Sources PEIDD. Octobre 2015

CONSOMMATION DE TABAC

La prévalence du tabagisme occasionnel est de 6 %, celle du tabagisme quotidien de 12 %. Les Guyanais affichent ainsi un tabagisme bien moindre qu'en métropole.

Sources PEIDD. Octobre 2015

OBSERVATION DE TERRAIN

La consommation de produits psychoactifs en Guyane peut se résumer en une trilogie cannabis, crack et alcool, avec une tendance à la pratique de consommations croisées. Les usagers d'héroïne ont un profil bien spécifique : souvent quadragénaires, guyanais ou métropolitains, ils ont pour la plupart commencé leur expérimentation en France métropolitaine.

Situations particulières :

- *les femmes en difficulté sociale (clandestines ou prostituées) sont souvent consommatrices de produits psychoactifs,*
- *les jeunes guyanais tendent à consommer davantage d'alcool, comme leurs homologues métropolitains, notamment des prémix.*
- *Dernièrement, les collégiens relatent aux professionnels l'expérimentation de « Purple drank »*

Sources : PEIDD. Octobre 2015

TRANSPORT DE PRODUITS ILLICITES

La consommation de substances psychoactives n'est pas uniquement une problématique de santé publique. Dans un environnement géographique propice aux flux de marchandises et de populations et dans un contexte de difficultés socioéconomiques, l'appât du gain conduit nombre de guyanais, notamment des jeunes, à s'impliquer dans le transport de produits illicites. Les passeurs de drogue ou « mules » en jargon douanier, transportent alors soit le produit in corpore, soit dans les bagages. Ces mules peuvent être recrutées par des organisations criminelles françaises installées en métropole.

Le phénomène est en augmentation constante et fait couler beaucoup d'encre dans la presse guyanaise. Deux parlementaires guyanais ont d'ailleurs interpellé le gouvernement en 2015, allant jusqu'à réclamer l'installation d'un scanner à l'aéroport.

Sources : PEIDD. Octobre 2015

LE HANDICAP

ALLOCATAIRES HANDICAPES

LES ENFANTS ET ADOLESCENTS RECEVANT L'AEEH

Tableau 6 : Nombre d'allocataires de l'AEEH en décembre 2019

Département	Nombre d'enfants	Nombre de familles	Dont familles avec deux enfants ou plus allocataires de l'AEEH	Taux d'allocataires de l'AEEH pour 1000 habitants de moins de 20 ans	Familles en dessous du seuil de bas revenus (en %)
Guyane	2 202	2 025	158	18.2 ‰	67 %
France	347 577	323 706	21 802	22.3 ‰	30.5 %

Sources : MSA - CNAF -

LES ADULTES RECEVANT L'AAH

Tableau 7: Nombre d'allocataires selon le cadre de vie en décembre 2019

Département	Vivant à domicile	Vivant en institution	Taux d'allocataires vivant à domicile	Nombre total d'allocataires de l'AAH pour 1 000 habitants de 20 à 64 ans
Guyane	2 581	74	97.2 %	17.5 ‰
France	1 068 541	152 907	87.5 %	33.8 ‰

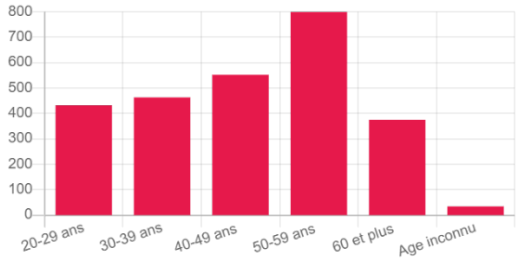
Sources : MSA - CNAF –

Tableau 8 : Nombre d'allocataires selon le sexe en décembre 2019

Département	Hommes	Femmes	Total
Guyane	1 421	1 234	2 655
France	634 470	586 978	1 221 448

Sources : MSA - CNAF –

Figure 4 : Répartition des allocataires de l'AAH par âge en décembre 2019



Sources : MSA - CNAF –

LA SCOLARISATION DES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP

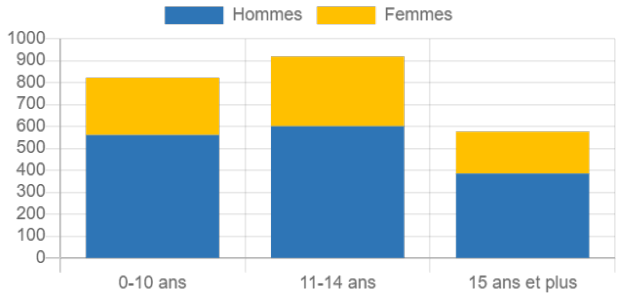
LES ELEVES EN INCLUSION

Tableau 9 : Répartition des élèves en inclusion selon le type de troubles

	Guyane
Troubles intellectuels ou cognitifs	64.5 %
Troubles du psychisme	3.3 %
Troubles du langage ou de la parole	7.9 %
Troubles auditifs	2.2 %
Troubles visuels	2.9 %
Troubles viscéraux	0.5 %
Troubles moteurs	2.9 %
Plusieurs troubles associés	6.3 %
Autres troubles	9.5 %
Polyhandicap	0 %
Total	100 %
dont troubles autistiques	6.9 %

Sources : MENJ-DEPP -

Figure 5 : Répartition des élèves en inclusion par âge et par sexe



Sources : MENJ-DEPP -

Tableau 10 : Accompagnement thérapeutique ou médico-éducatif pour les élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire

	Guyane
Principalement par intervenant(s) rattaché(s) à un établissement ou un service de soins	4.6 %
Principalement par intervenant(s) rattaché(s) à un établissement médico-social (y compris CMPP)	8.3 %
Principalement par intervenant(s) libéral (aux)	4.4 %
Principalement par intervenant(s) rattaché(s) à un SESSAD	13.9 %
Pas d'accompagnement	68.8 %
Total	**100 %**
Dont PEJS	0 %

Sources : MENJ-DEPP -

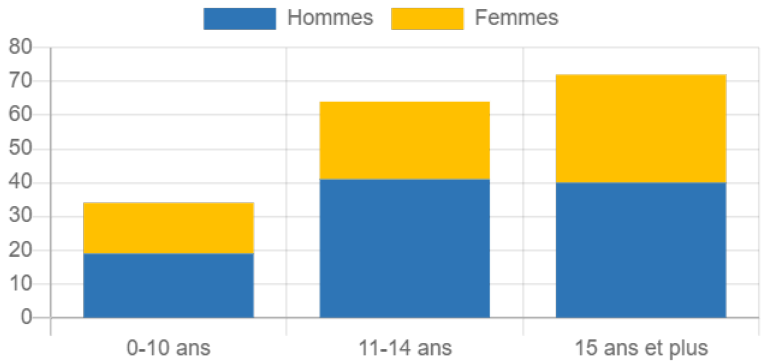
ELEVES EN MILIEU SPECIALISE

Tableau 11 : Répartition des élèves en milieu spécialisé selon le type de troubles

	Guyane
Troubles intellectuels ou cognitifs	80,6 %
Troubles du psychisme	0,6 %
Troubles du langage ou de la parole	1,2 %
Troubles auditifs	0 %
Troubles visuels	0 %
Troubles viscéraux	0 %
Troubles moteurs	7,1 %
Plusieurs troubles associés	9,4 %
Autres troubles	0 %
Polyhandicap	1,2 %
Total	100 %
dont troubles autistiques	11,8 %

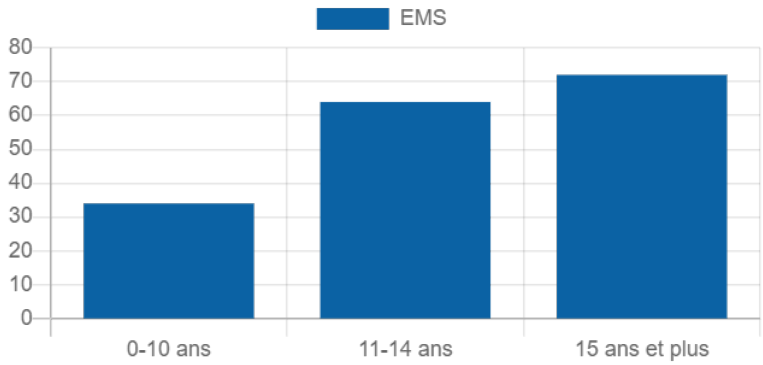
Sources : MENJ-DEPP -

Figure 6 : Répartition des élèves en milieu spécialisé par âge et par sexe



Sources : MENJ-DEPP -

Figure 7: Répartition des enfants scolarisés en établissement médico-social (EMS) et sanitaire



Sources : MENJ-DEPP -

OFFRE SPECIFIQUE DE SCOLARISATION DE L'EDUCATION NATIONALE

Tableau 12 : Nombre d'établissements ayant une ou plusieurs ULIS

Département	Ecoles	Collèges	Lycées	EREA	Total
Guyane	60	30	10	0	100
France	4711	2939	637	23	8310

Sources : RAMSESE et ONISEP -

Tableau 13 : Nombre d'établissements ayant une ou plusieurs sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA)

Département	Collèges	Lycées	EREA	Total
Guyane	18	0	0	18
France	1465	3	44	1512

Sources : RAMSESE et ONISEP -

LA VIE DANS LA CITE

LES ADULTES ACCOMPAGNES PAR DES SAVS ET DES SAMSAH

Tableau 14 : Offre de SAVS et SAMSAH selon le type de déficience

Nombre de places installées selon le type de déficiences	S.A.M.S.A.H.	S.A.V.S.	Total
Déficiences Visuelles	40	0	40
Déficiences Motrices	30	40	70
Déficiences Auditives	40	0	40
Total	110	40	150

EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES

Tableau 15 : Nombre d'établissements/ entreprises du secteur privé employant des travailleurs handicapés

Assujettis à l'obligation d'emploi de 6% de TH	Atteignant les 6%	Employant au moins 1 TH
124	40	75

sources: Agefiph 2019

Tableau 16 : Taux d'emploi (TH) dans la fonction publique

Taux d'emploi de personnes handicapées	2016	2019
dans la Fonction publique de l'Etat	1,5%	3,1%
dans la Fonction publique hospitalière	6,8%	6,5%
dans la Fonction publique territoriale	4,2%	4,5%
Taux dans les 3 fonctions publiques de Guyane	4,9%	4,9%

sources: FIPHFP

Tableau 17 : Evolution du nombre de demandeurs d'emploi travailleurs handicapés 2016-2019

	effectif
2016	754
2017	767
2018	835
2019	875

Sources : Pôle emploi

Tableau 18 : Profil des demandeurs d'emploi handicapés en Guyane en 2019

Profil	Public handicapé	Tous publics
Femmes	49%	58%
50 ans et plus	46%	24%
Niveau de formation inférieur au CAP	42%	41%
Niveau de formation Bac et +	25%	30%
Faible niveau de qualification (manœuvre, OS, employé non qualifié)	50%	49%
Chômeur longue durée (> 1an)	49%	35%
Chômeur depuis au moins 3 ans	21%	10%

Sources : Pôle emploi

MILIEU PROTEGE

Tableau 19 : Nombre de places installées en milieu protégé

Nombre de places installées selon le type de déficiences	E.S.A.T.
Agrément pour tous publics	78
Déficiences Intellectuelles	100
Total	**178**

Sources : FINESS -

ENTREPRISES ADAPTEES

Tableau 20: les entreprises adaptées de Guyane

Nom de l'entreprise adaptée	Commune d'implantation	Communauté de communes	Secteur d'activité	Nombre d'emplois de travailleurs handicapés potentiellement finançables
APAJH-YEPI CHWIT	Rémire Montjoly	Centre littoral	Restauration	3
Pilot Services Guyane	Cayenne	Centre littoral	Nettoyage, gestion administrative, déchets	18
ADAP Pro Services	Kourou	Savanes	Espaces verts, gestion administrative	19
ADAP Pro Restauration	Kourou	Savanes	Restauration	8
ADAP Pro Ouest	Saint-Laurent-du-Maroni	Ouest	Espaces verts	7

Sources : DIECCTE

ACTIVITES SPORTIVES

Tableau 21: Nombre de licenciés : sport (2019)

Département	Nombre total de licenciés FFH	% de femmes FFH	Nombre total de licenciés FFSA	% de femmes FFSA	% de femmes total	Total
Guyane	65	36.9 %	5	80 %	40 %	**70**
France	**26248**	**32 %**	**32212**	**32.5 %**	**32.3 %**	**58460**

Sources : FFSA -

MDPH

EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE LA MDPH

Tableau 22 : Nombre de demandeurs et de demandes faites à la MDPH chaque année

ANNEE	Enfants ayant déposé au moins 1 demande	Total de demandes enfants déposées	Adultes ayant déposé au moins 1 demande	Total de demandes adultes déposées
2019	1246	3558	2472	8327
2018	1229	4137	2309	7068
2017	1038	3651	2252	9140
2016	1133	3560	2969	8681
2015	977	2386	2509	7395
2014	971	2850	2395	6824

Sources : MDPH Guyane

Tableau 23: Nombre annuel et type d'orientations concernant les enfants

ANNEE	Enfants ayant 1 orientation vers un service	Enfants ayant 1 orientation vers un établissement	Enfants ayant 1orientation scolaire
2019	392	190	621
2018	523	171	683
2017	559	239	632
2016	224	113	535
2015	297	127	665
2014	310	147	692

Sources : MDPH Guyane

Tableau 24 : Nombre annuel et type d'orientations concernant les adultes

ANNEE	Adultes ayant 1 orientation vers un service (samsah, savs, ...)	Adultes ayant 1 orientation vers un établissement	Adultes ayant 1 orientation vers un Esat	Adultes ayant une reconnaissance RQTH
2019	175	69	168	1302
2018	188	48	93	781
2017	135	42	114	983
2016	99	53	94	804
2015	97	83	178	1095
2014	159	65	115	966

Sources : MDPH Guyane

PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE A DESTINATION DES AIDANTS (ETP)

Pas d'ETP répondant aux exigences des textes officiels en Guyane (structure spécifique avec un médecin.) A noter néanmoins des dynamiques qui se mettent en œuvre :

- Projet de plateforme de Ressources en Education Thérapeutique du Patient, coordonnée par GPS (partage et animation), intégrant un grand nombre d'acteurs du territoire ;
- Projets d'ETP « hors programmes » (sans médecin) par l'association Akatij et GPS – sollicitation de soutien à l'ARS pour financements

SEMAINES D'INFORMATION EN SANTE MENTALE (SISM)

Depuis 2019, le CISM (CACL) coordonne ces semaines en Guyane (octobre.)

5 objectifs :

- SENSIBILISER le public aux questions de Santé mentale.
- INFORMER, à partir du thème annuel, sur les différentes approches de la Santé mentale.
- RASSEMBLER par cet effort de communication, acteurs et spectateurs des manifestations, professionnels et usagers de la santé mentale.
- AIDER au développement des réseaux de solidarité, de réflexion et de soin en santé mentale.
- FAIRE CONNAÎTRE les lieux, les moyens et les personnes pouvant apporter un soutien ou une information de proximité.

Mais aussi :

CHOG : Semaine de sensibilisation à la Santé Mentale

CLS SLM : Journée(s) de sensibilisation à la santé mentale

CLS SLM : Soutien aux associations de femmes dans les quartiers de l'ouest guyanais, en faveur d'un vivre-ensemble harmonieux (écoute de l'autre)

CISM (CACL) : échanges croisés entre associations

CENTRE DE RESSOURCES PREVENTION SUICIDE

Le 1er octobre 2020 un « Centre Ressource Prévention Suicide » a été créé à l'initiative de la direction de l'ARS et du Pôle Psychiatrie et personnes âgées de l'hôpital de Cayenne. Les 4 axes stratégiques de ce dispositif sont :

- L'Observatoire Régional du Suicide
- La Formation
- Le dispositif VigilanS : il s'agit d'un dispositif national de re-contact et de veille pour les tentatives de suicide, financé par l'ARS de Guyane. Il est en cours de création au sein du CRPS : suivi, production d'informations, communication et formations en lien avec les conduites suicidaires, etc.

Collaboration avec les médias télé et radio, bien identifiés par la population, pour le partage d'informations

- L'Equipe Mobile d'Intervention de Crise (EMIC) : orientation et prévention des phénomènes de contamination suicidaire mais aussi communication avec les proches et la famille.

PROGRAMME BIEN ETRE DES POPULATIONS DE L'INTERIEUR - BEPI

Depuis novembre 2017, l'ARS Guyane finance le programme « Bien-être des populations de l'intérieur » de Guyane pour renforcer les facteurs protecteurs et réduire les risques de suicides à Camopi et Maripa-Soula.

Le programme BEPI est un programme médico-social et de promotion de la santé de l'Agence Régionale de Santé de Guyane porté par le Groupe SOS Jeunesse.

Son principe d'action en santé communautaire vise à recueillir et soutenir les projets des populations, accompagner les porteurs locaux résidants à Camopi ou Maripa-Soula et financer les projets acceptés par les communautés.

Ce programme permet la signature de conventions d'activités à l'attention de bénéficiaires des communes de Camopi et de Maripa-Soula en impliquant majoritairement des porteurs de projets locaux.

Grâce aux missions et réunions de comités de suivi sur le littoral et dans tous les villages, le programme permet une gouvernance locale avec tous les chefs coutumiers et la présidence du Grand conseil coutumier de Guyane.

Le financement de projets, pour l'instant principalement dans les domaines de la cohésion sociale, du sport, de la culture, du social a permis le lancement du programme et une première réponse aux besoins exprimés des populations des villages.

Les futurs projets continueront à être orientés vers des interventions médico-sociales et de promotion de la santé avec des modalités de financement à faire évoluer pour une autonomisation du programme.

PROGRAMME" AGIR ENSEMBLE POUR MIEUX VIVRE SUR LE TERRITOIRE DE L'INTERIEUR "

Ce programme de promotion du bien-être, de prévention du suicide et d'accès à la santé en territoire de l'Intérieur sur le haut Maroni (bourg de Maripasoula et villages amérindiens) et haut Oyapock (Camopi & Trois Sauts) est mis en œuvre par l'Association ADER Guyane, association guyanaise de loi 1901 née en 2009.

Agissant dans le domaine de la médiation, ADER Guyane porte deux programmes : « Agir ensemble pour vivre mieux sur le territoire de l'Intérieur » et « Parlons-en encore », programme de promotion de la santé sexuelle et de prévention des risques sexuels (IST dont infection à VIH) sur le centre littoral.

L'association s'inscrit dans la philosophie de la charte d'Ottawa, avec une approche globale de la santé. Elle prône une démarche communautaire, éthique, démocratique et de proximité, « d'intelligence de l'autre » et « Bottom-up ». Une démarche plaçant l'humain au coeur de l'action et comme priorité de tous ces objectifs et donnant un rôle à chacun des protagonistes au sein des actions menées. Elle s'inscrit dans la Charte Déontologique de la médiation en santé de la Haute Autorité en Santé (HAS, 2007). Elle partage les principes et valeurs que sous-tendent la Déclaration des Droits des Peuples Autochtones et la Convention n°169 de l'Organisation International du Travail (OIT, 1999). L'association est organisme de formation depuis 2019 et

coresponsable pédagogique du DU médiation en santé à l'université de Guyane. Elle forme et sensibilise via la recherche et la formation à l'interculturalité, la médiation et l'action communautaire.

Ses actions s'inscrivent dans 3 axes :
AXE 1 : Partenariat
Remonter les besoins et informations du terrain, faire du plaidoyer et développer des actions en participant à un réseau d'acteurs pluridisciplinaires où pouvoirs et savoirs sont partagés
AXE 2 : Médiation
Développer et renforcer des actions de médiation sur le terrain, créer du lien et participer à un changement des représentations et des pratiques
AXE 3 : Formation et sensibilisation
Renforcer la capacité des acteurs concernés (salariés, bénévoles, publics, autorités coutumières, professionnels de santé, médicosociaux et de l'éducation), à agir sur les déterminants de santé en valorisant, mobilisant et mutualisant leur savoirs et savoir-faire

Programme de l'Intérieur :
Objectif global : Renforcer le pouvoir d'agir des acteurs concernés, en particulier des habitants, en vue d'améliorer la santé et le bien-être des adolescents et jeunes adultes du Haut Maroni , dans une démarche participative.
Objectifs spécifiques :
1-Elaborer et développer des actions favorisant le partenariat et l'intersectorialité
2-Renforcer et développer des actions de promotion, prévention et d'éducation en santé
3-Repérer, informer, orienter, accompagner et soutenir les publics en difficultés et souffrance psychique
4-Renforcer la capacité des acteurs concernés à agir sur les déterminants de santé.

DISPOSITIF « SENTINELLES »

Dans le cadre du Plan Prévention Suicide (national) de l'Education Nationale il existe un dispositif mis en œuvre dans les écoles : le dispositif « Sentinelles ». Ce dispositif est inscrit dans le cadre du plan académique de formation : formations à destination des « personnes sentinelles ». Ce dispositif concerne la « Prévention Suicide».

PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE MENTALE EN MILIEU SCOLAIRE

Pour la problématique santé mentale des élèves, plusieurs dispositifs sont proposés dans le cadre des Service Social en faveur des élèves (SSF) et du Service Santé du rectorat, notamment via les psychologues scolaires, le médecin et l'infirmière Conseillères techniques du recteur, les formateurs académiques en compétences psychosociales. Sur le terrain, via les médiateurs sociaux en milieu scolaire (MSMS.)

En 2019, un dispositif pilote de formation des enseignants sur la commune de Macouria a été mené par le Rectorat/le CLS/CISM. Formation à la détection des troubles du comportement, de l'apprentissage, du langage sur l'ensemble des enseignants de GSM/CP. Faute d'évaluation, le dispositif n'a pu être reproduit.

VOLET NUMERIQUE 3.0

- Site Yana-J,

- Plateforme e-Santé (dans le cadre du dossier patient DPI)- Repérage

- Répertoire Opérationnel des ressources, porté par GUYASIS (disponibilité des lits en temps réel.)

ACTIONS DE RENFORCEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

EMIC du CRPS (Equipe Mobile en Intervention de Crise)

Soutien à la parentalité (MdA, Asso Tangram, Maison des Familles, CAF – CESF, Arbre fromager, GADJ)

EVS (Espaces de Vie Sociale), structures asso financées par l'ARS (acteurs dans les quartiers)

RECOURS ET PRISE EN CHARGE

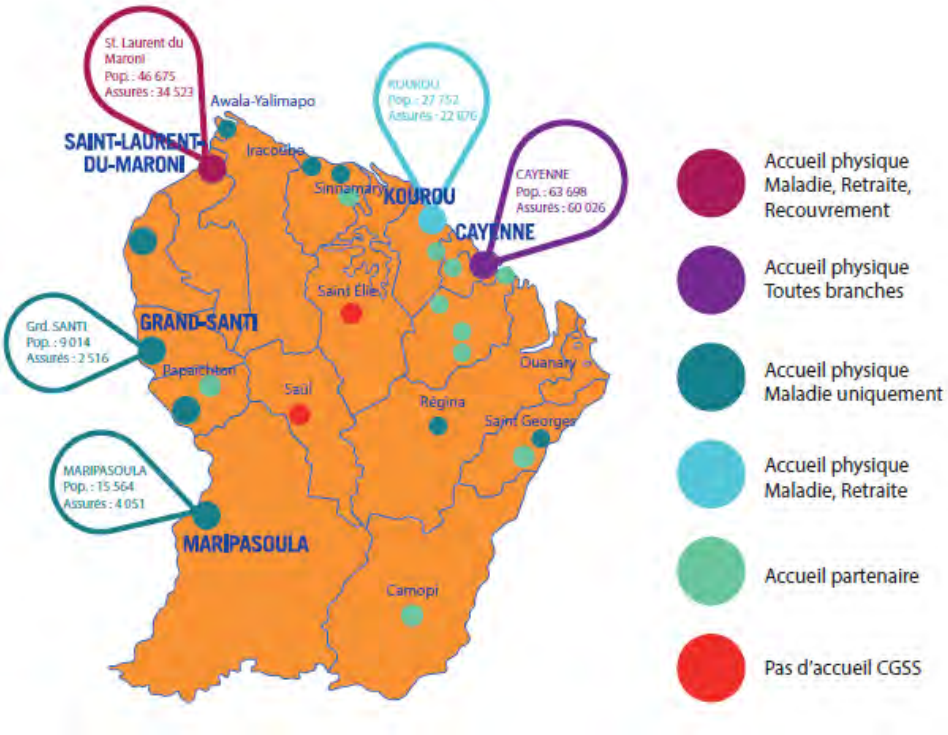
L'ASSURANCE MALADIE

240 255 personnes couvertes par l'Assurance Maladie dont :

- 98 664 bénéficiaires de la CSS
- 33 078 bénéficiaires de l'AME
- 12 521 retraités du régime agricole
- 11 780 cotisants du régime général
- 8 042 cotisants Employeurs et Travailleurs Indépendants
- 1 471 exploitants agricoles (MSA)
- 725 visitées (PRÉVENTION)

Sources : rapport 2019 CGSS

Figure 8 : Cartographie de l'offre CGSS en Guyane



Sources : rapport 2019 CGSS

TAUX DE PERSONNES PRISES EN CHARGE 2015 - POUR TROUBLES DE L'HUMEUR

Tableau 25: Evolution temporelle du taux de PEC / troubles de l'humeur

Indicateurs	Guyane	France
2014	2,6	16,2
2015	3,1	16,8

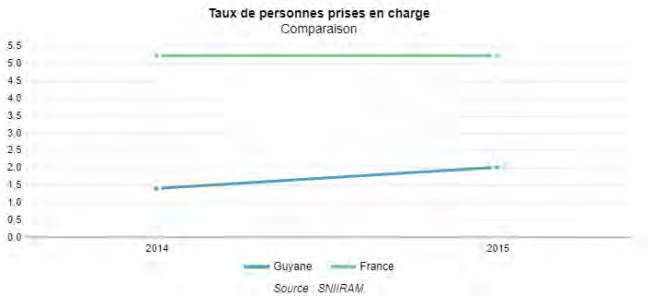
Source : SNIIRAM

TAUX DE PERSONNES PRISES EN CHARGE 2015 - POUR ADDICTIONS

Tableau 26 : Evolution temporelle du taux de PEC / addictions

Indicateurs	Guyane	France
2014	1,4	5,2
2015	2,0	5,2

Source : SNIIRAM



TAUX DE RECOURS AUX PSYCHIATRES LIBERAUX

Tableau 27 : recours aux psychiatres libéraux

Indicateurs	Guyane	France
2015	0,4%	1,8%

Source : SNIIRAM, INSEE

TAUX DE RECOURS EN ETABLISSEMENT POUR TROUBLES DE L'HUMEUR

Tableau 28 : Recours en établissement pour TH en hospitalisation à temps complet ou partiel en ES public ou espic

Patients pour 1.000 habitants (18-64 ans)	Guyane	France
2015	0,5	1,7

Source : RIM-P, INSEE

Tableau 29 : Recours en établissement pour TH global en établissement (complet, partiel, ambulatoire)

Patients pour 1.000 habitants (18-64 ans)	Guyane	France
2015	4,2	11,7

Source : RIM-P, INSEE

TAUX DE RECOURS EN ETABLISSEMENT POUR ADDICTION

Tableau 30 : Recours en établissement pour addiction en hospitalisation à temps complet ou partiel en ES public ou espic

Patients pour 1.000 habitants (18-64 ans)	Guyane	France
2015	1,1	3,0

Source : RIM-P, INSEE

Tableau 31 : Recours en établissement pour addiction global en établissement (complet, partiel, ambulatoire)

Patients pour 1.000 habitants (18-64 ans)	Guyane	France
2015	1,1	3,2

Source : RIM-P, INSEE

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

Tableau 32 : Taux d'adultes consommant des antidépresseurs

Pour 1.000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans)	Guyane	France
2015	11,7	63,9

Source : SNIIRAM

Tableau 33 : Taux d'adultes consommant des anxiolytiques

Pour 1.000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans)	Guyane	France
2015	17,5	66,3

Source : SNIIRAM

Tableau 34 : Taux d'adultes consommant des hypnotiques

Pour 1.000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans)	Guyane	France
2015	7,2	33,9

Source : SNIIRAM

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE POUR TROUBLES DE L'HUMEUR

Tableau 35 : Part de la file active TH exclusivement ambulatoire

	Guyane	France
2015	84,8%	77,3%

Source : RIMP-P

Tableau 36 : Part des monoconsultants TH dans la file active

	Guyane	France
2015	24,1%	17,4%

Source : RIM-P

Tableau 37 : Densité d'actes de liaison ou aux urgences pour TH

Nbre d'actes pour 1000 habitants	Guyane	France
2015	0,1	2,4

Source : RIM-P – INSEE

Tableau 38 : Dmah (durée moyenne annuelle d'hospitalisation) temps plein pour TH

Nbre de jours	Guyane	France
2015	15,8	33,2

Source : RIM-P

Tableau 39 : Taux de réhospitalisation à 30 jours pour TH

	Guyane	France
2015	1%	11%

Source : RIM-P

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE POUR ADDICTION

Tableau 40: Part de la file active exclusivement ambulatoire pour addiction

	Guyane	France
2015	31,6%	68,7%

Source : RIMP-P

Tableau 41 : Part de la file active exclusivement ambulatoire pour addiction

Nbre d'actes pour 1000 habitants	Guyane	France
2015	0,5	6,4

Source : RIM-P – INSEE

Tableau 42 : Part de la file active exclusivement ambulatoire pour addiction

Nbre de jours	Guyane	France
2015	27,4	37,4

Source : RIM-P

LES ADULTES – TROUBLES MENTAUX SEVERES

RECOURS AUX SOINS

Tableau 43 : Recours aux soins TMS en hospitalisation à temps complet ou partiel en es public ou espic

Nbre patients pour 1000 hab.	Guyane	France
2015	1,8	3,1

Source : RIM-P

Tableau 44 / Recours aux soins TMS global en établissement (complet, partiel, ambulatoire)

Nbre patients pour 1000 hab.	Guyane	France
2015	3,4	8,7

Source : RIM-P

LES ADULTES – TROUBLES MENTAUX, DEFICIENCES ET TED

RECOURS AUX SOINS

Tableau 45 : Recours aux soins TM, déficiences et TED en hospitalisation à temps complet ou partiel en es public ou espic

Nbre patients pour 1000 hab.	Guyane	France
2015	0,1	0,4

Source : RIM-P

Tableau 46 : Recours aux soins TM, déficiences et TED en hospitalisation à temps complet ou partiel en es public ou espic

Nbre patients pour 1000 hab.	Guyane	France
2015	0,4	1,2

Source : RIM-P

PRISE EN CHARGE DES MINEURS

Tableau 47 : Statistiques des mineurs hospitalisés – janvier à décembre 2020

Année de naissance	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Ages	18 ans	17 ans	16 ans	15 ans	14 ans	13 ans	12 ans	
Nbre mineurs hospitalisés	4	1	1	0	0	0	0	6
Journées d'hospitalisation	64	7	34	0	0	0	0	105

Sources : Pôle psychiatrie CHC

Durée moyenne du séjour des plus de 16 ans : 18 jours

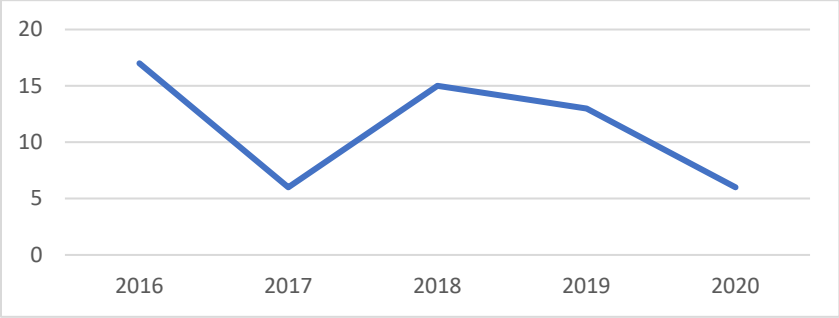
Total de la Durée moyenne de séjour sur l'ensemble des mineurs : 18

Tableau 48 : Comparatif des mineurs hospitalisés sur 4 ans

Année	2016	2017	2018	2019	2020
Nbre mineurs admission	17	6	15	13	6

Sources : Pôle psychiatrie CHC

Figure 9 : Comparatif des mineurs hospitalisés sur 4 ans



Sources : Pôle psychiatrie CHC
A noter:
Un mineur hospitalisé, deux fois.
Aucun mineur placé par l'Institution (ASE, Procureur, …)
L'ensemble des admissions de mineurs a été fait par un membre de la famille (Mère, Père, Tante, …)

PRISE EN CHARGE DES DETENUS

« Patients provenant du Centre Pénitentiaire »:

Nombre d'admission en hospitalisation en 2020 : 17

- Dont 1 patient est venu 3 fois.
- Dont 4 patients sont venus 2 fois.

Il y a eu 2 patients hospitalisés pour Irresponsabilité Pénale L706-135.

Tableau 49 : Nombre de patients suivis en programme de soins durant l'année

2020		
Nombre de patients différents	Nombres de journées	Durée Moyenne de Séjour
11	155	14,09

Sources : Pôle psychiatrie CHC

PARCOURS SANTE MENTALE

« Le parcours de vie santé mentale est une priorité du PRS2. Le constat relevé fait état de 6 500 personnes suivies en psychiatrie en 2016 (5 200 au CHC et 1 300 au CHOG).

La politique de santé mentale doit se décliner en actions tout au long d'un parcours de santé intégrant la prévention, le diagnostic, le soin, la réhabilitation psychosociale, la réinsertion sociale (logement, hébergement, insertion professionnelle). […]

La contrôleure générale des lieux de privation de liberté a publié en mars 2019 49 des recommandations, suite aux constats posés lors d'une visite des services de psychiatrie du CHC en octobre 2018. Ces recommandations pointent des manques d'offres de soins : absence de soins sans consentement sur l'Ouest guyanais, manque de places à orientations psychiatriques dans les structures médico-sociales : MAS, FAM, CATTP, délais trop longs pour un RDV en CMP. Des constats de non qualité des prises en charges sont également posés : manque de suivi médical dans les unités d'hospitalisations, défaut d'accès aux soins somatiques, pratiques d'isolement abusives, manque de formation des personnels.

Ce parcours prioritaire du GHT fixe des objectifs très ambitieux qui se déclinent à chacune des étapes d'un parcours coordonné intégrant la prévention, le repérage précoce, le partage des pratiques et l'aval avec le médico-social. Ils devront se déployer sur plusieurs années.

Le CHC doit conforter son offre de recours, mais il est également essentiel de développer les offres de proximité, notamment sur le secteur de Kourou et de Saint-Georges de l'Oyapock, de coordonner les interventions dans les CDPS, pour que la différenciation entre secteur sanitaire et psychiatrique n'entraîne pas de rupture de parcours. Les soins sans consentement seront développés au CHOG, ainsi que la création d'une offre de soins pédopsychiatriques ambulatoires (adolescents).

Les projets de centres ressources prévention suicide, et le renforcement du centre de ressources autisme, engagé par le pédopsychiatre, font également partie de cette feuille de route.

Ces projets d'amélioration de l'offre en santé mentale nécessiteront des ressources médicales aujourd'hui non disponibles sur le territoire. Le service de psychiatrie du CHC est agréé pour les internes. Il accueille un interne en stage depuis plusieurs semestres.» [1]

[1] Rapport IGAS : Renforcement de l'offre de soins en Guyane. Février 2021. Pp. 73-74.

SANTE MENTALE : mars 2021

4.4	Développer une ODS ambulatoire de consultations psychiatrique/psychologiques spécialisées	Pilote (nom&fonction)	Dr JANVIER (medecin)	Equipe / Groupe de travail (nom&fonction)	Dr CONDE, Dr THIAM, Dr DOMBOUE, Dr ZOUAGHI , Dr TASURET(medecin) Mme FREAU, Mme MATIAS, Mme BORGNE, (psychologue) Mme GODET , Mme SENNOAJ (CSS) Mme HO-A-SIM et Mme AMATOLE (secrétariat)

Objectifs / enjeux	Perimètre	Echéances	
Développer des pôles de compétences et d'expertise clinique, ainsi qu'une ODS de recours au CHC pour les usagers et les autres établissements et partenaires territoriaux Développer une activité de recherche clinique en lien avec le CIC Guyane et l'Université Antilles Guyane s'appuyant sur ces pôles de compétences Assurer des sensibilisation / informations / formations aux professionnels sur le territoire Guyanais à ces prises en charge spécialisés	Dispositif à vocation territorial dans le champs du psychotraumatisme, du stress professionnel/risque psychosocial, expertise psychiatrique, violence sexuelle et conjuguale, gérontopsychiatrie	début	2020
		fin	2025

Eléments à prendre en compte (prérequis, contraintes, freins / clés du succès)	Résultats attendus	Indicateur de suivi		
• Repérage par les réseaux partenaires par des actions de communication • Animation du réseau partenarial • Accession à des formations spécialisées pour les professionnels responsables de ces dispositifs spécifiques	Améliorer et développer une ODS spécifiques, des pôles de compétences, de recours et d'expertise pour les usagers et les partenaires de l'ensemble du territoire	File active / Nombre d'actes Nombre de formation Nombre de réunions partenariales / convention Nombre de publication	Valeur initiale	0
			Valeur cible	100 % des demandes traitées

Moyens à mobiliser & Personnes ressources sur qui s'appuyer

Actions MEDICALES et/ou SOIGNANTE	Resp. (nom&fonction)	T1-20	T2-20	T3-20	T4-20	T1-21	T2-21	T3-21	T4-21	T1-22	T2-22	T3-22	T4-22	LT
- Rédaction et calibrage du projet					x									
- Budgetisation et valorisation du projet avec la DAF du CHC / organisation des espaces de travail					x									
- Demande de financement (sur renforcement DAF psy et MG) auprès de l'ARS					x	x	X							
- Réalisation des fiches metiers et publication des postes avec la DRH du CHC					x	x	X							
- Recrutement et constitution des équipes de binome avec la DRH du CHC					x	x	X							
- Communication interne et externe (auprès du public et des professionnels partenaires identifiés) du fonctionnement des dispositifs						x	X	x	x					
- Augmentation progressive de l'activité avec evaluation régulière des indicateurs						x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Action de formation et action de recherche / publication										x	x	x	x	x

SANTE MENTALE : mars 2021

4.6	Renforcer l'ODS en Santé Mentale dans l'Est guyanais / Améliorer la coordination des interventions psychiatriques avec les CDPS dans les territoires de l'intérieur	Pilote (nom&fonction)	Dr JANVIER (medecin)	Equipe / Groupe de travail (nom&fonction)	Dr RAMEY, Dr DIOP, Dr CONDE, Dr LANTO (médecin) Mme GODET, Mme SENNOAJ, Mme FAUSTINE (CCS) Dr SERVAS, Mme GRAS, Mme GOUGEON, Mme ARMANVILLE (CDPS)

Objectifs / enjeux	Périmètre	Echéances	
Renforcer quantitativement et qualitativement l'ODE en Santé Mentale (dont psychiatrique et addictologique) dans l'Est guyanais en coordination avec l'ensemble des acteurs impliqués, en particulier CDPS, structures médico sociale et associative dont les relais communautaires sur site Améliorer l'identification des besoins et la réponse aux demandes tant de la population que des partenaires Améliorer la réponse aux urgences identifiées en matière de Santé Mentale sur notre territorial : risque addictologique, risque suicidaire, population des communes de l'intérieur Permettre une équité et une égalité des chances dans l'accession aux soins psychiatriques et psychologiques sur l'ensemble du territoire	Est guyanais (Régina, Saint-Georges, Ouanary, Camopi, Trois Saut)	début	2020
		fin	2025

Eléments à prendre en compte (prérequis, contraintes, freins / clés du succès)	Résultats attendus			
- Spécificités territoriales fortes (géographique, socio démographique) - Problématiques psychosociales particulières des populations nécessitant des compétences professionnelles spécifiques - Nécessité de moyens humains et matériels importants - Défaut attractivité pour les professionnels	Proposer une ODS en Santé Mentale de proximité adaptée aux besoins de la population et des partenaires	-File active/ nombre d'acte - Nombre d'evasan pour hospitalisation	Valeur initiale	Non objectivable
			Valeur cible	- 25% des evasan

Moyens à mobiliser & Personnes ressources sur qui s'appuyer

Actions MEDICALES et/ou SOIGNANTE	Resp. (nom&fonction)	T1-20	T2-20	T3-20	T4-20	T1-21	T2-21	T3-21	T4-21	T1-22	T2-22	T3-22	T4-22	LT
- Ecriture et calibrage du projet			x											
- Budgetisation et valorisation du projet avec la DAF du CHC				x	x	x								
- Présentation aux instances de tutelles pour validation et engagement de financement (renforcement DAF pssy) auprès d l'ARS				x	x	x								
- Recherche de locaux professionnels et d'hebergement avec la DFS du CHC						x	x	x	x	x	x	x	x	
- Aménagement des locaux professionnels et d'hebergement														x
- Constitution d'une équipe médico-soignante dédiée, avec réalisation des fiches métiers, publications de postes, recrutement														x
- Debut de l 'activite														x

SANTE MENTALE : mars 2021

4.7	Piloter l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale	Pilote (nom&fonction)	Mme DA CRUZ (coordinatrice territoriale)	Equipe / Groupe de travail	Pilotes et co pilotes des 4 groupes de travail Bureau d'etude « Regards Sante » ARS

Objectifs / enjeux	Périmètre	Echéances	
Doter le territoire d'un PTSM	Dispositif à vocation territorial	*début*	*2020*
		fin	*2023*

Eléments à prendre en compte (prérequis, contraintes, freins / clés du succès)	Résultats attendus	Indicateur de suivi	
• **Lien et mobilisation de tous les partenaires / acteurs en Santé Mentale du territoire, hospitaliers, médico-sociaux, associatifs, institutionnels**	**Ecriture du PTSM**	*Valeur initiale*	0
		Valeur cible	1

Moyens à mobiliser & Personnes ressources sur qui s'appuyer

Rapport territoriaux sur la santé mentale et les risques suicidaires (ARS, CISM,...), temps de rencontre avec les partenaires, soutien des équipes VigilanS déja en activite (l'équipe Lilloise entre autre), équipe d'unité de crise, GEPS

Actions MEDICALES et/ou SOIGNANTE	Resp. (nom&fonction)	T1-20	T2-20	T3-20	T4-20	T1-21	T2-21	T3-21	T4-21	T1-22	T2-22	T3-22	T4-22	LT
• Budgétisation du projet					x									
• Demande de financement					x									
• Réalisation de la fiches métier et publication du poste de coordinateur du PTSM					x									
• Recrutement du coordinateur du PTSM					x									
• Lancement de la démarche et diagnostics territoriaux partagés						x	X							
• Ecriture du PTSM et des conventions territoriales sur les différenst parcours								x	x					
• Suivi										x	x	x	x	x

SANTE MENTALE : mars 2021

4.8	Piloter un Centre Ressource Prévention Suicide	Pilote (nom&fonction)	Dr JANVIER (médecin)	Equipe / Groupe de travail	Dr ZOUAGHI (médecin) Mme KIM (cadre de santé) Mme RIMBAUD (psychologue)

Objectifs / enjeux	Périmètre	Echéances	
Création d'un Centre Ressource Prévention Suicide assurant le pilotage de l'élaboration et du déploiement de nouveaux outils dédiés à la prévention du risque suicidaire au niveau territorial dont : **- Un observatoire régionale du suicide (ORS)** **- Un déploiement territorial de formations spécifiques du GEPS** **- Un déploiement du dispositif de recontact / programme VIGILANS** **- Un dispositif d'équipe mobile d'intervention de crise (EMIC)**	Dispositif à vocation territorial	*début*	*2020*
		fin	*2023*

Eléments à prendre en compte (prérequis, contraintes, freins / clés du succès)	Résultats attendus	Indicateur de suivi	
- **Coordination interne au CRPS : rôles et missions** - **Implantation sur le territoire : champs d'action du CRPS dans le territoire guyanais** - **Lien avec les partenaires : identification des partenaires et acceptation par les partenaires des différents dispositifs (présentation , informations),** - **Mobilisation des partenaires sur les différents dispositifs (formateurs, orientations sur VigilanS, ...)**	Ecriture des projets respectifs, validations des budgets, mise en place des dispositifs (locaux, RH,...) et indentification par les partenaires	**Ouverture des 4 dispositifs du CRPS**	*Valeur initiale* 0 *Valeur cible* 4

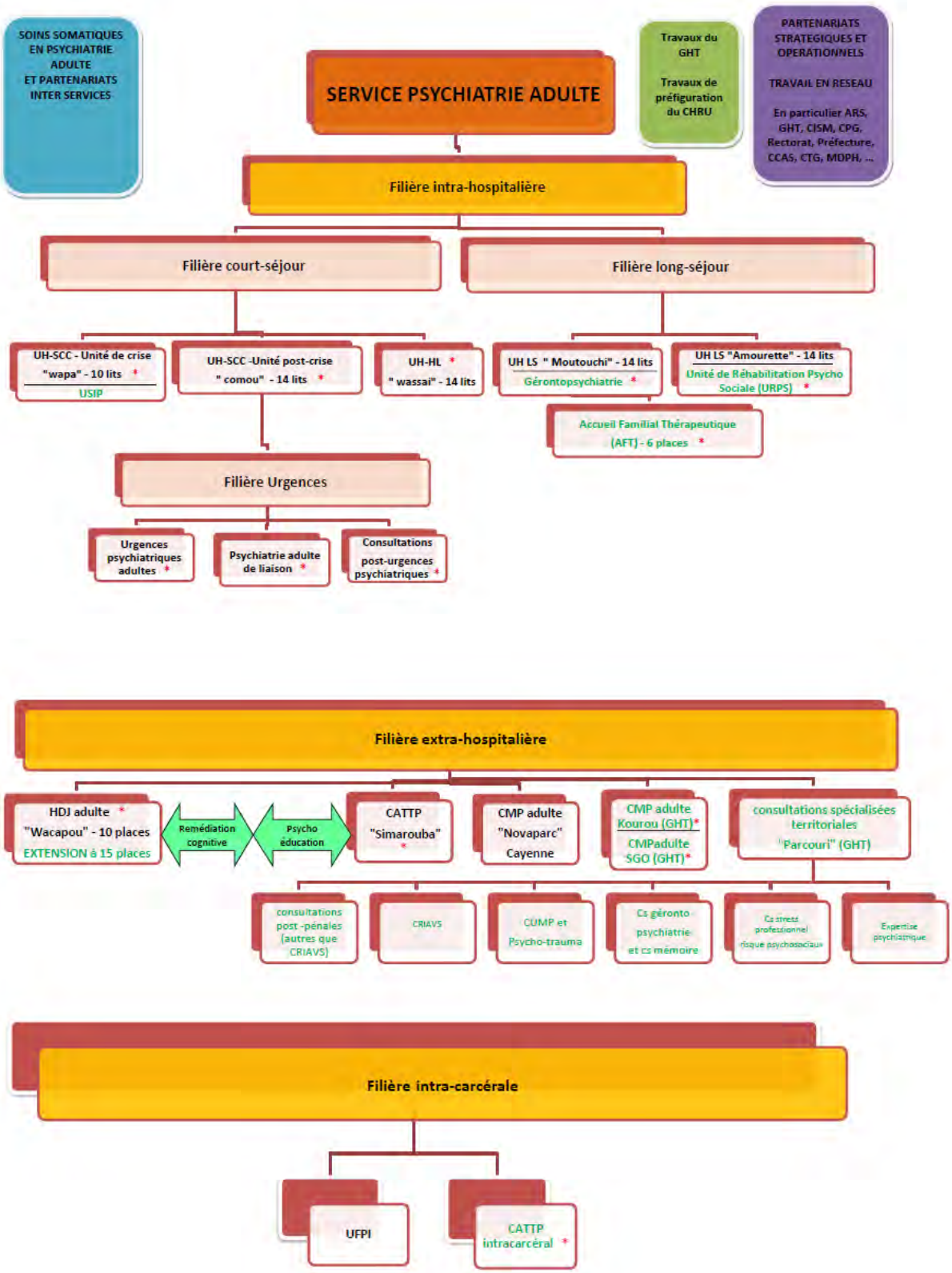
Moyens à mobiliser & Personnes ressources sur qui s'appuyer

Rapport territoriaux sur la santé mentale et les risques suicidaires (ARS, CISM,...), temps de rencontre avec les partenaires, soutien des équipes VigilanS déja en activite (l'équipe Lilloise entre autre), équipe d'unité de crise, GEPS

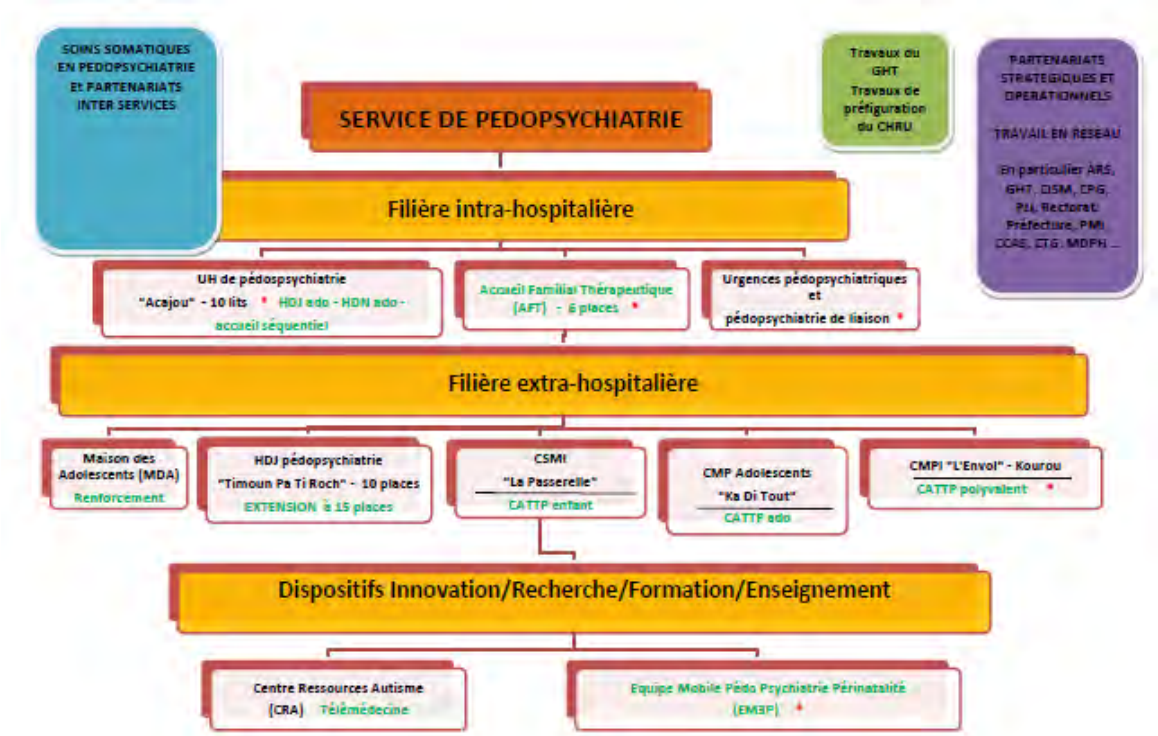
Actions MEDICALES et/ou SOIGNANTE	Resp. (nom&fonction)	T1-20	T2-20	T3-20	T4-20	T1-21	T2-21	T3-21	T4-21	T1-22	T2-22	T3-22	T4-22	LT
• Rédaction et calibrage du projet					x									
• Budgétisation du projet (2 postes de coordinateurs) (coordinateur VigilanS déja finance)					x									
• Demande de financement					x	x	X							
• Elaboration des fiches métiers des coordinateurs, publication des postes et recrutement					x									
• identification des partenaires territoriaux, rencontres et évaluation des besoins pour chacun d'entre eux						x	X							
• Elaboration du cahier des charges des differents dispositifs						x								
• Budgétisation et financement des différents dispositifs (ORS, EMIC) (VigilanS déja finance)	BK, MR, HZ						X							
• Elaboration des fiches métiers, publication de postes, recrutement sur les différents dispositifs							X							
• Démarrage de l'ensemble des dispositifs de manière complémentaires et coordonner							X							
• Suivi, coordination et pilotage des différents dispositifs, animation du réseau					x	x	X	x	x	x	x	x	x	x

CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE

PSYCHIATRIE ADULTE

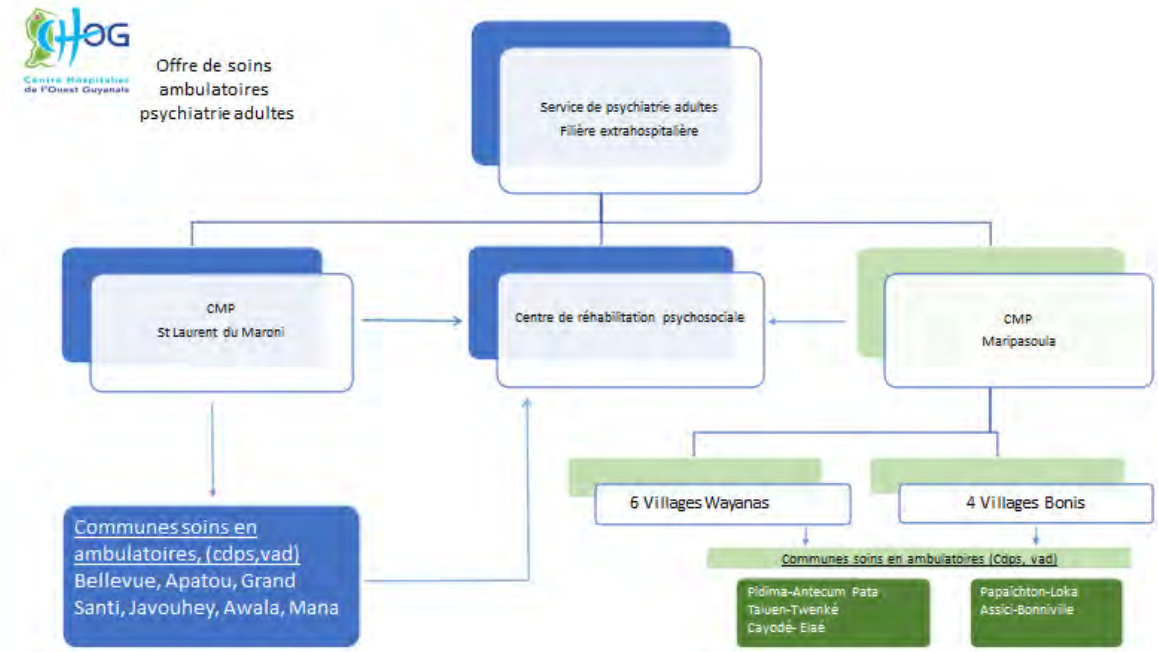


PEDOPSYCHIATRIE :

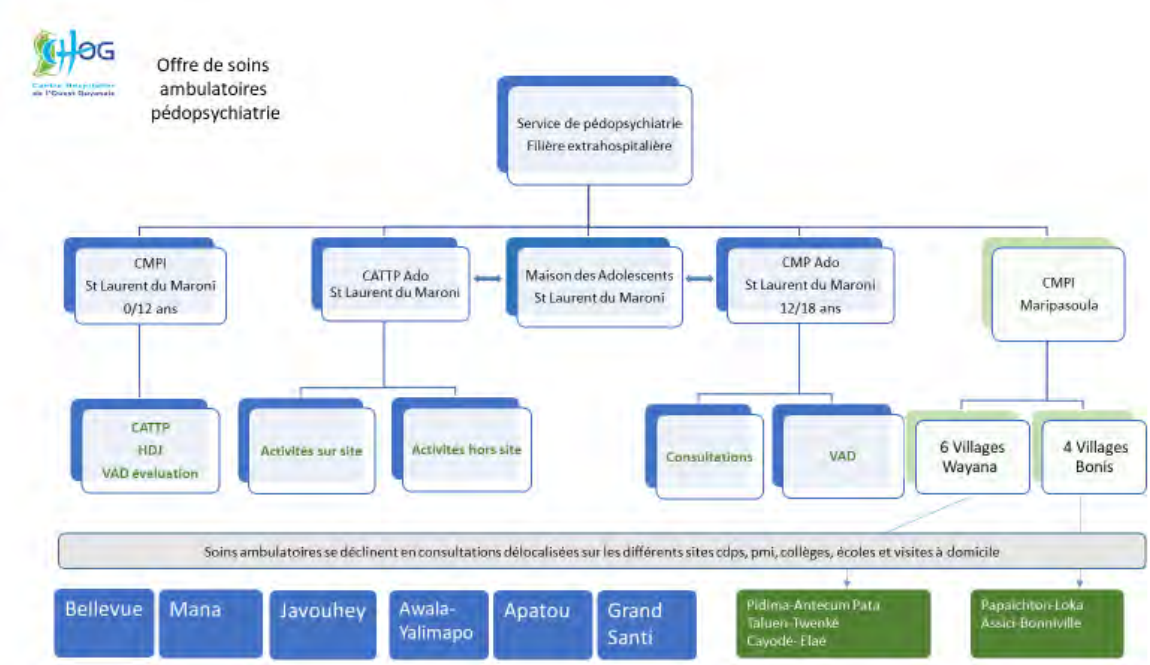


CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS

PSYCHIATRIE ADULTE



PEDOPSYCHIATRIE



CENTRE HOSPITALIER DE KOUROU

Le Centre hospitalier de Kourou ne dispose pas d'un Pôle santé mentale. Cependant, le volet santé mentale du projet médico-soignant du GHT 2019-2024 prévoit le développement d'une offre de soins ambulatoires pour le CHK à Kourou et sur le bassin des savanes (Iracoubo, Sinnamary, Saint Elie, Maïtiti) avec la création et ouverture d'1 CMP adulte , d'1 CATTP et d'1 hôpital de jour, d'urgences psychiatriques et d'une psychiatrie de liaison.

L'ARTICULATION VILLE-HOPITAL - TROUBLES MENTAUX FREQUENTS

Données manquantes

L'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS SOMATIQUES - TROUBLES MENTAUX FREQUENTS

Données manquantes

LES SOINS SANS CONSENTEMENT

BILAN D'ACTIVITE « SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DEMANDE D'UN TIERS »

Nombre de patients admis en hospitalisation : 299

Nombre de patients différents hospitalisés : 235

- Soit :
  - 3 admissions en procédure Normale,
  - 202 admissions en procédure d'Urgence,
  - 94 admissions en procédure de Péril imminent.
- Dont 1 est venu 4 fois en hospitalisation.
- Dont 13 patients sont venus 3 fois.
- Dont 35 patients sont venus 2 fois.
- De plus :
  - 17 patients sont sortis en Programme de soins,
  - 14 patients ont réintégré le service de soins,
  - 3 patients dont la mesure de contrainte n'a pas été confirmée.
- Il y a 2 patients hospitalisés depuis plus d'un an.

Tableau 50 : Nombre de patients suivis en programme de soins durant l'année 2020

Nbre patients différents	Nbre journées	Durée moyenne séjour
235	6829	29,05

Sources : Pôle psychiatrie CHC

BILAN D'ACTIVITE « SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DEMANDE DU REPRESENTANT DE L'ETAT

Nombre total d'admission : 50

Nombre de patients différents hospitalisés : 41

- Dont :
  - 1 patient est venu 3 fois,
  - 7 patients sont venus 2 fois
- Il y a 2 patients hospitalisés depuis plus d'un an.
- Il y a eu 8 réintégrations, dont 1 patient est revenu 4 fois.
- Il n'y a pas eu de départ en UMD, mais 1 patient est revenu d'UMD.
- Il y a eu 13 patients sortis en Programme de Soins. 2020

Tableau 51 : Nombre de patients suivis en programme de soins durant l'année 2020

Nbre patients différents	Nbre journées	Durée moyenne séjour
41	1891	46,12

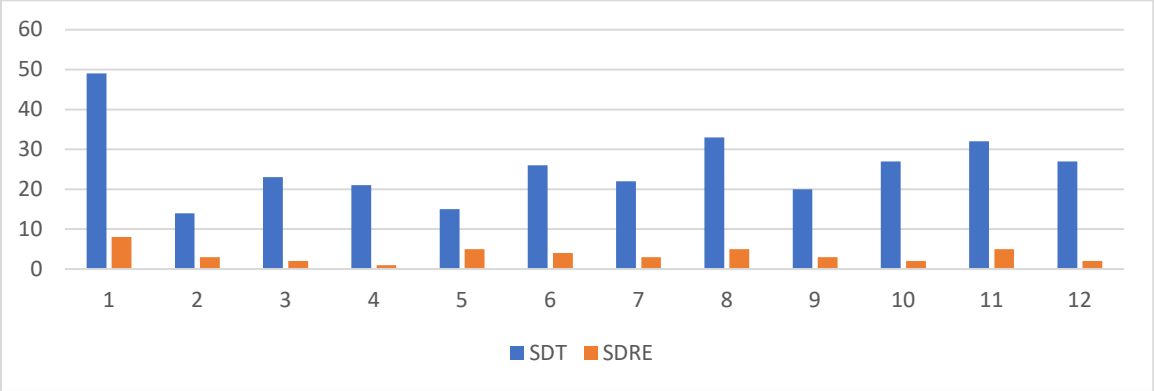
Sources : Pôle psychiatrie CHC

Tableau 52 : suivi Loi 5 juillet 2011

Nbre mesures prononcées			Modalité de tenue de l'audience du JLD et nombre de tenues d'audiences (1/2 journées)	Nbre patients vus par le JLD		Nbre mesures levées par le JLD		Nbre d'appel décision JLD	Nbre levées de l'appel	Nbre désaccords psychiatre / préfet	Nbre levées suite au 2ème avis psychiatre dans le cas d'1 désaccord psychiatre / préfet	Nbre saisine du JLD au titre de l'article L3213-5 (désaccord entre 2 psychiatres)	Nbre levées suite à la saisine du JLD au titre de l'article L3213-5	Nbre convocations de collèges		
SDE	SDT	Soins en cas de péril imminent (sans tiers)	CHAR	SDE	SDT	SDE	SDT							Pour patients irresponsables	Pour patients ayant séjourné en UMD	Autre motif
38	192	89	65	29	216	4	20	0	0	0	0	0	0	4		4
319				245		24		0						8		

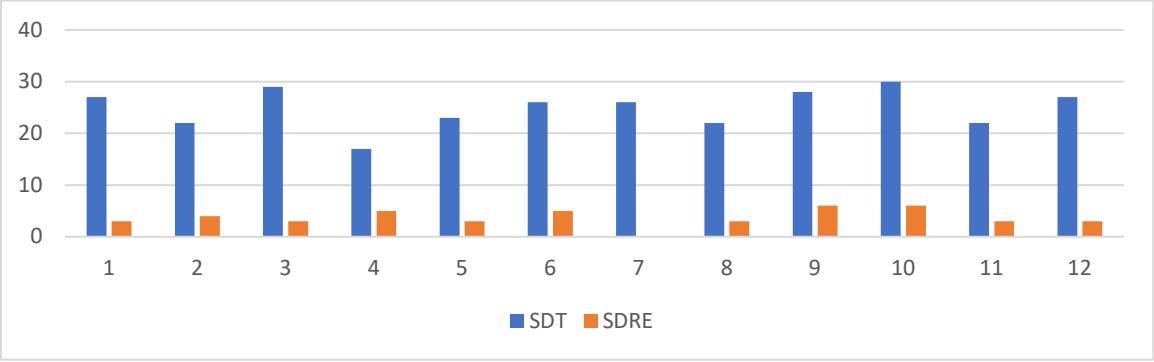
Sources : Pôle psychiatrie CHC

Figure 10 : Evolution des admissions en SDT et SDRE 2019



Sources : Pôle psychiatrie CHC

Figure 11 : Evolution des admissions en SDT et SDRE 2020



Sources : Pôle psychiatrie CHC

LIEUX ET DISPOSITIFS DE COORDINATION DES PARCOURS (GENERALISTES OU SPECIALISES)

CONSEIL LOCAL DE SANTE MENTALE- CLSM

Tableau 53 : Couverture CLSM

Nombre de communes	Guyane	France
couverte	6	1713
non couverte	16	34987

Source : CCOMS - 2016

Les Communes couvertes par un CLSM en 2016, sont : Cayenne, Matoury , Montsinéry-Tonnegrande, Macouria, Remire-Montjoly, et Roura.

Source : CCOMS – 2016

COORDINATIN ANIMATION DE RESEAUX

CONTRATS LOCAUX DE SANTE – CLS

Il existe en Guyane 4 Contrats Locaux de Santé : Matoury, Cayenne, Macouria et Saint-Laurent du Maroni. Deux d'entre eux ont développé un axe relatif à la santé mentale et aux addictions.

CLS DE MATOURY

Le Contrat Local de Santé de Matoury a été signé le 13 novembre 2012 par le préfet de Guyane, le directeur de l'ARS et le maire de la ville de Matoury.

Il contient 4 axes, dont un axe qui porte sur la prévention des conduites addictives et la promotion de la santé mentale.

- Axe 1 : Accès aux droits des populations vulnérables
  - Améliorer la prise en charge des populations vulnérables
    - Action 1 : Faciliter l'accès aux droits
    - Action 2 : Identifier les problématiques propres aux femmes enceintes
  - Améliorer l'offre de soins dans les quartiers déficitaires
    - Mettre en place des actions mobiles et des vacations de professionnels des soins et de la prévention dans les quartiers vulnérables
    - Communiquer sur les actions mobiles et vacations mises en place dans les quartiers vulnérables
    - Favoriser l'implantation des professionnels de santé
- Axe 2 : Actions de prévention auprès des jeunes
  - Prévenir les addictions
    - Action 1 : Organiser un programme de sensibilisation auprès des jeunes
  - Prévenir les risques sexuels, IST, SIDA, grossesses non désirées
    - Action 2 : Organiser la diffusion des outils et supports de prévention
  - Renforcer les comportements favorables en matière de nutrition
    - Action 3 : Développer des programmes d'éducation à la nutrition
- Axe 3 : Promotion d'un environnement sain

    - S'engager dans la réduction des inégalités sociales de santé en lien avec l'environnement
        - Action 1 : Faciliter l'accès à l'eau potable et informer sur les bons gestes
        - Action 2 : Communiquer sur les nuisances sonores
        - Action 3 : Participer à la lutte contre l'habitat indigne
    - Renforcer l'éco-responsabilité
        - Action 1 : Proposer des actions de sensibilisation à la réduction des déchets et au développement durable
- Axe 4 : Penser les prospectives du CLS
    - Approfondir la réflexion sur la thématique de l'accessibilité des personnes en situation de handicap
    - Approfondir la réflexion sur la prise en compte du public senior
    - Réfléchir aux liens possibles avec l'agenda 21

CLS DE CAYENNE

Le Contrat Local de Santé de Cayenne a été signé le 25 mai 2015 par le préfet de Guyane, le directeur de l'ARS et le maire de la ville de Cayenne.

La démarche CLS à Cayenne a été initiée en 2005 par la réalisation d'un diagnostic restitué en 2007. Un Atelier Santé Ville a été mis en œuvre et a organisé des groupes de travail de 2007 à 2013, puis mis en œuvre des actions spécifiques dans les quartiers prioritaires. Enfin, un diagnostic partagé de santé de la ville de Cayenne a été réalisé poursuivi par des groupes de travail CLS pour aboutir à la signature du CLS en 2015.

Il contient 5 axes, dont un axe qui porte sur la santé mentale et les addictions.

- Axe 1 : Accès aux droits et aux soins
    - Favoriser l'accès aux droits et aux soins des populations les plus vulnérables
        - Action 1 : Améliorer l'accès à la prévention et aux droits
    - Développer une offre de soins adaptée
        - Action 1 : Développer un accès aux soins adapté
        - Action 2 : Coordination globale des actions de santé
- Axe 2 : Cadre de vie et santé environnement
    - Amélioration du cadre de vie des habitants des quartiers prioritaire de la politique de la ville
        - Action 1 : Favoriser un environnement sain et améliorer le cadre de vie dans les quartiers prioritaires
- Axe 3 : Maladies métaboliques
    - Favoriser l'équilibre alimentaire et l'activité physique adaptée
        - Action 1 : promouvoir la nutrition et des activités physiques
        - Action 2 : Améliorer le dépistage et la prise en charge des maladies métaboliques
- Axe 4 : Conduites addictives et santé mentale
    - Elaborer une réflexion coordonnée avec les acteurs autour des questions de santé mentale et de conduites addictives
        - Action 1 : Coordonner les acteurs en santé mentale
    - Réduire l'incidence des conduites addictives chez les jeunes scolarisés
        - Action 2 : Education à la santé autour des conduites addictives auprès des jeunes scolarisés
- Axe 5 : Santé sexuelle et affective
    - Prévenir les IST, notamment le VIH et réduire le nombre de grossesses chez les mineures
        - Action 1 : Prévention « jeunes et sexualité »

- Action 2 : Favoriser la diminution des IST

CLS DE MACOURIA

Le Contrat Local de Santé de Macouria a été signé le 19 décembre 2017 par le préfet de Guyane, le directeur de l'ARS et le maire de la ville de Macouria.

Il contient 6 axes, dont un axe qui porte sur la prévention des conduites addictives et la promotion de la santé mentale.

- Axe 1 : Faire vivre le CLS
  - Coordination du CLS, animation territoriale et ASV
  - Affiner le diagnostic en privilégiant une démarche intégrant la spécificité du territoire (« Rurbanité »)
  - Communiquer autour du CLS
- Axe 2 : Accès aux droits : Accompagner les plus vulnérables
  - Développer une offre de soins de proximité pour faciliter l'accès aux soins et aux actions de prévention, de vaccination et de dépistage
  - Faciliter l'accès aux droits
- Axe 3 : Prévenir les conduites addictives et promouvoir la santé mentale
  - Développer les actions de prévention et de sensibilisation des conduites addictives
  - Prendre en compte les questions de santé mentale / mal-être sur le territoire (repérage, prévention, orientation…)
- Axe 4 : Santé sexuelle et affective
  - Développer la prévention et le dépistage VIH et autres IST
- Axe 5 : promouvoir la santé environnementale et améliorer durablement le cadre de vie des habitants
  - Promouvoir le développement d'initiatives à assise communautaire avec une stratégie d'amélioration du cadre de vie et de prévention des risques sanitaires
  - Améliorer la gestion et le traitement des déchets
  - Promouvoir les mesures individuelles de lutte intra et péri domiciliaires contre la prolifération des moustiques
- 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
  - Favoriser une alimentation équilibrée pour tous et une bonne hygiène alimentaire
  - 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)
  - Permettre un dépistage des personnes souffrant de maladies métaboliques

CLS DE SAINT LAURENT DU MARONI

Le Contrat Local de Santé de Saint-Laurent du Maroni a été élaboré au cours de l'année 2019 par les acteurs associatifs, institutionnels et hospitaliers de santé, du social et du médico-social du territoire. Le Centre de Ressources Politique de la Ville (CRPV) a été missionné par la Ville de Saint-Laurent pour accompagner la création du CLS.

Celui-ci a été signé le 10 septembre 2019, pour une durée de 3 ans, par 8 institutions : la Ville de Saint-Laurent du Maroni, l'Agence Régionale de Santé Guyane, la Sous-Préfecture, le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais, la Collectivité Territoriale de Guyane, la Caisse Générale de Sécurité Sociale, le Rectorat de Guyane et le Régiment du Service Militaire Adapté.

Le CLS comporte 3 axes :

- Axe 1 : Coordonner les parcours de santé et les démarches de promotion de la santé sur le territoire
  - Renforcer les actions de promotion de la santé en santé sexuelle et reproductive
  - Appuyer la mise en place des parcours de santé sur le territoire
  - Santé communautaire : prendre en compte les pratiques de santé traditionnelles dans les parcours de santé
- Axe 2 : Renforcer le pouvoir d'agir en santé des habitants de Saint-Laurent du Maroni
  - Développer la participation des habitants et l'identification de lieu d'échanges, préalables aux démarches de promotion de la santé
  - S'appuyer sur la littératie en santé pour développer l'autonomie des habitants vis-à-vis du système de santé
  - Développer la médiation en santé pour faciliter l'accès à la santé
- Axe 3 : Mobiliser les dispositifs de droit commun pour agir sur les déterminants de santé
  - Améliorer les aménagements du territoire pour favoriser l'accès à la santé pour tous
  - Améliorer l'accès aux droits fondamentaux
  - Développer l'offre de formation des professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux et de l'Education Nationale
  - Santé communautaire : créer un cadre favorable à la mise en place des démarches de santé communautaire innovantes et durables
  - Créer un lien de proximité avec les professionnels de santé de Saint-Laurent du Maroni

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE

Part de la file active exclusivement ambulatoire

Indicateurs	Guyane	France
Addiction	31,6	68,7
Troubles de l'humeur	84,8	77,3
Troubles sévères*	17,4	9,9
Autres TMS**	8,5	10,6

Source : RIM-P - 2015

Part de la file active exclusivement ambulatoire

Indicateurs	Guyane	France
Addiction	31,6	68,7
Troubles de l'humeur	84,8	77,3
Troubles sévères*	17,4	9,9
Autres TMS**	8,5	10,6

Source : RIM-P - 2015

EQUIPEMENT SANITAIRE ET ACTIVITE

LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Tableau 54 : Etablissements sanitaires publics et privés ayant eu une activité en 2018 (1)

Catégories	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Secteur public (établissements)	1 294	31	3
Centre hospitalier régional (CHR/CHU) (2)	187	9	0
Centre hospitalier (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	991	20	3
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	99	2	0
Autre unité du service public (3)	18	0	0
Secteur privé (établissements)	2 457	47	11
Établissement de soins de courte durée	625	14	3
Centre de lutte contre le cancer	25	0	0
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	281	0	0
Établissement de soins de suite et de réadaptation	703	7	1
Centre de dialyse	595	16	3
Autre établissement privé (4)	228	10	4
Ensemble	3 751	78	14
dont établissements ayant une maternité	486	13	4

(1) Nombre de sites - Y compris les établissements ayant fermé en cours d'année. (2) inclut les établissements de l'AP-HP. (3) inclut les centres de radiothérapie, les établissements du SSA, les SIH, les établissements sanitaires des prisons, les établissements GCS (Groupement de coopération sanitaire) publics. (4) inclut les services d'hospitalisation à domicile, les établissements GCS (Groupement de coopération sanitaire).
Sources : SAE Exploitation Fnors

PSYCHIATRIE

PSYCHIATRIE LITS ET PLACES

Tableau 55 : Lits et places publics et privés installés au 31.12.2018 par secteur d'activité

Disciplines de psychiatrie	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Hospitalisation à temps plein (lits)			
Secteur public Psychiatrie infanto-juvénile	1 621	25	10
Psychiatrie générale	31 166	544	95
Pénitentiaire	461	5	0
Secteur privé Psychiatrie infanto-juvénile	631	0	0
Psychiatrie générale	20 378	121	0

Hospitalisation partielle (nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)			
Secteur public Psychiatrie infanto-juvénile	7 409	99	25
Psychiatrie générale	14 013	187	25
Pénitentiaire	322	21	0
Secteur privé Psychiatrie infanto-juvénile	1 906	0	0
Psychiatrie générale	5 408	20	0
Placement familial thérapeutique (nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)			
Psychiatrie infanto -juvénile	706	16	8
Psychiatrie générale	2 457	83	0

Sources : SAE Exploitation Fnors

PSYCHIATRIE TAUX D'EQUIPEMENT

Tableau 56 : Ensemble lits et places publics et privés installés au 31.12.2018 - taux d'équipement

Disciplines de psychiatrie	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Psychiatrie infanto-juvénile			
Hospitalisation à temps plein (lits)	2 252	25	10
Hospitalisation partielle (1)	9 315	99	25
Placement familial thérapeutique (1)	706	16	8
Total	12 273	140	43
Psychiatrie générale			
Hospitalisation à temps plein (lits)	51 544	665	95
Hospitalisation partielle (1)	19 421	207	25
Placement familial thérapeutique (1)	2 457	83	0
Total	73 422	955	120
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto -juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus			
Lits d'hospitalisation complète	0,2	0,1	0,1
Équipement global (lits et nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)	0,9	0,5	0,4
Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans			
Lits d'hospitalisation complète	1,0	0,9	0,6
Équipement global (lits et nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément)	1,4	1,2	0,7

(1)Nombre de personnes pouvant être prises en charge simultanément
Sources : SAE ; Insee-RP 2016 - Exploitation Fnors

OFFRE EN SANTE MENTALE - EQUIPEMENTS SPECIFIQUES

UNITES POUR MALADES DIFFICILES

Selon le SAE en 2015, il n'y avait pas d'UMD en Guyane

Présence d'unités spécialisées dans la prise en charge de patients agités ou DIFFICILES

Selon le SAE en 2015, il n'y avait pas d'Unité spécialisée dans la PEC de patients agités ou difficiles en Guyane.

EQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRECARITE

Selon le SAE, il y a 1 EMPP en Guyane.

PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE

Selon le SAE, il y a 3 PASS en Guyane.

EQUIPE DE LIAISON ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (ELSA)

Il y a 1 dispositif régional ELSA en Guyane.

LES PROFESSIONNELS

PROFESSIONNELS DE SANTE

Tableau 57 : PS Exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2019 – équipements et services de santé de l'année 2018

Professions	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Médecins généralistes	83 922	1 295	333
Médecins spécialistes	115 534	1 303	211
Ensemble des médecins (1)	199 456	2 517	544
Pharmaciens	68 996	812	137
dont titulaires d'officine	26 195	351	51
Nombre d'officines pharmaceutiques	23 743	415	57
Nombre de laboratoires d'analyses et de biologie médicales	3 914	69	10

Sources : Drees / ASIP-Santé, répertoires Adeli et RPPS ; Insee, base permanente des équipements 2018 Exploitation Fnors

PROFESSIONNELS LIBERAUX OU MIXTES

Tableau 58 : Professionnels libéraux ou mixtes en exercice au 01.01.2019 Nombre et densité pour 100 000 habitants

Professions	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Médecins généralistes			
nombre	58 310	744	124
densité	90,0	72,4	43,7
dont praticiens de 55 ans et plus	30 380	416	66
Médecins spécialistes			
nombre	56 761	531	68
densité	87,6	51,6	24,0
dont praticiens de 55 ans et plus	29 886	327	36
Ensemble des médecins libéraux			
nombre	115 071	1 275	192
Infirmiers			
nombre	121 092	3 934	382
densité	186,8	382,6	134,7

Sources : Drees / ASIP-Santé, répertoires Adeli et RPPS ; Insee, estimations de population Exploitation Fnors

MEDECINS SPECIALISTES LIBERAUX OU MIXTES

Tableau 59 : Médecins spécialistes libéraux ou mixtes selon la spécialité exercée au 01.01.2019

Spécialités exercées	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Psychiatrie	6 188	21	2
Ensemble des spécialités	56 761	540	68

Sources : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS Exploitation Fnors

MEDECINS SPECIALISTES SALARIES EXCLUSIFS

Tableau 60 : Médecins spécialistes salariés exclusifs selon la spécialité exercée au 01.01.2019 (1)

Spécialités exercées	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Psychiatrie	8 529	108	14
Ensemble des spécialités	58 773	773	160

Sources : Drees / ASIP-Santé, répertoire RPPS Exploitation Fnors

PERSONNELS NON MEDICAUX

Tableau 61 : personnels non médicaux des établissements de soins publics purement sanitaires - Équivalent temps plein des salariés au 01.01.2019, tout type de contrat (titulaire, CDI, CDD)

Catégorie de personnel	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Personnels administratifs	92 226	2 209	449
Personnels soignants	509 426	10 113	2 147
dont :			
Personnel d'encadrement du personnel soignant	16 313	322	48
Infirmiers (1)	227 696	4 385	973
Aides-soignants	169 438	3 196	619
Agents des services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	59 875	1 410	282
Personnel de rééducation	14 747	261	31
Psychologues	10 342	180	34
Personnels éducatifs et sociaux	11 445	285	50
Total	746 440	15 357	3 114

(1) Y compris les infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique
Sources : SAE Exploitation Fnors

Tableau 62 : Sages-femmes et personnels non médicaux des établissements de soins privés purement sanitaires - Équivalent temps plein des salariés au 01.01.2019, tout type de contrat (titulaire, CDI, CDD)

Catégorie de personnel	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Personnels administratifs	38 079	471	63
Personnels soignants	183 591	2 068	298
dont			
Personnel d'encadrement du personnel soignant	6 628	77	12
Infirmiers (1)	82 032	863	108
Aides-soignants	51 402	671	115
Agents des services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	27 874	282	23
Personnel de rééducation	9 667	95	15
Psychologues	2 895	27	8
Personnels éducatifs et sociaux	4 488	30	6
Total	252 253	2 825	393

(1) Y compris les infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique
Sources : SAE Exploitation Fnors

Figure 12 : Cartographie des MG

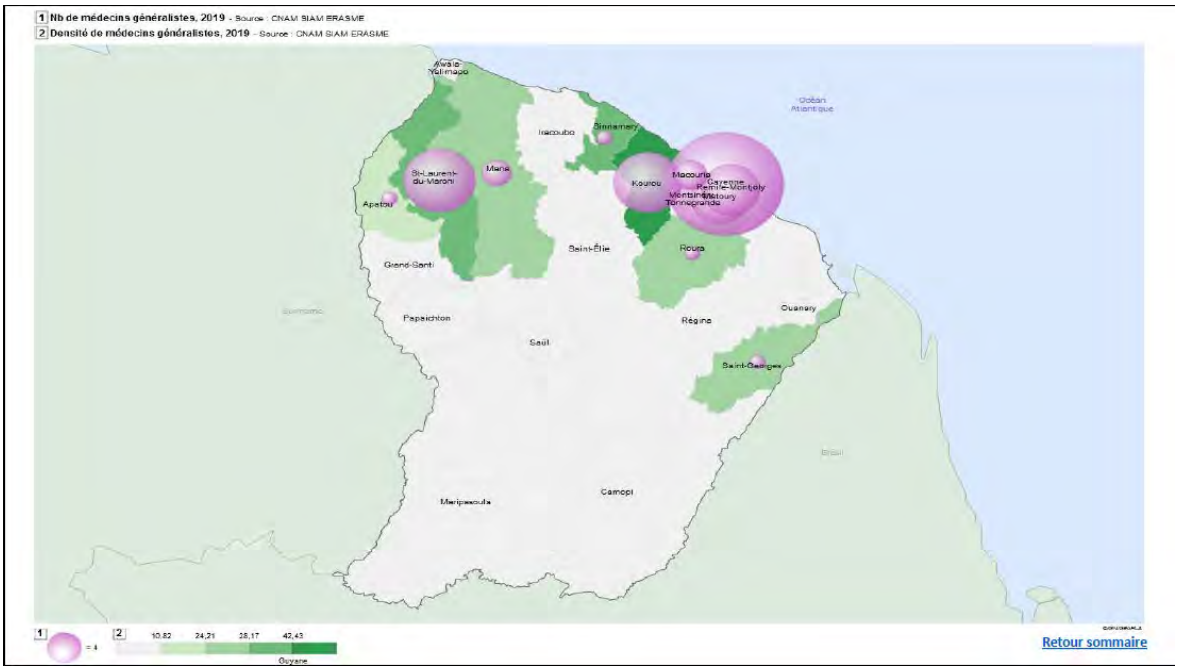
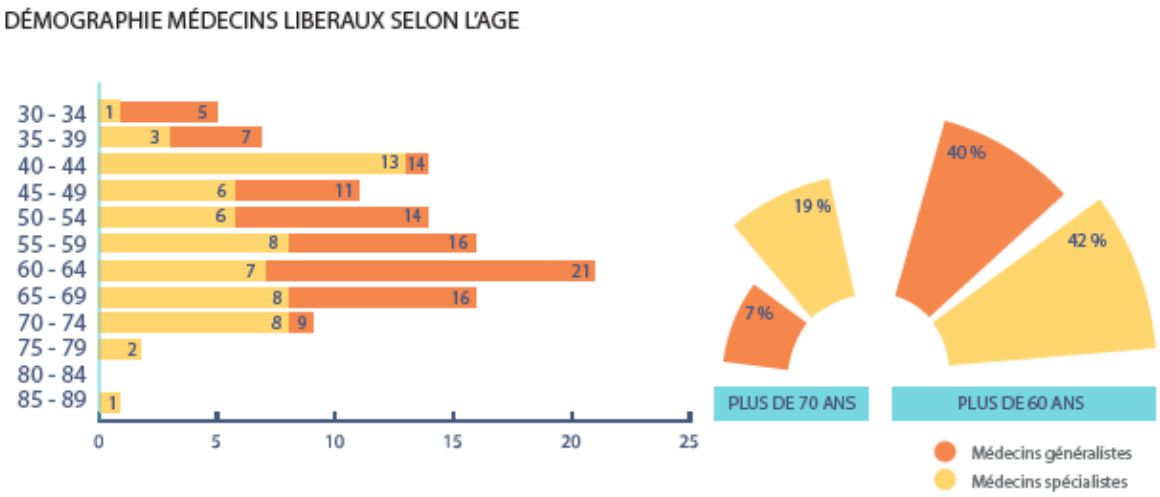
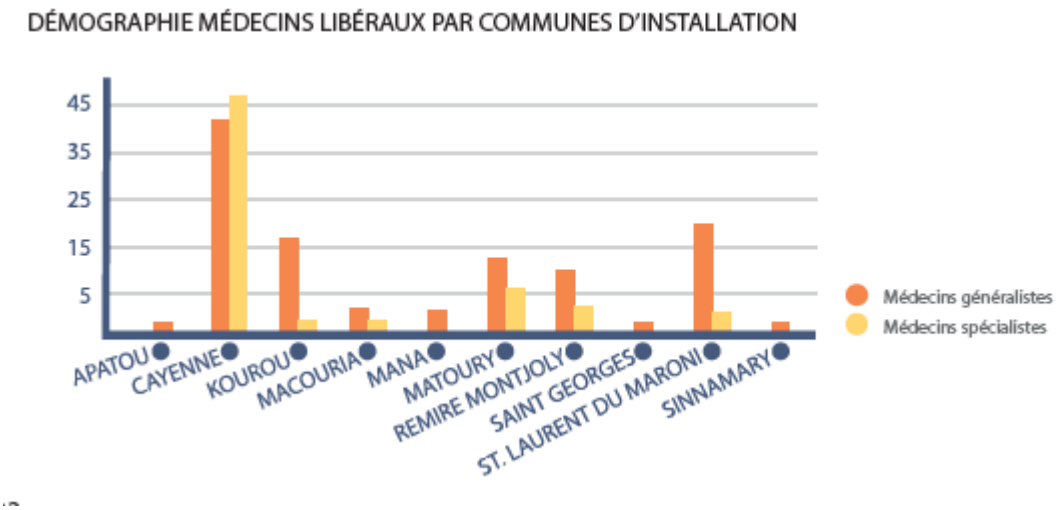


Figure 13: Démographie des MG par âge



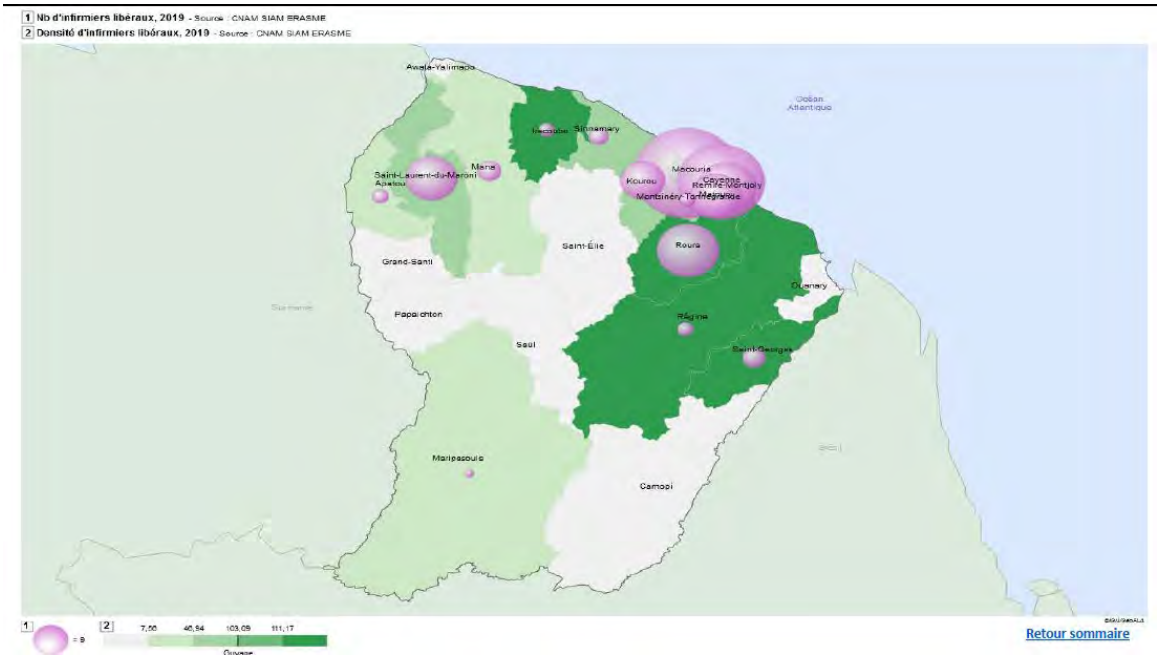
Sources : rapport CGSS 2019

Figure 14: Démographie des MG par commune d'installation



Sources : rapport CGSS 2019

Figure 15 : Cartographie des IDEL



L'OFFRE COMMUNAUTAIRE

GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM)

Il y a trois GEM en Guyane :

- Un GEM se trouve sur la Commune de Cayenne,
- Un GEM autisme,
- Un GEM dans l'ouest guyanais (Saint-Laurent du Maroni).

EQUIPEMENT MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL

« Le secteur médico-social est déficitaire. À titre illustratif, le taux d'équipement s'élève à 0,7 places pour 1000 habitants en maison d'accueil spécialisées (contre 0,9 dans l'Hexagone) et à 1,3 en établissement et service d'aide par le travail (contre 3,2 dans l'Hexagone). Concernant l'accueil des enfants, on compte 1,8 place pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en établissement. En revanche, les services pour enfants handicapés sont plus développés : le taux d'équipement en Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) s'élève à 4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans (contre 3,3 dans l'Hexagone).

La résorption de ce déficit dans le secteur du médico-social est une priorité de l'ARS Guyane, qui a mis en œuvre dès 2010 un plan de rattrapage de l'offre médico-sociale. Ce plan a permis de rattraper le retard concernant les services pour enfants handicapés, sans couvrir pour autant tous les besoins actuels (type de handicaps, sous-repérage). Il a permis également d'amorcer un rattrapage dans le secteur de la prise en charge des addictions avec l'expérimentation de structures innovantes comme les communautés thérapeutiques ou encore les appartements de coordination thérapeutique.» (BEH du 15/12/2020)

PERSONNES AGEES

PERSONNES AGEES -CAPACITE D'ACCUEIL

Tableau 63: Personnes Agées : Etablissements publics ou privés et services, places installées au 31.12.2018

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)			
Nombre d'établissements	7 453	48	4
Nombre total de places installées	607 212	3 041	212
Dont places en accueil temporaire (1)	12 962	87	0
Dont places en accueil de jour	12 100	90	10
Autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (2)			
Nombre d'établissements	318	9	0
Nombre total de places installées	6 661	126	0
Dont places en accueil temporaire (1)	1 089	0	0
Dont places en accueil de jour	80	12	0
Résidence autonomie			
Nombre d'établissements	2 285	6	2
Nombre total de places installées	119 544	287	86

Dont places en accueil temporaire (1)	576	0	0
Dont places en accueil de jour	52	0	0

(1) Y compris accueil de jour. (2) Y compris établissements expérimentaux pour personnes âgées
Sources : Drees, Finess, SAE

Tableau 64 : ESLD, Centre de jour pour personnes âgées, SSIAD + SPASAD, places installées au 31.12.2018

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Etablissements de soins de longue durée (ESLD) (1)			
Nombre d'ESLD	583	7	1
Nombre de lits	30 627	329	30
Centre de jour pour personnes âgées			
Nombre d'établissements	281	7	1
Nombre total de places installées	3 607	74	0
Dont places en accueil temporaire	2 040	24	0
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD + SPASAD)			
Nombre de services (2)	2 094	28	1
Nombre de places	124 341	1 260	133

(1) Source SAE Etablissements ayant rempli le bordereau USLD (ayant signé ou non une convention tripartite)
(2) Services autonomes et services rattachés à un établissement (y compris les équipes mobiles Alzheimer)
Sources : Drees, Finess, SAE

Tableau 65 : Personnes Agées : ensemble de places installées au 31.12.2018 toutes catégories de structures - Etablissements publics ou privés

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Places en accueil temporaire (1)	16 666	99	0
Places en accueil de jour (2)	15 845	170	10
Places en accueil de nuit (2)	98	0	0

Sources : Drees, Finess

PERSONNES AGEES – TAUX D'EQUIPEMENT

Tableau 66 : Personnes Agées : ensemble de places installées au 31.12.2018 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	99,5	41,5	40,2
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en non EHPAD, logements de résidences-autonomie, places ESLD)	25,7	10,1	22,0
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	0,6	1,0	0,0
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	20,4	17,2	25,2

Sources : Drees, Finess, Insee, estimation de population 2019

ADULTES HANDICAPES – CAPACITES D'ACCUEIL

Tableau 67 : Adultes handicapés : Places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2018 – Nombre détalissements et de services

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Maison d'accueil spécialisée (M.A.S.)			
Nombre d'établissements	689	13	2
Nombre total de places installées	28 662	469	102
Dont places en accueil temporaire (5)	969	14	0
Dont places en accueil de jour	2 202	37	12
Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.) (2)			
Nombre d'établissements	972	5	0
Nombre total de places installées	28 503	174	0
Dont places en accueil temporaire (5)	759	2	0
Dont places en accueil de jour	1 799	50	0
Etablissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées (E.A.M.) (6)			
Nombre d'établissements	26	0	0
Nombre total de places installées	744	0	0
Foyer de vie (inclut les foyers occupationnels)			
Nombre d'établissements	1 776	13	1
Nombre total de places installées	51 964	355	44
Dont places en accueil temporaire (5)	1 173	0	0
Dont places en accueil de jour	13 586	180	44
Foyer d'hébergement			
Nombre d'établissements	1 268	3	0
Nombre total de places installées	38 192	57	0
Dont places en accueil temporaire (5)	834	0	0
Dont places en accueil de jour	440	0	0
Foyer d'accueil polyvalent (3)			
Nombre d'établissements	94	1	0
Nombre total de places installées	3 460	20	0
Dont places en accueil temporaire (5)	85	0	0
Dont places en accueil de jour	1 105	20	0
Etablissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées (E.A.N.M.) (7)			
Nombre d'établissements	23	0	0
Nombre de places	477	0	0
Etablissement d'accueil temporaire			
Nombre d'établissements	63	0	0
Nombre total de places installées	761	0	0
Dont places en accueil de jour	470	0	0

(1) On compte la capacité totale des établissements indépendamment de la spécificité des places (2) Les établissements classés en catégorie FAM sont ceux qui disposent de lits d'accueil médicalisés, même si d'autres types de lits y sont présents. (3) La catégorie foyer d'accueil polyvalent a été créée dans FINESS dans le but d'attribuer un seul numéro FINESS aux foyers d'hébergement qui proposent simultanément de l'hébergement ouvert et de l'accueil en foyer de vie (et de permettre ainsi que les diverses activités d'un même établissement ne fassent pas l'objet d'immatriculations distinctes (6) Les EAM correspondant à la nouvelle dénomination FAM, la différence est uniquement administrative. Dans la prochaine édition , ces 2 catégories seront nommées (7) les EANM remplacent désormais les catégories Foyer d'Hébergement, Foyer de Vie, Foyer d'Accueil Polyvalent : comme pour les EAM, pour être en cohérence avec la nouvelle nomenclature, dans la prochaine édition, nous comptabiliserons sur une même ligne la capacité de toutes ces structures(STATISS 2019)

Sources : Drees, Finess

ADULTES HANDICAPES – PLACES INSTALLEES

Tableau 68 : Places installées au 31.12.2018 selon le type d'accueil des adultes handicapés toutes catégories de structures

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Places en accueil temporaire hors accueil de jour (1)	3 109	16	0
Places en accueil de jour (2)	20 370	302	56
Places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés (1)	27 328	379	102
Places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (1)	25 703	172	0
Places d'accueil en foyer de vie (3)	52 898	375	44
Places d'accompagnement à la vie sociale ou d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (1)	50 513	1 472	150

(1) On compte l'ensemble des places de la discipline quelle que soit la catégorie d'établissement (2) On compte l'ensemble des places d'accueil de jour dans les établissements et services pour adultes handicapés (3) On compte l'ensemble des places de la discipline quelles que soient la catégorie d'établissement et le mode d'accueil (complet ou de jour)

Sources : Drees, Finess

Tableau 69 : Adultes handicapés : Places installées au 31.12.2018 par catégorie de clientèle en établissement toutes catégories de structures confondues

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Déficiences intellectuelles	116 400	399	144
Polyhandicaps	16 380	127	93
Déficiences psychiques	25 167	295	0
Déficiences motrices	16 362	70	70
Déficiences sensorielles	4 574	105	80
Autres déficiences ou tous types de déficiences	116 457	2 844	87

(1) Hors foyers d'hébergement dont la quasi totalité des occupants sont des travailleurs d'ESAT
Y compris SAMSAH, SAVS, hors SSIAD, SPASSAD, hors EANMM, EAMM

Sources : Drees, Finess

ADULTES HANDICAPES – TAUX D'EQUIPEMENT

Tableau 70 : Adultes handicapés : Taux d'équipement au 31.12.2018 par catégorie d'établissements : places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Places d'accueil spécialisé pour adultes handicapés	0,8	0,7	0,7
Places d'accueil médicalisé pour adultes handicapés	0,8	0,3	0,0
Places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,6	0,7	0,3
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,6	2,5	1,2

Sources : Drees, Finess, Insee, estimation de population 2019

ENFANCE HANDICAPEE

ENFANCE HANDICAPEE – CAPACITES D'ACCUEIL

Tableau 71 : Enfance handicapée : Places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2018 – Nombre d'établissements et de services – taux d'équipement

	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guyane
Instituts médico -éducatifs (I.M.E.)			
Nombre d'établissements	1 244	23	3
Nombre total de places installées	66 824	1 244	190
Dont places en accueil temporaire	449	61	16
Dont places en accueil de jour, externat ou semi - internat	46 277	1 104	185
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés			
Nombre d'établissements	188	2	0
Nombre total de places installées	5 404	66	0
Dont places en accueil temporaire	125	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi - internat	3 042	50	0
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)			
Nombre d'établissements	448	3	1
Nombre total de places installées	15 400	94	35
Dont places en accueil temporaire	118	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi -internat	6 531	48	20
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)			
Nombre d'établissements	139	1	1
Nombre total de places installées	6 919	60	60
Dont places en accueil temporaire	68	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi-internat	3 926	40	40
Jardins d'enfants spécialisés			
Nombre d'établissements	8	0	0
Nombre total de places installées	165	0	0
Dont places en accueil temporaire	0	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi -internat	165	0	0
Établissements pour jeunes déficients sensoriels (2)			
Nombre d'établissements	111	4	0
Nombre total de places installées	6 679	90	0
Dont places en accueil temporaire	19	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi -internat	3 569	71	0
Établissements expérimentaux			
Nombre d'établissements	109	6	2
Nombre total de places installées	1 193	129	0
Dont places en accueil temporaire	59	0	0
Dont places en accueil de jour, externat ou semi -internat	408	10	0
Foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés			
Nombre d'établissements	22	1	0
Nombre total de places installées	225	14	0
Établissements d'accueil temporaire			
Nombre d'établissements	23	1	0
Nombre total de places installées	267	14	0
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)			
Nombre d'établissements	1 747	26	8
Nombre total de places installées	51 946	1 293	355
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (1) pour 1 000 habitants de moins de 20 ans	6,6	5,4	2,2
Taux d'équipement en places dans les SESSAD pour 1 000 habitants de - 20 ans	3,4	4,3	2,9

(1) hors SESSAD, jardins d'enfants spécialisés et places d'accueil temporaire

Sources : Drees, Finess, estimation de population 2019

REPONSE ACCOMPAGNEE POUR TOUS

Le dispositif « Réponse accompagnée pour tous » fonctionne bien en Guyane. Il est piloté par la MDPH. La réponse adaptée à un patient se fait lors des GOS (Groupe Opérationnel de synthèse). IL y a 2 à 3 GOS par mois. Malgré cela les financements demandés sont faibles (soit 35 000 € en 2020 pour 1 situation). Les partenaires trouvent des solutions internes le plus souvent, sans forcément de financements supplémentaires.

COMMUNAUTE 360

Les personnes en situation de handicap et leurs proches aidants ont particulièrement été touchés par le confinement, mais également par les différentes phases de déconfinement qui modifient une nouvelle fois leur quotidien. Un numéro unique a été lancé début juin pour bâtir des solutions de proximité. Un numéro unique est mis en place pour répondre aux questions des personnes en situation de handicap et les proches aidants : le 0 800 360 360.

S'il est national et gratuit, la particularité de ce numéro est qu'il s'agit d'une porte d'entrée qui permet la mise en relation avec des conseillers dans le département de l'appelant, afin qu'ils se coordonnent pour coconstruire la réponse la plus adaptée possible à chaque situation.

Le déploiement de ce dispositif est progressif. Une plateforme d'écoutants nationaux prend en charge les demandes qui ne peuvent encore être suivies par des acteurs de l'accompagnement départementaux.

L'APAJH prend part aux « communautés 360 » et mettra en œuvre le dispositif en Guyane en 2021 avec un financement ARS.

L'ADDICTOLOGIE

Depuis les années 1990[2], trois substances dominent largement l'espace de consommations du territoire guyanais : l'alcool, l'herbe de cannabis et la cocaïne-crack. Souvent associés en poly consommations, ces produits sont présents dans tous les milieux de la société guyanaise, de façon plus ou moins visible. Cependant, les consommations de crack touchent les milieux les plus défavorisés (personnes en errance, chômeurs, milieux de prostitution et d'orpaillage…) et représentent des facteurs de désocialisation et d'exclusion.

Un phénomène de trafic de « mules » émerge en Guyane depuis quelques années. Jusqu'à présent épargnée par le trafic de cocaïne de grande ampleur du fait de sa position en marge des grandes voies du trafic, la Guyane devient de plus en plus « attractive ». 70% de la cocaïne transitant par le territoire guyanais est équivalente en qualité et deux fois moins chère qu'aux Antilles ou en République Dominicaine. Selon les autorités guyanaises, il pourrait y avoir 10 mules par jour partant de Guyane par voie aérienne.

[2] Cf. Note relative au secteur de l'addictologie en Guyane, ARS, août 2016

STRUCTURES MEDICOSOCIALES DE PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

Le territoire dispose de 8 structures médico-sociales de prise en charge de personnes souffrant d'addictions (CAARUD, CSAPA, communauté thérapeutique) portées par 5 associations gestionnaires ainsi que 10 places dédiées dans la MAS de Kourou.

Tableau 72 : structures médico-sociales de prise en charge de personnes souffrant d'addictions

Gestionnaire	Dénomination ESMS	PEC	Communes
AKATI'J	CAARRUD	Ambulatoire	Kourou
	CSAPA avec hébergement [ex-CSST (avec hébergement)]	Ambulatoire avec hébergement	Kourou
	CSAPA St Laurent	Ambulatoire	SAINT-LAURENT du MARONI
	CT St Laurent	ambulatoire et hébergement	SAINT-LAURENT du MARONI
CHAR	CSAPA Cayenne	ambulatoire	CAYENNE
IN'PACT	CAARRUD St Laurent	20 pl.	SAINT-LAURENT du MARONI
RDS	CAARRUD Cayenne	50 pl. en ambulatoire avec 20 places de nuit	CAYENNE
SOS- PSA	CSAPA -Communauté Thérapeutique de Guyane	35 pl. d'hébergement	ROURA

Sources : PRS 2 – SRS Guyane 2018-2028

Les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs). « Les CJC se trouvent dans des Centres de Soins d'Accompagnements et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et certains services hospitaliers en Guyane. »

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

(ÉCARTS PAR RAPPORT AUX MOYENNES REGIONALE ET NATIONALE)

PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES A L'HORIZON 2030 (INSEE 2017)

Si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintenaient, la Guyane compterait 316 000 habitants en 2030, soit 72 000 de plus qu'en 2013. Cette croissance particulièrement vigoureuse de la population serait principalement portée par le solde naturel. En Guyane, où la fécondité est un moteur démographique important, la population est particulièrement jeune, même si la part de seniors tendrait à augmenter.

Tableau 73 : projection population à 2030

Indicateurs	Guyane	France
Projection de l'évolution de la population en 2030 (%)	29,4	6,5
Effectif en 2030 (habitant(s))	316 000	70 056 000

Source : Insee - Omphale 2015 - 2013

DEMOGRAPHIE

Tableau 74 : Distribution de la population par tranche d'âge (%)

Catégories	Guyane	France
Moins de 15 ans	34	18,5
15 à 29 ans	23,3	18
30 à 44 ans	21,3	19,5
45 à 59 ans	14,2	19,9
60 à 74 ans	5,6	14,9
75 ans et plus	1,6	9,1

Source : INSEE RP – 2013

Tableau 75 : Distribution de la population par sexe

Tranche d'âge	Hommes	Femmes
Moins de 15 ans	42302	40594
15 à 29 ans	27840	29126
30 à 44 ans	25546	26330
45 à 59 ans	17405	17200
60 à 74 ans	6958	6753
75 ans et plus	1606	2332

Source : INSEE RP - 2013 – 2013

Tableau 76 : Taux de variation de la population annuel moyen entre 2010 et 2018

		Variation relative annuelle 2010-2018 (%)		
	Estimation de population au 1er janv 2018	*Totale*	*Due au solde naturel*	*Due au solde migratoire*
France hexagonale	*65 018 096*	*0,40*	*0,30*	*0,10*
Martinique	*371 246*	*- 0,70*	*0,30*	*- 1,00*
Guadeloupe	*390 704*	*- 0,40*	*0,50*	*- 0,90*
Guyane	*281 612*	*2,60*	*2,30*	*- 0,30*
La Réunion	*865826*	*0,70*	*1,10*	*-0,40*

Source : Insee, Estimation de population (résultats arrêtés fin 2017)

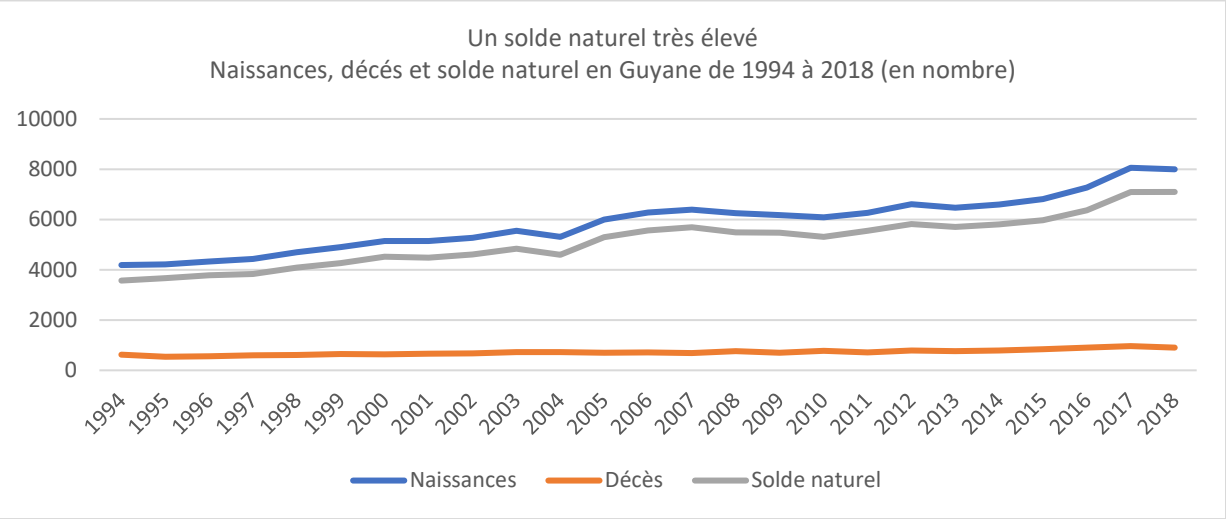
UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE TOUJOURS SOUTENUE (INSEE 2018)

La croissance démographique est la plus élevée des régions d'Outre-Mer après Mayotte. En Guyane, outre un taux de mortalité bas, la moitié des résidents a moins de 25 ans. Cette jeunesse de la population s'explique par un taux de natalité élevé. " Par ailleurs, la Guyane reste une terre d'accueil pour certaines nationalités.

En dix ans, la population s'est accrue de 30 %. Cette tendance repose principalement sur un solde naturel positif fort avec un rythme de naissances soutenu, accompagné d'un faible taux de mortalité.

Le nombre des naissances reste élevé avec 8 000 naissances vivantes en 2018, malgré une légère baisse (- 0,8 % par rapport à 2017). Cependant, en 10 ans, les naissances ont progressé de 28 % avec un important regain entre 2014 et 2017 porté par les naissances de mères d'origine haïtienne, en lien avec le pic migratoire de ces mêmes années. Le taux de natalité fléchit donc de 2,1 points en 2018 . Néanmoins, avec 26,4 naissances pour mille femmes, la Guyane se situe en haut du classement des régions françaises, après Mayotte 37,3 ‰, mais loin devant la Martinique (9,7 ‰), la Guadeloupe (11 ‰) et la France métropolitaine (11,1 ‰). L'âge moyen de la mère à la naissance reste stable à 28,3 ans. Il est inférieur de 2,4 ans à celui de la France métropolitaine.

Figure 16 : Naissances décès et solde naturel



Source : Insee, statistiques de l'état civil.

Un taux de natalité très supérieur à celui de la France métropolitaine
Chiffres clés sur la population de Guyane et de la France métropolitaine

Tableau 77 : Taux de natalité

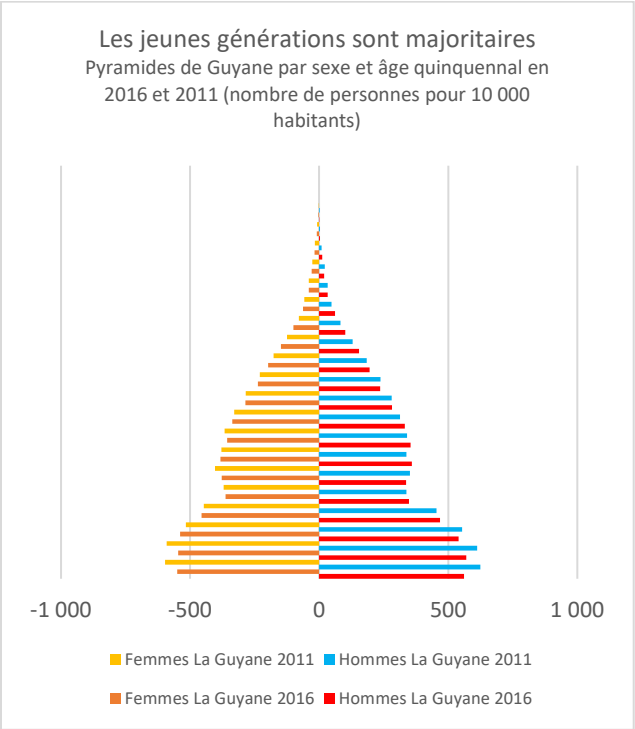
	Guyane			France métropolitaine
	2008	2017	2018	2018
Naissances vivantes	6 247	8 057	7 995	719 737
Age moyen de la mère	27,4	28,3	28,3	30,7
Taux de natalité (‰)	28,2	28,5	26,4	11,1
Indicateur conjoncturel de fécondité	3,56	3,82	3,56	1,84
Décès	762	964	899	594 298
Taux de mortalité (‰)	3,4	3,4	3,0	9,3
Mariages enregistrés	619	572	nd	229 000
Taux de nuptialité (‰)	2,8	2,0	nd	3,5

nd : non disponible
p : provisoire
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

L'indicateur conjoncturel de fécondité, en légère décroissance, est également l'un des plus élevés de France.

Il est de 3,56 enfants par femme. En particulier, il s'établit à 1,10 enfant par femme âgée de 15 à 24 ans et 1,71 enfant par femme âgée de 25 à 34 ans. Comme à Mayotte, le nombre important de femmes en âge de procréer explique le dynamisme démographique.

Figure 17 : Pyramide des âges



Lecture : en 2018, on comptait 899 décès pour 7995 naissances, soit un solde naturel de 7 096 personnes.
Source : Insee, statistiques de l'état civil.

LA SURMORTALITE INFANTILE PERDURE

Le taux de mortalité infantile diminue, mais reste cependant un des plus élevés de France. Il frôle les 10 ‰ et devance celui de la Martinique (9 ‰). En cause, des pathologies particulières comme les affections périnatales et les maladies infectieuses, de mauvaises conditions sanitaires et un suivi irrégulier de la grossesse avec des risques de complications.

En 2018, 900 personnes sont décédées en Guyane, soit 70 décès de moins qu'en 2017. C'est la première baisse enregistrée depuis 2013. Toutefois en dix ans, le nombre de décès a progressé de 18 %. Le taux de mortalité reste faible, trois décès pour 1 000 habitants. C'est le taux le plus bas des régions d'outre-mer après Mayotte (2,8 ‰). Ce taux s'explique par la jeunesse de la population de ces deux territoires. L'espérance de vie des femmes (83,3 ans) reste comme ailleurs plus élevée que celle des hommes (78,2 ans) mais l'écart se résorbe au fil du temps. En effet, il est passé de 6,6 ans en 2008 à 5,1 ans en 2018.

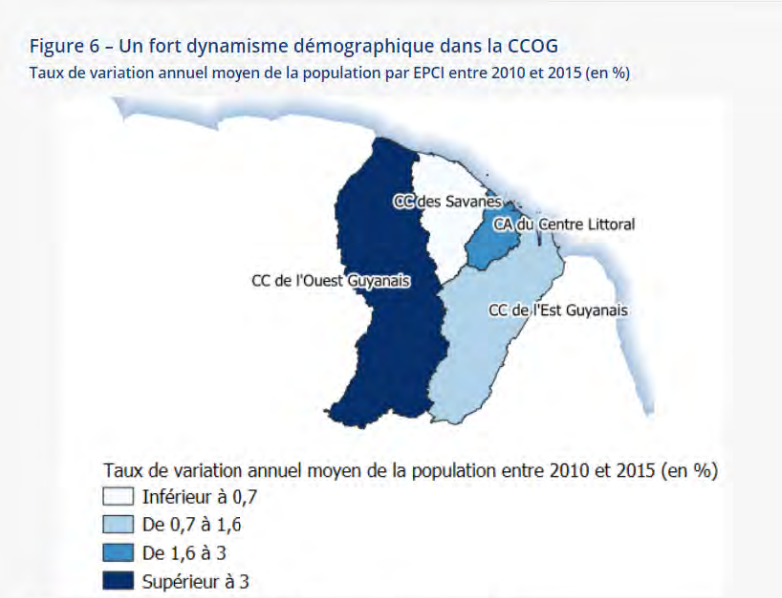
LA MOITIE DES ENFANTS MINEURS VIVENT DANS UNE FAMILLE MONOPARENTALE

Sur 100 enfants mineurs en Guyane, seuls 34 vivent dans une famille avec leurs deux parents au domicile et leurs frères et sœurs s'ils en ont (contre 68 en France). Par ailleurs, 49 enfants vivent dans une famille monoparentale, et résident donc uniquement avec un de leurs parents, le plus souvent avec leur mère (contre 21 en France). Enfin, 17 enfants vivent dans une famille recomposée, dans laquelle les enfants ne sont pas tous du couple.

UN DYNAMISME DEMOGRAPHIQUE INSUFFLE PAR L'OUEST GUYANAIS

En 2015, 89 892 personnes habitent la Communauté de Communes de l'Ouest Guyanais, soit 35 % de la population guyanaise. Entre 2010 et 2015, la croissance de cette population est supérieure à celle de la région, au rythme soutenu de + 4 % par an en moyenne). L'intercommunalité participe à la croissance démographique régionale à hauteur de 43 %. Ce dynamisme démographique est porté par l'excédent des naissances sur les décès, grâce à la jeunesse de la population et à une fécondité plus élevée. Au cours de ces cinq années, la croissance liée au solde naturel est de 3,1 % par an en moyenne. L'accroissement démographique s'explique aussi par l'excédent migratoire. La contribution du solde apparent des entrées sorties à la croissance démographique est cinq fois plus importante dans la CCOG que dans l'ensemble de la région (+ 1 % contre + 0,2 % par an en moyenne).

Figure 18 : Cartographie du taux de variation annuel moyen de la population par EPCI



Source : INSEE analyses Guyane N° 35 paru le 15/01/2019

La Communauté d'Agglomération du Centre Littoral (CACL) reste le territoire le plus peuplé. Il regroupe 50,8 % de la population guyanaise (131 922 habitants). Entre 2010 et 2015, la croissance démographique est inférieure au niveau régional mais reste soutenue (+ 2,3 %). Elle s'explique principalement par un solde naturel élevé (+ 1,9 %) et un solde apparent des entrées sorties excédentaire (+ 0,4 %)

La Communauté de Communes Des Savanes (CCDS) compte 31 151 habitants en 2015, soit 12 % de la population guyanaise. Entre 2010 et 2015, le rythme de la croissance ralentit fortement par rapport à celui observé dans la période 1990-2010 (+ 0,1 % contre + 2,5 %). Cela est dû à un solde apparent des entrées sorties négatif (– 2,1 %) à peine compensé par le solde naturel (+ 2,2 %).

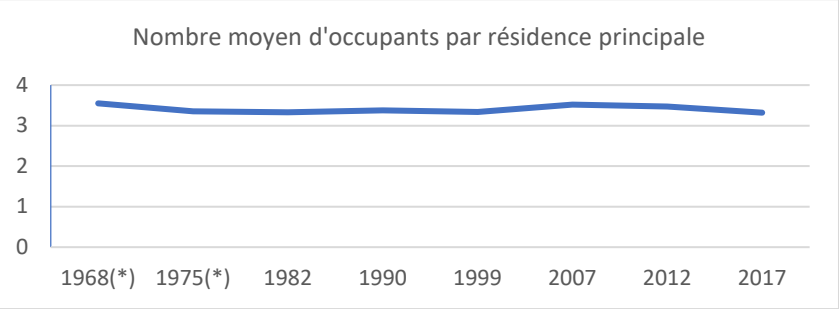
En 2015, la Communauté de Communes de l'Est Guyanais (CCEG) rassemble 6 900 habitants, soit 3 % de la population guyanaise. Avec 270 personnes de plus qu'en 2010 sa population a augmenté durant la période. Le solde naturel est le seul moteur de la croissance démographique (+ 2,6 %) compensant le solde apparent des entrées sorties très déficitaire (– 1,8 %).

Tableau 78 : Ménages selon leur composition

	Nombre de ménages						Population des ménages		
	2007	%	2012	%	2017	%	2007	2012	2017
Ensemble	59 733	100,0	68 199	100,0	77 894	100,0	209 905	236 579	258 963
Ménages d'une personne	12 235	20,5	14 691	21,5	18 746	24,1	12 235	14 691	18 746
Hommes seuls	7 089	11,9	8 384	12,3	10 203	13,1	7 089	8 384	10 203
Femmes seules	5 146	8,6	6 307	9,2	8 543	11,0	5 146	6 307	8 543
Autres ménages sans famille	4 483	7,5	4 917	7,2	4 066	5,2	17 240	20 975	12 480
Ménages avec famille(s) dont la famille principale est :	43 015	72,0	48 591	71,2	55 082	70,7	180 430	200 913	227 736
Un couple sans enfant	7 518	12,6	8 983	13,2	10 011	12,9	18 196	21 295	24 512
Un couple avec enfant(s)	20 772	34,8	22 207	32,6	23 375	30,0	103 801	110 362	115 403
Une famille monoparentale	14 725	24,7	17 402	25,5	21 696	27,9	58 433	69 257	87 821

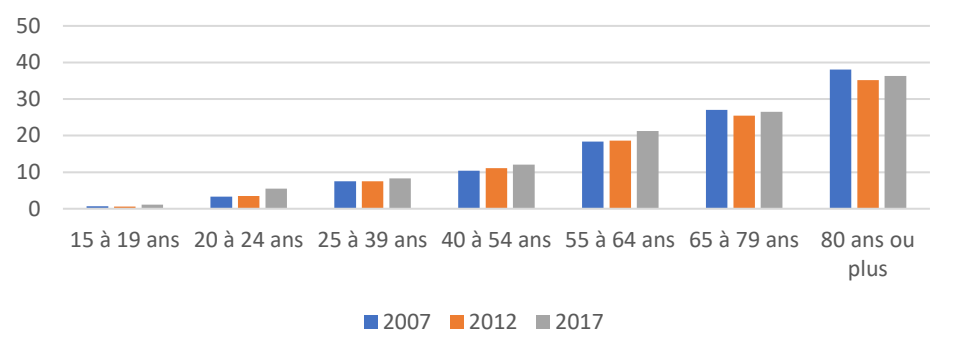
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2020.

Figure 19 : Évolution de la taille des ménages en historique depuis 1968



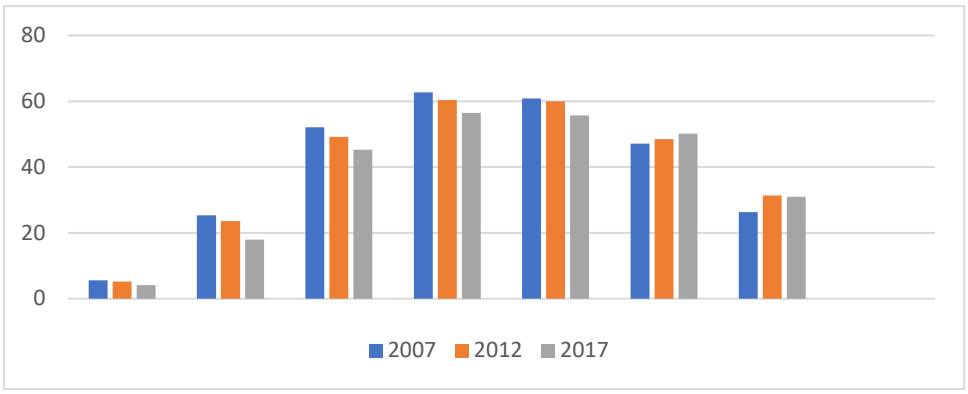
Sources : Insee, RP1967 à 1999 dénombrements, RP2007 au RP2017 exploitations principales.

Figure 20 : Personnes de 15 ans ou plus vivant seules selon l'âge - population des ménages



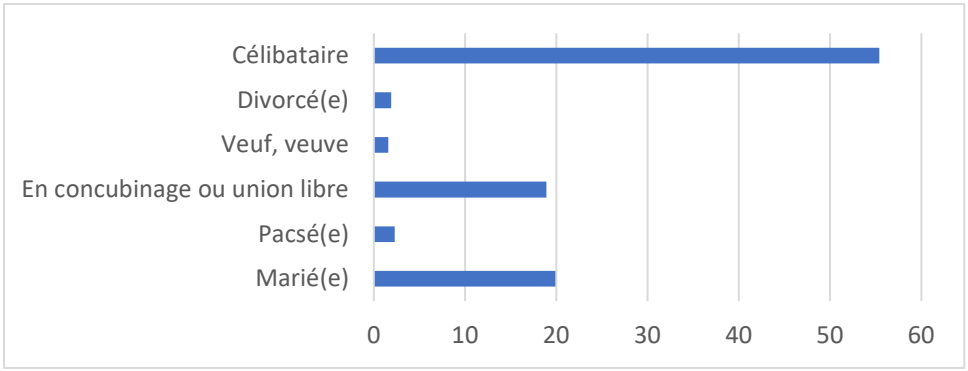
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020

Figure 21 : Personnes de 15 ans ou plus déclarant vivre en couple selon l'âge



Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020

Figure 22: Statut conjugal des personnes de 15 ans ou plus en 2017



Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Tableau 79 : Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence en 2017

	Nombre de ménages	%	Population des ménages	%
Ensemble	77 894	100,0	258 963	100,0
Agriculteurs exploitants	863	1,1	3 841	1,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4 309	5,5	14 190	5,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 395	8,2	16 050	6,2
Professions intermédiaires	12 055	15,5	33 865	13,1
Employés	16 102	20,7	52 346	20,2
Ouvriers	11 677	15,0	44 365	17,1
Retraités	6 743	8,7	12 545	4,8
Autres personnes sans activité professionnelle	19 751	25,4	81 759	31,6

Source : Insee, RP2017 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2020.

Tableau 80 : Composition des familles

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	45 159	100,0	51 481	100,0	59 015	100,0
Couples avec enfant(s)	21 126	46,8	22 540	43,8	23 829	40,4
Familles monoparentales	16 262	36,0	19 714	38,3	24 810	42,0
Hommes seuls avec enfant(s)	2 161	4,8	2 627	5,1	3 694	6,3
Femmes seules avec enfant(s)	14 101	31,2	17 087	33,2	21 116	35,8
Couples sans enfant	7 771	17,2	9 227	17,9	10 375	17,6

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2020.

Tableau 81: Familles selon le nombre d'enfants âgés de moins de 25 ans

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	45 159	100,0	51 481	100,0	59 015	100,0
Aucun enfant	9 671	21,4	11 776	22,9	14 131	23,9
1 enfant	11 615	25,7	13 254	25,7	15 844	26,8
2 enfants	10 093	22,3	11 264	21,9	12 224	20,7
3 enfants	5 947	13,2	6 705	13,0	7 168	12,1
4 enfants ou plus	7 832	17,3	8 481	16,5	9 649	16,4

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2020.

LOGEMENT

Tableau 82: Évolution du nombre de logements par catégorie en historique depuis 1968

	1968(*)	1975(*)	1982	1990	1999	2007	2012	2017
Ensemble	13 071	16 840	24 676	38 363	54 191	66 675	75 965	88 986
Résidences principales	11 436	15 647	21 063	33 349	46 224	59 735	68 177	77 930
Résidences secondaires et logements occasionnels	345	469	1 297	1 820	2 519	1 652	1 547	2 109
Logements vacants	1 290	724	2 316	3 194	5 448	5 288	6 241	8 948

(*) 1967 et 1974 pour les DOM
Les données proposées sont établies à périmètre géographique identique, dans la géographie en vigueur au 01/01/2020.
Sources : Insee, RP1967 à 1999 dénombrements, RP2007 au RP2017 exploitations principales.

Tableau 83: Catégories et types de logements

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	66 675	100,0	75 965	100,0	88 986	100,0
Résidences principales	59 735	89,6	68 177	89,7	77 930	87,6
Résidences secondaires et logements occasionnels	1 652	2,5	1 547	2,0	2 109	2,4
Logements vacants	5 288	7,9	6 241	8,2	8 948	10,1
Maisons	44 716	67,1	49 459	65,1	54 966	61,8
Appartements	19 323	29,0	23 415	30,8	30 445	34,2

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 84: Résidences principales selon le nombre de pièces

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	59 735	100,0	68 177	100,0	77 930	100,0
1 pièce	4 738	7,9	5 060	7,4	6 156	7,9
2 pièces	10 848	18,2	12 594	18,5	14 809	19,0
3 pièces	14 950	25,0	19 303	28,3	21 244	27,3
4 pièces	17 504	29,3	19 629	28,8	21 863	28,1
5 pièces ou plus	11 695	19,6	11 591	17,0	13 859	17,8

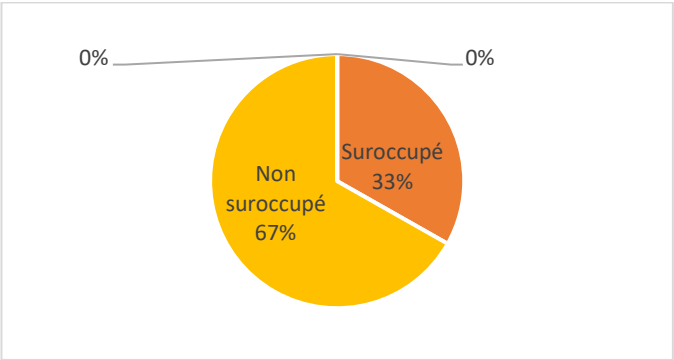
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 85: Nombre moyen de pièces des résidences principales

	2007	2012	2017
Ensemble des résidences principales	3,5	3,4	3,4
Maison	3,7	3,7	3,7
Appartement	2,9	2,9	2,8

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020 .

Figure 23 : Résidences principales selon l'état de suroccupation (hors studios occupés par une personne)



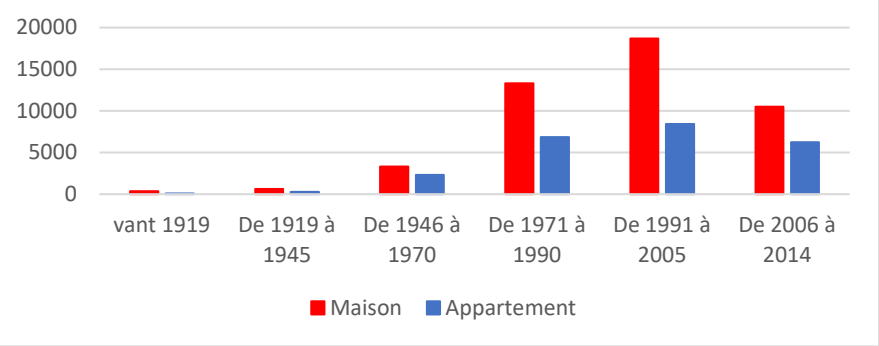
Source : Insee, RP2017 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2020.

Tableau 86 : Résidences principales en 2017 selon la période d'achèvement

	Nombre	%
Résidences principales construites avant 2015	73 588	100,0
Avant 1919	453	0,6
De 1919 à 1945	949	1,3
De 1946 à 1970	5 841	7,9
De 1971 à 1990	20 778	28,2
De 1991 à 2005	28 258	38,4
De 2006 à 2014	17 310	23,5

Sources : Insee, RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Figure 24 : Résidences principales en 2017 selon le type de logement et la période d'achèvement



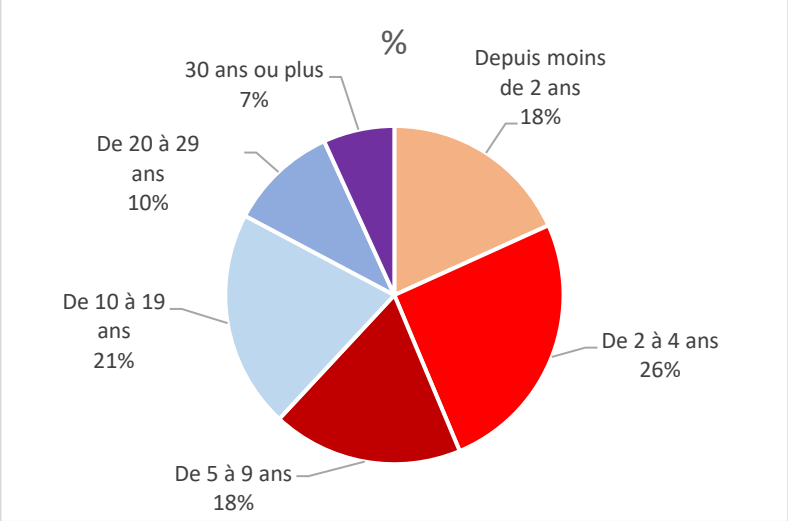
Résidences principales construites avant 2015.
Sources : Insee, RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 87 : Ancienneté d'emménagement dans la résidence principale en 2017

	Nombre de ménages	Part des ménages en %	Population des ménages	Nombre moyen de pièces par	
				logement	personne
Ensemble	77 930	100,0	258 908	3,4	1,0
Depuis moins de 2 ans	14 221	18,2	40 522	2,9	1,0
De 2 à 4 ans	19 805	25,4	64 838	3,1	1,0
De 5 à 9 ans	14 220	18,2	51 647	3,4	0,9
10 ans ou plus	29 684	38,1	101 901	3,7	1,1

Sources : Insee, RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Figure 25 : Ancienneté d'emménagement des ménages en 2017



Source : Insee, RP2017 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2020.

Tableau 88 : Ancienneté d'emménagement dans la résidence principale en 2017

	2007		2012		2017			
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre personnes	Ancienneté moyenne d'emménagement en année(s)
Ensemble	59 735	100,0	68 177	100,0	77 930	100,0	258 908	10,2
Propriétaire	25 850	43,3	30 571	44,8	33 409	42,9	122 864	14,9
Locataire	29 153	48,8	33 058	55,3	37 764	48,5	112 288	6,4
dont d'un logement HLM loué vide	*9 451*	*15,8*	*10 504*	*15,4*	*12 155*	*15,6*	*39 130*	*8,6*
Logé gratuitement	4 731	7,9	4 548	6,7	6 757	8,7	23 757	8,0

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

RESIDENCES PRINCIPALES

Tableau 89 : Confort des résidences principales

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	**59 735**	**100,0**	**68 177**	**100,0**	**77 930**	**100,0**
Électricité dans le logement	*52 817*	*88,4*	*59 049*	*86,6*	*69 248*	*88,9*
Eau chaude dans le logement	*23 446*	*39,2*	*30 169*	*44,3*	*36 708*	*47,1*
Baignoire ou douche et WC à l'intérieur	*46 672*	*78,1*	*53 771*	*78,9*	*62 955*	*80,8*
Chauffe-eau solaire	*896*	*1,5*	*2 875*	*4,2*	*6 188*	*7,9*
Pièce climatisée	*16 267*	*27,2*	*24 042*	*35,3*	*30 022*	*38,5*
Tout à l'égout	*23 556*	*39,4*	*27 738*	*40,7*	*35 191*	*45,2*

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 90 : Résidences principales selon l'aspect du bâti

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	59 735	100,0	68 177	100,0	77 930	100,0
Habitations de fortune	2 479	4,2	2 855	4,2	3 069	3,9
Cases traditionnelles	3 869	6,5	2 552	3,7	3 013	3,9
Maisons ou immeubles en bois	9 797	16,4	11 311	16,6	12 261	15,7
Maisons ou immeubles en dur	43 590	73,0	51 459	75,5	59 587	76,5

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

TAUX BENEFICIAIRES COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CMUC), ET AIDE MEDICALE D'ETAT (AME) PARMI LES CONSOMMANTS DU REGIME GENERAL

Tableau 91 : Part des bénéficiaires de la CMUC parmi les consommants RG

Taux	Guyane			France		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
2015	43,2%	50,1%	46,8%	8,8%	9,3%	9,1%

Source : SNIIRAM

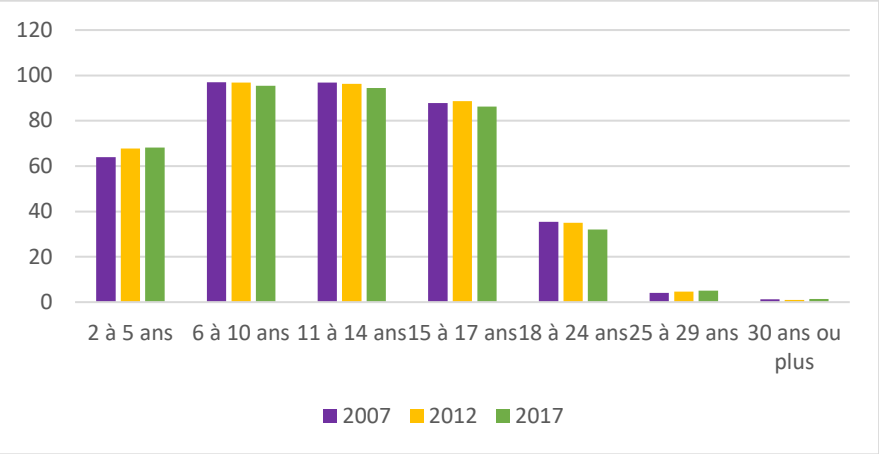
La CMU-C est accordée sous conditions de ressources, dont le plafond varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer. Elle donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

Tableau 92 : Scolarisation selon l'âge et le sexe en 2017

	Ensemble	Population scolarisée	Part de la population scolarisée en %		
			Ensemble	Hommes	Femmes
2 à 5 ans	23 843	16 257	68,2	67,4	69,0
6 à 10 ans	30 049	28 665	95,4	95,4	95,4
11 à 14 ans	23 017	21 723	94,4	94,1	94,7
15 à 17 ans	16 441	14 176	86,2	86,3	86,2
18 à 24 ans	27 354	8 784	32,1	29,8	34,4
25 à 29 ans	18 550	955	5,1	4,4	5,8
30 ans ou plus	117 287	1 672	1,4	1,2	1,7

Sources : Insee, RP2017, exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Figure 26 : Taux de scolarisation selon l'âge (en %)



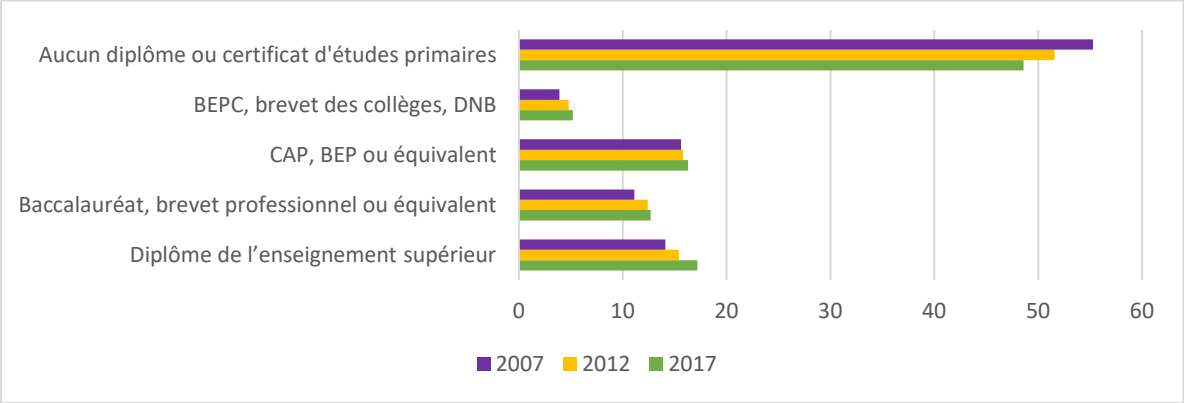
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 93 : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans et plus selon le sexe en 2017

	Ensemble	Hommes	Femmes
Population non scolarisée de 15 ans ou plus	154 044	75 307	78 738
Part des titulaires en %			
Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	48,6	46,7	50,3
BEPC, brevet des collèges, DNB	5,2	5,3	5,1
CAP, BEP ou équivalent	16,3	19,2	13,5
Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	12,7	12,7	12,8
Diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 2	5,8	5,6	6,0
Diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 3 ou bac + 4	5,8	4,9	6,6
Diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 5 ou plus	5,7	5,5	5,8

Sources : Insee, RP2017, exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Figure 27 : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus en %



Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

ETABLISSEMENTS

NOMBRES D'INTERNATS

9 internats en lycées (8 publics, 1 privé), 1 internat en collège (public.)

Source : L'annuaire de l'éducation

NOMBRE D'INTERNATS DE REUSSITE EDUCATIVE

- 1 à Maripasoula
- 1 à Rémire-Montjoly

Capacité globale de 152 places d'internat d'excellence (112 à Maripasoula et 40 à Rémire2.)

Source : Académie de Guyane, 2020.

DISPOSITIFS SPECIFIQUES D'ACCOMPAGNEMENT

Dispositif ULIS : Nombre de classes concernées : 100

Dispositif SEGPA : Nombre de classes concernées : 18

Source : L'annuaire de l'éducation

DECCROCHAGE SCOLAIRE

Tableau 94 : Nombre de décrocheurs scolaires signalés à la PSAD par le SEI - Répartition par bassin

	Campagne du 09/02/21	Campagne du 15/10/20	TOTAL
Bassin Cayenne	126	683	809
Bassin Savanes	49	129	178
Bassin Ouest	89	538	627
Bassin Est	12	64	76
TOTAL	276	1414	**1690**

Source : SIEI-RIO STAT, PSAD Guyane au 22/03/2021

Quelques éléments d'explication sur les listes transmises par le Système interministériel d'échange d'informations (SIEI)

Les listes de jeunes en situation de décrochage scolaire concernent les élèves âgés de 16 à 30 ans, scolarisés durant l'année scolaire précédente (2019/2020) ou durant l'année scolaire actuelle (2020/2021), qui n'ont pas obtenu le diplôme (niveau IV BAC ou V CAP, BEP) correspondant à la formation suivie et qui ne sont pas scolarisés - à l'Éducation Nationale ou à l'Agriculture -, ni détenteurs d'un contrat d'apprentissage au 15 octobre 2020 puis au 09 février 2021.

POPULATION ACTIVE, EMPLOI ET CHOMAGE

Tableau 95 : Population de 15 à 64 ans par type d'activité

	2007	2012	2017
Ensemble	**130 073**	**147 114**	**165 432**
Actifs en %	**61,5**	**61,0**	**63,5**
Actifs ayant un emploi en %	43,0	42,0	40,7
Chômeurs en %	18,5	19,0	22,7
Inactifs en %	**38,5**	**39,0**	**36,5**
Élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés en %	14,0	13,2	13,0
Retraités ou préretraités en %	2,2	2,1	1,7
Autres inactifs en %	22,3	23,7	21,9

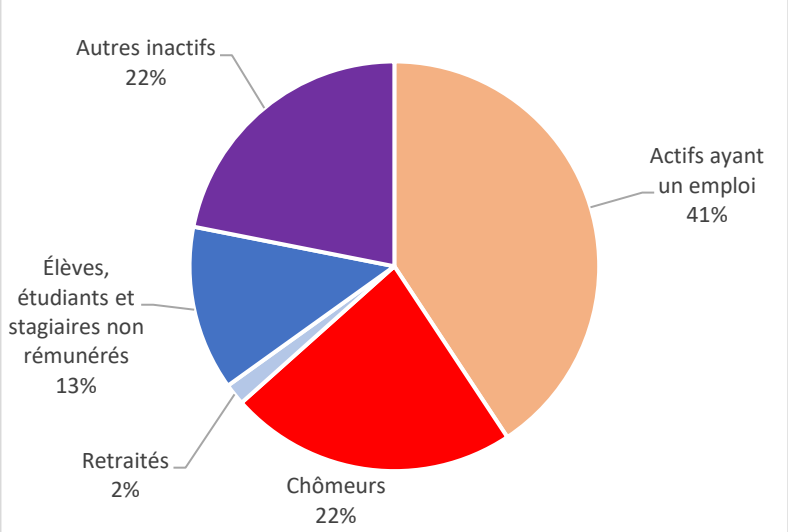
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et, RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 96: Activité et emploi de la population de 15 à 64 ans par sexe et âge en 2017

	Population	Actifs	Taux d'activité en %	Actifs ayant un emploi	Taux d'emploi en %
Ensemble	**165 432**	**105 012**	**63,5**	**67 402**	**40,7**
15 à 24 ans	43 794	15 305	34,9	6 263	14,3
25 à 54 ans	102 138	77 251	75,6	51 389	50,3
55 à 64 ans	19 500	12 457	63,9	9 750	50,0
Hommes	**80 873**	**52 963**	**65,5**	**36 818**	**45,5**
15 à 24 ans	21 816	7 995	36,6	3 546	16,3
25 à 54 ans	49 228	38 054	77,3	27 719	56,3
55 à 64 ans	9 829	6 913	70,3	5 554	56,5
Femmes	**84 559**	**52 049**	**61,6**	**30 585**	**36,2**
15 à 24 ans	21 978	7 309	33,3	2 718	12,4
25 à 54 ans	52 910	39 196	74,1	23 670	44,7
55 à 64 ans	9 671	5 544	57,3	4 197	43,4

Sources : Insee, RP2017, exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Figure 28 : Population de 15 à 64 ans par type d'activité en 2017



Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Tableau 97 : Population active de 15 à 64 ans selon la catégorie socioprofessionnelle

	2007	dont actifs ayant un emploi	2012	dont actifs ayant un emploi	2017	dont actifs ayant un emploi
Ensemble	**80 037**	**55 897**	**89 555**	**61 480**	**105 042**	**67 546**
dont						
Agriculteurs exploitants	1 196	1 098	1 416	1 149	1 405	1 289
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7 061	6 472	7 267	6 219	5 824	5 025
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 339	6 226	8 048	7 851	9 187	8 935
Professions intermédiaires	14 752	13 687	16 880	15 297	19 706	17 893
Employés	22 056	17 639	25 640	19 343	27 369	20 580
Ouvriers	15 078	10 775	16 831	11 622	19 462	13 824

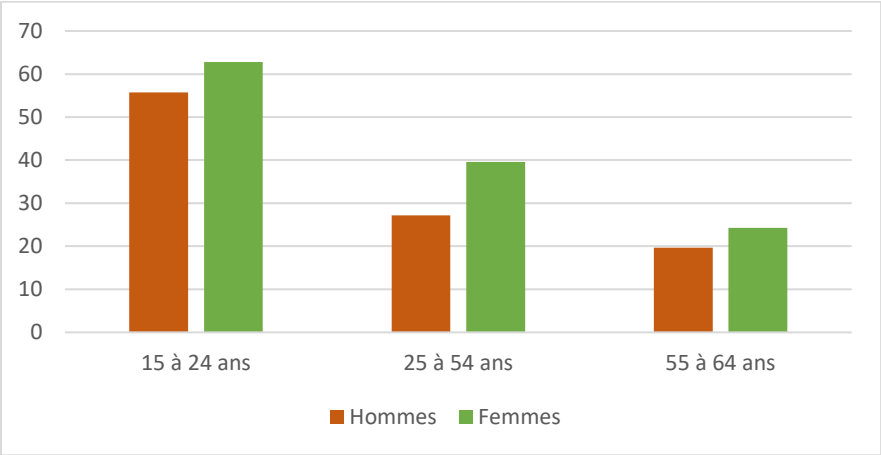
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2020.

Tableau 98 : Chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans

	2007	2012	2017
Nombre de chômeurs	24 003	28 007	37 610
Taux de chômage en %	30,0	31,2	35,8
Taux de chômage des hommes en %	25,3	25,8	30,5
Taux de chômage des femmes en %	35,4	37,0	41,2
Part des femmes parmi les chômeurs en %	54,9	57,1	57,1

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et, RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Figure 29 : Taux de chômage (au sens du recensement) des 15-64 ans par sexe et âge en 2017



Sources : Insee, RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 99 : Emploi et activité

	2007	2012	2017
Nombre d'emplois dans la zone	56 718	62 706	68 717
Actifs ayant un emploi résidant dans la zone	56 481	62 548	68 517
Indicateur de concentration d'emploi	100,4	100,3	100,3
Taux d'activité parmi les 15 ans ou plus en %	58,2	57,5	59,2

L'indicateur de concentration d'emploi est égal au nombre d'emplois dans la zone pour 100 actifs ayant un emploi résidant dans la zone.
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, lieu de résidence et lieu de travail, géographie au 01/01/2020.

Tableau 100: Emplois selon le statut professionnel

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	**56 718**	**100,0**	**62 706**	**100,0**	**68 717**	**100,0**
Salariés	**46 664**	**82,3**	**52 372**	**83,5**	**57 277**	**83,4**
dont femmes	21 183	37,3	24 132	38,5	27 411	39,9
dont temps partiel	5 281	9,3	6 581	10,5	7 366	10,7
Non-salariés	**10 055**	**17,7**	**10 334**	**16,5**	**11 440**	**16,6**
dont femmes	3 087	5,4	3 426	5,5	3 729	5,4
dont temps partiel	1 420	2,5	1 425	2,3	1 293	1,9

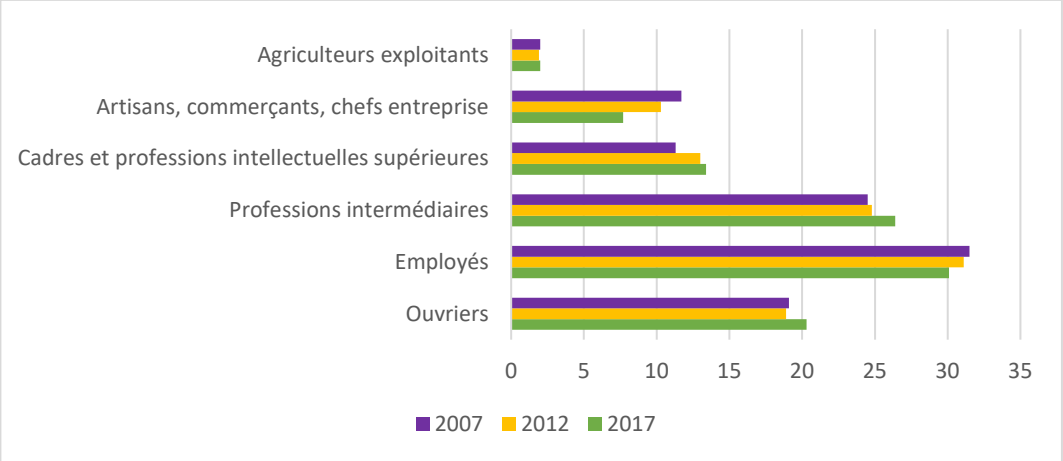
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et, RP2017, exploitations principales lieu de travail, géographie au 01/01/2020.

Tableau 101: Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2017

	Nombre	%
Ensemble	**68 858**	**100,0**
Agriculteurs exploitants	1 391	2,0
Artisans, commerçants, chefs entreprise	5 321	7,7
Cadres et professions intellectuelles supérieures	9 230	13,4
Professions intermédiaires	18 189	26,4
Employés	20 729	30,1
Ouvriers	13 998	20,3

Sources : Insee, et RP2017, exploitation complémentaire lieu de travail, géographie au 01/01/2020.

Figure 30 : Emplois par catégorie socioprofessionnelle



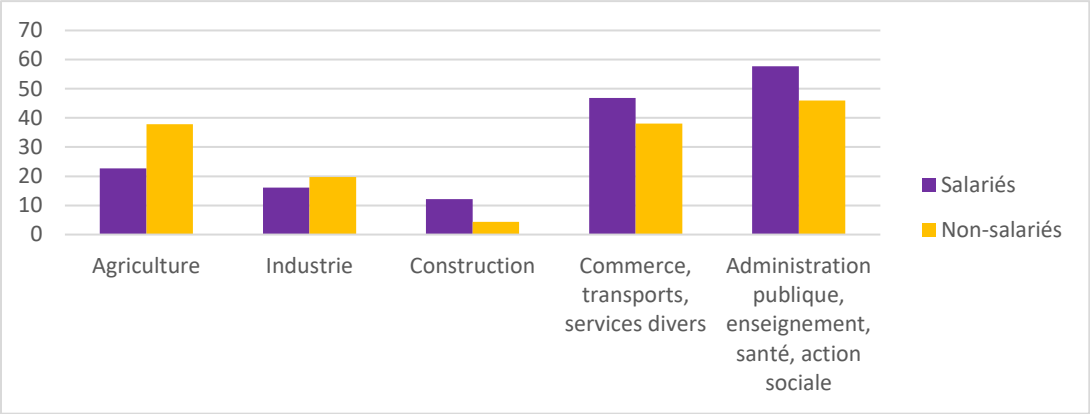
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations complémentaires lieu de travail, géographie au 01/01/2020.

Tableau 102: Emplois selon le secteur d'activité

	2007	2012		2017				
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	dont femmes en %	dont salariés en %
Ensemble	**56 654**	**100,0**	**62 487**	**100,0**	**68 858**	**100,0**	**45,5**	**88,2**
Agriculture	1 704	3,0	1 549	2,5	1 868	2,7	33,4	29,6
Industrie	5 265	9,3	5 480	8,8	6 653	9,7	16,5	90,4
Construction	4 173	7,4	5 321	8,5	4 890	7,1	10,2	74,1
Commerce, transports, services divers	19 752	34,9	21 776	34,8	22 383	32,5	45,3	82,9
Administration publique, enseignement, santé, action sociale	25 759	45,5	28 362	45,4	33 064	48,0	57,3	96,6

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et, RP2017, exploitations principales lieu de travail, géographie au 01/01/2020.

Figure 31 : Taux de féminisation des emplois par statut et secteur d'activité en 2017



Sources : Insee, RP2017, exploitation complémentaire lieu de travail, géographie au 01/01/2020.

CARACTERISTIQUES DE L'EMPLOI

Tableau 103 : Population de 15 ans ou plus ayant un emploi selon le statut en 2017

	Nombre	%	dont % temps partiel	dont % femmes
Ensemble	**68 445**	**100,0**	**12,6**	**45,3**
Salariés	57 069	83,4	12,9	47,8
Non-salariés	11 376	16,6	11,2	32,6

Sources : Insee, et RP2017, exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Tableau 104 : Statut et condition d'emploi des 15 ans ou plus selon le sexe en 2017

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	**37 447**	**100**	**30 999**	**100**
Salariés	**29 778**	**79,5**	**27 291**	**88,0**
Titulaires de la fonction publique et contrats à durée indéterminée	22 315	59,6	20 270	65,4
Contrats à durée déterminée	5 890	15,7	5 630	18,2
Intérim	585	1,6	184	0,6
Emplois aidés	536	1,4	805	2,6
Apprentissage - Stage	452	1,2	402	1,3
Non-salariés	**7 669**	**20,5**	**3 708**	**12,0**
Indépendants	5 115	13,7	2 454	7,9
Employeurs	2 403	6,4	1 040	3,4
Aides familiaux	151	0,4	214	0,7

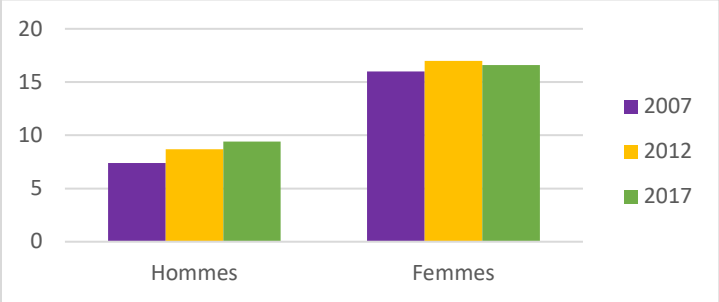
Sources : Insee, et RP2017, exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Tableau 105: Salariés de 15 à 64 ans par sexe, âge et temps partiel en 2017

	Hommes	dont % temps partiel	Femmes	dont % temps partiel
Ensemble	**29 459**	**9,3**	**27 027**	**16,6**
15 à 24 ans	3 213	27,8	2 485	33,2
25 à 54 ans	22 024	7,5	20 897	15,0
55 à 64 ans	4 222	5,0	3 644	14,4

Sources : Insee, et RP2017, exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

Figure 32 : Part des salariés de 15 ans ou plus à temps partiel par sexe



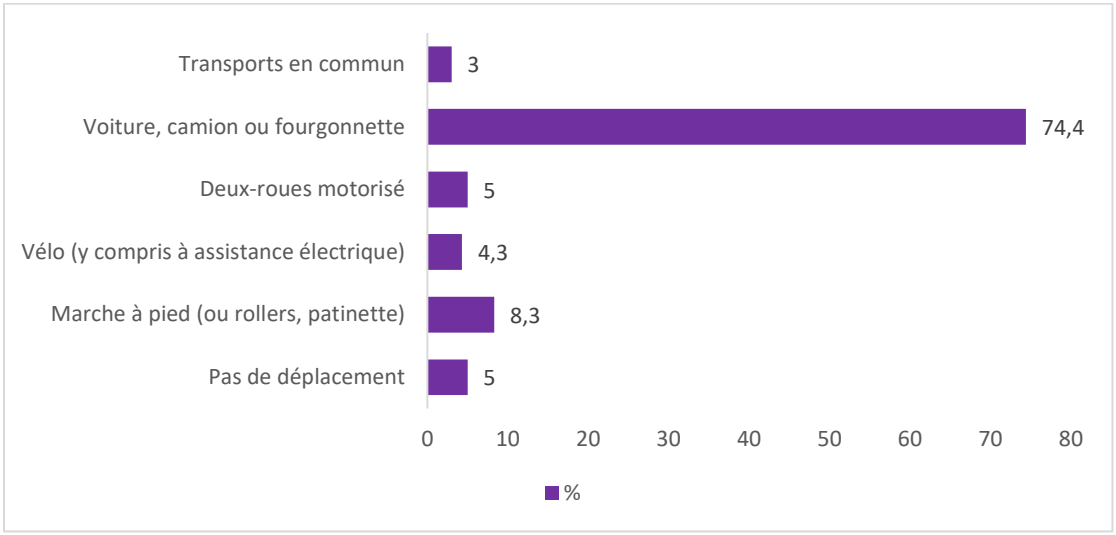
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

Tableau 106 : Lieu de travail des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi qui résident dans la zone

	2007	%	2012	%	2017	%
Ensemble	**56 436**	**100**	**62 507**	**100**	**68 445**	**100**
Travaillent :						
dans la commune de résidence	38 743	68,6	41 075	65,7	45 294	66,2
dans une commune autre que la commune de résidence	17 693	31,4	21 432	34,3	23 151	33,8

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

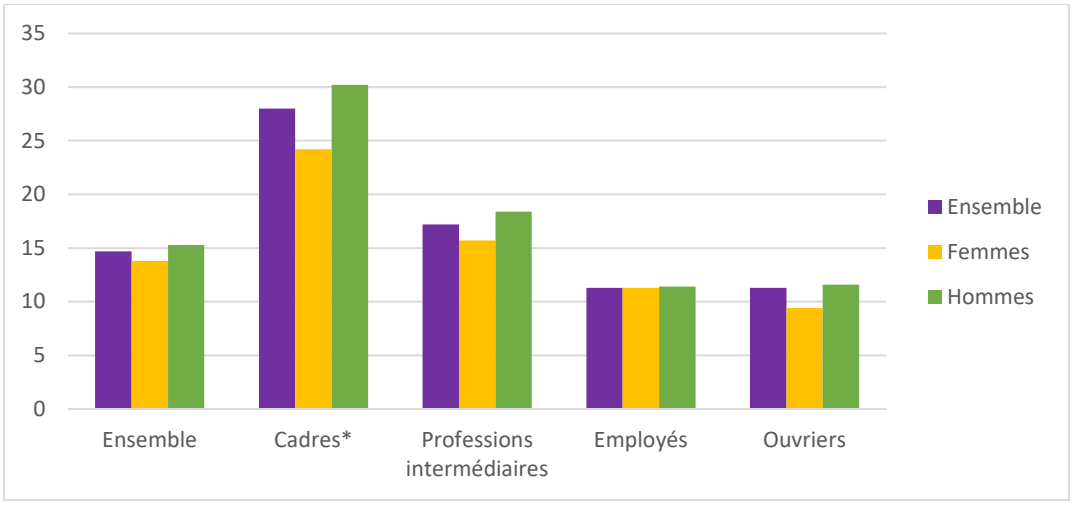
Figure 33 : Part des moyens de transport utilisés pour se rendre au travail en 2017



Champ : actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi.
Source : Insee, RP2017 exploitation principale, géographie au 01/01/2020.

SALAIRES ET REVENUS D'ACTIVITE

Figure 34 : Salaire net horaire moyen (en euros) selon la catégorie socioprofessionnelle en 2018



** Cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprises salariés*
Champ : Secteur privé et entreprises publiques hors agriculture, catégorie socioprofessionnelle du poste principal occupé par le salarié dans l'année.
Source : Insee, Bases Tous salariés, fichier salariés au lieu de résidence en géographie au 01/01/2020.

Figure 35 : Écart de salaire net horaire moyen entre les femmes et les hommes selon la catégorie socioprofessionnelle en 2018

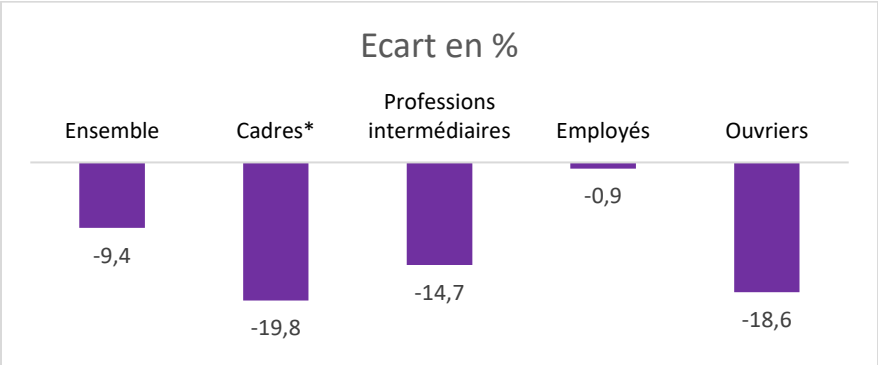
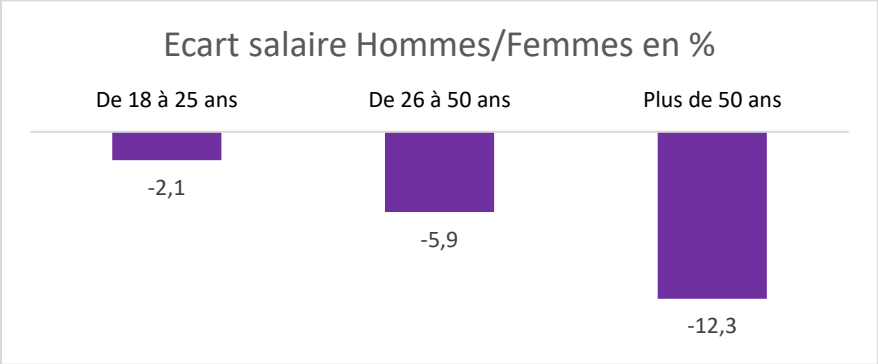


Figure 36: Écart de salaire net horaire moyen entre les femmes et les hommes selon l'âge en 2018



** Cadres, professions intellectuelles supérieures et chefs d'entreprises salariés*
Champ : Secteur privé et entreprises publiques hors agriculture, catégorie socioprofessionnelle du poste principal occupé par le salarié dans l'année.
Source : Insee, Bases Tous salariés, fichier salariés au lieu de résidence en géographie au 01/01/2020.

CRACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS EMPLOYEURS

Tableau 107 : Établissements actifs employeurs par secteur d'activité agrégé et taille fin 2017

	Total	%	0 salarié	1 à 9 salarié(s)	10 à 19 salariés	20 à 49 salariés	50 salariés ou plus
Ensemble	**4 527**	**100,0**	**296**	**3 280**	**465**	**308**	**178**
Agriculture, sylviculture et pêche	80	1,8	5	69	4	1	1
Industrie	471	10,4	31	325	70	29	16
Construction	469	10,4	53	337	49	23	7
Commerce, transports, services divers	2 845	62,8	185	2 283	225	105	47
dont commerce et réparation automobile	1 032	22,8	58	868	74	27	5
Administration publique, enseignement, santé, action sociale	662	14,6	22	266	117	150	107

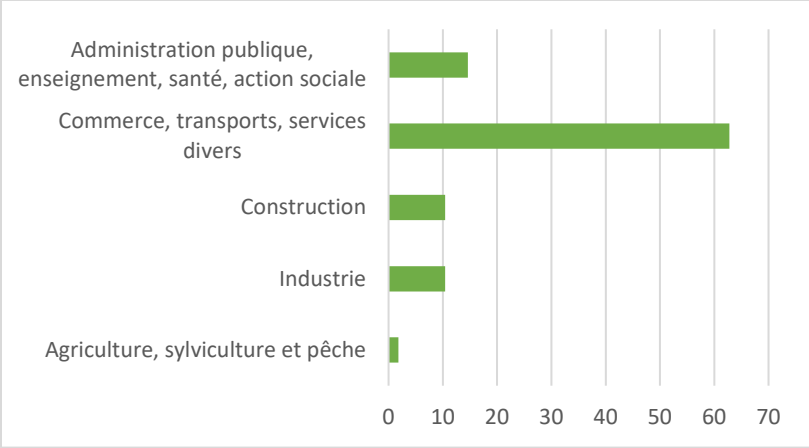
Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier Localisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 108 : Postes salariés par secteur d'activité agrégé et taille d'établissement fin 2017

	Total	%	1 à 9 salarié(s)	10 à 19 salariés	20 à 49 salariés	50 à 99 salariés	100 salariés ou plus
Ensemble	**55 266**	**100,0**	**10 542**	**6 298**	**8 989**	**7 399**	**22 038**
Agriculture, sylviculture et pêche	354	0,6	181	56	39	78	0
Industrie	4 368	7,9	1 179	974	853	926	436
Construction	3 200	5,8	1 118	679	671	244	488
Commerce, transports, services divers	17 793	32,2	7 057	2 975	3 139	2 311	2 311
dont commerce et réparation automobile	5 132	9,3	2 769	969	879	221	294
Administration publique, enseignement, santé, action sociale	29 551	53,5	1 007	1 614	4 287	3 840	18 803

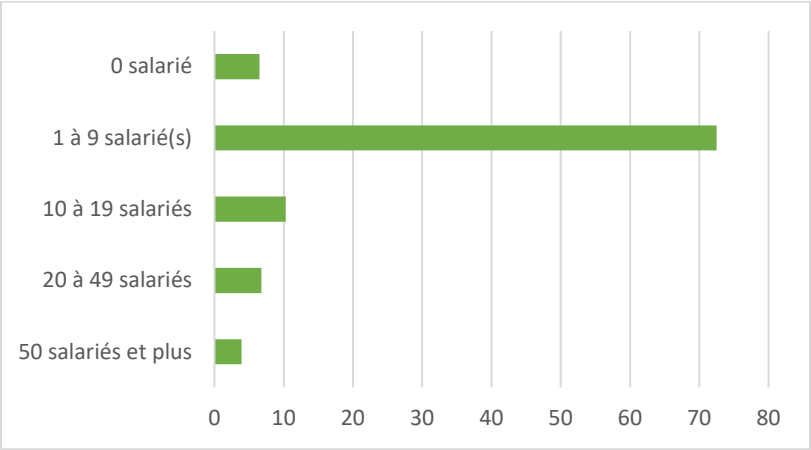
Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier Localisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Figure 37 : Répartition des établissements actifs employeurs par secteur d'activité agrégé fin 2017



Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier Localisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Figure 38: Répartition des établissements actifs employeurs par taille fin 2017



Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier LOcalisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 109 : Établissements actifs employeurs selon les sphères de l'économie fin 2017

	Établissements		Postes salariés	
	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble	**4 527**	**100,0**	**55 266**	**100,0**
Sphère productive	1 520	33,6	11 361	20,6
dont domaine public	*5*	*0,1*	*62*	*0,1*
Sphère présentielle	3 007	66,4	43 905	79,4
dont domaine public	*357*	*7,9*	*25 451*	*46,1*

Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier Localisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 110: Établissements actifs employeurs et postes salariés par secteur d'activité détaillé (A17) fin 2017

	Établissements		Postes salariés	
	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble	**4 527**	**100,0**	**55 266**	**100,0**
Agriculture, sylviculture et pêche	80	1,8	354	0,6
Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac	77	1,7	673	1,2
Cokéfaction et raffinage	0	0,0	0	0,0
Fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques ; fabrication de machines	11	0,2	49	0,1
Fabrication de matériels de transport	2	0,0	138	0,2
Fabrication d'autres produits industriels	243	5,4	1 984	3,6
Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution	138	3,0	1 524	2,8
Construction	469	10,4	3 200	5,8
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	1 032	22,8	5 132	9,3
Transports et entreposage	241	5,3	2 794	5,1
Hébergement et restauration	293	6,5	1 667	3,0
Information et communication	81	1,8	670	1,2
Activités financières et d'assurance	159	3,5	762	1,4
Activités immobilières	71	1,6	383	0,7
Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien	611	13,5	4 381	7,9
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	662	14,6	29 551	53,5
Autres activités de services	357	7,9	2 004	3,6

Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier Localisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 111: Particuliers employeurs fin 2017

	Particuliers employeurs	
	Nombre	%
Ensemble	**2 654**	**100,0**
Employeurs d'assistantes maternelles	426	16,1
Employeurs d'autres salariés	2 228	83,9

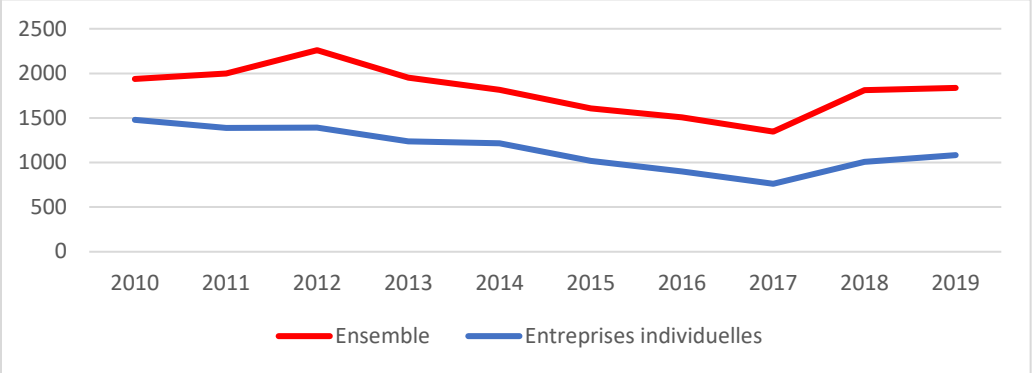
Champ : hors secteur de la défense et hors particuliers employeurs.
Source : Insee, Flores (Fichier Localisé des Rémunérations et de l'Emploi Salarié) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 112 : Créations d'entreprises par secteur d'activité en 2019

	Entreprises créées		Dont entreprises individuelles	
	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble	1 836	100,0	1 084	59,0
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	123	6,7	57	46,3
Construction	324	17,6	159	49,1
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	552	30,1	357	64,7
Information et communication	37	2,0	22	59,5
Activités financières et d'assurance	49	2,7	18	36,7
Activités immobilières	31	1,7	3	9,7
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	424	23,1	229	54,0
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	175	9,5	150	85,7
Autres activités de services	121	6,6	89	73,6

Champ : activités marchandes hors agriculture.
Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene) en géographie au 01/01/2020.

Figure 39: Évolution des créations d'entreprises



Champ : activités marchandes hors agriculture.
Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 113 : Nombre d'unités légales par secteur d'activité au 31 décembre 2018

	Nombre	%
Ensemble	**15 981**	**100,0**
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	1 711	10,7
Construction	2 825	17,7
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	4 996	31,3
Information et communication	364	2,3
Activités financières et d'assurance	311	1,9
Activités immobilières	605	3,8
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	3 060	19,1
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	1 349	8,4
Autres activités de services	760	4,8

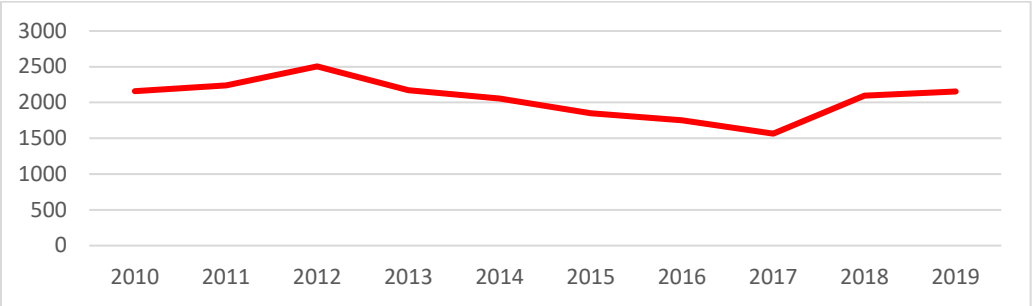
Champ : activités marchandes hors agriculture.
Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 114: Créations d'établissements par secteur d'activité en 2019

	Nombre	%
Ensemble	**2 156**	**100,0**
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	236	10,9
Construction	345	16,0
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	636	29,5
Information et communication	44	2,0
Activités financières et d'assurance	53	2,5
Activités immobilières	32	1,5
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	463	21,5
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	217	10,1
Autres activités de services	130	6,0

Champ : activités marchandes hors agriculture.
Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene) en géographie au 01/01/2020.

Figure 40 : Évolution des créations d'établissements



Champ : activités marchandes hors agriculture.
Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene) en géographie au 01/01/2020.

Tableau 115 : Nombre d'établissements par secteur d'activité au 31 décembre 2018

	Nombre	%
Ensemble	**17 868**	**100,0**
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	2 089	11,7
Construction	2 942	16,5
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	5 667	31,7
Information et communication	432	2,4
Activités financières et d'assurance	417	2,3
Activités immobilières	661	3,7
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	3 385	18,9
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	1 464	8,2
Autres activités de services	811	4,5

Champ : activités marchandes hors agriculture.
Source : Insee, Répertoire des entreprises et des établissements (Sirene) en géographie au 01/01/2020.

LUTTE CONTRE LA PRECARITE ET L'EXCLUSION

LAM ET LHSS

Coté sanitaire, l'ARS finance des lits halte soins santé (LHSS) et des lits d'accueil médicalisés (LAM) dans le cadre de l'exclusion et de la précarité :

- 10 places en LAM à Cayenne portées par le SAMU Social , mais 5 installées à ce jour
- 24 places en LHSS : 6 installées à Cayenne par le Samu Social, 6 installées à Kourou par Akatij, 12 autorisées et en cours d'installation à Maripasoula par Akatij

DISPOSITIFS D'ALLER-VERS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Le CHC a un dispositif d'« aller-vers » mis en œuvre par l'EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) permettant le repérage et la prévention, notamment les maraudes organisées avec Médecins du Monde, le Samu Social et la Croix Rouge.

La Police Nationale a un dispositif GP2P visant l'anticipation de l'infraction pénale et la résolution de problématiques en amont de la sanction pénale. Il existe une collaboration entre la police et l'EMPP dans les cas de problématiques psychiatriques (ou de personnes souffrant de troubles psychiques.) Cette collaboration naissante entre la Police (GP2P) et le CHC permet le repérage et la prévention en faveur d'usagers touchés par des problématiques d'ordre psychologiques ou psychiatriques, au-delà des problématiques judiciaires et/ou sociales (violences conjugales, conflits de voisinage, etc.)

DISPOSITIFS « UN CHEZ SOI D'ABORD » OU INSPIRES DU MODELE « HOUSING FIRST »

Le dispositif « un chez soi d'abord » ou « housing first » n'a pas démarré. L'AAP prévu en 2020 pour 4 places d'ACT avec possibilité d'housing first n'a pu être lancé en 2020, mais le sera en 2021. Néanmoins, des places type "un chez soi d'abord" sont portées par le CSAPA du groupe SOS.

ANNEXE 2 : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL DU PTSM GUYANE

GROUPE DE TRAVAIL 1 : PROMOUVOIR LE BIEN ETRE MENTAL, PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PREVENIR LE SUICIDE

Nom	Structure	Fonction
Dr ZOUAGHI Haroun : PILOTE	CRPS	Coordinateur CRPS
Rachel MERLET : CO-PILOTE	Association ADER	Directrice ADER
AMBROISE Yodhina	Les PEP	Cheffe de service du CAMSP et CMPP
CRETON Pierre-Marie	Croix Rouge Française	Pharmacien
GUILLEMOT Gérard (dit Papa Gé)	Mama Bobi / Prometra Guyane	Président ; Socio-thérapeute consultant
GRENIER Claire	RECTORAT	Médecin Conseiller Technique Recteur
TESSIER MURIN Sophie	CHC	IDE EMPP
PARRIAULT Marie-Claire	Guyane Promo Santé	Responsable
O'REILLY Tania	Mairie de Macouria	Responsable DSU
Jacqueline CHONG-PAN	DT police nationale	Cheffe de la Cellule de Prév° de la Délinquance en Milieu Scolaire – Off. de prévention
JOHN EMMANUELLE	SEMSAMAR	Agent Médiation Sociale
REINETTE Philippe	Association Opo tampu a sa du	Président
PAVANT Jessamine	Préfecture	Assistante de direction
HUBER Florence	Croix-Rouge Française	Coordinatrice médicale
BAIETTI Marc	DT police nationale	Coordonnateur GP2P
DECHAMP Joyce	CHC	Psychologue CRA
FAUSTINE Alexandra	CHC	Cadre CMP ado / MDA / CMPi Envol
GOURMELEN Mickaël	Groupe SOS	Dispo Roura, Réseau Enfance… / Programme BEPI
LAIR François	CHC	Psychiatre (EMPP)
NICOLAS Lucile	GPS	Chargée de Projets
RIMBAUD Manon	CHC	Psychologue CRPS, Coordinatrice VigilanS
FREAU Chryseis	CHC CRIAVS	Psychologue CRIAVS
CADARS Aurélie	Maison des adolescents de l'Ouest Guyanais, CHOG	Psychologue
ROZENBERG Chloé	CHC Cayenne	IDE
ROUVEL Elodie	Asso l'EBENE	Coordinatrice Jardin d'Ebène
Elodie BONTE	CDPS Camopi	Médecin
BANDAI	CHOG	
ALIMANT HE Bernadette	CHOG (CMP Maripasoula)	Médiatrice en Santé
BRUNETEAU Noémie	CHC (ELSA)	Psychologue

GROUPE DE TRAVAIL 2 : GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES

Nom	Structure	Fonction
HOUINOU EBO : Pilote	Pôle Santé Mentale CHOG	Pédopsychiatre
PAVIE Johanna : Co-pilote	CACL	Coordinatrice CISM
ABRIAS Chloé	Comède	Chargée de Projets
ATTICOT Haïda	Les PEP	Cheffe de service SESSAD Ibis (les PEP)
AYMARD Jennifer	Samu social	Infirmière
BERTRANET Christophe	Akatij	Directeur territorial
CHAUCHET Célia	Plateforme handicap psychique	
COMBOUE	CHC	Médecin Psychiatre
CONDE Ansoumane	CHC	Chef de Service Psy Adultes, Responsable de l'unité de soins sous contrainte
DALPHRASA NERON marie-Laure	Asso l'Ebène MAIA Guyane	Coordo Ouest guyanais
DIOP Boubacar	CHC / CRA	Chef de Service Pédopsy / responsable du CRA
FREDERIC Jefferson	CHC	Educateur spécialisé CSAPA
FONTAINE Chantal	CHC	Cadre UH Acajou, AFT
GENTAY Virginie	CHOG	IDE PédoPsychiatrie
GOARAN Anna	UNAFAM	Présidente
KIM BRIGITTE	CHC	Cadre de Santé CRPS - Pôle Psychiatrie
LABECA Maryse	CTG	Conseillère experte en action sociale et médico-sociale
LAUNAY Jean-François	Maison des adolescents de l'Ouest Guyanais, CHOG	ff Cadre
LEROY Jennifer	CHC	Infirmière CSAPA
LESCOURANT Marie-Claude	CHK	Cadre Supérieur de Santé
LESIMPLE Camille	Mairie de Saint-Laurent du Maroni	Coordinatrice du Contrat Local de Santé
MARCELINE Christelle	GCS Guyasis	Chef de projet GCS Guyasis
MATINGU Maud	PJJ (SLM)	Responsable d'Unité
MERIAU Carmen	ESAT Ebène	cheffe de service
NOIREAU Brigitte	CHOG	Infirmière - Suivi de projet
NOUVELLET Marie Louise	Dispositif MAIA-Réseau Géronto	Pilote
OLIVIERO Catherine	Médecins du Monde	Coordinatrice médicale
PIERRE LOUIS Adeline	Association d'Aide et de Solidarité aux Aidants en Guyane	Administratrice
ROZENBERG Chloé	Centre hospitalier Cayenne Psychiatrie	Infirmière
SARIA Benoît	CHOG	Chef de Pôle Santé Mentale
SENNOAJ	CHC	Cadre CMP Urgences Psy CUMP
SERVAS Veronique	CHC	Chef de service CDPS
SHAZA Mehdi	Daac Guyane	Directeur
SOLIGNAT Blandine	CHC (IFSI)	Coordinatrice et Formatrice IFSI
SOUDANI Haroun	DTPJJ Guyane	Conseiller Technique en Promotion de la Santé
SPAETH	CHOG	Psychologue CMP Maripasoula
TROCME SANDRINE	Plateforme handicap psychique	Directrice adjointe
VICTORIN Brice	Jardin d'Ebène (association l'Ebène)	Chef de service

GROUPE DE TRAVAIL 3 : GARANTIR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE

Nom	Institution	Fonction
JANVIER Caroline : Pilote	CHC	Cheffe de Pôle Psychiatrie et Personnes âgées du CHC
COMMERLY Hélène : Co-pilote	Asso Akatij	Directrice Akatij Ouest guyanais
ALEM Amani	CHC	Médecin Responsable du CMP NOVAPARC
BAPIN Marie-Claire	2ASAG	Présidente
BERTRAND Barbara	MAS de Kourou habitat inclusif	Directrice
CHRISTIANES Valentine	Akatij Ouest	IDE
DANIEL ALINE	Plateforme Handicap Psychique	Ergothérapeute
DELYON Pascale	France assos sante GUYANE	Coordinatrice régionale
DIOP Boubacar	CHC	Chef de Service Pédopsychiatrie
DUPART Ophélie	CHC	MEDECIN SERVICE PASS
EDWIGE	GEM « Un autre regard »	Présidente
GOARANT Anna	UNAFAM	Présidente
GODET Ingrid	CHC	Cadre de Santé sur le Pôle psychiatrie-personnes âgées
HERVOUSET DES FORGES Brice	Plateforme Handicap Psychique	PAIR AIDANT
JEAN-BAPTISTE Chantal	CHC	Cadre UH Wapa / Comou / Wassaï
JUDICK-PIED Georgina	APAJH / GEM	Parrain GEM « Un autre regard »
LENCLU Valentin	Akatij Ouest	Educ Spé (CSAPA)
LOUIS Marie-Hélène	CHC	Cadre UFPI
MALLET Gwenaëlle	GROUPE SOS SOLIDARITES CSAPA avec Hébergement et Appartements Thérapeutiques	Directrice
MARIE-FRANCOISE Mickael	CHOG CMP SLM	Infirmier
MAUGER	AMI GUYANE	Secrétaire
MELLARD Julie-Anne	ACT Guyane SOS Solidarités	Directrice
MURSALLIN Hanane	CHOG	Psychologue
NADAL Anne-Claire	CHK	Psychologue clinicienne
OLLIVIER Clémence	ADAPEI	Directrice Adj. Pôle Autisme Ouest
PHILIUS JULLIARD Naomie	ESAT Jardin d'Ebène	Cheffe de service médico-social
REYNAERT Zoé	Préfecture (SPCI)	Responsable cellule Coordination des communes de l'intérieur
SY Ousmane	CHC	Médecin CSMI / HDJ pédopsychiatre
TABET Sylvain	AMI Guyane	Président
TABURET Marion	CHC	Médecin Psycho-trauma CUMP / Urgences Psy
YOMAYUSA Jorge	CHOG	Médecin CMPI CHOG

GROUPE DE TRAVAIL 4 : AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

Nom	Structure	Fonction
JOSEPH-FRANCOIS Blaise : Pilote	ADAPEI Guyane	Directeur Général
DELYON Pascale, Co-pilote	France Asso Santé	Coordinatrice
AMBROISE Sandra	ATIPA AUTISME	Vice-présidente
ARDY		IDE Coordo PASS CHOG
AUVAL Evelyne	Les PEP Guyane	Directrice IEM
BLEZES Lucie	ADAPEI / Guyane Asso Santé	1ère vice-présidente
BOICHUT Hervé	CHC	CMP Adultes
CARPENTER Cassandra	CHC	Ergothérapeute UH Acajou / CATTP adulte
CHOCHO Arise	Plateforme de suivi et d'appui aux décrocheurs scolaires	Directrice
COSTA MESQUITA	Esat Ebène	Coordinatrice dispositif emploi accompagné
DEJOU Yann	Association Guya'Kite	Directeur général
DIOP Mariama	CHC	Cadre HDJI/CSMI/CRA
DULYMBOIS Henri	CHOG pôle santé mentale	assistant socioéducatif (Educateur spécialisé)
FABERON Florence	Université de Guyane	Chargée de mission handicap
FAISANDIER Louise	MAS de Kourou	Psychologue
FLORIDOR Christophe	Plateforme handicap psychique	Educateur Spécialisé
FRECHET Mathilde	Pôle autisme ADAPEI	Directeur adjoint
GOARANT Anna	Unafam 973	Présidente
GRAS Fanny	CDPS - CHC	Coordinatrice
JOSEPH SABINE	SEMSAMAR	Chargée de relogement et du Pôle social
JUSTINE Lucas	CHC	Ergothérapeute CATTP Adulte
LESCOURANT Marie-Claude	CHK	Cadre de santé
LEVERT Maryse	ADPEP Guyane	Directrice du Pôle Ouest Guyanais
MARIE-LOUISE Gisèle	CHC	Cadre UH Moutouchi - Amourette / CATTP adulte
MOISE Mylene	CHC	Assistante Sociale CMP / CATTP / HDJ adulte
OBERT-MARBY Camille	CHOG	Médecin Coordonnateur de la permanence d'accès aux soins de santé
PAVIE Johanna	CACL	Coordinatrice du conseil intercommunal en santé mentale
POLLET Natacha	Plateforme handicap psychique	CESF
SEVERIN Hélène	Les PEP Guyane	Directrice IEM
SUTTY France-Aimée	Les PEP Guyane	Chef de service SESSAD DM
TAMOURTEBIR Emilie	AGRRR Association Guyanaise des Risques	Coordinatrice
THAMARIN Fabienne	CHC	IDE HDJ Adultes

ANNEXE 3 : AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE DE LA GUYANE

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

AVIS DE LA CRSA DE LA GUYANE

SUR LE PROJET DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la mise en place d'un plan territorial de santé mentale dans chaque région. L'adoption de ce PTSM doit répondre à un plusieurs exigences, notamment l'avis de la commission en santé mentale des CTS.

En Guyane, l'arrêté du directeur général de l'ARS institue un seul territoire de démocratie sanitaire avec un CTS unique assorti de quatre territoires de proximité. L'ordonnance du 19 juillet 2017 stipule que « les compétences …[du CTS]… pourront être confiées à la conférence de la santé et de l'autonomie … ». Ce sont ces dernières dispositions réglementaires qui amènent la consultation de la CRSA sur le PTSM. Rappelons que le plan territorial de santé mentale comporte deux volets soumis à consultation de la CRSA, le diagnostic territorial partagé et la définition de la feuille de route. Il faudra animer sa mise en œuvre et son suivi. Deux avis distincts qui anticipent adoption et sa publication par la directrice générale de l'ARS.

Le projet de DTP nous a été soumis le 15 juillet 2021.

Le premier regret de la CRSA est le retard de la mise en œuvre des travaux sur le PTSM qui ont été lancé en mars 2021, soit plus de 5 ans après la loi LMSS mentionnée plus haut. C'est l'indication d'une défaillance qui aggrave l'inégalité entre les citoyens selon les territoires où ils résident.

Afin de constituer son avis, la CRSA a fixé plusieurs étapes préalables :

- la présentation par l'ARS du projet de DTP à la CRSA le 23 juillet,

- le recueil des contributions des membres de la CRSA entre le 23 juillet et le 20 aout.

- à compter du 20 aout, rédaction du projet d'avis de la CRSA,

- du 1er au 10 septembre, envoi du projet d''avis et vote en distanciel des membres de la CRSA,

- du 10 au 13 septembre : mise en forme définitive de l'avis et remise à l'autorité.

Il m'appartient ici de remercier tous ceux qui ont contribué et participé à la rédaction de cet avis. D'abord, ceux qui se sont investis dans les ateliers mis en place pour la préparation de ce diagnostic territorial partagé, et bien sûr les membres de la CRSA, notamment ceux qui y ont contribué oralement ou par écrit.
Je tiens également à remercier mesdames Edmée Panelle et Ghislaine Monin, véritables piliers du pôle démocratie sanitaire et de la CRSA.
Cela a été un exercice de démocratie sanitaire remarquable qui a fortement mobilisé l'ensemble des acteurs sur le territoire guyanais.

UN VERITABLE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE :

Même si certains membres de la CRSA regrettent ne pas avoir pu participer aux ateliers, pour ne pas avoir été convoqués régulièrement, la conférence a apprécié le travail fourni par les acteurs de ce diagnostic et le juge très satisfaisant. Il traduit bien une situation de la santé mentale en Guyane et il s'attache à une vision territoriale de ce secteur de la santé qui souligne sans concession les inégalités qui existent sur notre territoire, la nécessaire adaptation des dispositifs de prise en charge, la situation des aidants et des familles, mais aussi la faiblesse des investissements et la difficulté à faire vivre l'existant et notamment la difficulté à suivre un parcours de soins pour les patients.

DES ATTENTES NON SATISFAITES :

Cependant la CRSA constate que ce diagnostic ne constitue pas une photographie de la situation à l'instant T :

- Il ne mentionne pas la place du secteur privé (consultation en psychiatrie libérale, cliniques et hôpitaux privés), dans le dispositif de santé mentale, et notamment par rapport aux projets à venir.

Si le public doit être le garant de l'égalité de l'accès aux soins, le privé doit pouvoir contribuer à cette offre de soins en toute responsabilité.

- Il fait l'impasse à la fois sur les raisons qui ont pu amener à de tels constats (budget d'investissement et de fonctionnement contraints face a une explosion démographique avec un quadruplement de la population en 30 ans. La santé mentale d'une population dépend en effet de grands facteurs sociologiques comme l'habitat, la pauvreté, la cohésion familiale, la délinquance et la consommation de drogues. Or la Guyane se caractérise par un niveau d'habitat précaire ou insalubre élevé, une population migrante fréquemment sous le seuil de pauvreté, des consommations de drogue en augmentation) et sur la situation des personnels (vieillissement des personnels médicaux, sous-effectif, turnover important) qui ont pour conséquences une longue souffrance des usagers et notamment des familles. Or la Guyane se distingue par des familles fortement démunies face à la souffrance psychique des leurs (faiblesse ou absence de politique de prévention des troubles du comportement chez les jeunes enfants, extension de la consommation des drogues, manque de places d'hospitalisation pour les pathologies psychiatriques aiguës).
Certes le DTP ne se résume pas à l'organisation de la psychiatrie, mais il ne peut s'affranchir d'un regard sur ce volet de la santé mentale.

UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE, CONCENTREE SUR LE LITTORAL ET UNE DE SOINS DISPERSEE SUR LE TERRITOIRE QUI NUIT A UN PARCOURS DE SOINS DE QUALITE :

Les membres de la CRSA tiennent à souligner la sous dotation du pôle psychiatrique (et le détournement des flux financiers du pôle de psychiatrie (affaire SIMCHOWITZ) vers l'hôpital général, observer les différentes décisions modificatives du budget). La faible capacité de prise en charge du CHC est en outre accentuée par la crise sanitaire.
Il manque des lieux d'accueil, de soins et d'orientation en amont, dans les communes de l'intérieur.

La carte d'identité du territoire aurait dû mettre en regard les besoins aujourd'hui identifiés et la capacité à répondre ainsi que l'importance des files d'attente (URGENCES, EHPAD, IMED, MDPH, SESSAD DI, notamment), bien que la faiblesse du dépistage et du diagnostic entraîne une forte pondération de ces

chiffres. L'expression « rééquilibrage » ne peut trouver sa place dans ce diagnostic, car il pourrait laisser penser que l'offre est globalement suffisante.

DES PROFESSIONNELS « AFFAIBLIS »

Le DTP relève avec justesse la faiblesse du nombre de professionnels, notamment des psychiatres.
Les membres de la CRSA ont aussi souligné la souffrance de ces soignants confrontés à un véritable manque de la santé mentale et de la psychiatrie, parent pauvre du système de santé et toujours victime des arbitrages budgétaires qu'ils soient nationaux, régionaux ou propres aux établissements de santé.
Des professionnels dont l'enthousiasme est sans cesse freiné, générant parfois un certain immobilisme, traduction d'un découragement. La disparition du conseil départemental en santé mentale, en privant les professionnels de ce cet espace de concertation et de proposition, a aussi beaucoup contribué à l'installation de cet état d'esprit. De plus, le fait de privilégier systématiquement l'installation des associations nationales participant aux politiques publiques, a privé les professionnels locaux de toute initiative.

DES PROFESSIONNELS DE SANTE EN SOUFFRANCE FACE A LA SOUFFRANCE DES PATIENTS ET DES FAMILLES.
MAIS AUSSI, DES PROFESSIONNELS SOUVENT MAL FORMES, MAL PREPARES A UNE POPULATION DIVERSE AYANT DES ORGANISATIONS SOCIETALES ET CULTURELLES PROPRES ET LES CONSEQUENCES DU MODE DE RECRUTEMENT PADHUE.

La psychiatrie est une vraie spécialité. Certes y intéresser les médecins généralistes et les médecins traitants est une nécessité, mais ils ne pourront compenser l'absence des psychiatres ni les remplacer.
La patientèle guyanaise se caractérise par sa diversité culturelle, avec des référents sociétaux variés et parfois en opposition et qui peuvent se trouver en double rupture avec la société qui les accueille. Ce qui engendre des prises en charge complexes et chronophages antinomiques avec des dotations insuffisantes, du sous-effectif réduit.

Cette complexité est amplifiée d'une part par les accords internationaux de la France et des recommandations européennes qui autorisent la prise en charge de patients étrangers

Mais aussi par le mode de recrutement des professionnels (PADHUE) qui arrivent sur le territoire avec leurs propres références culturelles et sociétales, parfois en opposition avec celles des patients et des familles avec des projets de vie tournés vers la France hexagonale. Ces professionnels ont du mal à appréhender les histoires individuelles et collectives des usagers eux-mêmes en constante interaction avec les autres groupes.

Cet aspect des choses devrait plaider pour le développement de la recherche (incidence sur la santé mentale de l'habitat insalubre et précaire, de la pauvreté, de la consommation des drogues…) et de la formation en psychiatrie mais aussi pour la prévention des troubles de l'adaptation chez l'enfant (accidents obstétricaux, troubles instrumentaux du développement, troubles de la concentration chez l'enfant) ainsi que du suicide. Ne dit-on pas souvent que la Guyane est un véritable laboratoire !

CONCLUSION :

Au terme de cet avis, la CRSA ne peut s'abstenir de souligner la déshérence dans laquelle à été laissée la santé mentale en Guyane, véritable abandon illustré par le lancement tardif des travaux sur le PTSM.

Depuis plusieurs années, les familles et les usagers vivent une grande souffrance, confrontée à celle des soignants, souffrance exacerbée par la honte ressentie quotidiennement à cause de conditions parfois indignes, notamment au pôle psychiatrique.

Plusieurs rapports informatifs et au diagnostic précis, ont mis à jour ces réalités (États généraux de 1998, États généraux de 2009, clos Guyane de 2017). Certains d'ailleurs datent de plusieurs années mais restent encore d'une cruelle actualité ; en cause, le traitement administratif et financier par l'État des couches de mesures partielles qui restent insuffisantes au regard des besoins grandissants de la population guyanaise.

Nous pouvons encore citer dans une liste non exhaustive :

- le rapport du sénat de 1999,
- le rapport du défenseur des droits,

- les recommandations de la CRSA issues du débat public « Conduites addictives et comportements transgressifs chez les jeunes : Pourquoi ? Regards croisés. » de 2013,

- le rapport de la cour des comptes de 2014 « La santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République »,

- la stratégie nationale de santé outre-mer de 2015.

Le PRS arrêté en 2018, a été bâti autour de la notion de parcours de soins, mais force est de constater que tout reste encore à faire en la matière et le parcours de santé mentale n'échappe pas à ce constat.

La CRSA espère que l'Etat aura un sursaut pour remédier de manière volontariste à cette situation avec en incluant une démarche de rattrapage. A tous les niveaux, le pilotage, tant national que territorial comme la gouvernance de la santé mentale, devra s'imprégner de cette impérieuse nécessité. La feuille de route qui sera définie en fonction de ce diagnostic, comme le contrat territorial de santé mentale devront être ambitieux, veiller à la mobilisation de tous les acteurs, assurer la coordination afin de renforcer la coopération, favoriser l'innovation et promouvoir la solidarité des acteurs comme des usagers. Ils devront aussi poser les bases et les modalités de l'évaluation du PTSM.

Cela passe nécessairement par une organisation opérationnelle et des engagements budgétaires qui répondent à ces enjeux.

Yves BHAGOOA

Président de la Conférence
Régionale de la Santé et de l'Autonomie
de la Guyane

GLOSSAIRE

Glossaire

Atelier Santé Ville - ASV	*L'atelier santé ville (ASV) est le fruit d'une démarche territoriale visant à rapprocher les acteurs de la politique de la ville et les professionnels de la santé afin d'élaborer des programmes de santé adaptés au niveau local, avec notamment la participation des habitants. Les ASV doivent améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, lemonde associatif ou les acteurs de santé du service public ou privé. Leur finalité est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé, en s'appuyant sur une dynamique partenariale.* *L'ASV a vocation à:* *- identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie.* *- faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien à des réseaux médico-sociaux* *- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins par site* *- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun* *- développer la participation de la population à toutes les phases des programmes (diagnostic, définition de priorités,programmation, mise en œuvre et évaluation)* *- développer la concertation avec les professionnels et les différentes institutions du secteur sanitaire et social concernés par ces programmes*
Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA)	*Un Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) est un foyer ou dispositif hôtelier spécialisé pour l'hébergement des demandeurs d'asile durant le temps d'examen de leur demande.*
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP	*Les Centres d'Accueil Thérapeutiques à temps Partiel (CATTP) qui proposent des actions de soutien et de thérapie de groupe favorisant ainsi les liens sociaux et l'autonomie des usagers.*
Centre médico-psychologiques (CMP)	*Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) regroupent des équipes soignantes pluridisciplinaires dédiées aux actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils assurent également les missions de « premier accueil » afin d'orienter les usagers en fonction de leurs besoins.*
Conseil intercommunal de Santé Mentale (CISM)	*Il s'agit d'un Conseil Local de Santé Mentale qui est intercommunal*
Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)	*Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une instance de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale (dont ceux exerçant les missions de psychiatrie de secteur, les acteurs du secteur social et médico-social, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé,..),les habitants, les associations d'usagers, les usagers eux-mêmes lorsque cela est possible, les associations d'aidants, l'ARS et le préfet de département. Il a pour objectif d'appliquer les politiques nationales de santé mentale, de définir, mettre en œuvre et suivre, en commun, des politiques locales et des actions pour améliorer la santé mentale, de rapprocher l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale afin notamment de clarifier et mieux coordonner les actions de chacun. Il concourt ainsi à l'amélioration des prises en charge et du parcours de santé mentale des usagers sur un territoire.*
Contrat Local de Santé (CLS)	*Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.*
Coopération intersectorielle entre le sanitaire et le médicosocial	*La coopération intersectorielle entre le sanitaire et le médico-social occupe une place de tout premier rang aujourd'hui, comme en témoignent les orientations législatives et réglementaires. Ainsi en 2014, les impulsions du rapport Piveteau, dit « Zéro sans solution », préconisent le développement de dispositifs de prise en charge et d'accompagnement souples et fluides pour lesquels les compétences du sanitaire et les savoir-faire du médico-social s'associent dans une logique de parcours de vie sans rupture. Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé prône le dépassement du clivage sanitaire/médico-social qui porte trop souvent préjudice à la qualité du service rendu à la personne et à ses proches…*

Emploi en milieu ordinaire	*« La demande d'accès à l'emploi dans le milieu ordinaire est forte parmi les personnes handicapées psychiques, le travail étant un élément important de reconnaissance sociale. C'est aussi un moyen de disposer de revenus et d'échapper en partie à la pauvreté économique. Le travail permet « d'être comme tout le monde » et de mettre à distance sa différence/son handicap. De nombreuses études montrent un lien entre le rétablissement et le travail : l'activité permet d'augmenter l'estime de soi, de ne pas se focaliser sur les symptômes de la maladie, de se dégager de l'image stigmatisante du handicap, de développer des contacts sociaux, d'aider à la structuration du temps et des journées, et pour certaines personnes, d'être moins dépendantes de l'aide sociale. En ce sens, obtenir un emploi est proclamé comme un droit fondamental dans le préambule de la constitution et l'insertion sociale constitue un principe de la loi du 11 février 2005. Malgré ces éléments, le projet d'accès à l'emploi des personnes n'est pas toujours envisagé et les personnes peuvent être orientées vers des établissements protégés alors que le travail en milieu ordinaire est possible si les personnes bénéficient d'un aménagement dans l'environnement de travail et de services de soutien à l'emploi. En effet, il apparaît que « ce ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, tant les propriétés des personnes en situation de handicap (leurs ressources et leurs limitations) qui s'avèrent déterminantes de leur succès pour la réinsertion professionnelle que le mode d'accompagnement et la politique mise en œuvre ». Les représentations des professionnels jouent également un rôle important puisque la croyance des professionnels dans la réinsertion influence favorablement le retour à l'emploi. »* *Pour que l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique soit possible, il est indispensable qu'elles soient accompagnées dans leur parcours, mais que les organismes, les établissements, les entreprises le soient également. Les mentalités et les attitudes doivent évoluer. De nombreux dispositifs d'insertion existent et des mesures d'aide sont mises à la disposition des entreprises. Ils restent néanmoins très insuffisants.*
Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)	*Les Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP) qui prennent spécifiquement en charge une population de personnes sans « chez-soi » et présentant des troubles psychiques, s'inscrivent de fait dans une démarche de santé communautaire.*
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	*Les Groupes d'Entraide Mutuelles (GEM) sont des associations portées par et pour des usagers en santé mentale ; ils reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens.* *Ce sont des espaces pensés et organisés au quotidien par les adhérents eux-mêmes, avec l'aide d'animateurs salariés et bénévoles. Par ailleurs, ils n'ont pas vocation à informer ou à soigner. Même s'ils permettent souvent de renseigner ou d'orienter les usagers ou les proches.* *Chaque structure est dotée d'un local et organise une série d'activités spécifiques entrant dans le cadre de leur projet d'entraide. À la différence des hôpitaux de jour ou des CMP, les activités se déroulant dans les GEM sont largement portées par les adhérents eux-mêmes, suivant leurs envies et leurs possibilités. Il n'y a ni psychiatre, ni psychologue, ni thérapeute, même s'il peut y avoir des animateurs salariés non-usagers. Les GEM sont des lieux non médicalisés. Cela permet aux adhérents de se responsabiliser et de reprendre une confiance en soi souvent fortement ébranlée par les difficultés rencontrées par les personnes souffrant de troubles psychiques. L'innovation des GEM tient à ce que pour la première fois des personnes présentant un handicap psychique et/ou cognitif ont été invitées par les pouvoirs publics à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation d'un projet les concernant : le projet d'entraide du GEM dont ils peuvent librement fixer les modalités*
Indice de vieillissement	*L'indice de vieillissement de la population est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.*
Intermédiation locative	*L'intermédiation locative est un dispositif qui permet de sécuriser et simplifier la relation entre le locataire et le bailleur grâce à l'intervention d'un tiers social (opérateur, organisme agréé ou association).*

Lits d'accueil médicalisés (LAM)	*Les structures dénommées "lits d'accueil médicalisés" accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.* *Elles ont pour missions :* *De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;* *D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;* *De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;* *D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.* *Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.* *La durée du séjour n'est pas limitée et est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers diplômés présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre.*
Lits halte soins santé (LHSS)	*Les structures dénommées "lits halte soins santé" accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.* *Elles ont pour missions :* *De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensées à leur domicile si elles en disposaient et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;* *De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;* *D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.* *Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelables. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire.*
Logement autonome ou accompagné	*Le logement constitue l'une des conditions de l'inclusion des personnes, de leur rétablissement et de leur qualité de vie la plus possible en milieu ordinaire. Il requiert un accompagnement adéquat permettant d'évaluer le mode de logement approprié aux besoins et aspirations de la personne et de rompre l'isolement, inhérent à la maladie mentale.* *Un renforcement de l'offre de logement s'adressant à des personnes ayant des troubles psychiques, s'avère nécessaire, ainsi que la mise en place d'un accompagnement adéquat.* *« Certaines personnes handicapées psychiques ne disposent pas d'un habitat adapté à leurs besoins et à leur choix de vie. Ces besoins et ces choix sont très variés et fluctuants selon les personnes et selon leurs trajectoires. Il existe toute une palette de solutions : logements individuels avec accompagnement, regroupement de logements individuels avec accompagnement (résidence-accueil par exemple), appartements collectifs, structures sociales ou médico-sociales d'hébergement (foyer d'hébergement, FAM, MAS, CHRS, etc.), familles d'accueil. Elles relèvent d'acteurs multiples des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou du milieu ordinaire. Certains sont des logements, c'est-à-dire que la personne est titulaire de son bail, d'autres sont des hébergements (par exemple, les foyers de vie, les FAM, etc.), la personne bénéficie alors d'un contrat de séjour ou d'un document individuel de prise en charge.* *Dans le domaine du logement, un changement de paradigme est en cours. Le nouveau modèle de « logement d'abord » dans lequel il s'agit de loger des personnes handicapées psychiques en grande précarité et d'apporter un accompagnement social intensif lui permettant de retrouver une stabilité.* *Ces pratiques viennent compléter la démarche d'hébergement au sein desquels les personnes doivent apprendre à prendre soin d'elles et à vivre dans un hébergement collectif avant d'avoir accès au logement individuel. »*
Naissances et décès domiciliés	*Les statistiques annuelles concernent les naissances et les décès domiciliés ainsi que les jugements déclaratifs de décès. Le lieu retenu pour la naissance et le décès est le domicile.*

Pairs	*« L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. » La ressemblance provient notamment d'expériences communes (parcours de rue, addiction, mauvaise santé mentale…). Un pair affiche son parcours. La dynamique d'intervention est construite entre autres grâce à la proximité entre pair et communauté cible de l'intervention.* *Le travail pair s'inscrit :* *- Dans une démarche de réduction des risques (au sens large du terme et pas seulement relative au champ de la toxicomanie). Le travail pair peut enrichir les pratiques d'intervention, transformer les représentations des partenaires vis-à-vis des personnes accompagnées, …* *- Dans une logique de rétablissement. En valorisant le savoir expérientiel qui pourrait a priori être perçu comme disqualifiant ou dévalorisant, le travail pair renverse le stigmate et concoure à ce processus de rétablissement. Le rétablissement et l'implication des personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants dans l'élaboration et le suivi de leur projet de vie et parcours de santé sont au cœur de la psychiatrie et de la santé mentale, et visent une meilleure inclusion sociale et citoyenne de ces personnes. La pair-aidance est l'un des facteurs reconnus du rétablissement.* *Il est ainsi important de permettre à un plus grand nombre de personnes de bénéficier d'un appui par leurs pairs ou d'être pairs eux-mêmes*
Pensions de famille	*Les pensions de famille (ex «maisons-relais») constituent une modalité particulière de résidence sociale, s'inscrivant dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, offrant un cadre semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Elle est destinée à l'accueil de personnes au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire.*
Prise en charge à temps complet	*La prise en charge à temps complet se compose quasi-exclusivement de l'hospitalisation à temps plein. Elle s'effectue dans des lieux de soins où les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24. Elle est réservée aux situations aiguës et aux malades les plus atteints, qui requièrent des soins intensifs. Les autres modes de recours à temps complet prennent place tant à l'hôpital qu'en dehor.*
Prise en charge à temps partiel	*Les prises en charge à temps partiel, rattachées au CHMD se font au sein de structures plus ou moins médicalisées, ne donnant pas lieu à un hébergement, à l'exception de l'hôpital de nuit. Parmi elles :* *- l'hôpital de jour prodigue des soins polyvalents et intensifs durant la journée, un ou plusieurs jours par semaine;* *- l'hôpital de jour autisme* *- l'hôpital de nuit consiste en une prise en charge thérapeutique de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine ;* *- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) dispensent des activités thérapeutiques (soutien et thérapie de groupe) et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale ;* *- les ateliers thérapeutiques fournissent des activités thérapeutiques (ex. ergothérapie) et occupationnelles (activités artisanales, artistiques ou sportives) ayant pour but de favoriser l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.*
Promotion de la santé mentale	*La promotion de la santé mentale englobe toutes les actions contribuant à améliorer la santé mentale des individus, c'est-à-dire, selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l' « état de bien-être » dans lequel une personne « peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ».* *La prévention n'est qu'une partie de la promotion de la santé mentale. Orientée vers une approche positive, cette dernière « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (OMS). En pratique, les actions de prévention des troubles psychiques et de promotion de la santé mentale tendent à se confondre.* *En revanche, il importe de distinguer la PPSM (prévention et promotion de la santé mentale) du repérage et dépistage des troubles psychiques ainsi que des interventions précoces, qui relèvent du champ curatif.*

	Les interventions en PPSM visent à empêcher l'apparition des problèmes de santé mentale en agissant sur les facteurs de risque et de protection ainsi que sur les déterminants des troubles psychiques
Rapport de dépendance	*Rapport entre l'effectif de la population d'âges généralement inactifs (enfants et personnes âgées) et l'effectif de la population en âge de travailler. Le résultat s'exprime en nombre de personnes âgées de moins de 15 ans et de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de 15 à 64 ans.*
Réhabilitation	*La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi).* *La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux aux déficits.* *La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérées comme des priorités de santé.*
Réponse accompagnée pour tous	*L'objectif de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » est de proposer une réponse individualisée à chaque personne handicapée dont la situation le nécessite. Cette réponse doit lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé, conforme à son projet de vie.*
Résidences sociales	*Les résidences sociales sont des logements adaptés qui offrent un logement temporaire à des personnes en capacité d'occuper un logement autonome, mais éprouvant des difficultés particulières d'ordre économique ou social. Ce sont des habitats de petite taille associant des appartements privatifs et des espaces collectifs (salle de réunion, buanderie, cuisine familiale). Ces logements ou résidences sociales peuvent être entièrement créés ou provenir de la transformation de foyers de jeunes travailleurs ou de foyers de travailleurs migrants.* *Quatre principaux profils de publics y sont accueillis :* *- Les travailleurs migrants,* *- Les jeunes actifs,* *- Les grands exclus* *- Les publics précaires émergents.*
Rétablissement	*En matière de santé mentale, l'adoption du **principe de rétablissement**, la désinstitutionalisation, la coordination des interventions se sont accompagnées d'une réorganisation de la réponse aux besoins multiples des personnes concernées - soins de santé, soutien au logement et au travail, accès au sport, à la culture et aux loisirs, participation citoyenne - dans le cadre d'une offre territorialisée*
SAMSAH	*Le SAMSAH a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.* *Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le SAMSAH, en permettant le maintien à domicile, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution.* *Les prestations du SAMSAH sont assurées par une équipe pluridisciplinaire composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes. Il s'agit pour cette équipe d'aider les personnes à la réalisation de leur projet de vie dans une dynamique d'insertion sociale. Cette insertion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme "prioritaires" pour le bénéficiaire tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'accès aux soins, etc.*

SAVS	*Les SAVS sont définis dans l'article D312-162 du code de l'action sociale et des familles :* *« Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. »* *Leur mission implique :* *- Une assistance et un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;* *- Un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.*
Stigmatisation	*La stigmatisation correspond à l'exclusion d'un groupe social des personnes jugées différentes de la « norme » majoritaire. Elle provient d'une méconnaissance et de préjugés concernant les individus stigmatisés, auxquels sont attribuées certaines caractéristiques que le sociologue Erving Goffman nomme stigmates.* *Les représentations sociales les plus fréquemment associées aux personnes souffrant de troubles psychiques sont :* *- L'irresponsabilité : Ces personnes ne seraient pas capables d'être responsables de leurs actes ou de leur état;* *- L'incurabilité : La guérison ou le rétablissement de maladies psychiques ne serait pas possible ;* *- La dangerosité : Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, notamment de schizophrénie, sont suspectées d'être dangereuses et plus susceptibles de commettre des actes violents.* *Ces représentations sont éloignées de la réalité, puisque la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques même sévères sont conscientes de leur état et de leurs actes et sont plus souvent victimes de violences qu'elles n'en commettent. De nombreux témoignages de personnes rétablies de troubles psychiques sévères, y compris de maladies telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire attestent aujourd'hui de la réalité d'une possibilité de rétablissement dans ces maladies. Ces données sont confirmées par la recherche scientifique.* *Les médias relaient fréquemment des préjugés sur la maladie mentale, ce qui renforce les représentations sociales citées, notamment à l'occasion de faits divers impliquant des personnes souffrant de troubles psychiques ou par l'utilisation métaphorique fréquente du terme de « schizophrénie » pour parler de double personnalité par exemple, ce qui ne correspond pas à la réalité de la maladie.* *La stigmatisation est une source de souffrance importante pour les personnes concernées. Elle est à l'origine de comportements de discrimination et d'une exclusion importante.* *Un individu stigmatisé peut également internaliser un vécu de stigmatisation, ce qui peut renforcer son isolement par un évitement de certaines situations sociales. C'est ce qu'on appelle l'auto-stigmatisation.* *La stigmatisation et l'auto-stigmatisation peuvent constituer des obstacles majeurs au processus de rétablissement. Elles peuvent aggraver l'isolement des personnes, entraver l'insertion professionnelle ou l'accès au logement. Les phénomènes d'auto-stigmatisation impactent directement l'estime de soi, le sentiment d'auto-détermination et le pouvoir d'agir.*
Télémédecine	*La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Cinq actes de télémédecine sont définis :* *- la téléconsultation,* *- la téléexpertise,* *- la télésurveillance,* *- la téléassistance* *- la régulation médicale.*
Un chez soi d'abord	*Ce programme s'adresse à des personnes sans abri présentant des troubles psychiatriques sévères. Le modèle « Un chez-soi d'abord » part du principe que pour « s'en sortir » il faut d'abord un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité résidentielle. Cela se traduit par un véritable logement permanent et diffus dans la cité, comme tout un chacun, et non par un hébergement d'urgence ou de plus ou moins long terme dans une institution sociale ou médicosociale. La personne logée est donc suivie par une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, travailleurs sociaux, infirmiers et de médiateurs de santé-pairs ayant connu la maladie mentale, l'addiction ou la rue. L'équipe est présente à toutes les étapes du rétablissement. Cette approche a comme particularité de diluer les frontières entre la prise en charge psychiatrique et le suivi social.*

Zonage en aire urbaine(ZAU)	*Le Zonage en Aires Urbaine (ZAU) 2010 a été défini par l'Insee avec notamment la participation de l'ancienne Datar. Il décrit l'influence des villes sur le territoire, sans pour autant en établir une partition entre urbain et rural. Il distingue les catégories suivantes :* *- Grandes aires urbaines : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes le ceinturant dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.* *- Moyennes aires : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes le ceinturant dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.* *- Petites aires : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois et par des communes le ceinturant dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.* *- Communes multipolarisées des grandes aires urbaines : communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.* *- Autres communes multipolarisées : les communes situées hors des grandes aires urbaines, des moyennes aires, des petites aires, hors des communes multipolarisées des grandes aires urbaines dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.* *- Les communes isolées hors influence des pôles : communes non couvertes par les catégories précédentes, c'est-à-dire celles dont moins de 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans une aire urbaine.* *- Le zonage est basé sur les données du recensement 2008.*

SOURCES

- Atlasanté : Santé Mentale
- INSEE. Dossier complet département de la Guyane (973). Chiffres détaillés paru le : 16/02/2021
- Nacher M. Santé globale et Guyane : étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs. Bull Epidémiol Hebd. 2020 ; (2-3):33-42. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/2-3/2020_2-3_1.html
- Duplan H, Sanna, Rousseau C, de Bort C. Focus. Géographie, démographie et offre de soins en Guyane. Bull Epidémiol Hebd. 2020(36-37):698-702. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/36-37/2020_36-37_1.html
- Guarmit B, Lucarelli A, Brousse P, Mosnier E, Travers P, Nacher M. Épidémiologie descriptive des tentatives de suicide et des suicides dans les communes isolées de Guyane française. Bull Epidémiol Hebd. 2020(36-37):703-13. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/36-37/2020_36-37_2.html
- CGSS. Rapport d'activités 2019
- Handidonnées Guyane
- Géo données en santé publique Guyane – Géodes
- Observatoire des territoires
- PRS2 SRS & COS

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : GEOGRAPHIE ET POPULATION....46
TABLEAU 2 : CHIFFRES CLES SUR LA POPULATION DE GUYANE ET DE FRANCE METROPOLITAINE....47
TABLEAU 3 : NOMBRE DE DECES HOMMES TOUS AGES SELON LA CAUSE EN 2015....47
TABLEAU 4 : NOMBRE DE DECES FEMMES TOUS AGES SELON LA CAUSE EN 2015....48
TABLEAU 5 : NOMBRE DE CAS DECLARES AU COURS DE L'ANNEE....49
TABLEAU 6 : NOMBRE D'ALLOCATAIRES DE L'AEEH EN DECEMBRE 2019....52
TABLEAU 7: NOMBRE D'ALLOCATAIRES SELON LE CADRE DE VIE EN DECEMBRE 2019....53
TABLEAU 8 : NOMBRE D'ALLOCATAIRES SELON LE SEXE EN DECEMBRE 2019....53
TABLEAU 10 : REPARTITION DES ELEVES EN INCLUSION SELON LE TYPE DE TROUBLES....53
TABLEAU 11 : ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE OU MEDICO-EDUCATIF POUR LES ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP SCOLARISES EN MILIEU ORDINAIRE....54
TABLEAU 12 : REPARTITION DES ELEVES EN MILIEU SPECIALISE SELON LE TYPE DE TROUBLES....55
TABLEAU 13 : NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AYANT UNE OU PLUSIEURS ULIS....56
TABLEAU 14 : NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AYANT UNE OU PLUSIEURS SECTIONS D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET PROFESSIONNEL ADAPTE (SEGPA)....56
TABLEAU 15 : OFFRE DE SAVS ET SAMSAH SELON LE TYPE DE DEFICIENCE....56
TABLEAU 16 : NOMBRE D'ETABLISSEMENTS/ ENTREPRISES DU SECTEUR PRIVE EMPLOYANT DES TRAVAILLEURS HANDICAPES....56
TABLEAU 17 : TAUX D'EMPLOI (TH) DANS LA FONCTION PUBLIQUE....56
TABLEAU 18 : EVOLUTION DU NOMBRE DE DEMANDEURS D'EMPLOI TRAVAILLEURS HANDICAPES 2016-2019....57
TABLEAU 19 : PROFIL DES DEMANDEURS D'EMPLOI HANDICAPES EN GUYANE EN 2019....57
TABLEAU 20 : NOMBRE DE PLACES INSTALLEES EN MILIEU PROTEGE....57
TABLEAU 21: LES ENTREPRISES ADAPTEES DE GUYANE....57
TABLEAU 22: NOMBRE DE LICENCIES : SPORT (2019)....58
TABLEAU 23 : NOMBRE DE DEMANDEURS ET DE DEMANDES FAITES A LA MDPH CHAQUE ANNEE....58
TABLEAU 24: NOMBRE ANNUEL ET TYPE D'ORIENTATIONS CONCERNANT LES ENFANTS....58
TABLEAU 25 : NOMBRE ANNUEL ET TYPE D'ORIENTATIONS CONCERNANT LES ADULTES....58
TABLEAU 26: EVOLUTION TEMPORELLE DU TAUX DE PEC / TROUBLES DE L'HUMEUR....64
TABLEAU 27 : EVOLUTION TEMPORELLE DU TAUX DE PEC / ADDICTIONS....64
TABLEAU 28 : RECOURS AUX PSYCHIATRES LIBERAUX....64
TABLEAU 29 : RECOURS EN ETABLISSEMENT POUR TH EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET OU PARTIEL EN ES PUBLIC OU ESPIC....64
TABLEAU 30 : RECOURS EN ETABLISSEMENT POUR TH GLOBAL EN ETABLISSEMENT (COMPLET, PARTIEL, AMBULATOIRE)....65
TABLEAU 31 : RECOURS EN ETABLISSEMENT POUR ADDICTION EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET OU PARTIEL EN ES PUBLIC OU ESPIC....65
TABLEAU 32 : RECOURS EN ETABLISSEMENT POUR ADDICTION GLOBAL EN ETABLISSEMENT (COMPLET, PARTIEL, AMBULATOIRE)....65
TABLEAU 33 : TAUX D'ADULTES CONSOMMANT DES ANTIDEPRESSEURS....65
TABLEAU 34 : TAUX D'ADULTES CONSOMMANT DES ANXIOLYTIQUES....65
TABLEAU 35 : TAUX D'ADULTES CONSOMMANT DES HYPNOTIQUES....65
TABLEAU 36 : PART DE LA FILE ACTIVE TH EXCLUSIVEMENT AMBULATOIRE....66
TABLEAU 37 : PART DES MONOCONSULTANTS TH DANS LA FILE ACTIVE....66
TABLEAU 38 : DENSITE D'ACTES DE LIAISON OU AUX URGENCES POUR TH....66
TABLEAU 39 : DMAH (DUREE MOYENNE ANNUELLE D'HOSPITALISATION) TEMPS PLEIN POUR TH....66
TABLEAU 40 : TAUX DE REHOSPITALISATION A 30 JOURS POUR TH....66
TABLEAU 41: PART DE LA FILE ACTIVE EXCLUSIVEMENT AMBULATOIRE POUR ADDICTION....66
TABLEAU 42 : PART DE LA FILE ACTIVE EXCLUSIVEMENT AMBULATOIRE POUR ADDICTION....67
TABLEAU 43 : PART DE LA FILE ACTIVE EXCLUSIVEMENT AMBULATOIRE POUR ADDICTION....67
TABLEAU 44 : RECOURS AUX SOINS TMS EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET OU PARTIEL EN ES PUBLIC OU ESPIC....67
TABLEAU 45 / RECOURS AUX SOINS TMS GLOBAL EN ETABLISSEMENT (COMPLET, PARTIEL, AMBULATOIRE)....67

TABLEAU 46 : RECOURS AUX SOINS TM, DEFICIENCES ET TED EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET OU PARTIEL EN ES PUBLIC OU ESPIC 67
TABLEAU 47 : RECOURS AUX SOINS TM, DEFICIENCES ET TED EN HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET OU PARTIEL EN ES PUBLIC OU ESPIC 67
TABLEAU 48 : STATISTIQUES DES MINEURS HOSPITALISES – JANVIER A DECEMBRE 2020 68
TABLEAU 49 : COMPARATIF DES MINEURS HOSPITALISES SUR 4 ANS 68
TABLEAU 50 : NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS EN PROGRAMME DE SOINS DURANT L'ANNEE 69
TABLEAU 51 : NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS EN PROGRAMME DE SOINS DURANT L'ANNEE 2020 75
TABLEAU 52 : NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS EN PROGRAMME DE SOINS DURANT L'ANNEE 2020 75
TABLEAU 53 : SUIVI LOI 5 JUILLET 2011 76
TABLEAU 54 : COUVERTURE CLSM 77
TABLEAU 55 : ETABLISSEMENTS SANITAIRES PUBLICS ET PRIVES AYANT EU UNE ACTIVITE EN 2018 (1) 81
TABLEAU 56 : LITS ET PLACES PUBLICS ET PRIVES INSTALLES AU 31.12.2018 PAR SECTEUR D'ACTIVITE 81
TABLEAU 57 : ENSEMBLE LITS ET PLACES PUBLICS ET PRIVES INSTALLES AU 31.12.2018 - TAUX D'EQUIPEMENT 83
TABLEAU 58 : PS EXERÇANT A TITRE LIBERAL OU SALARIE AU 01.01.2019 – EQUIPEMENTS ET SERVICES DE SANTE DE L'ANNEE 2018 84
TABLEAU 59 : PROFESSIONNELS LIBERAUX OU MIXTES EN EXERCICE AU 01.01.2019 NOMBRE ET DENSITE POUR 100 000 HABITANTS 84
TABLEAU 60 : MEDECINS SPECIALISTES LIBERAUX OU MIXTES SELON LA SPECIALITE EXERCEE AU 01.01.2019 84
TABLEAU 61 : MEDECINS SPECIALISTES SALARIES EXCLUSIFS SELON LA SPECIALITE EXERCEE AU 01.01.2019 (1) 85
TABLEAU 62 : PERSONNELS NON MEDICAUX DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS PUREMENT SANITAIRES - ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN DES SALARIES AU 01.01.2019, TOUT TYPE DE CONTRAT (TITULAIRE, CDI, CDD) 85
TABLEAU 63 : SAGES-FEMMES ET PERSONNELS NON MEDICAUX DES ETABLISSEMENTS DE SOINS PRIVES PUREMENT SANITAIRES - ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN DES SALARIES AU 01.01.2019, TOUT TYPE DE CONTRAT (TITULAIRE, CDI, CDD) 85
TABLEAU 64: PERSONNES AGEES : ETABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVES ET SERVICES, PLACES INSTALLEES AU 31.12.2018 88
TABLEAU 65 : ESLD, CENTRE DE JOUR POUR PERSONNES AGEES, SSIAD + SPASAD, PLACES INSTALLEES AU 31.12.2018 89
TABLEAU 66 : PERSONNES AGEES : ENSEMBLE DE PLACES INSTALLEES AU 31.12.2018 TOUTES CATEGORIES DE STRUCTURES - ETABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVES 89
TABLEAU 67 : PERSONNES AGEES : ENSEMBLE DE PLACES INSTALLEES AU 31.12.2018 POUR 1 000 HABITANTS DE 75 ANS ET PLUS 89
TABLEAU 68 : ADULTES HANDICAPES : PLACES INSTALLEES PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT AU 31.12.2018 – NOMBRE DETALISSEMENTS ET DE SERVICES 91
TABLEAU 69 : PLACES INSTALLEES AU 31.12.2018 SELON LE TYPE D'ACCUEIL DES ADULTES HANDICAPES TOUTES CATEGORIES DE STRUCTURES 92
TABLEAU 70 : ADULTES HANDICAPES : PLACES INSTALLEES AU 31.12.2018 PAR CATEGORIE DE CLIENTELE EN ETABLISSEMENT TOUTES CATEGORIES DE STRUCTURES CONFONDUES 92
TABLEAU 71 : ADULTES HANDICAPES : TAUX D'EQUIPEMENT AU 31.12.2018 PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS : PLACES POUR 1000 HABITANTS DE 20 A 59 ANS 92
TABLEAU 72 : ENFANCE HANDICAPEE : PLACES INSTALLEES PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT AU 31.12.2018 – NOMBRE D'ETABLISSEMENTS ET DE SERVICES – TAUX D'EQUIPEMENT 93
TABLEAU 73 : STRUCTURES MEDICO-SOCIALES DE PRISE EN CHARGE DE PERSONNES SOUFFRANT D'ADDICTIONS 95
TABLEAU 74 : PROJECTION POPULATION A 2030 95
TABLEAU 75 : DISTRIBUTION DE LA POPULATION PAR TRANCHE D'AGE (%) 96
TABLEAU 76 : DISTRIBUTION DE LA POPULATION PAR SEXE 96
TABLEAU 77 : TAUX DE VARIATION DE LA POPULATION ANNUEL MOYEN ENTRE 2010 ET 2018 96
TABLEAU 78 : TAUX DE NATALITE 97
TABLEAU 79 : MENAGES SELON LEUR COMPOSITION 100
TABLEAU 80 : MENAGES SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE DE REFERENCE EN 2017 101
TABLEAU 81 : COMPOSITION DES FAMILLES 102
TABLEAU 82: FAMILLES SELON LE NOMBRE D'ENFANTS AGES DE MOINS DE 25 ANS 102

TABLEAU 83: ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LOGEMENTS PAR CATEGORIE EN HISTORIQUE DEPUIS 1968 102
TABLEAU 84: CATEGORIES ET TYPES DE LOGEMENTS 103
TABLEAU 85: RESIDENCES PRINCIPALES SELON LE NOMBRE DE PIECES 103
TABLEAU 86: NOMBRE MOYEN DE PIECES DES RESIDENCES PRINCIPALES 103
TABLEAU 87 : RESIDENCES PRINCIPALES EN 2017 SELON LA PERIODE D'ACHEVEMENT 104
TABLEAU 88 : ANCIENNETE D'EMMENAGEMENT DANS LA RESIDENCE PRINCIPALE EN 2017 104
TABLEAU 89 : ANCIENNETE D'EMMENAGEMENT DANS LA RESIDENCE PRINCIPALE EN 2017 105
TABLEAU 90 : CONFORT DES RESIDENCES PRINCIPALES 106
TABLEAU 91 : RESIDENCES PRINCIPALES SELON L'ASPECT DU BATI 106
TABLEAU 92 : PART DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC PARMI LES CONSOMMANTS RG 106
TABLEAU 93 : SCOLARISATION SELON L'AGE ET LE SEXE EN 2017 107
TABLEAU 94 : DIPLOME LE PLUS ELEVE DE LA POPULATION NON SCOLARISEE DE 15 ANS ET PLUS SELON LE SEXE EN 2017 107
TABLEAU 95 : NOMBRE DE DECROCHEURS SCOLAIRES SIGNALES A LA PSAD PAR LE SEI - REPARTITION PAR BASSIN 108
TABLEAU 96 : POPULATION DE 15 A 64 ANS PAR TYPE D'ACTIVITE 109
TABLEAU 97: ACTIVITE ET EMPLOI DE LA POPULATION DE 15 A 64 ANS PAR SEXE ET AGE EN 2017 109
TABLEAU 98 : POPULATION ACTIVE DE 15 A 64 ANS SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE 110
TABLEAU 99 : CHOMAGE (AU SENS DU RECENSEMENT) DES 15-64 ANS 110
TABLEAU 100 : EMPLOI ET ACTIVITE 111
TABLEAU 101: EMPLOIS SELON LE STATUT PROFESSIONNEL 111
TABLEAU 102: EMPLOIS PAR CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE EN 2017 112
TABLEAU 103: EMPLOIS SELON LE SECTEUR D'ACTIVITE 112
TABLEAU 104 : POPULATION DE 15 ANS OU PLUS AYANT UN EMPLOI SELON LE STATUT EN 2017 113
TABLEAU 105 : STATUT ET CONDITION D'EMPLOI DES 15 ANS OU PLUS SELON LE SEXE EN 2017 113
TABLEAU 106: SALARIES DE 15 A 64 ANS PAR SEXE, AGE ET TEMPS PARTIEL EN 2017 114
TABLEAU 107 : LIEU DE TRAVAIL DES ACTIFS DE 15 ANS OU PLUS AYANT UN EMPLOI QUI RESIDENT DANS LA ZONE 114
TABLEAU 108 : ÉTABLISSEMENTS ACTIFS EMPLOYEURS PAR SECTEUR D'ACTIVITE AGREGE ET TAILLE FIN 2017 116
TABLEAU 109 : POSTES SALARIES PAR SECTEUR D'ACTIVITE AGREGE ET TAILLE D'ETABLISSEMENT FIN 2017 117
TABLEAU 110 : ÉTABLISSEMENTS ACTIFS EMPLOYEURS SELON LES SPHERES DE L'ECONOMIE FIN 2017 118
TABLEAU 111: ÉTABLISSEMENTS ACTIFS EMPLOYEURS ET POSTES SALARIES PAR SECTEUR D'ACTIVITE DETAILLE (A17) FIN 2017 119
TABLEAU 112: PARTICULIERS EMPLOYEURS FIN 2017 119
TABLEAU 113 : CREATIONS D'ENTREPRISES PAR SECTEUR D'ACTIVITE EN 2019 120
TABLEAU 114 : NOMBRE D'UNITES LEGALES PAR SECTEUR D'ACTIVITE AU 31 DECEMBRE 2018 121
TABLEAU 115: CREATIONS D'ETABLISSEMENTS PAR SECTEUR D'ACTIVITE EN 2019 121
TABLEAU 116 : NOMBRE D'ETABLISSEMENTS PAR SECTEUR D'ACTIVITE AU 31 DECEMBRE 2018 122

INDEX DES FIGURES

FIGURE 1 : MODELISATION DU PARCOURS DE VIE ET DE SANTE MENTALE 7
FIGURE 2 : CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE EN GUYANE ET LES POINTS DE RUPTURE (PRS2) 10
FIGURE 6 : THEMES DE TRAVAIL RETENUS POUR ELABORER LE DTP PAR LES GROUPES DE TRAVAIL 13
FIGURE 3 : REPARTITION DES MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL PAR DOMAINE 15
FIGURE 4 : REPARTITION DES PARTENAIRES PAR GROUPES DE TRAVAIL 15
FIGURE 5 : PARTENAIRES ASSOCIATIFS DU TERRITOIRE INSCRITS DANS LES GT 15
FIGURE 7 : SYNTHESE DES ENJEUX 43
FIGURE 8 : CARTE CONTEXTE TERRITORIAL 46
FIGURE 9: EVOLUTION DU TAUX STANDARDISE DE MORTALITE PREMATUREE (AVANT 65 ANS) POUR 100 000 HABITANTS EN GUYANE FRANÇAISE ET EN FRANCE METROPOLITAINE 48

FIGURE 10 : PRINCIPALES CAUSES DE DECES AVANT 65 ANS EN GUYANE FRANÇAISE 49
FIGURE 11 : REPARTITION DES ALLOCATAIRES DE L'AAH PAR AGE EN DECEMBRE 2019 53
FIGURE 12 : REPARTITION DES ELEVES EN INCLUSION PAR AGE ET PAR SEXE 54
FIGURE 13 : REPARTITION DES ELEVES EN MILIEU SPECIALISE PAR AGE ET PAR SEXE 55
FIGURE 14: REPARTITION DES ENFANTS SCOLARISES EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL (EMS) ET SANITAIRE 55
FIGURE 15 : CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE CGSS EN GUYANE 63
FIGURE 16 : COMPARATIF DES MINEURS HOSPITALISES SUR 4 ANS 68
FIGURE 17 : EVOLUTION DES ADMISSIONS EN SDT ET SDRE 2019 76
FIGURE 18 : EVOLUTION DES ADMISSIONS EN SDT ET SDRE 2020 76
FIGURE 19 : CARTOGRAPHIE DES MG 86
FIGURE 20: DEMOGRAPHIE DES MG PAR AGE 86
FIGURE 21: DEMOGRAPHIE DES MG PAR COMMUNE D'INSTALLATION 87
FIGURE 22 : CARTOGRAPHIE DES IDEL 87
FIGURE 24 : NAISSANCES DECES ET SOLDE NATUREL 97
FIGURE 25 : PYRAMIDE DES AGES 98
FIGURE 26 : CARTOGRAPHIE DU TAUX DE VARIATION ANNUEL MOYEN DE LA POPULATION PAR EPCI 99
FIGURE 27 : ÉVOLUTION DE LA TAILLE DES MENAGES EN HISTORIQUE DEPUIS 1968 100
FIGURE 28 : PERSONNES DE 15 ANS OU PLUS VIVANT SEULES SELON L'AGE - POPULATION DES MENAGES 100
FIGURE 29 : PERSONNES DE 15 ANS OU PLUS DECLARANT VIVRE EN COUPLE SELON L'AGE 101
FIGURE 30: STATUT CONJUGAL DES PERSONNES DE 15 ANS OU PLUS EN 2017 101
FIGURE 31 :RESIDENCES PRINCIPALES SELON L'ETAT DE SUROCCUPATION (HORS STUDIOS OCCUPES PAR UNE PERSONNE) 103
FIGURE 32 :RESIDENCES PRINCIPALES EN 2017 SELON LE TYPE DE LOGEMENT ET LA PERIODE D'ACHEVEMENT 104
FIGURE 33 : ANCIENNETE D'EMMENAGEMENT DES MENAGES EN 2017 105
FIGURE 34 : TAUX DE SCOLARISATION SELON L'AGE (EN %) 107
FIGURE 35 : DIPLOME LE PLUS ELEVE DE LA POPULATION NON SCOLARISEE DE 15 ANS OU PLUS EN % 108
FIGURE 36 : POPULATION DE 15 A 64 ANS PAR TYPE D'ACTIVITE EN 2017 110
FIGURE 37 : TAUX DE CHOMAGE (AU SENS DU RECENSEMENT) DES 15-64 ANS PAR SEXE ET AGE EN 2017 111
FIGURE 38 : EMPLOIS PAR CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE 112
FIGURE 39 : TAUX DE FEMINISATION DES EMPLOIS PAR STATUT ET SECTEUR D'ACTIVITE EN 2017 113
FIGURE 40 : PART DES SALARIES DE 15 ANS OU PLUS A TEMPS PARTIEL PAR SEXE 114
FIGURE 41 : PART DES MOYENS DE TRANSPORT UTILISES POUR SE RENDRE AU TRAVAIL EN 2017 115
FIGURE 42 : SALAIRE NET HORAIRE MOYEN (EN EUROS) SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE EN 2018 115
FIGURE 43 : ÉCART DE SALAIRE NET HORAIRE MOYEN ENTRES LES FEMMES ET LES HOMMES SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE EN 2018 116
FIGURE 44: ÉCART DE SALAIRE NET HORAIRE MOYEN ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES SELON L'AGE EN 2018 116
FIGURE 45 : REPARTITION DES ETABLISSEMENTS ACTIFS EMPLOYEURS PAR SECTEUR D'ACTIVITE AGREGE FIN 2017 117
FIGURE 46: REPARTITION DES ETABLISSEMENTS ACTIFS EMPLOYEURS PAR TAILLE FIN 2017 118
FIGURE 47: ÉVOLUTION DES CREATIONS D'ENTREPRISES 120
FIGURE 48 : ÉVOLUTION DES CREATIONS D'ETABLISSEMENTS 122