

# RAPPORT DE MISSION



**Visant à rechercher des solutions  
d'entrée dans les soins des patients  
ayant des pathologies « de rue ».**

*Du bienfondé de l'ouverture d'un centre d'hébergement et d'assistance aux  
personnes sans abri de type CHAPSA*

**A l'attention du directeur général de l'agence régionale de santé de  
Guyane.**

**Août 2024**

Luce LEGENDRE  
Dr. Claire CUGIER  
Raphaëlle PERRIGAUD  
Hugues SERVIERES  
Elise VALENTIN BUSQUETS

*Alexandre MARTINI*

## Remerciements

Nous adressons nos plus vifs remerciements et notre profond respect à M. Dimitri Grygowski, directeur général de l'agence régionale de santé qui nous a confié cette mission et qui nous a fait confiance.

Nos remerciements vont aussi à M. Michel-Ange Jérémie, président de l'association des maires de Guyane, Mme Sandra Trochimara, maire de Cayenne, Mme Awatef Argoubi conseillère municipale déléguée à la santé de Cayenne, Mme Martine Papaix-Puech, maire adjointe de Kourou, Mme Marie-Chantal Sobaimi, maire adjointe de Saint-Laurent-du-Maroni, qui ont su nous consacrer du temps pour nous donner leur avis et celui de leurs administrés. Nous exprimons notre vive gratitude à M. Bruno Apouyou, président du grand conseil coutumier de Guyane, qui a accepté d'échanger avec nous et de nous exprimer son sentiment ainsi que celui des communautés locales.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à M. David Ursulet, sous-préfet chargé de mission auprès du préfet de la région Guyane, pour le temps qu'il a consacré à notre mission.

Nos remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui ont accepté de nous faire partager leur expertise au cours des entretiens et qui nous ont toujours reçus très chaleureusement. Nous remercions tout particulièrement M. le Dr. Vincent Bobillier, chef de pôle du pôle de santé mentale de l'hôpital de Cayenne, qui a accepté d'échanger avec nous à quatre reprises.

Des remerciements tout aussi sincères vont à Mme Viktoria Kleisova et à M. le Dr. Alexandre Boichon, qui ont œuvré au succès de notre mission et nous ont accompagné lors de nos déplacements sur le territoire.

Également aux autres personnes de l'agence régionale de santé de Guyane qui ont favorisé le bon déroulement de notre séjour.

Mme Christine Paillard a qui nous devons la valeur de notre documentation.

Mme le Dr. Sonbol Asnafi, pharmacienne et cheffe de pôle du pôle de Santé publique au CASH de Nanterre, grâce à qui nous devons notre mise en lien avec l'agence régionale de santé Guyane.

En page de couverture : *Départ pour la maison de Nanterre. Sculpture sur bois de Gérard Auguste Schweitzer. 1958. Collections Musée Carnavalet*

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| Remerciements .....  | 2         |
| Table des abréviations .....   | 6         |
| <b>PARTIE I – Connaissance du territoire, méthodologie de la mission, enseignements des entretiens .....</b>                 | <b>10</b> |
| I. <i>Rappel des principales caractéristiques du territoire guyanais</i> .....   | 10        |
| II. <i>Méthodologie de la mission</i> .....  | 12        |
| 1. Sollicitation de l'ARS Guyane.....  | 12        |
| 2. Lettre de mission .....   | 12        |
| 3. Analyse des éléments constitutifs de la lettre de mission .....   | 12        |
| 4. Constitution de la mission .....  | 15        |
| 5. Sollicitation de la fondation hospitalière pour la recherche en précarité et exclusion sociale .....                      | 16        |
| 6. Assurer une connaissance préalable des problématiques du territoire .....   | 17        |
| 7. Calendrier de rendez-vous proposé par l'agence régionale de santé de Guyane pour la semaine du 22 au 26 juillet 2024..... | 17        |
| 8. Constitution de binômes .....   | 17        |
| 9. Questionnaire.....  | 18        |
| 10. Déroulement de la semaine .....  | 18        |
| III. <i>Synthèse des entretiens réalisés au cours de la mission</i> .....  | 20        |
| 1. Collectivité territoriale de la CACL .....  | 20        |
| 2. Douches municipales de Cayenne.....   | 21        |
| 3. Communauté de communes des Savanes .....  | 21        |
| 4. Direction Générale COhésion et POPulations (DGCOPOP) .....  | 22        |
| 5. INSEE .....   | 22        |
| 6. Association des maires de Guyane.....   | 23        |
| 7. Pôle de santé mentale du Centre Hospitalier de Cayenne.....   | 23        |
| 8. Service des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne.....  | 24        |
| 9. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier de Cayenne .....                                       | 25        |
| 10. Pôle de santé mentale du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais .....  | 25        |
| 11. Service des urgences du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais .....   | 26        |
| 12. Maison d'Accompagnement Psychosocial et d'Insertion (MAPI) .....   | 26        |
| 13. Village chinois et EMAS.....   | 26        |
| 14. Equipe de direction du Centre hospitalier de Cayenne.....  | 27        |
| 15. CATTP et UFPI du centre pénitentiaire de Cayenne .....   | 28        |
| 16. Communauté thérapeutique de Roura du Groupe SOS .....  | 28        |
| 17. Association RDS.....   | 28        |
| 18. Maraudes diverses.....   | 29        |

|  |           |
|--|-----------|
| 19. Association AGRRR .....  | 30        |
| 20. Pôle sanitaire de la Croix-Rouge .....   | 30        |
| 21. COMEDE .....   | 31        |
| 22. SAMU Social de Cayenne.....  | 31        |
| 23. ADSSUK .....   | 32        |
| 24. Humanity First .....   | 32        |
| 25. Arbre fromager .....   | 33        |
| 26. Commune de Saint-Laurent-du-Maroni .....   | 33        |
| 27. AKATIJ (CAARUD et maraude) .....   | 34        |
| 28. SAMU Social de Saint-Laurent-du-Maroni .....   | 35        |
| 29. Guyane Promotion Santé – Plateforme ETP .....  | 35        |
| 30. Camp de la verdure (visite) .....  | 36        |
| 31. IDSanté.....   | 36        |
| 32. KAÏROS .....   | 36        |
| IV. Synthèse globale des entretiens réalisés au cours de la mission.....   | 37        |
| 1. Existence de trois types de populations précaires .....   | 37        |
| 2. Carences en matière d'offre de soins et d'hébergement .....   | 38        |
| 3. Difficultés généralisées sur le plan des ressources humaines .....  | 39        |
| 4. Difficultés d'accès aux dispositifs existants .....   | 39        |
| 5. Positionnement complexe des élus.....   | 40        |
| V. Recommandations formulées au directeur général de l'ARS.....  | 41        |
| <b>PARTIE II – les caractéristiques de la population concernée, la prise en charge de leurs pathologies, la faisabilité d'un CHAPSA .....</b>                      | <b>46</b> |
| <i>I. Une population avec des besoins particuliers et une offre sanitaire, sociale et médico-sociale qui peine à y répondre .....</i>                              | <i>46</i> |
| 1. Complexité d'un territoire, lieu de mouvements migratoires importants.....  | 46        |
| 2. Focus sur les données de santé de la population guyanaise .....   | 47        |
| 3. Importance de l'offre de santé, mais qui peine à répondre aux besoins .....   | 48        |
| 4. Nécessaire développement de l'offre médico-sociale .....  | 49        |
| 5. Importance de l'offre sociale d'urgence à destination des demandeurs d'asile, à l'inverse des dispositifs d'insertion pour lesquels un vrai besoin existe ..... | 50        |
| <i>II. Étude et discussion concernant la prise en charge des pathologies des populations précaires.....</i>  | <i>51</i> |
| 1. Prévalences des troubles mentaux, des consommations de substances psychoactives et de la consommation de traitements psychotropes.....                          | 51        |
| 2. Prévalences des pathologies somatiques.....   | 52        |
| 3. Discussion .....  | 53        |
| <i>III. Etude de faisabilité sur l'implantation d'un CHAPSA .....</i>  | <i>54</i> |

|  |    |
|--|----|
| 1. Rappel des principes et des conditions de fonctionnement du CHAPSA.....   | 54 |
| 2. Proposition d'implantation d'un CHAPSA en Guyane .....  | 57 |
| a. Le territoire concerné .....  | 57 |
| b. Le statut.....  | 58 |
| c. Le rattachement à un centre hospitalier.....  | 59 |
| d. Le public accueilli.....  | 59 |
| e. L'orientation du public-cible.....  | 60 |
| f. La durée de séjour.....   | 61 |
| g. La présence d'une équipe formée en santé mentale et en addictologie .....   | 62 |
| h. Le fonctionnement de la structure.....  | 62 |
| i. Le dimensionnement de la structure et l'architecture .....  | 64 |
| j. Le montage financier .....  | 65 |
| k. Les moyens humains.....   | 67 |
| l. Les coopérations et partenariats.....   | 70 |
| Sommaire des annexes.....  | 73 |
| Annexe 1 – Lettre de mission.....  | 74 |
| Annexe 2 – Entretiens réalisés par la mission .....  | 75 |
| Annexe 2 bis – Entretiens réalisés par le directeur de la Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion ..... | 82 |
| Annexe 3 – Histoire et offre du CASH de Nanterre.....  | 84 |
| Annexe 4 – Questionnaire proposé aux différents acteurs rencontrés.....  | 89 |
| Bibliographie .....  | 95 |

## Table des abréviations

ACT : appartements de coordination thérapeutique

AFD : agence française de développement

AME : aide médicale d'Etat

ARS : agence régionale de santé

BAPSA : brigade d'assistance aux personnes sans abri

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CASF : code de l'action sociale et des familles

CASH : centre d'accueil et de soins hospitaliers

CATTP : centre d'aide thérapeutique à temps partiel

CCAS : centre communal d'action sociale

CDPS : centre délocalisé de prévention et de soins

CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CHAPSA : centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans abri

CHOG : centre hospitalier de l'ouest guyanais

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CLAT : centre de lutte anti-tuberculose

COMEDE : comité pour la santé des exilés

CMP : centre médico-psychologique

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CTG : collectivité territoriale de Guyane

DGCOPOP : Direction générale de la cohésion et des populations

DMP : dossier médical partagé

DU : diplôme universitaire

EAM : établissement d'accueil médicalisé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMAS : équipe mobile d'accès aux soins

EMPP : équipe mobile de psychiatrie-précarité

FAM : foyer d'accueil médicalisé

FIR : fonds d'intervention régional

FHRPE : fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale

GHAM : groupe homogène d'activités et de missions

GHU : groupement hospitalo-universitaire

HLM : habitation à loyer modéré

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Infirmier en pratiques avancées

HU : hébergement d'urgence

HUDA : hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile

LAM : lits d'accueil médicalisé

LHSS : lits halte-soins santé

MAPI : maison d'accompagnement psychosociale et d'insertion

MAS : maison d'accueil spécialisée

PIB : produit intérieur brut

QVP : quartier prioritaire de la ville

RATP : régie autonome des transports parisiens

RSA : revenu de solidarité active

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAU : service d'accueil des urgences

SDF : sans domicile fixe

SIAO : service intégré d'accueil et d'orientation

SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation

UFPI : unité fonctionnelle de psychiatrie intra-carcérale

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : unité pour malades difficiles

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Début mai 2024, dans le contexte de l'émotion provoquée par le meurtre d'une professionnelle de santé, l'Agence Régionale de Santé de Guyane a pris la décision de contacter la direction du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre (Hauts-de-Seine), ainsi que le médecin chef de pôle du pôle de médecine sociale, afin d'envisager un soutien à l'ARS Guyane pour proposer des solutions de prises en charge de personnes précaires présentant des pathologies en lien avec la rue.

Cette demande a fait suite à l'assassinat d'une pharmacienne libérale installée à Saint-Laurent du Maroni au printemps 2024. L'émoi légitime provoqué par cette situation a conduit les élus, les représentants de l'Etat et l'agence régionale de santé à rechercher des solutions visant à mieux prendre en charge des profils de personnes isolées, présentant des troubles psychiques majorés par l'usage de toxiques – profil semble-t-il du meurtrier présumé.

L'ARS Guyane a orienté sa demande vers les équipes du CASH de Nanterre, en raison de sa longue tradition d'accueil des personnes sans abri de Paris. En effet, cet accueil a la particularité d'être couplé à une offre de soins située dans les mêmes locaux, pouvant aller de la simple consultation de médecine générale, des soins infirmiers et d'hygiène corporelle à des hospitalisations dans des services de médecine spécialisée, diabétologie, médecine interne, infectiologie, pneumologie, diabétologie, gastroentérologie, cardiologie, addictologie. S'agissant des troubles mentaux, ceux-ci sont suivis par les équipes mobiles psychiatrie précarité de Paris, siégeant au GHU Paris psychiatrie neurosciences ainsi que les maraudes des différentes structures (SAMU social, etc.).

De plus, le CASH de Nanterre est un hôpital avec un statut spécifique : il n'entre pas dans la catégorie des établissements de santé. Il a un statut *sui generis* fondé par disposition législative et constitue une catégorie particulière d'établissements publics au sens de l'article 34 de la constitution. Créé par l'article L6147-2 du code de la santé publique et l'article L 346-1 du code de l'action sociale et des familles, le centre d'accueil et de soins hospitaliers est un établissement public de la ville de Paris à caractère social et sanitaire. Ainsi, son offre sociale, intégrée à l'hôpital, le distingue et fait de lui un établissement unique en France. Au-delà de ses missions hospitalières, le CASH a été à l'origine d'un certain nombre d'innovations dans le champ de l'accompagnement des personnes précaires. Par exemple, le Dr. Patrick Henri, crée la consultation médicale du CASH pour aider les personnes sans abri à sortir de leur addiction. Il lutte contre l'« enfouissement » des personnes sans abri dans le métro en créant en parallèle, en 1994, le Recueil social, dispositif « d'aller-vers » qui permet – comme le SAMU – d'aller au-devant des blessés, les blessés de la rue. Reprenant la suite du Dr. Patrick Henri au CASH de Nanterre, le Dr. Xavier Emmanuelli a l'idée en 1993 de créer le SAMU Social qui sera ensuite transféré à Paris. C'est donc au CASH de Nanterre et grâce au travail des équipes soignantes, sociales, éducatives toutes désormais anonymes que s'est développé le concept de SAMU Social aujourd'hui déployé à un niveau international.

C'est dans ce contexte que l'ARS Guyane, sous la forme d'une lettre de mission, a sollicité l'expertise des équipes du CASH de Nanterre notamment sur l'opportunité de la mise en place d'une offre globale d'hébergement, de soins et de prévention à destination des personnes précaires actuellement à la rue. Sans chercher à analyser les causes ayant conduit à l'évènement tragique du printemps 2024, l'équipe de la mission a souhaité plutôt analyser l'existant puis préconiser la mise en place de dispositifs dont le

Afin de répondre à la commande l'ARS, un certain nombre d'entretiens ont été menés et leur synthèse sera proposée dans la suite de ce rapport.

En complément de l'objectif opérationnel de la mission principale, il a été proposé à l'ARS Guyane d'explorer les opportunités de développement de recherches évaluatives et interventionnelles sur les actions de lutte contre la précarité en Guyane, et le rôle que pourrait jouer en ce sens la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale (FHRPE), fondation portée par le CASH de Nanterre depuis 2020, comme elle le fait par exemple en lien avec l'ARS Occitanie.

Le directeur de la Fondation a ainsi mené des entretiens spécifiques avec des acteurs de la recherche et des acteurs de terrain guyanais, autour des problématiques de recherche.

Un document complémentaire, distinct des recommandations portées par la mission du CASH, sera remis au directeur général de l'ARS Guyane, concernant les opportunités identifiées et les possibilités de collaboration entre l'ARS Guyane et la Fondation.

C'est dans ce contexte que nous nous sommes demandé quel type de dispositifs, prenant en compte la complexité du territoire, doit encore être développé afin de répondre aux besoins du territoire guyanais, tant en termes de lutte contre la précarité qu'en terme de prise en charge des addictions et de troubles psychiques.

Ce rapport de mission à rappelle dans un premier temps les caractéristiques spécifiques du territoire guyanais, présente la méthodologie qui a été adoptée pour la réalisation du présent rapport et synthétise l'ensemble des entretiens menés avec les partenaires rencontrés.

Dans un second temps, il présente un diagnostic populationnel mais également les études réalisées et les préconisations concernant la prise en charge des pathologies de la précarité. Enfin, une étude de faisabilité sur l'implantation d'un centre d'hébergement pour des personnes sans abri conclut notre rapport.

## PARTIE I – Connaissance du territoire, méthodologie de la mission, enseignements des entretiens

### I. *Rappel des principales caractéristiques du territoire guyanais<sup>1</sup>*

Avec une surface de 83 846 km<sup>2</sup> la Guyane est la plus grande région de France, juste au-dessus de la Nouvelle-Aquitaine (83 834 km<sup>2</sup>), proche du Portugal (92 212 km<sup>2</sup>), près de trois fois plus grande qu'Haïti. Avec seulement 300 000 habitants au total, la densité de population y est faible, 3,6 habitants par km<sup>2</sup> (11,7 au Portugal, 410,8 à Haïti).

On constate une explosion démographique à partir de 1960 (environ 40 000 habitants en 1960, 70 000 en 1980, 160 000 en 2000, 230 000 en 2010), portée par un solde naturel – naissances vs. décès – important.

La population est concentrée sur le littoral et sur le Maroni (150 000 personnes sur l'île de Cayenne, 50 000 à Saint-Laurent-du-Maroni). Elle se développe plus à l'ouest (frontière avec le Suriname) qu'à l'est (frontière avec le Brésil).

La population de Guyane se compose de provenances multiples : France (68,0%, dont Guyane 56,2 % et France métropolitaine 8,8 %), Haïti (10,9 %), Suriname (8,3 %), Brésil (7,0 %), Guyana (1,3 %), République Dominicaine (0,6 %), Chine (0,5 %), Laos (0,3%).<sup>2</sup>

Cette situation globale représente un défi en matière d'aménagement du territoire, de gestion des transports, de répartition des infrastructures.

Le chiffre de 300 000 habitants en Guyane inclut un comptage de la population en habitat informel. Les enquêteurs Insee vont depuis deux ans dans les quartiers et comptent l'ensemble des habitants présents, comptages qui amènent le plus souvent une révision des populations de ces quartiers à la baisse, par rapport au « ressenti » des élus locaux. Il s'agit en revanche d'une photographie ponctuelle, car ces zones sont pour certaines éphémères en fonction des destructions, d'où la difficulté à définir les besoins en santé et en éducation.

Le chiffre inclut également une estimation des orpailleurs illégaux, selon des relevés faits par avion et des extrapolations selon la surface, les habitations. Les orpailleurs illégaux sont identifiés par l'INSEE comme « sans abri », ce qui n'est pas le cas des habitants des habitats informels.

Le total de 300 000 habitants, parfois contesté localement, est pourtant corroboré par les statistiques Carte Vitale (260 000), le nombre de déchets par habitant et de cartes SIM, ainsi que la consommation d'eau.

D'autres éléments statistiques vont également dans ce sens : première baisse des naissances en 2022, solde migratoire négatif depuis peu, augmentation du nombre d'entrants depuis l'étranger à un rythme moins important que celui des sorties<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Les éléments ci-dessus sont une synthèse de ceux produits par l'Insee et notamment présentés lors de l'entretien avec M. Philippe Dorelon, Chef du Service territorial Insee Guyane, le 24 juillet 2024.

<sup>2</sup> Insee, RP2020.

<sup>3</sup> On peut utilement se référer aux explications portées par l'INSEE : <https://blog.insee.fr/le-dynamisme-demographique-guyanais-est-il-ss-estime/>

La population est particulièrement jeune, avec 41 % de la population qui a moins de 20 ans en 2023, mais il faut signaler le nombre important de départs du territoire des jeunes entre 18 et 25 ans. 27% des familles ont plus de 3 enfants âgés de moins de 25 ans ; le nombre d'enfants par femme est de 3,6. 30% des familles sont monoparentales<sup>4</sup>.

La population totale est projetée à 391 000 habitants en 2042, 477 000 en 2070, avec le sujet émergent des personnes âgées (11% en 2042, 15% en 2070).

Ces enjeux vont transformer le territoire : infrastructures à construire, écoles, routes, logements ; consommation de soins en très forte augmentation ; besoins d'EHPAD et de soins à domicile pour un territoire déjà en déficit.

Après Mayotte, la Guyane est la région française où le niveau de vie de la population est le plus faible : le niveau de vie annuel médian s'élève à 10 990€<sup>5</sup>, en comparaison avec le chiffre de 22 320€ pour la France métropolitaine, la Martinique et la Réunion en 2020. Le PIB par habitant s'élève à 15 611€ en 2021, en comparaison avec celui de la France, 36 911€. Ce très faible PIB par habitant est dû au niveau de pauvreté, mais aussi au nombre important d'enfants, au faible niveau de qualification – le départ vers la France hexagonale des néo-bacheliers conduisant à des niveaux de diplômes plus faibles –, au nombre élevé de personnes sans emploi, 4 Guyanais sur 10 âgés de 15 à 64 ans en 2019<sup>6</sup>.

Par ailleurs, le taux de chômage au sens du Bureau International du Travail de 13,1 %<sup>7</sup> en 2022 doit se compléter de celui du « halo du chômage » - qui concerne les personnes ne pouvant pas ou ne souhaitant pas travailler, très élevé en Guyane d'après l'INSEE.

Le taux de pauvreté (60% du niveau médian – niveau médian France totale) reste très élevé, 53% en 2017, derniers chiffres disponibles, mais en baisse continue (- 7 points entre 2011 et 2017). A noter que ce taux est de 23% si on prend en compte le revenu médian guyanais et non celui France totale.

De fortes inégalités subsistent : le niveau de vie des 10% les plus aisés est 7,8 fois plus élevé que celui des 10% les plus modestes, contre 5 fois en Guadeloupe et 3,3 fois dans l'hexagone. 29 % des Guyanais étaient en situation de grande pauvreté en 2018<sup>8</sup>.

Parmi les principaux facteurs de la pauvreté figurent l'absence d'emploi, le fait d'être né à l'étranger, l'absence de diplôme, les familles monoparentales, les ménages dont la personne de référence a moins de 30 ans. En 2017, le revenu disponible de 20% des ménages les plus modestes est composé à 70 % de prestations sociales, contre seulement 39 % en métropole et 58 % en Guadeloupe, cette dépendance aux prestations sociales étant encore plus forte dans l'est et l'ouest de la Guyane. Environ 24 000 personnes sont bénéficiaires du RSA.

<sup>4</sup> Insee, RP2020, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2023.

<sup>5</sup> Insee, Direction des statistiques démographiques et sociales, Enquête Budget de famille (BDF), 2017

<sup>6</sup> Insee, recensement de la population exploitation principale, 2020

<sup>7</sup> Insee, taux de chômage localisé, 2022

<sup>8</sup> Insee, enquête Statistique sur les Ressources et les Conditions de Vie 2018.

## II. *Méthodologie de la mission*

### 1. Sollicitation de l'ARS Guyane

Comme évoqué en introduction, L'Agence Régionale de Santé de Guyane a contacté, début mai 2024, la direction du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre, ainsi que le médecin cheffe de pôle du pôle de médecine sociale, afin d'envisager un soutien à l'ARS Guyane pour proposer des solutions de prises en charge de personnes précaires présentant des pathologies de rue à la suite d'un évènement dramatique survenu quelques semaines auparavant.

Cette sollicitation a été faite au CASH en raison de sa longue tradition d'accueil des personnes sans abri de Paris. En effet, cet accueil a la particularité d'être couplé à une offre de soins située dans les mêmes locaux, pouvant aller de la simple consultation de médecine générale, des soins infirmiers et d'hygiène corporelle à des hospitalisations dans des services de médecine spécialisés, diabétologie, médecine interne, infectiologie, pneumologie, diabétologie, gastroentérologie, cardiologie, addictologie. S'agissant des troubles mentaux, ceux-ci sont suivis par les équipes mobiles psychiatrie précarité de Paris, siégeant au GHU Paris psychiatrie neurosciences.

### 2. Lettre de mission

La demande initiale de l'ARS a donné lieu à deux réunions préparatoires par visioconférence puis à l'envoi d'une lettre de mission. Cette lettre de mission a permis de fixer le cadre de la demande, à savoir une mission de niveau stratégique visant à rechercher des solutions d'entrée dans les soins des patients ayant des pathologies de rue. La mission devait, enfin, renseigner l'ARS sur le bien-fondé de l'ouverture d'un centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans abri, de type CHAPSA.

### 3. Analyse des éléments constitutifs de la lettre de mission

Partant du constat que l'offre en psychiatrie et en addictologie pour les personnes les plus éloignées des soins était insuffisante en Guyane, que des caractéristiques étaient spécifiques à la Guyane, la mission a pris le temps d'analyser par comparaison des connaissances qu'elle avait du fonctionnement du CASH, l'implémentation possible d'un CHAPSA.

### **Des éléments spécifiques de géopolitique et de santé**

Les flux migratoires importants en partie liés à l'instabilité politique d'Haïti, de la Syrie et de l'Afghanistan, le commerce international clandestin de drogues dont la Guyane est un carrefour, des indicateurs sociaux et de santé des plus bas de France (environ 50 % de la population vit sous le seuil de pauvreté<sup>9</sup> pour 14,6 % France entière et 43% de la population guyanaise vit dans des QVP) font en effet de la Guyane un territoire à part des autres régions de France<sup>10</sup>

Concernant la santé, le professeur Mathieu Nacher qui s'est livré à des comparaisons internationales de grands indicateurs de santé conclut que ceux-ci sont certes moins favorables que ceux

---

<sup>9</sup> AUDOUX, Ludovic PREVOT, Pascal. La grande pauvreté bien plus fréquente et beaucoup plus intense dans les DOM. INSEE Focus N° 270 juillet 2022

<sup>10</sup> 32 quartiers classés en QPV selon le projet régional de santé, PRS Guyane 2018-2028

de la métropole mais les écarts tendent à se réduire. Ils sont également bien meilleurs en Guyane que dans les pays d'Amérique latine. La progression de ces taux est malheureusement masquée par des événements dramatiques, ponctuels, fortement médiatisés et relayés. Le chercheur évoque même « une cécité vis-à-vis des progrès graduels ». <sup>11</sup>

### **Une topographie à prendre en compte**

Ajoutons à ce contexte géopolitique une topographie qui distingue la Guyane des autres régions en particulier celle où le CHAPSA du CASH est ancré. Il s'agira d'en tenir compte notamment dans l'étude des moyens de transports qui pourraient être mis à disposition du centre afin que les personnes abritées puissent le rejoindre gratuitement, régulièrement et en sécurité <sup>12</sup>.

Nous notons dans le contrat de convergence et de transformation de la Guyane, document qui signe le partenariat entre l'Etat, la collectivité territoriale de Guyane (CTG), les intercommunalités guyanaises (la communauté de communes de l'Ouest guyanais, la communauté de communes des Savanes, la communauté d'agglomération du centre littoral, la communauté de communes de l'est guyanais) l'exception guyanaise en matière d'équipements routiers et d'éloignement entre les communes, ce que ce contrat qualifie de « défi géographique ». L'enjeu vaut la comparaison pour que le lecteur comprenne mieux les difficultés de simple transposition du CHAPSA en Guyane. La Guyane a une superficie de 83 846 km<sup>2</sup> soit 34 fois la Réunion, 52 fois la Guadeloupe, 75 fois la Martinique, 227 fois Mayotte. <sup>13</sup>

La Guyane est également sept fois plus grande que l'Île-de-France. C'est ainsi que les usagers du CHAPSA franciliens parcourent chaque soir dix-sept kilomètres en bus de la porte de la Villette au CASH de Nanterre. En comparaison, pour rejoindre Saint-Laurent-du-Maroni à Cayenne, il faut parcourir 254 kilomètres, soit Paris-Tours, Saint-Georges à l'Oyapock de Cayenne, 188 kilomètres soit Paris-Blois, et Saint-Laurent du Maroni à Saint-Georges de l'Oyapock 430 kilomètres soit Paris-Saint-Brieuc.

### **Le défi démographique**

La Guyane est confrontée à un défi démographique sans comparaison des autres régions : selon des prévisions, sa population devrait augmenter de 30% d'ici 2042 et de 60% d'ici 2070.

### **L'usage de toxiques**

La lettre de mission indique une forte sensibilité des populations aux usages de drogues, qu'il conviendra d'objectiver. En effet les manifestations ostentatoires des usagers de crack notamment et de consommateurs excessifs d'alcool voire les deux combinés peuvent présenter un biais de sur-représentation. Il en est de même du taux plus important des moins de 30 ans qui atteignent 55 % dans la population générale guyanaise tandis qu'ils ne sont que 34% pour la France entière.

Pour caractériser le phénomène de la toxicomanie en Guyane, nous ferons usage entre autres d'une enquête récente dont les résultats sont encourageants, réalisée au niveau national dans les collèges et les lycées et qui témoigne que pour les collèges, les élèves guyanais sont plus

---

<sup>11</sup> NACHER, Mathieu. Santé globale et Guyane, étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs 2019 Centre d'investigation clinique des Antilles et de la Guyane, site Guyane. Centre hospitalier de Cayenne

<sup>12</sup> La Guyane est la région de France où il y a le plus de blessés sur la route : 2,45 pour mille habitants selon le PRS 2018-2028 P13

<sup>13</sup> Contrat de convergence et de transformation de la Guyane 2019-2022. Etat- CTG- Intercommunalités guyanaises. 2019

consommateurs que les élèves de métropole qu'en revanche cette tendance s'inverse pour les élèves des lycées.<sup>14</sup> Pour autant, ces résultats limités aux adolescents scolarisés sont loin de décrire un phénomène endémique spécifique à la Guyane de consommation de toxiques<sup>15</sup>.

La consommation de toxiques, alcool, cannabis, crack notamment serait selon les auteurs la résultante de facteurs sociaux, géographiques, historiques et identitaires, mouvements de populations, précarité sociale, qui interagissent et structurent le rapport des populations à la drogue. C'est ainsi qu'un taux important de populations jeunes – 55% de la population générale – de précarité sociale, d'enjeux de trafic international de cocaïne font de la Guyane un territoire exposé à la vente illégale et à la consommation de drogue en particulier de crack.

Le crack est un dérivé de la cocaïne à laquelle on ajoute du bicarbonate de soude et/ou de l'ammoniaque. Cette substance se fume ou se sniffe et conduit quasiment immédiatement à une dépendance totale au produit par les consommateurs. Ceux-ci sont frappés par des effets secondaires ravageurs tant au plan physique que psychique. La forte croissance de consommation s'explique, selon le chercheur Abdelhak Qribi, par des facteurs de précarité – cette drogue n'est pas chère – mais aussi culturels : l'identification aux noirs américains sert de support identitaire aux consommateurs.

### Les flux migratoires

Enfin, la lettre de mission, toujours en éléments de contexte, souligne un flux migratoire important frappant le territoire et conduisant à un accroissement des personnes sans droits sociaux. C'est ainsi que le centre qui serait créé pourrait et/ou devrait répondre aux demandes d'accès aux droits sociaux, porte d'entrée dans un parcours d'insertion et dans un parcours de soins.

Concernant ce point, la Guyane se distingue une nouvelle fois par rapport à la métropole. 30 % de la population y serait migrante<sup>16</sup> et la littérature sur le sujet différencie deux types de migration. Celle des pays frontaliers, Suriname et Brésil ainsi qu'Haïti. Ces migrants cherchent à s'installer en Guyane pour y trouver des conditions de vie économiques plus favorables. Ils résident majoritairement dans les quartiers informels des villes du littoral. Les Haïtiens et les Surinamiens représentent 70 % de l'immigration en Guyane<sup>17</sup>. L'autre mouvement migratoire, plus récent vient plutôt du Proche et du Moyen-Orient<sup>18</sup> mais aussi du Maroc. Pour ces migrants, syriens en particulier qui sont demandeurs d'asile, la Guyane n'est qu'une étape pour aller rejoindre leur communauté en Europe (France et surtout Allemagne) créant ainsi de nouveaux parcours migratoires – Moyen-Orient-Amérique-Europe. Par opposition les parcours historiques se limitent à la traversée des fleuves frontières que sont le Maroni, frontière naturelle entre le Suriname et la Guyane et l'Oyapock, frontière entre le Brésil et la Guyane.

Soulignons enfin une immigration clandestine qui cherche à le rester pour exploiter les richesses aurifères des cours d'eau de la forêt amazonienne.

---

<sup>14</sup> Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Les usages de substances psychoactives chez les adolescents en Outre-Mer. Mai 2024. Antoine Philippon, Olivier Le Nézet, Stanislas Spika.

<sup>15</sup> QRIBI, Abdelhak, DAYRE, Nathalie. Toxicomanie et politiques publiques en Guyane, déterminants et urgences. Le sociographe 2015/3 P 121 à 129

<sup>16</sup> FESSARD, Claire et HYVERT, Georges. Santé des migrants sur le Haut Maroni en Guyane, enjeux et prise en charge. Santé Publique France 23 avril 2021

<sup>17</sup> Etude INED Migrations, vieillesse, famille

<sup>18</sup> NICOLAS, Thierry interviewé par France Info le 17 juin 2021. Géographe maître de conférences à l'université de Guyane et chercheur au laboratoire MINEA (migrations, Interculturalité et Education en Amazonie)

La région guyanaise fait donc face à des problématiques croissantes de flux migratoires, avec des populations qui quel que soit leur destination finale – Guyane ou Europe – formulent des demandes d'ouverture de droits sociaux.

### **Opportunité d'ouvrir un CHAPSA**

Forte de ce contexte et en connaissance des dispositifs que le CASH de Nanterre avait au fil de son histoire créés, adaptés et parfois fermés par obsolescence, la mission doit étudier l'opportunité de la transférabilité totale ou partielle de son modèle unique – à savoir la prise en charge médicale ambulatoire ou en hospitalisation d'une population précaire venue majoritairement de Paris.

Ce CHAPSA est un centre d'hébergement d'urgence au sens des articles L345-2-2 et L345-2-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), sans personnalité juridique propre mais géré par le CASH de Nanterre. Le CHAPSA dispose d'un budget annexe dont le financement est assuré totalement par l'Etat.

Le CASH a un statut *sui generis* fondé par disposition législative, il constitue une catégorie particulière d'établissement public au sens de l'article 34 de la constitution. Créé par l'article L6147-2 du code de la santé publique et l'article L 346-1 du code de l'action sociale et des familles, le centre d'accueil et de soins hospitaliers est un établissement public de la ville de Paris à caractère social et sanitaire. Il n'est donc pas un établissement de santé.

Ses missions définies par l'article sus cité du code de la santé publique lui confèrent une expertise dans

- 1- l'accueil des personnes sans abri orientées par la préfecture de Paris,
- 2- celui de tous patients ou femmes enceintes nécessitant des soins hospitaliers urgents ou programmés
- 3- celui des personnes âgées et des personnes handicapées aux fins d'hébergement<sup>19</sup>.

Le CHAPSA peut donc exercer très facilement l'ensemble de ses missions définies par le CASF grâce à l'environnement hospitalier dans lequel il évolue. Ces missions font que toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale doit avoir accès à un hébergement, au couvert, à l'hygiène, à une évaluation médicale somatique et psychique ainsi qu'à une évaluation sociale. Cette évaluation doit conduire si nécessaire à son orientation vers des structures adaptées et en attendant, la personne peut demeurer dans la structure d'hébergement d'urgence.

#### 4. Constitution de la mission

Les éléments de contexte posés par la lettre de mission et pré analysés, la direction du CASH de Nanterre et sa présidente de la commission médicale d'établissement, le Dr. Françoise Le Guilloux, ont composé une mission dont la réunion des compétences pouvait permettre de répondre à la demande du directeur général de l'ARS<sup>20</sup>. Les membres choisis en sont :

- Luce Legendre, cheffe de la mission et appartenant au corps des directeurs d'hôpital, directrice du CASH de Nanterre depuis sa nomination le 1er janvier 2019 par arrêté conjoint du ministre de la santé et du ministre de l'intérieur, directrice de l'EPS Roger Prévôt<sup>21</sup> et présidente de la

<sup>19</sup> Voir à l'annexe 3.

<sup>20</sup> L'ensemble des CV des membres de la mission sont disponibles pour toute communication auprès de l'ARS.

<sup>21</sup> Etablissement public de santé mentale assurant la prise en charge de l'ensemble des secteurs de psychiatrie du Nord des Hauts-de-Seine.

fondation hospitalière pour la recherche en précarité et exclusion sociale depuis sa création le 1er janvier 2020.

- Le Dr. Claire Cugier, praticien hospitalier au CASH de Nanterre, psychiatre à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt des Hauts-de-Seine, titulaire du diplôme inter-universitaire de psychiatrie légale de l'Université Paris Descartes et du diplôme universitaire Formes contemporaines de l'emprise de l'Université Paris Cité.
- Raphaëlle Perrigaud, membre du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directrice de l'ensemble des structures sociales et médico-sociales du CASH de Nanterre <sup>22</sup> – dont le CHAPSA et ses services adossés –, et membre du conseil d'administration de la fondation hospitalière pour la recherche en précarité et exclusion sociale.
- Hugues Servières, cadre supérieur de santé et cadre de pôle au CASH de Nanterre et doté d'une expérience de plus de dix années en psychiatrie en qualité d'infirmier, de cadre de santé et de cadre supérieur de santé.
- Elise Valentin-Busquets, membre du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, directrice des parcours complexes et des partenariats médico-sociaux au CASH de Nanterre et à l'EPS Roger Prévot.
- Alexandre Martini, directeur de la fondation hospitalière de recherche sur la précarité et l'exclusion sociale.

## 5. Sollicitation de la fondation hospitalière pour la recherche en précarité et exclusion sociale

Le CASH de Nanterre a été à l'initiative de la création d'une fondation hospitalière, en vertu des articles L6141-7-3 et R6141-53 du code de la santé publique qui autorisent les établissements de santé à créer des fondations dont les statuts sont approuvés par décret, dotée de la personnalité juridique aux fins de recherche hospitalière.

C'est ainsi qu'avec le soutien et l'avis favorable du directeur général de l'ARS Île-de-France, le décret du 16 décembre 2019 a porté approbation des statuts de la fondation dont le CASH est seul membre fondateur <sup>23</sup>. Il s'agit pour le CASH de promouvoir par l'intermédiaire de sa fondation l'expertise qu'il a acquise dans la prise en charge des personnes sans abri, comme démontré, par exemple, lors de la création du SAMU social détaillée dans l'introduction.

C'est alors bien naturellement que la fondation, soucieuse de nourrir la recherche interventionnelle en matière de précarité, a été sollicitée. En particulier son président du conseil scientifique, le professeur Pierre Fumoleau, qui a validé le plan de travail du directeur de la fondation pour sa venue en Guyane. Il s'agit pour le directeur de la fondation d'élaborer une cartographie des acteurs présents en Guyane qui pourraient contribuer aux axes de recherche de la fondation et par exemple aux appels à projet lancés par celle-ci. <sup>24</sup>

En outre, un membre du conseil scientifique de la fondation, le professeur des universités émérite de géographie Gérard Salem, enseignant chercheur à l'université Paris Nanterre que nous remercions, a conseillé les membres de la mission lors d'un entretien le 9 juillet 2024 sur les spécificités du territoire et ses problématiques à approfondir.

---

<sup>22</sup> Dont le détail est rappelé en annexe 2 du présent rapport.

<sup>23</sup> Décret n° 2019-1369 du 16 décembre 2019 portant approbation des statuts de la fondation hospitalière « Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale ».

<sup>24</sup> La fondation hospitalière pour la recherche et l'exclusion sociale a lancé depuis sa création quatre appels à projets et soutient à ce jour 18 projets de recherche.

Le bureau de la fondation a validé les rendez-vous du directeur, rappelés à l'annexe 2 bis.

## 6. Assurer une connaissance préalable des problématiques du territoire

Avant le départ en Guyane, la mission a sollicité Mme Paillard, ingénieur de recherche, directrice du centre de documentation des instituts de formation du CASH de Nanterre qui a réuni une bibliographie sur la Guyane sur les sujets suivants : précarité, santé mentale, addictions, santé des populations.

Toutes ces lectures ont été d'une grande aide dans la préparation de la mission et la compréhension des singularités de cette région sur les thématiques citées. La mission tient à remercier chaleureusement madame Paillard pour cela.

## 7. Calendrier de rendez-vous proposé par l'agence régionale de santé de Guyane pour la semaine du 22 au 26 juillet 2024

Dans les semaines qui ont précédé notre venue en Guyane, l'équipe de l'ARS et en particulier madame Viktoria Kleisova, responsable du pilotage stratégique et médico-économique de l'activité des établissements de santé au sein de la direction offre de soins et le Dr. Alexandre Boichon, directeur de l'autonomie et médecin référent maladies chroniques et santé mentale ont proposé à la validation du directeur général un planning de rendez-vous avec des élus des intercommunalités, des représentants de l'Etat, des représentants de l'ARS et les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes précaires présentant des troubles psychiques et des addictions qu'ils relèvent de la fonction publique territoriale, hospitalière ou du tissu associatif.

Grâce à ce programme très riche, varié, la mission a pu connaître la problématique posée par la lettre de mission du point de vue des différents protagonistes impliqués. Elle a pu approcher les contrepoints et les éventuels consensus. Une liste détaillée des interlocuteurs et de leurs fonctions est proposée à l'annexe 2 du présent rapport.

Madame Viktoria Kleisova et le Dr. Alexandre Boichon ont accompagné la mission pour faciliter ses déplacements. Ils lui ont fait profiter de leur grande connaissance de la Guyane et ont été d'une très chaleureuse compagnie. La mission leur adresse de vifs remerciements. Par ailleurs, nous adressons aussi nos remerciements aux personnes de l'ARS qui ont œuvré à la bonne organisation de notre séjour, en particulier M. Patrice Richard, secrétaire général, Mme Maud Leguistin, référente thématique au sein du Pôle Prévention et promotion de la santé, Mme Katiana Milock, assistante de direction au sein de la direction de l'offre de soins.

## 8. Constitution de binômes

Afin d'honorer l'ensemble des rendez-vous et de mutualiser les compétences présentes au sein de l'équipe, la mission a constitué des binômes. Chaque rendez-vous a fait l'objet d'un compte rendu que la mission tient à la disposition de l'ARS. Ces comptes rendus ne figurent pas en annexe afin de ne pas surcharger le document. Toutefois une synthèse de chacun d'eux figure dans la première partie, en III. et une synthèse thématique dans la première partie en IV. De plus le nom des personnes constituant les binômes est mentionné dans la synthèse des rencontres en annexe 2.

## 9. Questionnaire

La mission a élaboré une liste de questions à l'adresse des interlocuteurs rencontrés – en s'autorisant à y déroger en fonction des problématiques évoquées lors des entretiens qu'il convient d'approfondir. Les questions sont d'abord d'ordre général lorsqu'elles ont vocation à s'adresser à l'ensemble des acteurs puis regroupées par thématiques, certaines ne s'adressant qu'aux élus, aux centres hospitaliers, aux représentants de l'Etat, à l'ARS, aux associations œuvrant dans le champ social et médico-social.

Ce questionnaire est rappelé en annexe 4.

La mission tient à rappeler que chaque acteur a pu librement exprimer son point de vue sur les sujets abordés. Parfois, les membres de la mission ont pu objectiver les propos de leurs interlocuteurs – soit par une visite des lieux, soit par l'existence de documentation. Toutefois, au regard de la durée d'une semaine sur place, tous les éléments n'ont pu faire l'objet d'une objectivation – il conviendra donc de les lire avec toute la prudence nécessaire.

## 10. Déroulement de la semaine

Les lundi 22 et mardi 23 juillet ont permis à la mission de rencontrer des interlocuteurs à Cayenne, Rémire-Montjoly, et Roura, le mercredi 24 à Kourou, le jeudi 25 à Saint-Laurent du Maroni, le vendredi 26 de nouveau à Cayenne, où la mission a pu rendre compte au directeur général de l'ARS de ses premières conclusions et recommandations.

La mission tient à remercier toutes les personnes rencontrées pour leur disponibilité, leur accueil chaleureux et l'adaptation dont ils ont fait preuve avec une grande courtoisie pour réajuster – parfois à très brève échéance – leur agenda.

Chaque soir était consacré à une réunion de préparation de la journée suivante ainsi qu'à une confrontation des points de vue, étonnements, ébauches de propositions.

Des rendez-vous ont été sollicités après la semaine de notre présence en Guyane, notamment avec le préfet, le procureur de la République, le président du grand conseil coutumier, certains chercheurs et professionnels que des lectures postérieures nous ont incités à contacter par le regard nourri qu'ils portaient sur le sujet.

Ont été rencontrés :

- ⇒ Le directeur général de l'agence régionale de santé et ses directeurs de la santé publique, de l'offre de soins, de l'autonomie.
- ⇒ Des représentants de l'Etat : La DGCOPOP, direction générale de la cohésion et des populations. Préfecture de Guyane, l'INSEE, institut national de la statistique et des études économiques.
- ⇒ Des élus : Le président de l'association des maires de Guyane, la maire de Cayenne, la CACL collectivité d'agglomération du centre littoral de Guyane, la commune de Saint-Laurent du Maroni, la communauté de communes des Savanes.
- ⇒ Des associations :
  - SOS : gestion de lits d'accueil médicalisé, lits halte soins santé, hébergement d'urgence de demandeurs d'asile HUDA et CSAPA.

- AKATIJ : médiation sociale, CAARUD, CSAPA, communauté thérapeutique, épicerie sociale et solidaire, lits halte soins santé, appartements de coordination thérapeutique, centre d'hébergement de réinsertion sociale, centre d'hébergement d'urgence. Equipe de la prévention de la délinquance et de la récidive.
  - RDS : Relai drogue solidarité. CAARUD.
  - AGRRR : association guyanaise de réduction des risques liées aux addictions.
  - AAPSE : association qui vient en aide à la communauté haïtienne qui vit dans les quartiers informels. Missions d'information à l'accès aux droits, d'aide au remplissage des démarches administratives, d'aide à l'accès à la formation et à l'emploi à destination des jeunes.
  - Médecins du Monde : équipe mobile santé, maraude sociale, permanence sociale, PASS de ville.
  - Croix-Rouge de Guyane : pôle sanitaire avec centres de santé, équipes mobiles, centre de lutte anti tuberculeuse, le CEGIDD, et pôle asile et lutte contre les exclusions qui gère le guichet unique des demandeurs d'asile le SPADA et un HUDA.
  - Le COMEDE : comité pour la santé des exilés, aide les exilés à accéder aux soins et aux droits en santé quel que soit leur statut juridique.
  - Le Samu Social : gère le service d'insertion, d'accueil et d'orientation (SIAO), les lits halte soins santé, des lits d'accueil médicalisés, des places de centre d'hébergement et de réinsertion sociale, une équipe mobile et de l'intermédiation locative.
  - ADSSUK : gère une maison-relais de 20 studios. Et assure de la médiation administrative pour aide aux démarches.
  - Humanity First : gestion de places d'HUDA
  - ADER : Actions pour le développement, l'éducation et la recherche Guyane. Agit dans le domaine de la médiation, porte des programmes en promotion et prévention en santé sexuelle sur le centre littoral et mentale sur le territoire de l'intérieur en Guyane française.
  - Arbre fromager : aide aux femmes victimes de violence. Hébergement, aide à la parentalité, à la santé et à l'insertion professionnelle.
  - Carbet des associations du village chinois de Saint-Laurent du Maroni : lieu propice pour la permanence de la PASS et de l'EMAS du centre hospitalier de l'ouest guyanais.
  - KAÏROS : vient en aide à des détenus ou anciens détenus sans abri. Service d'accompagnement à la vie sociale, ateliers chantiers d'insertion, préparation à la sortie de prison, recherche.
  - Guyane Promo santé : œuvre à la promotion de la santé, prévention, formation. Plateforme d'éducation thérapeutique pour aider les professionnels dans la création de projet.
  - ID Santé : œuvre dans le domaine de la promotion et prévention en matière de santé. Elle s'est notamment spécialisée autour des droits et de la santé sexuels et reproductifs.
- ⇒ Des hôpitaux : Le centre hospitalier de Cayenne Andrée Rosemon : équipe de direction, pôle de santé mentale, PASS, CSAPA, le service des urgences, le centre hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck Joly : la directrice, la direction des soins, le pôle de santé mentale, services des urgences, MAPI, l'unité sanitaire et le CATTP du centre pénitentiaire de Cayenne.
- ⇒ Des rencontres hors programme : ID Santé, le directeur du centre d'investigation clinique du CH de Guyane

Des visites de lieux emblématiques ont été réalisées : Visite du camp de la verdure, visite des douches municipales de Cayenne.

Le vendredi 26 juillet 2024, la mission a rencontré le directeur général de l'ARS, M. Dimitri Grygowski pour lui rendre compte de l'ensemble des interviews réalisés dans la semaine ainsi que des premières préconisations. Ces préconisations sont détaillées en première partie, sous-partie V.

### *III. Synthèse des entretiens réalisés au cours de la mission*

#### 1. Collectivité territoriale de la CACL

Lors de l'entretien, les représentants de la CACL expliquent que le contrat local de santé se décline sur les collectivités et qu'il concerne uniquement la prise en charge des personnes en situation régulière. Il est appliqué au sein de chaque CCAS, dans les communes qui en disposent (toutes les communes de Guyane n'ont pas de CCAS).

Concernant les personnes sans papiers et/ou en situation irrégulière, les trois membres de la CACL nous décrivent deux « types » de populations :

- Les populations originaires d'Haïti et du Suriname, qui vivent dans les quartiers informels par nationalité ;
- Les « nouveaux migrants », qui sont des populations originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, ayant financé leur voyage migratoire, qui sont éduqués, instruits. Ils rentrent dans les démarches administratives tout de suite et ont une meilleure compréhension du système de soins, du système juridique, etc.

Ils soulignent le rôle de porte d'entrée de la Croix Rouge pour les populations migrantes, qui y obtiennent un document de vaccination (le « document jaune ») qui permet d'attester de la date à laquelle ils sont arrivés sur le territoire français.

Six communes ont été déclarées « Quartiers et/ou Communes prioritaires » : Cayenne, Saint-Laurent-du-Maroni, Kourou, Macouria, Matoury et Rémire-Montjoly, ce qui leur permet d'obtenir des moyens pour remplir des missions spécifiques sur les thèmes suivants : culture, santé, développement économique, sport, éducation et parentalité. Il nous est indiqué que la commune de Macouria connaît de forts besoins en santé, car elle est à équidistance de Kourou et de Cayenne, mais ne possède pas de centre hospitalier de proximité.

Parmi les difficultés relevées lors de l'échange, on peut citer : le financement des collectivités qui se base sur la part de la population recensée (donc hors quartiers informels), le risque lié à ces quartiers, qui sont régulièrement construits sur des zones à risque, ce qui engage la responsabilité des élus et des pouvoirs publics et enfin, la mobilité, qui est insuffisante sur le territoire par manque de transports en commun. Les élus soulignent la question de la salubrité au sein des quartiers informels, qui restent de gros foyers épidémiologiques, malgré les actions municipales (eau potable, traitement des déchets).

Enfin, les représentants de la CACL appuient sur le développement des communautés et des appartements thérapeutiques. Ils soulignent que la priorité doit porter sur tous les champs de la santé et qu'il est nécessaire de développer encore plus l'aller-vers.

## 2. Douches municipales de Cayenne

*Note : lors de la visite des douches municipales, la mission a pu échanger avec Mme Trochimara, maire de Cayenne, qui s'est rendue sur site de façon spontanée et que nous remercions vivement pour le temps qu'elle nous a consacré.*

Les douches municipales sont composées de trois douches et trois sanitaires, ainsi que d'un espace mère-enfant pour langer les enfants. L'accès aux douches est ouvert à tous et gratuit pour les personnes adressées par une association. Le dispositif assure également la distribution de kits nominatifs contenant entre autres des brosses à dents ou des protections périodiques, une distribution de colis alimentaires deux jours par semaine et une distribution de vêtements.

Le service ne dispense pas de soins sur place et n'emploie pas de personnel soignant. En revanche, le personnel peut orienter les personnes vers les dispositifs adaptés et assure des missions d'écoute et d'accueil. Le nombre d'orientations vers la vaccination est faible. Le service assure également une mission de veille sanitaire en informant les autorités en cas de survenance d'une épidémie.

Parmi les besoins évoqués lors de l'entretien, il est possible de retenir :

- Un renforcement du dispositif des douches municipales avec la présence d'une infirmière ou d'une assistante sociale ;
- La création d'un hébergement de nuit pour les personnes précaires, et notamment les personnes porteuses de pathologies psychiatriques ;
- La création de kiosques ou de carrels de première approche, dotés de médiateurs issus des différentes communautés et parlant la langue, pour orienter et renseigner les personnes précaires.

Lors de l'échange, il a été souligné à plusieurs reprises que la problématique psychiatrique est en augmentation à Cayenne, en particulier car la ville attire de plus en plus de personnes sans abri en raison de la présence de commerces, d'associations d'aide et des services municipaux.

## 3. Communauté de communes des Savanes

Au cours de l'entretien, les élus expriment une grande inquiétude concernant l'habitat informel : d'une part en raison du manque de salubrité de ces quartiers, il nous est évoqué le risque de choléra dû à l'absence de sanitaires, et d'autre part en raison des risques inhérents à ces habitats (incendies par exemple), qui pèsent sur la responsabilité des élus.

Par ailleurs, les personnes présentes lors de l'échange indiquent que le financement des communes n'inclut pas la part de population « informelle ».

Il apparaît qu'en dépit des problématiques de recensement des populations précaires, les situations des personnes en errance – les SDF au sens métropolitain du terme – sont bien identifiées par les services municipaux : ils représentent entre 10 et 20 personnes.

La collectivité exprime le besoin d'un hébergement de type CHAPSA, mais souligne qu'il sera nécessaire de développer l'aller-vers pour convaincre les usagers de se rendre dans ce type de centres. La médiation de rue est un levier important pour cela. Les municipalités soutiennent de nombreuses initiatives en santé comme la télémédecine.

S'agissant de l'offre en santé mentale, les élus font le constat d'une offre insuffisante, liée à un important turn-over et à l'absence d'un service de psychiatrie à l'hôpital de Kourou. Ils expriment de fortes attentes concernant le projet de CHU sur ce point.

#### 4. Direction Générale COhésion et POPulations (DGCOPOP)

Lors de l'échange, Mme Bernot rappelle qu'un des objectifs de la DGCOPOP est de mettre à l'abri les personnes en errance et connaissant des difficultés sociales en Guyane.

Le nombre de personnes sans abri est compliqué à estimer en raison des flux continus et de l'habitat informel ; comme sur d'autres territoires, l'estimation est nécessairement approximative.

La directrice fait la distinction entre la communauté haïtienne, communauté organisée qui ne demande pas ou peu d'hébergements d'urgence ou de demandes d'asile, et les personnes originaires d'Afghanistan et de Syrie, qui présentent les caractéristiques retenues par l'Organisation Internationale des Migrations (OIM), comme des populations en errance. Cette deuxième population ne démontre pas pour la majorité des individus concernés, la volonté de s'installer durablement sur le territoire guyanais ; elle cherche à rejoindre la métropole.

S'agissant de l'offre d'hébergement présente, la DGCOPOP estime que cette offre répond globalement aux besoins.

Les difficultés évoquées lors de l'entretien sont liées au manque d'adhésion des populations aux solutions d'aval proposées (en particulier car elles sont payantes, ce qui n'est pas le cas de l'hébergement d'urgence), à la difficulté de proposer des nuitées d'hôtel en Guyane en raison de leur coût et des conditions d'accueil parfois insatisfaisantes et à l'insuffisance de l'offre en psychiatrie, qu'il s'agisse du secteur libéral peu développé ou de la répartition de l'offre – notamment des soins sans consentement qui se localisent uniquement à Cayenne.

L'ouverture d'une structure de type CHAPSA ne constituerait une solution qu'à la condition que les populations soient accompagnées vers ce centre, ce qui impliquerait de structurer un parcours.

#### 5. INSEE

Lors de l'entretien, il est évoqué le chiffre de 300 000 habitants en Guyane, en incluant un comptage de la population en habitat informel : en effet, les enquêteurs INSEE se rendent depuis 2022 dans les quartiers et recense également les habitants de ces quartiers. Ils soulignent d'ailleurs un taux de réponse plus élevé dans ces quartiers, car cela est un marqueur de bonne intégration. Les habitants des quartiers informels ne sont d'ailleurs pas comptabilisés parmi les personnes sans abri.

En revanche, le statut de la personne n'est pas demandé par l'INSEE car il est trop sensible : aussi, le chiffre de l'INSEE concerne donc tout autant les personnes en situation régulière que celles en situation irrégulière.

L'INSEE dénombre 150 000 personnes sur l'île de Cayenne, 50 000 à Saint-Laurent-du-Maroni.

Le nombre de personnes sans abri en situation de grand isolement social au sens métropolitain du terme est relativement faible : l'INSEE en recense 100 à 200 à Cayenne, 50 à 100 à Saint-Laurent du Maroni.

La population est très jeune, avec une moyenne de 3,6 enfants par femme, mais l'INSEE note la part des personnes âgées, qui progresse : 5% en 2018, 11% en 2042, 15% en 2070.

Le PIB par habitant est faible, ce qui est dû au niveau de pauvreté, mais aussi au nombre important d'enfants et de personnes sans emploi. Le taux de pauvreté reste très élevé. Les plus riches sont aussi riches qu'en métropole, en revanche les plus pauvres sont beaucoup plus pauvres.

Le chiffre de 20% de chômage – la situation « en emploi » inclut le travail non déclaré – doit se compléter de celui du « halo du chômage » – les gens qui ne peuvent ou ne veulent pas travailler –, très élevé en Guyane.

## 6. Association des maires de Guyane

Au cours de l'entretien, le représentant des maires de Guyane rappelle le fort impact des croyances et des schémas culturels sur le rapport à la santé, en particulier s'agissant des addictions et des troubles psychiatriques.

La population guyanaise est très consommatrice de drogues, en particulier les hommes et – pour la partie amérindienne de la population – d'alcool. Le taux de natalité élevé, en particulier chez de très jeunes filles, est un facteur d'explication de la précarité : il serait nécessaire de travailler à l'accompagnement à la parentalité.

Lorsque l'hypothèse d'une structure de type CHAPSA est évoquée, elle recueille un avis favorable mais sous réserve que le projet puisse être développé en incluant les responsables communautaires, et notamment les capitaines de quartiers, qui sont une condition essentielle à son succès. Le représentant des maires de Guyane évoque divers éléments dont il faudra tenir compte :

- La localisation du centre, qui doit être extérieure aux grandes villes – et notamment Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni –, afin d'éloigner les publics des points de trafic de drogues, par exemple dans des communes comme Iracoubo, Sinnamary ou Mana ;
- Le recours aux médiateurs de rue afin de créer un lien de confiance avec la population et le recours aux municipalités pour mieux repérer les personnes concernées.

Sont également évoquées des actions de portée générale comme par exemple, le développement d'infrastructures d'hygiène (sanitaires, douches publiques), qui complèteraient les actions déjà mises en place par les municipalités comme des bus de santé ou le financement des centres de santé communaux.

## 7. Pôle de santé mentale du Centre Hospitalier de Cayenne

Au cours de cet entretien, il est rappelé que l'offre en santé mentale est fragile sur le territoire guyanais : ainsi, il n'existe que vingt-quatre places de soins sans consentement sur le territoire – et toutes situées à Cayenne – et aucune Unité pour Malades Difficiles (UMD) ni d'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA). A ces carences, s'ajoutent des difficultés en matière de recrutement et de turn-over de personnel, qui sont généralisées à l'ensemble du territoire guyanais.

Le chef de pôle souligne la faiblesse de l'offre d'aval à l'hospitalisation, en particulier pour les patients psychiatriques – marqués par cette « étiquette » : il n'existe que deux MAS <sup>25</sup> et quatre EHPAD en

---

<sup>25</sup> Selon la DREES, en 2022, Le taux d'équipement en MAS était de 0 place pour 1000 habitants contre 1 place pour 1000 habitants en France métropolitaine. Source : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc\\_hand2/acc\\_hand2.asp-prov=DH-depar=DK.htm#top](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc_hand2/acc_hand2.asp-prov=DH-depar=DK.htm#top)

Guyane <sup>26</sup> et leurs listes d'attente s'élèvent à sept ou huit ans. L'accès à l'hébergement, ou aux alternatives à l'hébergement (notamment via le dispositif « Un chez soi d'abord ») est complexe en raison du faible turn-over. Le pôle déplore que le secteur social et notamment le SIAO récusent les dossiers de patients psychiatriques. Le pôle de santé mentale indique un taux de sorties de patients chroniques de deux par an.

La problématique d'addiction semble également prépondérante, puisque l'accès aux drogues (crack, cannabis, cocaïne) est favorisé par le faible coût des substances, l'aspect culturel de certaines consommations et la proximité géographique de pays producteurs, Brésil notamment. Le Centre hospitalier dispose de quatre lits d'addictologie.

Le pôle a su développer des initiatives positives, telles que l'EMPP, qui joue un rôle central de création de lien, d'orientation vers le parcours de soins classiques et d'aller-vers à travers des consultations à distance. Le chef de pôle souligne également le rôle positif des médiateurs en santé, qu'il faudrait développer sur le modèle brésilien des « capitaines de quartier ».

Parmi les besoins évoqués lors de l'entretien, il est possible de retenir :

- la création d'une structure d'hébergement adossée à une offre de psychiatrie et à une structure de réhabilitation psychosociale ;
- la mise en application rapide de l'arrêté autorisant les soins sans consentement à Saint-Laurent du Maroni <sup>27</sup> ;
- la régularisation administrative des personnes en situation de précarité ;
- l'amélioration de l'accès aux services de soins, à travers le développement de l'aller-vers et des moyens de mobilité.

## 8. Service des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne

Au cours de l'entretien, il est souligné la problématique des urgences psychiatriques et notamment de l'absence de continuité de service entre 21h et 8h : dans cet intervalle, la seule prise en charge possible des patients relevant de soins psychiatriques est la sédation ou la contention jusqu'au lendemain.

Le chef de service des urgences souligne un appauvrissement importante et générale des populations, qui a pour conséquence de pathologies chroniques non suivies. Ce renoncement aux soins s'explique également, selon lui, par des difficultés de mobilités et par un déséquilibre dans la démographie médicale (il existerait trop de dispositifs hospitaliers et pas assez de dispositifs ambulatoires ou de proximité).

Par ailleurs, le service des urgences aurait tendance à se substituer aux autres dispositifs, tels que la maison médicale de garde ou la PASS, qui ne sont pas ouverts en continu.

Parmi les besoins évoqués lors de l'entretien, il est possible de retenir :

- la création d'un centre pluridisciplinaire de soins « non programmés » à proximité de l'hôpital ;
- l'amélioration des locaux dédiés aux urgences psychiatriques.

---

<sup>26</sup> Selon la DREES, en 2022, le taux d'équipement en EHPAD en Guyane était de 29.9 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 93.5 places en France métropolitaine. Source : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc\\_pers\\_agees2/acc\\_pers\\_agees2.asp-prov=DH-depar=DK.htm#top](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/tableau/acc_pers_agees2/acc_pers_agees2.asp-prov=DH-depar=DK.htm#top)

<sup>27</sup> Complément lors de l'entretien du 29 août 2024.

## 9. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du Centre Hospitalier de Cayenne

Lors de cet échange, le médecin dresse une typologie des personnes précaires incluses dans la file active de la PASS : d'une part des publics brésiliens et haïtiens, qui sont peu éduqués sur le plan de la santé et de nouveaux migrants, issus du Moyen-Orient (Afghanistan, Syrie) et demandeurs d'asile, qui sont très demandeurs de soins et disposent déjà d'un suivi médical antérieur. Elle évoque un turn-over très important de cette dernière population, qui se dirige très rapidement vers la métropole.

La PASS constate un nombre assez faible de patients nécessitant un suivi psychiatrique ou d'addictologie, au contraire des pathologies représentatives de la précarité : diabète, hypertension, pathologies dermatologiques et pathologies chroniques en général.

Les partenariats de la PASS sont majoritairement orientés vers le monde associatif : elle oriente vers le CLAT et le CeGIDD de la Croix-Rouge et elle participe à la PASS de ville gérée par Médecins du monde, ainsi qu'à la permanence mobile hebdomadaire au sein du Camp de la verdure. En revanche, les liens avec la PASS hospitalière de Saint-Laurent-du-Maroni se limite à une réunion annuelle concernant des patients se déplaçant entre les deux communes.

Les freins identifiés sont liés aux difficultés de transport, au manque de visibilité de la PASS auprès du public, aux manques de ressources humaines – en particulier les assistants de service social – et aux difficultés d'accès à l'hébergement, en particulier pour les femmes et les enfants.

Parmi les besoins évoqués lors de l'entretien, il est possible de retenir :

- la création d'une PASS administrative hospitalière permettant de centraliser le suivi des dossiers sociaux et de régularisation ;
- la création de guichets d'aide à l'accès aux droits, impliquant des médiateurs issus des communautés et pouvant assurer des orientations ;
- la création d'un répertoire des moyens sur le territoire afin de cartographier l'offre disponible.

La création d'un centre d'hébergement d'urgence de type « CHAPSA » s'adresserait à des populations de demandeurs d'asile ou de personnes atteintes d'addictions, qui ne disposent pas de ressources communautaires.

## 10. Pôle de santé mentale du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

Au cours de cet entretien, il est rappelé la fragilité de l'offre en santé mentale au sein du CHOG, qui ne dispose pas de lits de soins sans consentement et qui s'appuie donc sur des transferts compliqués organisés entre Saint-Laurent-du-Maroni et Cayenne – nécessitant de mobiliser une équipe soignante pour une journée complète. Les transferts s'élèvent à environ trois par jour.

Cette fragilité est renforcée par un très fort turn-over, de 47% environ, tout personnel confondu et de 80% chez les seules infirmières, malgré une politique très volontariste d'attractivité. Enfin, la vacance de nombreux postes (notamment plus de 50% des postes de psychiatres) contribue à la faiblesse de l'offre de secteur.

Les profils les plus rencontrés sur le pôle sont des hommes, migrants, âgés de 30 à 50 ans.

Le pôle de santé mentale souligne qu'il a toutefois réussi à créer des partenariats, notamment dans la prise en charge des addictions, avec la maraude du SAMU Social, la PASS, le CSAPA et le CAARUD, qui assurent une formation des professionnels du pôle.

## 11. Service des urgences du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

Lors de l'entretien, le chef de service souligne que l'activité des urgences est très élevée et rendue compliquée par des problèmes d'aval en médecine et sur le secteur médico-social (le taux d'occupation des services relevant du financement à la tarification à l'activité (T2A) est en moyenne de 98%). Le taux d'hospitalisation s'élève à 23% après passage aux urgences. Ce taux d'activité s'explique par la proximité avec le Suriname et par l'afflux de migrants désireux de bénéficier du système de soins français.

Des accords de coopération avec le Suriname ont été passés (financement de l'hôpital Marwina à Albina par l'AFD, accord sur la santé des populations signé en octobre 2023, convention de coopération entre le CHOG et Albina pour favoriser les transferts et la prise en charge de proximité) dans le but de limiter la venue des populations Surinamiennes, mais cela n'est pas suffisant.

Le service estime que le nombre de personnes porteuses de troubles mentaux et d'addiction concernées par une structure de type CHAPSA s'élève à environ 30 ou 50.

## 12. Maison d'Accompagnement Psychosocial et d'Insertion (MAPI)

La MAPI est un centre ambulatoire de réhabilitation psychosociale du pôle de santé mentale du CHOG. Les profils sont plutôt des schizophrènes stabilisés, des dépressifs chroniques, des troubles de la personnalité et des déficients intellectuels. Dans les faits, tous les profils de handicap psychique sont acceptés : le critère de l'orientation MDPH n'est désormais plus retenu, faute d'autres structures pour accompagner ces profils.

Parmi les besoins évoqués, on peut retenir :

- L'amélioration de la coopération et des partages d'informations entre les acteurs, qu'il s'agisse des services pénitentiaires ou des services hospitaliers ;
- Le renforcement des dispositifs d'insertion sur la commune, par le biais de création de places d'ESAT ou d'un taux plus élevé de régularisation ;
- Le renforcement de l'offre en psychiatrie par le biais d'une augmentation de places mais aussi de la création d'une association de patients ou d'un groupe d'entraide mutuelle ;

Il est également déploré le fort taux de turn-over observé sur l'ensemble des services.

Le modèle d'un CHAPSA hospitalier semble adapté pour la prise en charge des patients précaires suivis par la MAPI car ils sont stabilisés sur le plan psychique.

## 13. Village chinois et EMAS

*Note : le village chinois abrite le carbet des associations, dans lequel la mission a pu rencontrer l'équipe de l'EMAS. Une maraude a également été organisée avec l'EMAS.*

L'Équipe Mobile d'Accompagnement aux Soins (EMAS) est un service de prise en charge médicosociale au domicile du patient, qui assure le suivi des patients à droits incomplets en sortie d'hospitalisation du CHOG – en majorité des Surinamiens.

L'équipe souligne, comme d'autres acteurs, la faiblesse de l'offre sociale et médico-sociale guyanaise, qui peine à répondre aux besoins d'une population nombreuse, ainsi que les difficultés de turn-over et de recrutement. L'un des principaux obstacles à l'accès aux soins est la mobilité, qui est particulièrement

compliquée à Saint-Laurent-du-Maroni : l'EMAS et le CHOG ont recours à des ambulances internes, ce qui permet d'assurer les transports de patients.

Au cours de l'entretien, il est souligné que la prise en charge psychiatrique est faible, malgré une possibilité d'orientation vers l'EMPP : l'équipe déclare qu'une formation au repérage des signes cliniques pourrait permettre de développer la prise en charge. En effet, les professionnels indiquent qu'en l'absence de réponses à apporter à ce type de problématique, ils n'explorent pas la pathologie psychiatrique.

La maraude auprès de l'EMAS a permis de constater les problématiques d'accès aux soins liées à la mobilité : la maraude peut parcourir jusqu'à 40 minutes de route pour atteindre le domicile (informel et extrêmement précaire) des patients, qui bien souvent ne pourraient pas se rendre à pied jusqu'à l'hôpital ou aux centres de soins. L'infirmière rencontrée indique que, selon elle, la mise en place des contrôles d'accès à la ville et de prévention du trafic de drogues ont eu un impact majeur sur l'accès aux soins et sur l'explosion ressentie du taux de violence :

- Parce que les usagers ne peuvent plus se rendre en centre-ville dans leurs véhicules qui ne sont pas en règle ;
- Parce que les jeunes liés au trafic de drogue ne peuvent plus en bénéficier économiquement ce qui les pousse, faisant partie de gangs armés, à rechercher un moyen d'existence via le braquage.

Parmi les besoins relevés au cours de l'entretien et de la maraude :

- Le renforcement des moyens d'aller-vers, qu'il s'agisse des ambulances autofinancées par le CHOG ou des dispositifs d'équipes mobiles, en particulier pour la psychiatrie ;
- Un renforcement des accords avec le Suriname pour désengorger le CHOG ;
- Le renforcement des moyens d'hébergement et de régularisation afin de permettre aux personnes de s'insérer économiquement et sans recours à la criminalité, en particulier pour les jeunes ;

L'équipe de la maraude a également soulevé la problématique de l'inadéquation des logements sociaux « à la métropolitaine » aux attentes de la population, qui souhaite vivre de l'élevage et de la culture au grand air.

Une offre de type CHAPSA serait accueillie très positivement, mais l'équipe alerte sur la possibilité qu'une telle structure ne soit un « appel d'air » pour la migration du Suriname : il serait nécessaire d'adapter en conséquence les conditions d'admission.

#### 14. Equipe de direction du Centre hospitalier de Cayenne

Au cours de cet entretien, le Centre hospitalier de Cayenne présente son schéma directeur architectural, qui s'élève à environ 170,31 millions d'euros, dont 13,6 millions consacrés à la santé mentale.

Le directeur des travaux estime qu'un projet de CHAPSA ne pourra pas être installé dans les murs de l'hôpital, en raison du foncier contraint et de la priorité à des activités de soins. Il estime en revanche qu'un CHAPSA pourrait être facilement implanté en ville car le partenariat avec la mairie fait que l'hôpital n'a pas de difficulté à trouver du foncier. Un système de bus pourrait permettre aux usagers de rejoindre cette structure de ville.

## 15. CATTP et UFPI du centre pénitentiaire de Cayenne

*Note : au cours de cette visite, ont été visités le CATTP et l'Unité Fonctionnelle de Psychiatrie Intra-carcérale (UFPI)*

Le centre pénitentiaire dispose de 11 quartiers : une maison d'arrêt pour hommes ; un quartier de maison d'arrêt pour femmes ; un centre de détention pour hommes ; un quartier de centre de détention pour femmes ; une nurserie ; un quartier pour mineurs ; un quartier dédié aux arrivants ; un quartier disciplinaire ; un quartier d'isolement ; un quartier pour personnes vulnérables ; un quartier de semi-liberté, hors détention. Sa capacité de 600 places est dépassée, avec la présence d'environ 1060 détenus, dont 70 à 80% sont précaires.

Au cours de la visite, quelques difficultés ont été évoquées :

- Pour le CATTP, il s'agit principalement des conditions de préparation à la sortie, qui sont compliquées en raison d'un manque de structures d'accueil et du risque accru de consommation de substances psychoactives.
- Pour l'UFPI, il s'agit de la gestion de la surpopulation carcérale, mais également de la violence qui est très présente et de la consommation de drogues et d'alcool.

Le centre se trouve également face à des difficultés d'accès aux soins pour une population – en particulier brésilienne et Surinamienne – sans droits, bien qu'un relais AME soit mis en place. Il est observé une prévalence importante des troubles psychiatriques et des difficultés de prise en charge en raison du peu de lits disponibles à l'hôpital : un seul service est en capacité d'accueillir des détenus, ce qui occasionne des temps d'attente conséquents.

Un partenariat est en place avec le CSAPA pour les addictions.

## 16. Communauté thérapeutique de Roura du Groupe SOS

Lors de cet échange, les responsables de la structure rappellent le fonctionnement de leur accompagnement, sur la base d'ateliers thérapeutiques et le choix géographique d'implanter la structure loin de la ville afin que les usagers restent éloignés des points de vente de drogues. La spécificité de leur offre guyanaise est l'absence d'abstinence pure : bien que les consommations ne soient pas permises sur site, les consommations sont tolérées à l'extérieur.

La moyenne d'âge des usagers est de 45 ans. Pour être admis dans le dispositif, il faut que la personne soit majeure et à l'aise dans un groupe composé de personnes plus âgées et en situation régulière ou en voie de l'être.

L'équipe souhaiterait étoffer l'offre disponible en sortie de dispositif : de nouveaux appartements thérapeutiques ou des places de foyer de vie seraient de nature à répondre à leurs besoins.

## 17. Association RDS

Au cours de l'entretien, l'association a principalement évoqué un besoin de moyens, notamment humains, pour reprendre son activité de centre d'hébergement de nuit.

RDS entretient un réseau partenarial axé sur l'accompagnement des usagers de drogues (notamment avec le CSAPA) mais également sur le plan de la santé mentale, et notamment pour porter des actions communes de déstigmatisation des troubles psychiatriques.

## 18. Maraudes diverses

Au cours de la mission sur place, l'équipe de l'hôpital de Nanterre a réalisé :

⇒ *Deux maraudes à Cayenne, association AASPE et association Médecins du monde, dans les quartiers informels :*

La maraude démontre le rôle central des médiateurs locaux et des « responsables » de quartier.

Lors de la maraude, il est constaté :

- Une relative absence de situations de désocialisation ou d'usagers de drogues et/ou d'alcool. D'après les médiateurs, la sécurité est assurée par les usagers du quartier en auto-régulation. Certains jeunes consomment du cannabis, mais sans violence.
- Une prégnance des problématiques administratives par rapport aux problématiques de santé. Les habitants ne se plaignent pas de difficultés d'accès aux soins mais plutôt des difficultés liées à l'attente administrative et aux critères adaptés à la métropole plutôt qu'à la Guyane, par exemple, la preuve de présence sur le territoire, qui est difficile à obtenir pour les personnes des quartiers informels. Les problématiques de mobilité jouent également un rôle, car les personnes ont du mal à se déplacer vers les administrations.
- Des difficultés à amener la population à effectuer les démarches nécessaires : beaucoup d'habitants du quartier informel visité remplissent les critères de régularisation ou d'accès aux droits, mais ne souhaitent pas effectuer les démarches car ils estiment ne pas en avoir besoin.

Les responsables de la maraude estiment que le modèle CHAPSA ne présente aucun intérêt pour cette population. Les habitants des quartiers informels attendent davantage des informations sur les dispositifs existants et des équipes mobiles d'aller-vers, idéalement avec des médiateurs ou des personnes issues des communautés.

⇒ *Deux maraudes à Saint-Laurent-du-Maroni, PASS à domicile, EMAS et AKATIJ, auprès des usagers de la PASS résidant dans les terres intérieures et des usagers de drogues vivant en squat :*

Les usagers visités par la PASS à domicile connaissent des problèmes importants de mobilité, puisque les lieux de soins sont situés au minimum à deux heures de marche. Ils sont souvent également sans ressources, en dehors de quelques travaux non-déclarés et des aides telles que l'aide alimentaire.

La PASS à domicile a su créer un lien fort avec ces personnes, notamment par le biais des médiateurs et réussit à prodiguer de l'éducation thérapeutique.

L'infirmière de la PASS à domicile souligne que les logements sociaux sont très peu prisés des personnes précaires, qui souhaitent maintenir leur mode de vie collectif, basé sur leur espace de culture alimentaire. Elle indique également que, selon elle, les personnes présentant un danger ne sont pas les personnes consommatrices de crack, mais plutôt les « mules » ne pouvant plus assurer ce travail du fait du durcissement des contrôles aux frontières.

Selon l'équipe de la PASS, un dispositif de type CHAPSA serait intéressant, mais en tenant compte de la porosité de la frontière avec le Suriname, qui risque d'attirer massivement des publics Surinamiens qui souhaitent bénéficier du système de soins français.

La maraude de l'AKATIJ indique que les consommateurs de crack sont très bien identifiés par leur équipe – ils sont environ une quinzaine – et accessibles à leur proposition d'accompagnement. Ils soulignent toutefois qu'il est très difficile de réussir à intégrer ces personnes dans un schéma de soins, en raison de la proximité géographique des revendeurs de drogues et des pressions qu'ils font subir aux personnes. Les médiateurs de l'AKATIJ insistent sur l'importance primordiale de l'accès au logement et à la régularisation, notamment pour les jeunes qui se tournent sinon vers la drogue.

## 19. Association AGRRR

Au cours de l'entretien, il est évoqué les consommations « traditionnelles » (crack, cannabis, alcool), mais également la montée en puissance des nouvelles drogues de synthèse qui touchent un public toujours plus jeune.

L'association évoque particulièrement la dimension culturelle et mystique de l'addiction et du rapport à la santé, notamment s'agissant du VIH, du décès d'un enfant ou des « crises de Baclou ».

Il y a parfois une grande violence de rue en raison de tensions sur les consommations. Les réponses apportées par la psychiatrie sont parfois compliquées, notamment car il y a une demande de sevrage avant prise en charge.

L'association porte trois activités, dont deux sont particulièrement innovantes : la mise en place d'un guichet unique de rue qui permet à toutes les associations de se retrouver une matinée en un lieu unique, plus facile d'accès aux usagers et la création des Amazo'nights, qui assurent des actions de prévention et d'accompagnement auprès des jeunes lors de festivités (concerts par exemple).

Le coordinateur associatif indique qu'il est compliqué d'avoir un langage et des connaissances communes entre associations, certains opérateurs se livrant à une sorte de « concurrence ». La distance complique également l'action sur le territoire, certaines communes n'étant pas accessibles par la route. Enfin, l'association déplore des difficultés en matière de ressources humaines.

## 20. Pôle sanitaire de la Croix-Rouge

La Croix-Rouge est présente à travers trois centres de vaccination en Guyane et des équipes mobiles qui interviennent sur les petites communes et la gestion du seul CLAT et du seul CEGIDD de Guyane. Elle assure également la gestion de trois centres de santé dispensant des soins primaires et des consultations de médecine générale. Depuis 2022, la Croix-Rouge a créé une Equipe Mobile Santé publique.

L'échange a porté principalement sur la population migrante en provenance du Moyen-Orient.

Le responsable médical souligne que ces migrants sont parfois accueillis avec circonspection par une partie de la population car ils ont des coutumes éloignées de celles des non-migrants.

Les pathologies psychiatriques semblent très présentes chez cette population, mais le suivi est complexe en raison du manque de ressources dédiées. Il a également été souligné la prévalence des addictions, en lien avec la plupart des situations de violence.

Les besoins retenus par la Croix-Rouge sont :

- Le renforcement de l'information sur l'offre et les parcours de soins ;

- Le développement des ressources en santé mentale, notamment sur des dispositifs d'aller-vers, qui seront plus efficaces pour cette population qui n'adhère pas aux suivis psychiatriques ;
- Le développement d'un hébergement collectif de courte durée (puisque'il s'agit d'une population de transit sans réelle dynamique d'insertion) permettant d'avoir un suivi médical et psychologique.

## 21. COMEDE

Le COMEDE Guyane s'appuie sur un centre de ressources qui copilote le comité de veille sur l'accès aux soins des personnes vulnérables et qui assure le co-portage du DU médiation en santé et sur un centre de soins à destination des exilés ayant un parcours très complexe qui nécessite un suivi psychologique, juridique et social.

Pour le COMEDE, le parcours de soins des personnes migrantes commence à la Croix-Rouge pour effectuer la vaccination, le dépistage, et obtenir le carnet jaune de vaccination qui est considéré comme une preuve d'entrée sur le territoire. Il se poursuit par la PASS pour bénéficier des soins primaires et se termine par l'accompagnement pluriel de son centre de soins.

Lors de l'entretien, il est souligné que les relations partenariales sont positives avec les services de l'ARS et de la CPAM, relativement fluides avec les services de l'Etat mais plutôt tendues avec les élus. Le médecin du centre de soins relève notamment des crispations sur la situation des migrants en provenance du Moyen-Orient, moins intégrés dans le tissu local.

Parmi les besoins évoqués, nous pouvons retenir :

- Le renforcement de l'offre d'hébergement, qui doit constituer une priorité du territoire ;
- La nécessité de mettre en place des actions auprès des citoyens afin de lutter contre les idées préconçues sur la précarité et la migration ;
- Le développement des ressources en médiation et en interprétariat.

Une structure de type CHAPSA serait intéressante sur les communes disposant de peu de moyens sur le plan de la santé ou de l'hébergement, comme Kourou.

## 22. SAMU Social de Cayenne

Le SAMU Social assure la gestion du 115 ou Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) et de dispositifs sociaux et médico-sociaux de type LAM et LHSS représentant 130 solutions d'hébergement et 16 places médico-sociales.

La population précaire est décrite comme ayant connu des changements : de plus en plus de migrants sans papiers et un rajeunissement des demandeurs, avec une moyenne d'âge à 20-26 ans (mais peu de mineurs non-accompagnés au sens officiel du terme, les enfants laissés en Guyane par des parents partis en métropole ne jouissant pas de ce statut).

Sur le plan de la santé mentale, la question de la sectorisation de la psychiatrie ne semble pas poser de problème d'orientation, en comparaison des problématiques franciliennes. L'équipe indique qu'au regard de l'étendue du territoire guyanais, la sectorisation est souple.

Parmi les besoins soulevés par l'équipe lors de l'entretien, on peut retenir :

- La nécessité de renforcer les dispositifs d'accompagnement des personnes souffrant d'addictions et de troubles psychiques, dont aucun opérateur, en dehors de l'EMPP du CH de Cayenne, ne souhaite assurer l'accompagnement ;
- L'augmentation des capacités d'hébergement, et notamment des femmes ;
- L'amélioration de la coordination entre les acteurs de la solidarité, à travers un suivi de l'ensemble des prestations matérielles et immatérielles reçues par une personne via un « guichet unique » ou de « DMP précarité » qui permettrait de lister tous les suivis d'un usager.

### 23. ADSSUK

L'ADSSUK assure la gestion de la seule maison-relais du territoire, qui propose 20 studios, ainsi que d'un pôle médiation, qui emploie des écrivains publics pour aider les usagers à réaliser leurs démarches.

L'association fait toutefois le constat d'une offre inadaptée à la population guyanaise, une maison-relais s'adressant à des personnes en situation régulière et munies de ressources, et souhaite développer deux nouveaux projets : un foyer pour jeunes travailleurs et étudiants ou un foyer de jeunes mères type centre maternel en sortie de maternité, qui accueillerait des jeunes filles-mères rejetées par la communauté et en situation de grande précarité.

Selon la directrice de l'association, il est essentiel d'assurer un accompagnement des jeunes :

- Sur le plan de la sexualité afin de limiter les grossesses précoces et les abandons d'enfants qui se tourneront vers la délinquance ;
- Sur le plan du travail et de la formation, afin d'offrir de meilleures chances à des jeunes qui – parce que leurs démarches de régularisation n'ont pas été effectuées par les parents – terminent leur scolarité à 18 ans et peinent à trouver des formations ou des emplois viables économiquement.

Le profil des personnes en errance rejoint la description des élus rencontrés plus tôt au cours de la mission : il s'agit de personnes migrantes, consommatrices de crack et très bien identifiées par les acteurs locaux.

Au cours de l'entretien, Mme Le Pelletier souligne également la nécessité d'implanter un dispositif d'accompagnement à la santé mentale à Kourou, les profils d'usagers relevant de la psychiatrie ne bénéficiant d'aucun accompagnement associatif. Un renforcement des structures d'accompagnement en addictologie, comme les communautés thérapeutiques, et des structures du champ du handicap, comme les SAVS, serait également une réponse aux besoins du territoire.

Elle exprime, enfin, le besoin d'une meilleure coordination entre les acteurs du territoire, qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou associatifs. A l'inverse, les relations avec la mairie et les élus sont très fluides et participent à la réussite des projets locaux.

### 24. Humanity First

*Note : un premier échange a eu lieu en visioconférence avec l'association Humanity First. Cette visioconférence s'est complétée d'une visite de l'HUDA de Matoury.*

L'association Humanity First assure la gestion de 259 places d'HUDA dédiés aux demandeurs d'asile, dont 212 étaient occupées lors de l'entretien. Le public suivi par l'association est composé exclusivement

de migrants demandeurs d'asile en provenance du Moyen-Orient, dont l'objectif est de rejoindre le plus rapidement possible la métropole. L'équipe de Humanity First essaie de développer de l'insertion locale afin que ces populations – souvent diplômées – puissent rester en Guyane, mais sans succès.

Le dénombrement de ces personnes se fait par le biais du recensement lors des distributions alimentaires ou par le biais du nombre de demandeurs d'asile enregistrés. Le directeur souligne par ailleurs que les temps de traitement de la demande d'asile sont plus courts en Guyane qu'en métropole.

Au cours de l'échange, l'association a souligné les difficultés de prise en charge des publics consommateurs de drogues ou souffrant de pathologies psychiatriques, en raison du manque d'information sur le parcours à proposer à l'usager. De fait, l'association a fait le choix de ne plus accueillir de personnes isolées, considérées comme étant trop à risque.

L'association indique que les relations avec les élus sont plutôt positives, car elle intervient pour limiter l'errance des personnes.

Le suivi de santé des personnes accueillies en HUDA est réalisé avec l'appui des PASS, mais les personnes présentes expriment un souhait de renforcer cet accompagnement, au moyen éventuellement d'une structure de type CHAPSA. Ils expriment également un souhait de renforcer les partenariats avec des équipes d'aller-vers qui pourraient se rendre au sein des HUDA pour assurer des dépistages, de la vaccination ou des soins sur place.

## 25. Arbre fromager

L'association gère deux sites d'hébergement sur Cayenne à destination des femmes victimes de violence, qui assurent également une aide administrative, de l'accompagnement sur des projets d'insertion, des temps pour soi de reconstruction. Une prise en charge santé est organisée en lien avec d'autres opérateurs (EMPP, secteur libéral, etc.).

Au cours de l'entretien, les besoins exprimés par l'association sont :

- La possibilité de régulariser plus facilement les personnes en attente de droits, afin de leur permettre de mener des projets d'insertion et de ne pas encourager leur sortie de dispositif ;
- La création d'une plateforme permettant d'articuler l'offre disponible sur le territoire afin de favoriser la fluidité des parcours et la création de partenariats.

## 26. Commune de Saint-Laurent-du-Maroni

Au cours de cet échange, les élus soulignent les spécificités de la commune de Saint-Laurent-du-Maroni sur le plan de la précarité : le nombre de personnes sans domicile officiel est extrêmement important – 40% du bâti est en habitat informel sans eau ou électricité et le CCAS de Saint-Laurent-du-Maroni est celui qui assure le plus de domiciliations en France –, en lien avec l'immigration en provenance du Suriname. Les élus indiquent que la population est très jeune, et que la consommation d'alcool est très présente dans les quartiers informels : le crack, en revanche, est limité à une population dite SDF bien identifiée et qui n'est pas celle des quartiers. Cette population est bien repérée – la commune en dénombre une vingtaine – et correspond majoritairement à des personnes du Moyen-Orient qui se rendent ensuite à Cayenne.

La commune tient compte de cette dynamique et s'inscrit dans des démarches de régularisation et d'amélioration des conditions de vie notamment sur le plan de la santé : la municipalité mène des politiques de dépistage de certaines pathologies et des campagnes de vaccination, sous forme d'aller-

vers, et soutient les actions du CHOG. La Préfecture facilite également l'accès aux soins en délivrant des laissez-passer aux personnes qui souhaitent se rendre en ville.

Il est cependant souligné que la majorité des politiques de santé reposent sur l'hôpital et qu'il est nécessaire de renforcer l'offre en psychiatrie, en particulier pour les soins sans consentement.

Les besoins exprimés – au-delà d'un renforcement de l'offre en psychiatrie – sont majoritairement tournés vers l'offre sociale et médico-sociale et le besoin en transports :

- Le renforcement de l'hébergement d'urgence, en particulier pour les femmes victimes de violence et leurs enfants (la commune évoque la construction en cours de nouveaux quartiers répondant également aux problématiques d'insalubrité) ;
- Le développement de l'habitat pérenne associé à un suivi médico-social ;
- L'amélioration des conditions de transports (la mairie évoque la création d'une ligne de transports entre Mana et Saint-Laurent-du-Maroni).

Une offre de type CHAPSA serait intéressante, mais il faudrait nécessairement s'appuyer sur des opérateurs locaux comme l'AKATIJ pour assurer les suivis en addictologie au sein de la structure.

## 27. AKATIJ (CAARUD et maraude)

L'AKATIJ assure la gestion de 17 centres d'accompagnement sur le territoire guyanais à travers trois pôles : le pôle d'addictologie (CSAPA, CAARUD, communautés thérapeutiques), le pôle habitat (CHRS, CHU, ACT, LHSS) et le pôle jeunesse et inclusion sociale (médiation, accompagnements familiaux notamment auprès des mineurs en prévention de la prostitution).

Au cours de la maraude réalisée avec l'équipe de l'AKATIJ, il est constaté que les usagers sont très bien identifiés et repérés dans la ville. L'équipe de maraude évoque la dangerosité de certains lieux de squats l'un des maraudeurs n'a, par exemple, plus le « droit » de se rendre au village chinois, mais ils expliquent cela par l'opposition des revendeurs de drogues plutôt que par la violence des usagers. Les salariés évoquent également les difficultés qu'ils éprouvent à accompagner les usagers souffrant de pathologies psychiatriques, car ils ne sont pas formés pour cela. Ils souhaiteraient pouvoir s'appuyer davantage sur l'EMPP du CHOG.

La travailleuse sociale de l'équipe évoque une problématique d'insertion : il existerait trop peu de solutions d'hébergement ou d'insertion professionnelle, ce qui incite les jeunes en situation irrégulière à se rapprocher des *gangs* de trafiquants de drogues.

L'AKATIJ évoque également une problématique de ressources humaines, qui complexifie leur mission : ainsi, l'association assurait la gestion de deux CHRS de 9 places chacun et situés dans deux lieux différenciés, pour lesquels ils avaient un effectif total de deux personnes. Aussi ont-ils suspendu cette activité et se concentrent sur l'accompagnement des usagers de drogues à travers le CAARUD et les activités de maraude et de prévention en santé. Ils assurent également une mission de prévention auprès des prostituées des quartiers informels, à qui ils distribuent des moyens de protection.

Le directeur du service d'addictologie Ouest nous indique, lors de l'échange, qu'une solution de type CHAPSA serait très intéressante et que l'AKATIJ serait disposée à mettre en place un partenariat.

## 28. SAMU Social de Saint-Laurent-du-Maroni

Le SAMU Social a pour rôle d'orienter les usagers en rue vers les structures les plus adaptées et de prendre en charge les travailleuses du sexe mineures. Cette dernière mission n'est pas réalisée actuellement en raison d'une difficulté à approcher ce public.

Le coordinateur évoque la question de l'insécurité et explique que les maraudes du SAMU ne se déroulent plus en soirée ni dans les squats et quartiers informels. Sur une file active d'une centaine d'usager, le SAMU signale environ trente personnes vivant en rue de façon chronique, dont la moitié souffre de pathologies psychiatriques (avec un taux de suivi d'environ un tiers par le CHOG). L'âge moyen des usagers est de 35-40 ans, et tous présentent des problématiques addictives. La présence des demandeurs d'asile est faible puisque Saint-Laurent-du-Maroni est surtout une ville de transit pour ces personnes qui se rendent surtout à Cayenne.

Le coordinateur du SAMU social note une grande efficacité des médiateurs en santé et souligne l'atout que représentent les partenariats avec l'hôpital (EMAS, EMPP, PASS mobile).

Parmi les besoins exprimés au cours de l'entretien, nous pouvons retenir :

- Le renforcement des capacités sociales et médico-sociales, notamment sur le plan de l'hébergement des populations précaires (le coordinateur évoque les hébergements d'AKATIJ fermés depuis 2024) ;
- La nécessité de formaliser une politique forte de gestion des addictions, à travers de l'éducation à la santé, pour combattre l'aspect culturel de la consommation et sa normalisation, des actions de prévention et l'exploration de solutions alternatives à la « diabolisation » ;
- Le renforcement de la coopération avec la commune de Cayenne, notamment pour la prise en charge des usagers originaires de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- Le développement de l'offre psychiatrique de territoire.

Le SAMU Social indique être enthousiaste quant à la création d'une structure type CHAPSA, mais pointe certains éléments, dont il conviendra de tenir compte : la localisation du lieu de rendez-vous des bus qui devra être éloigné des habitations pour que le projet soit acceptable ; le nombre de places devra être conséquent ; le règlement devra permettre aux usagers de se déplacer librement mais en imposant la présence en nuitée pour assurer un suivi efficace.

## 29. Guyane Promotion Santé – Plateforme ETP

Guyane Promotion Santé a pour mission de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé, via la formation, l'appui aux acteurs, l'accompagnement au montage de projet pour les professionnels, l'aide à la réponse aux appels à projets. La plateforme ETP est une plateforme d'éducation thérapeutique, avec un focus sur « l'*empowerment* », autour des déterminants sociaux de santé, à destination du rectorat, des associations, des soignants libéraux. L'association gère également un appartement thérapeutique.

Lors de l'entretien, les médiateurs sont considérés comme l'un des facteurs de développement des politiques de santé en Guyane. Il est également indiqué que si les associations et opérateurs sont négativement impactés par la situation de tension des ressources humaines, ils ont réussi à mettre en place des coopérations et coordinations relativement efficaces sur le territoire.

### 30. Camp de la verdure (visite)

Le Camp de la verdure est installé dans l'enceinte d'anciens locaux de la DGCOP. Les populations y sont réparties par type de ménage (hommes isolés, familles, femmes isolées) en auto-régulation. Les migrants vivent dans les espaces extérieurs et la Croix-Rouge dispose des locaux bâtis, dans lesquels elle a organisé une pharmacie, des espaces de soins et de consultation, un accueil. Des toilettes de chantier sont disposées dans le camp.

Lors de la maraude, il est constaté que :

- La majorité des migrants sont des personnes originaires du Moyen-Orient et plutôt éduquées (la plupart sont multilingues),
- Les personnes hébergées n'ont pas pour objectif de rester en Guyane mais cherchent avant tout à régulariser leur situation administrative pour se rendre ensuite en métropole,
- La couverture en santé est plutôt bonne, en raison de la permanence de la Croix-Rouge et de la PASS du CH de Cayenne qui s'y rend les jeudis.

Lors de l'échange avec les professionnels de la Croix-Rouge, il est indiqué qu'un dispositif de type CHAPSA serait particulièrement pertinent dans ce camp, afin de permettre une mise à l'abri décente et un suivi de santé et social efficace. Un interne de la Croix-Rouge confirme que les personnes présentes dans le camp sont des personnes possédant une bonne éducation à la santé. Les besoins identifiés sont davantage d'ordre administratif.

### 31. IDSanté

Lors de l'entretien, la représentante rencontrée évoque diverses difficultés présentes sur le territoire guyanais : une méconnaissance des usagers en termes d'accès aux soins, des difficultés administratives y compris des problématiques linguistiques, des difficultés liées aux transports avec des temps de déplacements importants qui entraînent des problèmes de suivi des rendez-vous.

Sont également évoqués les problématiques de santé mentale, qui sont prépondérantes, d'autant que le refus de soins dans ce domaine est élevé, par culture mais aussi par souci de la confidentialité (protection de la réputation).

Toutefois, sont également soulignés comme points positifs l'intégration particulièrement réussie des associations au dispositif de soins et un accès aux décisionnaires beaucoup plus rapide qu'en métropole, ce qui permet une capacité de réaction élevée.

### 32. KAÏROS

KAÏROS accompagne des personnes précaires et en situation d'isolement social, parfois en sortie de détention, autour de quatre axes :

- L'accompagnement social et l'hébergement d'urgence de grands marginaux sans domicile fixe via 34 places dédiées ;
- Les chantiers d'insertion professionnelles de 24 places dont 16 sont dédiés à des sortants de prison ;
- Les actions de préparation à la sortie de détention, en partenariat avec le SPIP ;
- Les actions de recherche autour de l'évaluation de leurs dispositifs.

Au cours de l'entretien, il apparaît que la principale problématique est la prise en charge des personnes avec des troubles psychiatriques en l'absence de médecins dédiés au sein des structures d'accueil. L'équipe évoque un manque de possibilités de soins sans consentement, les soins reposant alors sur la volonté – limitée la plupart du temps – de la personne à se faire soigner. Pour l'association, il serait souhaitable de parvenir à créer un suivi de liaison entre l'hôpital et leurs structures, ce qui est compliqué en raison du manque de ressources humaines.

La gestion des addictions se fait sur le principe de la réduction des risques : les usagers, qui bénéficient d'un accompagnement par le CSAPA, assurent la gestion de leur consommation. La directrice souligne que la consommation est interdite dans les lieux d'accueil, mais tolérée à l'extérieur.

#### *IV. Synthèse globale des entretiens réalisés au cours de la mission*

Au regard des entretiens réalisés dans le cadre de la mission, il est possible de dresser quelques constats – ressortis de l'ensemble des échanges :

- Existence de deux types de populations précaires ;
- Carences en matière d'offre de soins et d'hébergement ;
- Difficultés généralisées sur le plan RH ;
- Difficultés d'accès aux dispositifs existants ;
- Positionnement complexes des élus

##### 1. Existence de trois types de populations précaires

La Guyane accueille trois grands ensembles de populations précaires sur son territoire.

L'une, historique, rassemble les personnes issues de la migration en provenance du Brésil, du Suriname ou d'Haïti. Ces personnes précaires résident en majorité dans des quartiers informels et connaissent un fonctionnement très communautaire, fondé sur l'entraide et l'autogestion de groupe encadrée par des « capitaines de quartiers ». Du fait de l'efficacité de ce réseau communautaire, ils ne semblent pas considérés par la population comme des « SDF » ou des personnes en « errance » et s'ils bénéficient de la solidarité, à travers des colis alimentaires ou des infrastructures publiques comme les douches municipales, ils ne sont pas les publics ciblés par la lettre de mission de l'ARS.

Les personnes interrogées indiquent toutefois que cet ensemble de personnes précaires connaît un déficit d'éducation à la santé important, du fait d'un héritage culturel laissant une part importante au mystique et à la tradition : la consommation d'alcool ou de substances y est considérée comme un lien avec « les ancêtres » et la maladie, comme la conséquence de mauvaises actions passées.

Ces communautés brésiliennes ou haïtiennes sont plutôt acceptées par les habitants des communes en de leurs racines socio-culturelles similaires à celles des guyanais.

L'autre population de personnes précaires est une population arrivée récemment sur le territoire guyanais, à compter des années 2020, en provenance des pays du Moyen-Orient en guerre comme l'Afghanistan, la Syrie ou le Sahara occidental. Cherchant à rejoindre le territoire métropolitain en évitant le dangereux passage de la Méditerranée, ils financent leur voyage en avion jusqu'au Brésil et passent illégalement la frontière guyanaise. Ce sont des publics « visibles », relativement mal acceptés des populations selon les personnes interrogées – d'une part parce qu'ils importent une culture différente

nouvelle et d'autre part, parce qu'ils ne recherchent pas à s'insérer dans la société locale. En effet, contrairement aux habitants des quartiers informels qui vivent « cachés », ces nouveaux migrants recherchent avant tout la régularisation administrative qui leur permettra de rejoindre le plus rapidement possible la métropole : ils ne construisent donc pas d'habitats mais occupent les espaces publics dans une conception plus hexagonale de la précarité – ensembles de tentes sur des places centrales par exemple. Ils sont, à cet égard, considérés comme des « SDF » en nécessité d'une mise à l'abri.

Toutefois, les associations rencontrées soulignent que ces populations sont, paradoxalement, les plus éduquées sur le plan culturel et sur le plan de la santé : ce sont donc les plus demandeurs en matière de suivi de santé. Les personnes interrogées soulignent également une prévalence importante des pathologies psychiatriques et des addictions chez ces populations qui ont connu le traumatisme de la guerre et de l'exil.

Enfin, il apparaît que les personnes en errance véritable et isolées sont particulièrement bien identifiées par les communes et intervenants sociaux, qui estiment leur nombre à environ 150 ou 200 personnes au total.

## 2. Carences en matière d'offre de soins et d'hébergement

La totalité des interlocuteurs rencontrés lors de la mission soulignent la faiblesse de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale présente sur le territoire guyanais.

L'offre sanitaire est structurée autour des trois hôpitaux du territoire – Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni –, l'offre du centre hospitalier de Cayenne étant beaucoup plus développée que celle des deux autres établissements de santé. Chacun des hôpitaux interrogés a exprimé le sentiment d'un sous-dimensionnement des capacités d'accueil dans les champs de la psychiatrie et de l'addictologie. Ainsi, l'offre psychiatrique apparaît comme incomplète en raison d'un manque de places de soins sans consentement ou de places de CMP, et d'une absence de dispositifs spécifiques de type UMD ou UHSA sur le territoire ou aux Antilles. Malgré des initiatives couronnées de succès – comme les EMPP – les difficultés de fidélisation du personnel et le très faible taux de turn-over de certains patients dits long cours. (7 sorties des unités de « long séjour » sur les dernières années) ne permettent pas l'élaboration d'un parcours de soins psychiatriques répondant aux besoins élevés du territoire.

L'offre sociale et médico-sociale est majoritairement assurée par les nombreuses associations qui maillent le territoire guyanais. Au cours des échanges menés pendant la mission, il apparaît que si le territoire est relativement bien doté en matière de structures orientées vers le public précaire (LHSS, LAM, ACT, CHRS, CHU), les structures présentes sont en grande difficulté pour maintenir leur offre en activité ou pour remplir la totalité de leurs places ouvertes. Cela s'explique à la fois par les difficultés des opérateurs en matière de ressources humaines (postes vacants ou turn-over), mais également par le manque de dispositifs d'accompagnement en psychiatrie et en addictologie pouvant intervenir en soutien de ces structures. Cette situation conduit à un refus quasi-systématique des profils psychiatriques ou souffrant d'addictions lors des commissions d'admission au sein des structures sociales et médico-sociales : les personnes ainsi récusées sont par conséquent celles qui se retrouvent en situation d'isolement social ou d'errance dans l'espace public. Les refus d'admission touchent également plus majoritairement les profils d'hommes isolés, considérés comme étant plus « à risque » que les ménages, les mères isolées ou les familles. Enfin, certaines structures apparaissent comme n'étant pas forcément adaptées aux besoins locaux, en raison de critères d'admission inatteignables pour une majorité du

public, par exemple dans le cas des maisons-relais qui demandent une situation régulière ou des ressources.

L'offre à destination des personnes âgées est extrêmement réduite, ce qui s'explique par un besoin beaucoup plus limité, l'accompagnement des seniors étant réalisé par le cercle familial et communautaire.

Enfin, les acteurs du territoire insistent sur l'accès presque impossible aux logements de droit commun : les logements sociaux sont décrits comme étant en nombre insuffisant, trop coûteux en dehors de la sous-location illégale, et parfois inadaptés sur le plan architectural à une population qui souhaite conserver ses habitudes de vie en pleine nature et n'arrive pas à s'installer durablement dans des bâtiments de type « HLM ».

### 3. Difficultés généralisées sur le plan des ressources humaines

La problématique de ressources humaines qui touche tous les opérateurs en France métropolitaine est particulièrement exacerbée en Guyane. Tous les interlocuteurs rencontrés témoignent d'un nombre important de postes vacants (il peut arriver qu'une activité cesse en raison d'une vacance généralisée de tous les postes) mais également d'un turn-over conséquent.

Globalement, les ressources humaines disponibles reposent beaucoup sur les personnels de la réserve sanitaire ou sur des « expatriés » qui assurent des missions de quelques années avant de repartir en métropole. Ces problématiques ont poussé les associations et les institutions à développer leur politique d'attractivité à travers l'octroi de primes ou d'avantages en nature (logement, véhicule, etc.) qui, si elle permet de maintenir un vivier de personnels diplômés, renforce également les comportements mercenaires.

Le turn-over généralisé en Guyane a des conséquences directes sur l'offre de soins : d'une part, il rend impossible la mise en place d'initiatives pérennes – la plupart des dispositifs sont ainsi dépendants de la bonne volonté d'une personne –, mais il contribue à la méconnaissance de l'offre présente et à la difficulté d'assurer le pilotage de l'offre sur le territoire. Au cours de notre mission, nous avons ainsi constaté à plusieurs reprises que les données d'activité communiquées à l'ARS n'étaient pas en cohérence avec ce que nous observions sur le terrain et que certains dispositifs existaient sans que leur objet ne soit connu des agents de l'Etat ou de leurs partenaires.

### 4. Difficultés d'accès aux dispositifs existants

Les dimensions du territoire guyanais et l'absence de moyens de transports publics efficaces contribuent à rendre plus complexe l'accès aux soins. Les populations précaires sont donc dépendantes des « taxis collectifs » (taxis-co') illégaux ou contraintes de se déplacer à pied jusqu'aux infrastructures. La situation de Saint-Laurent-du-Maroni est particulièrement représentative : la commune est située à plus de trois heures de route de Cayenne – la liaison entre les deux villes est desservie par deux bus quotidiens – rendant complexe la création de parcours de soins communs. Par ailleurs, l'entrée de la ville a vu l'installation d'un poste douanier destiné à décourager le trafic de drogue, ce qui a eu pour effet collatéral d'en rendre l'accès plus difficile aux populations précaires vivant dans les terres reculées. Les solutions d'aller-vers apparaissent donc comme incontournables, qu'il s'agisse des PASS mobiles ou des dispositifs de santé publique motorisés (bus dentaires, bus médicaux), tout comme la création de structures de petite taille éparpillées sur les territoires dans un objectif de proximité des populations.

La difficulté d'accès aux dispositifs est également renforcée par les difficultés de coopération et de coordination entre les acteurs, qu'ils soient privés ou publics. Ainsi, la PASS de l'hôpital de Cayenne reconnaissait collaborer bien plus avec les associations présentes à Cayenne qu'avec son équivalent de Saint-Laurent-du-Maroni<sup>28</sup>. De la même façon, la coopération entre les services de psychiatrie semble se limiter à la question des soins sous contrainte – le CH de Cayenne étant le seul autorisé à pratiquer des soins sans consentement sur le territoire<sup>29</sup>. Le projet de CHU qui doit aboutir au 1<sup>er</sup> janvier 2025 a pu cependant renforcer ce dialogue inter-hospitalier, à travers des feuilles de route et des projets communs. Le secteur associatif souligne les mêmes difficultés, en indiquant que c'est paradoxalement l'abondance de dispositifs qui freine l'accès aux prestations : les associations ne connaissent pas l'offre disponible et ses modalités d'inclusion et sont en difficulté dès lors qu'il convient de créer un parcours coordonné. C'est bien souvent la mobilité des personnels à l'intérieur de cette galaxie de dispositifs qui permet de créer les coopérations les plus efficaces.

## 5. Positionnement complexe des élus

Les communes exercent, par le biais des CCAS, un certain nombre de compétences relatives à la politique sociale ; elles ont un rôle central dans la protection de la santé publique – eau potable, traitement des déchets, veille sanitaire – et remplissent également un rôle actif dans la déclinaison des politiques de santé au plan local, à travers la signature des contrats locaux de santé. Elles exercent également une compétence en matière de sécurité, par le biais de leur pouvoir de police sur la voie publique.

La gestion de la précarité en Guyane est donc particulièrement compliquée pour les élus, qui doivent faire face à une opinion publique souvent défavorable aux personnes précaires en errance, vues comme étant responsables de l'état d'insécurité.

Tout en soutenant des dispositifs d'aide aux personnes précaires – douches municipales, bornes d'eau potable – et en favorisant l'installation de professionnels de santé au sein des communes, par le biais de terrains ou locaux municipaux par exemple, les élus essaient de freiner l'installation durable de la précarité sur leur territoire en limitant les équipements de « confort » qui risqueraient de créer un « appel d'air ». C'est le cas de Cayenne, qui attire tout particulièrement car elle regroupe les principales administrations comme la Préfecture, l'OFII, etc., et de Saint-Laurent-du-Maroni, qui connaît un flux migratoire extrêmement important en raison de la proximité du Suriname.

En conséquence, les relations semblent relativement tendues avec un certain nombre des acteurs associatifs, qui militent pour davantage de régularisations administratives et de solutions d'hébergement.

Les élus soulignent également le risque que font peser les regroupements de populations précaires dans les squats ou les quartiers informels pour la population : risque lié aux conditions d'hébergement dangereuses, les quartiers informels étant régulièrement installés en zone dangereuse et non-constructible, et sujets aux sinistres ainsi que le démontre l'incendie le 25 juillet 2024 du quartier du Mont-Baduel – ou aux conditions sanitaires – absence de sanitaires, proximité des habitations favorisant les risques épidémiques.

---

<sup>28</sup> A Cayenne, des équipes mobiles de santé vont vers les populations des quartiers précarisés. La santé en action n° 458 décembre 2021

<sup>29</sup> Lors d'un entretien complémentaire en date du 29 août 2024, il nous est indiqué que le CHOG est désormais autorisé à exercer des soins sous contrainte.

Enfin, les communes soulèvent la problématique du coût de l'accueil de cette précarité, qui nécessite des infrastructures conséquentes – en particulier pour assurer la scolarisation des enfants – mais dont le budget ne tient pas compte des personnes précaires « illégales » dont la présence sur le territoire n'est pas reconnue.

## V. *Recommandations formulées au directeur général de l'ARS*

Après avoir réalisé l'ensemble des entrevues et pris connaissance de la nombreuse documentation disponible, la mission a pu formuler un ensemble de recommandations, qui ont été présentées le vendredi 26 juillet 2024 au directeur général de l'Agence Régionale de Santé :

- 1- le consensus des acteurs sur l'intérêt de l'ouverture d'un centre d'hébergement et d'assistance pour personnes sans abri,
- 2- la création d'un ou de plusieurs centres sur le territoire guyanais,
- 3- la population qui pourrait/devrait y être accueillie,
- 4- la nature de l'offre médicale et sociale qui devrait y être proposée,
- 5- pour quel adressage, quelle orientation et avec quels partenaires,
- 6- le rôle prépondérant du pôle de santé mentale des hôpitaux et du portage hospitalier comme condition de réussite.

### **De la création d'une structure ?**

De l'ensemble des rendez-vous se dégagent un consensus sur le besoin d'une structure d'accueil dédiée, en particulier de la part des élus qui sont, tous en ont convenu, très sollicités par leurs citoyens demandeurs de sécurité et à qui ils doivent aussi l'accès aux soins lorsque ceux-ci sont frappés par les problèmes d'addictions, de sans-abrisme, de troubles psychiques. Les élus ont conscience de la pluralité des réponses à apporter à ce phénomène très complexe qui nécessite le consensus des pouvoirs publics, des pouvoirs locaux, des associations et du système de santé en général.

### **Pour quelle population ?**

Contrairement à l'Île-de-France où ces problématiques sont diffuses et la population plutôt anonyme, la population concernée par une telle structure paraît en Guyane à peu près identifiée par les élus, probablement 100 à 200. Les élus de Cayenne estiment cette population à une centaine, ceux de Kourou, une vingtaine, ceux de Saint-Laurent-du-Maroni une cinquantaine. Le chiffre avancé par Philippe Dorelon, chef de service territorial INSEE Guyane <sup>30</sup> serait dans de 150 à 300 pour les seules personnes sans abri. Chaque élu rencontré est en capacité d'identifier même personnellement le public, bien connu des habitants des communes, des services sociaux, des maraudes etc.

Même si l'importance des mouvements migratoires vient troubler la compréhension de la problématique et les réponses à apporter aux personnes malades et sans abri en Guyane, les acteurs interrogés et en particulier les médiateurs présents dans les associations et dans les hôpitaux exposent bien une distinction entre la population migrante, de la population à laquelle il convient d'apporter des soins et

---

<sup>30</sup> Rencontre INSEE par la mission du mercredi 24 juillet

errante du fait de l'usage de toxiques et de troubles psychiques favorisant l'isolement social et pour laquelle la mission a été saisie par l'ARS.

La question de la connaissance précise de la population concernée se pose en Guyane. A Paris, une initiative annuelle, « la nuit de la solidarité » permet chaque année de compter une nuit donnée les personnes précaires qui accepte de se soumettre à un questionnaire. De nombreuses associations participent de manière coordonnée à cette enquête dont les résultats offrent une meilleure approche du phénomène, des lieux privilégiés où il siège, de sa croissance, des transformations des publics.

L'étude EPICEA menée par Edith Pellerin au CH de Cayenne dont les premières inclusions ont commencé permettra aussi de mieux comprendre les liens entre troubles psychiques et vie à la rue en Guyane.<sup>31</sup>

### **Une ou plusieurs structures ?**

Les personnes interviewées ont attiré l'attention de la mission sur les spécificités du territoire guyanais ou la population est majoritairement concentrée sur le littoral avec son lot de problèmes urbains (consommation et vente de toxiques, errance, isolement social...) en spécifiant cependant la faiblesse des transports en commun et du réseau routier pour l'adressage des populations vers un centre.

Le président de l'association des maires de Guyane juge qu'il faut exclure les lieux trop proches des frontières afin que le centre conserve sa destination de soins aux populations guyanaises et préconise son installation dans des communes de taille moyenne afin d'équilibrer le territoire, éviter Cayenne qui concentre déjà beaucoup de difficultés urbaines. Michel-Ange Jérémie évoque des communes comme Iracoubo, Sinnamary, Mana.

### **Déjà trop de structures ?**

La rencontre des associations porteuses de structures sociales et médico-sociales ainsi que l'apport documentaire<sup>32 33</sup> concluent à un taux d'équipement conséquent et très supérieur à la moyenne des autres régions pour ce qui est des LAM, LHSS, ACT, CSAPA, CAARUD. En revanche, un manque de structures d'hébergement type CHRS et CHU est relevé. Ces taux s'expliquent pour deux raisons :

- L'usage de toxiques auquel une plus grande partie de la population est exposée comparativement à d'autres régions. Il faut donc plus d'équipements car les besoins de la population sont plus importants.
- Un territoire très vaste, la Guyane est la plus grande région de France avec ses 83 846 km<sup>2</sup> et la moins accessible de l'intérieur.

Malgré ce taux d'équipement, la mission a été frappée par un taux d'occupation parfois moyen ne reflétant pas les besoins exprimés par les acteurs de proximité. Il s'agit là d'une difficulté à laquelle un tel centre comme le CHAPSA pourrait répondre. En effet, il apparaît que toutes les structures concernées sont mises en difficulté par les populations ciblées par la lettre de mission de l'ARS. L'impossibilité de se soumettre à un cadre communautaire tant que la consommation de toxiques et/ou les troubles psychiques ne sont pas stabilisés conduit les structures à évoluer vers l'accueil de situations moins clastiques

---

<sup>31</sup> CH Cayenne – « Mieux connaître les populations précaires avec l'enquête Epicéa » - 6 décembre 2023

<sup>32</sup> CREAL centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Offre et besoins en accompagnement pour adultes en difficulté sociale en Guyane. 2022

<sup>33</sup> QRIBI Abdelhak, DAYRE Nathalie. Toxicomanies et politiques publiques en Guyane, déterminants et urgences. Sociographe 2015/3 n° 51 pages 121 à 129. Editions Champ social

auxquelles seule souvent la psychiatrie hospitalière est en capacité de répondre dans un premier temps. C'est ainsi que les professionnels même s'ils soulignent le soutien apporté par les équipes de psychiatrie notamment l'équipe mobile psychiatrie précarité<sup>34</sup> sont mis en échec par les comportements déviant au règlement intérieur des structures – agression des autres usagers et des professionnels, irrespect des règles de vie commune, discontinuité dans la prise de traitement médicamenteux, consommation de drogues illicites. Ce constat partagé abouti en fin de compte à privilégier l'accueil de personnes stabilisées qui s'inscrivent déjà peu ou prou dans un parcours et un projet.

Au final, ces structures sociales et médico-sociales à hébergement complet ou partiel butent sur les profils décrits, complexes et rétifs aux soins.

## Du renforcement de la filière psychiatrie et addictologie

La mission considère que la dynamique produite par la double l'existence du projet de filière psychiatrique du futur centre hospitalier universitaire de Guyane<sup>35</sup> d'une part, et du projet territorial de santé mentale<sup>36</sup> d'autre part, est l'occasion d'inscrire le fonctionnement d'un CHAPSA dans le maillage présent et à venir de l'offre de psychiatrie. Les compétences des équipes de psychiatrie et d'addictologie hospitalières et leur capacité à répondre collectivement aux situations les plus désespérées constituent une réponse aux failles constatées par les acteurs eux-mêmes des structures sociales et médico-sociales présentes sur le territoire.

Au CHAPSA du CASH de Nanterre, c'est bien l'insertion dans le tissu hospitalier qui aide les équipes à orienter vers le SAU les situations médicales urgentes. Le patient intègre ainsi le parcours standard hospitalier si nécessaire.

⇒ *Un chez soi d'abord*

La mission s'interroge aussi sur la place très légitime qu'un dispositif « un chez soi d'abord » pourrait avoir dans la filière psychiatrie de Guyane.<sup>37</sup> Les expérimentations, les déploiements de ce dispositif en hexagone ou à l'international ont permis de démontrer les effets positifs d'un travail commun social, sanitaire auprès des personnes sans abri, schizophrènes et souvent consommateurs de drogue.

⇒ *UHSA et UMD ?*

Les échanges avec les équipes de psychiatrie y compris celle présente au centre pénitentiaire de Cayenne ont questionné la mission sur une réflexion à mener d'une création d'une unité hospitalière spécialement aménagée UHSA<sup>38</sup> ainsi que celle d'une unité pour malade difficile UMD<sup>39</sup>. Selon les besoins il y aurait peut-être un intérêt à poursuivre la discussion engagée en 2022 avec les autorités sanitaires des Antilles.

---

<sup>34</sup> Il existe deux EMPP en Guyane, une rattachée au CH de Cayenne, l'autre au CH de l'Ouest Guyanais de Saint-Laurent du Maroni.

<sup>35</sup> CHU Guyane Projet médical par filières Juillet 2024 P 158 à 164

<sup>36</sup> PTSM projet territorial de santé 2022-2027. Agence régionale de santé

<sup>37</sup> Voir toutes les recherches, ouvrages et articles de Pascale Estecahandy et al. sur le sujet.

<sup>38</sup> UHSA L3214-1 du code de la santé publique

<sup>39</sup> UMD R3222-1 du code de la santé publique

⇒ *Des soins sous contrainte au Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais ?*

Le déploiement des soins psychiatriques sans consentement sur le CHOG, comme stipulé par l'arrêté récent de l'ARS, permettra de désengorger à minima le service d'hospitalisation en psychiatrie quasiment toujours plein du CHC. Il permettra également de prévenir l'errance des patients à leur sortie d'hospitalisation. Faute de transports, ces patients ne reviennent pas toujours dans l'ouest guyanais et se retrouvent en situation de précarité sur l'île de Cayenne ou alors, s'ils y retournent, sont privés d'un suivi psychiatrique. L'autorisation de l'exercice du CHOG en termes de soins psychiatriques sans consentement favorisera également le suivi des personnes mises en programme de soins ambulatoires directement *in situ*, leur permettant ainsi de bénéficier de soins à proximité de leur bassin de vie et favorisant leur adhésion aux soins.

Lors de la visite des locaux de l'unité de psychiatrie du CHOG, la mission a constaté que la configuration architecturale en L du service permettrait de réserver dès maintenant une petite unité de 4 chambres proches de la salle de soins pour recevoir des patients en soins sans consentement. Ceci viendrait retarder le projet du service d'y créer un centre d'accueil et de crise CAC.

Notons à cette occasion que la création du CHU permettra de renforcer la coordination entre les deux pôles de psychiatrie des deux actuels hôpitaux de Cayenne et de Saint-Laurent-du-Maroni.

⇒ *Créer un CMP Adulte à Kourou pour intensifier les soins de proximité*

La présence de consultations psychiatriques au sein d'un CMP, en lieu et place des permanences hebdomadaires du vendredi assurées au sein du CMP infanto juvénile par l'équipe de psychiatrie du pôle de santé mentale sur la ville de Kourou, favorisera l'accès aux soins psychiques et d' addictologie des populations de la communauté des Savanes et préviendra les décompensations psychiatriques nécessitant des soins intra-hospitaliers et un transfert au CHC. A terme, elle pourra éventuellement aboutir à la création d'un CAC à Kourou, tel que prévu dans le projet médical du futur CHU de Guyane<sup>40</sup>.

⇒ *Renforcer l'ethnopsychiatrie*

L'inclusion de médiateurs en santé dans les équipes hospitalières de santé mentale ou la formation en ethnopsychiatrie des personnels médicaux et paramédicaux permettront de favoriser l'aller-vers les soins, le dépistage précoce des pathologies mentales ayant des expressions symptomatologiques spécifiques à la culture des personnes concernées et leur acceptation.

### **Quelle offre dans cette structure ?**

Les acteurs rencontrés expriment quasiment tous le besoin de structures d'hébergement munies d'accès aux soins d'hygiène, aide alimentaire, hébergement à la nuitée et/ou en urgence avec des solutions de sortie avec un suivi social et sanitaire. Des visites, des acteurs interrogés, il apparaît à la mission que le territoire manque d'équipements d'hygiène publics et que leur existence, lorsqu'ils existent, est assez mal connue. Comme ce sujet peut très vite confronter les populations à des problèmes graves

---

<sup>40</sup> Projet du futur CHU de Guyane, version du 09/07/2024, page 159 à 164.

de santé publique <sup>41</sup>, il serait nécessaire qu'un recensement des équipements existants en matière de toilettes publiques, douches publiques, douches publiques avec accès à un dépistage ou à des soins infirmiers et médicaux, soit réalisé et qu'un plan d'actions mis en œuvre par les pouvoirs publics, comprenant les communes et les intercommunalités.

Une consultation de médecine générale telle qu'elle existe au CASH de Nanterre fait aussi consensus et permettrait d'orienter les patients vers les structures de soins : consultations spécialisées ambulatoires, LHSS, Service d'accueil et d'urgence de l'hôpital (SAU), services d'hospitalisation. Cette consultation, première entrée dans le parcours de soins, garantit une évaluation globale des besoins de santé sans stigmatiser les questions psychiatriques et d'addictions.

### **Un manque de coordination entre les acteurs de la solidarité ?**

Concernant les aides alimentaires, l'accès aux droits de santé et administratifs plusieurs acteurs ont émis l'idée à laquelle nous souscrivons d'organiser une plateforme permettant aux associations de mieux connaître les actions déjà conduites pour chaque individu. Ainsi un « passeport précarité » ou un « DMP précarité » offrirait une vision pour les différents partenaires de ce à quoi les usagers ont eu droit et certainement plus d'équité pour ceux qui sont très éloignés des soutiens.

### **Recommandations annexes**

⇒ *Faire connaître et mettre à jour l'annuaire des structures sociales et médico-sociales.*

Le fonctionnement du CHAPSA du CASH de Nanterre et la gestion des cas complexes en général au sein de cette structure est amélioré par l'existence et la mise à jour de l'annuaire social et médico-social mis à disposition des professionnels et du public <sup>42</sup> Un tel outil existe pour la Guyane mais mériterait une actualisation régulière et une meilleure appropriation par les acteurs. Cette dernière contribuant sans nul doute à l'amélioration de la coordination. La généralisation et une communication efficace sur des outils tels que le Guide logement et hébergement de la CACL <sup>43</sup> pourrait sans aucun doute aider les professionnels du territoire.

⇒ *Améliorer la connaissance de l'activité par l'Etat et l'ARS des structures qu'ils financent*

La multiplicité couplée parfois à la singularité des structures n'aident pas à leur connaissance par les financeurs publics ni à celle de leur activité ni de leur fonctionnement. Pourtant grâce à des indicateurs de pilotage, l'activité pourrait être dynamisée et mieux servir les besoins dans le respect du bon usage des financements publics.

⇒ *Renforcer le dépistage et la vaccination*

Par comparaison aux usages des structures du CASH, les membres de la mission pensent que tous les dispositifs d'aller-vers présents en Guyane pourraient renforcer leur rôle en matière de dépistage et de vaccination, par exemple en intensifiant l'activité du CLAT ou en ayant recours aux TROD lors des

<sup>41</sup> DAMON, Julien. Toilettes publiques, essai sur les commodités urbaines 2023 Presses de Sciences po.

<sup>42</sup> Annuaire de l'action sociale. Le registre français du social et médico-social

<sup>43</sup> <https://www.cacl-guyane.fr/wp-content/uploads/2022/10/Guide-logement-et-hebergement-VF.pdf>

maraudes et des premières consultations médicales. La Guyane dispose d'un véritable savoir-faire comme en témoigne l'action massive déclenchée en octobre 2023 à Cayenne.<sup>44</sup>

## **PARTIE II – les caractéristiques de la population concernée, la prise en charge de leurs pathologies, la faisabilité d'un CHAPSA**

### *I. Une population avec des besoins particuliers et une offre sanitaire, sociale et médico-sociale qui peine à y répondre*

#### 1. Complexité d'un territoire, lieu de mouvements migratoires importants

Comme évoqué plus haut, il y a un dissensus important concernant le comptage de la population réellement présente sur le territoire Guyanais. Ces discussions sont la résultante de mouvements migratoires particulièrement forts sur l'ensemble du département. La Guyane étant considérée comme un lieu de transit, la population présente en attente d'un titre de séjour est particulièrement importante. A l'ouest du pays se trouve la frontière avec le Suriname, de l'autre côté du fleuve juste en face de Saint-Laurent-du-Maroni. La traversée, particulièrement aisée, du Maroni en pirogue draine une population de plus en plus importante. Cette population n'a pas forcément vocation à rester à Saint-Laurent-du-Maroni ou alors y trouve un intérêt précis. C'est par exemple le cas de patients qui se rendent en journée aux permanences de la PASS du centre hospitalier de l'ouest Guyanais dans le quartier du village chinois à Saint-Laurent-du-Maroni, afin de bénéficier d'une consultation puis qui retournent au Suriname. Certains patients vont pouvoir être hébergés à Saint-Laurent-du-Maroni et ainsi bénéficier de soins à plus long terme. Le tourisme « médical » s'arrête souvent ici. Un certain nombre va tout de même faire la démarche de demander des papiers, mais cela force la population à se rendre à Cayenne, à plus de trois heures de route, afin d'y trouver les administrations centrales. Les migrations en provenance du Suriname à l'ouest ou du Brésil à l'est, se justifient en grande partie par la fuite de la pauvreté et l'absence de perspectives dans leurs pays d'origine. A Saint-Laurent-du-Maroni, cette immigration draine aussi un certain nombre de trafiquants de drogues.

Du côté de Cayenne, les migrations se justifient principalement par un souhait d'obtention de papiers français, leur permettant ensuite de partir sur le territoire métropolitain. C'est notamment le cas des populations du Moyen-Orient, qui viennent souvent en famille et pour qui, l'arrivée en avion par le Brésil puis le passage en France par une frontière terrestre se révèle moins dangereux qu'une traversée de la Méditerranée. C'est une population qui vient dans un but précis en Guyane afin de gagner la métropole. Ces affirmations ne sont pas valables pour les populations en provenance d'Haïti, qui bénéficient d'un statut particulier de la protection internationale<sup>45</sup>, et qui ont donc tendance s'installer plus durablement en Guyane du fait de la situation politique dans leur pays. Ils bénéficient de la solidarité de leur communauté et tendent à former une diaspora haïtienne au sein de certains quartiers informels. Ces trois populations (Suriname, Brésil et Moyen-Orient) forment la majeure partie des mouvements migratoires en Guyane. Pour autant, la situation géopolitique de certains pays à proximité de la Guyane, comme par exemple le

<sup>44</sup> Voir la lettre PRO de l'ARS Guyane 27 octobre 2023

<sup>45</sup> Communiqué de presse de l'agence des nations unies pour les réfugiés, 20 mars 2024. <https://www.unhcr.org/fr/fr/actualites/communiques-de-presse/le-hcr-formule-de-nouvelles-orientations-sur-la-protection>

Guyana, en conflit croissant avec le Venezuela au sujet de l'Essequibo<sup>46</sup>, interroge quant à la survenue prochaine de nouvelles vagues migratoires. Ces populations bénéficient des hébergements d'urgence classiques et des hébergements d'urgence à destination des demandeurs d'asile. Une partie importante s'installe dans des quartiers informels, soit dans de l'existant (c'est pour beaucoup le cas pour les haïtiens), soit en créant de nouveaux bâtis.

## 2. Focus sur les données de santé de la population guyanaise

En lien avec le niveau de jeunesse global, les deux tiers de la population guyanaise se déclarent en bonne ou très bonne santé en 2019. A structure d'âge comparable, 14 % des guyanais se disent en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 8 % en France métropolitaine.

Ainsi, la moitié des guyanais est en surpoids, le pouvoir d'achat ayant un impact non négligeable sur les pratiques alimentaires où la consommation de fruits et légumes est insuffisante. 18 % des guyanais souffrent d'hypertension artérielle, 8 % de diabète, un guyanais sur cinq est limité dans ses activités pour des raisons de santé.

L'accès aux soins est problématique, notamment du fait des problèmes financiers des ménages, qui est la première cause du renoncement aux soins, de l'absence de mutuelle complémentaire, du délai d'attente pour obtenir un rendez-vous et de l'absence de spécialistes, de l'impact des longues distances et des faibles transports collectifs : un tiers des guyanais ont ainsi dû retarder leurs soins médicaux et parfois même y renoncer.

L'accès aux soins en Guyane est caractérisé par un fort recours à l'AME (aide médicale d'Etat). En 2018, ce chiffre représentait 9% des AME en France, alors que la population Guyanaise ne représentait que 0.5% de la population française totale. En 2021, il y avait environ 36 500 bénéficiaires de l'AME en Guyane. En 2022, ils étaient 40 900<sup>47</sup>.

La répartition du personnel médical présente de fortes disparités : les habitants du littoral sont à 16 minutes en moyenne d'un centre hospitalier contre 15 minutes en France métropolitaine, mais à Saint-Georges, par exemple, la population est à plus de 2h20<sup>48</sup>.

Les habitants des communes de l'intérieur ne sont pas inclus dans le champ de l'étude de 2019 et donc dans les résultats du report des soins, néanmoins l'éloignement de ces communes entraîne des difficultés d'accès aux soins. Le seul moyen de transport possible pour cette partie de la population est l'hélicoptère pour les urgences ou des moyens mixtes comme la pirogue et l'avion ou la pirogue et la route pour les soins programmés.

S'agissant de la santé des personnes vivant en Guyane, les indicateurs de santé publique montrent l'importance des pathologies cardio-vasculaires, du diabète et de l'hypertension artérielle au sein de la population. Les addictions et les troubles psychiatriques interviennent dans un second temps. D'une manière générale, il est difficile de savoir quelle est la prépondérance des troubles psychiatriques au sein

---

<sup>46</sup> Courrier international, *Conflit autour de l'Essequibo : reprise des tensions entre le Venezuela et le Guyana*, 17 mai 2024. <https://www.courrierinternational.com/article/geopolitique-conflit-autour-de-l-essequibo-reprise-des-tensions-entre-le-venezuela-et-le-guyana>

<sup>47</sup> INSEE, « Le dynamisme démographique de la Guyane est-il sous-estimé ? », 15 mars 2024. [https://blog.insee.fr/le-dynamisme-demographique-guyanais-est-il-sous-estime/#:~:text=En%202022%2C%20seulement%20261%20100,\(CGSS%20Guyane%2C%202023\).](https://blog.insee.fr/le-dynamisme-demographique-guyanais-est-il-sous-estime/#:~:text=En%202022%2C%20seulement%20261%20100,(CGSS%20Guyane%2C%202023).)

<sup>48</sup> Ensemble des données issues de l'enquête Santé Insee 2019.

de la population guyanaise car, force est de constater qu'ils font finalement l'objet de peu de recherches<sup>49</sup>. Contrairement à la lutte contre les addictions qui est bien déployée, l'offre de psychiatrie reste faible sur une partie de la région. Face à ce constat, certaines équipes de premiers recours comme les PASS ou les EMAS, notamment à Saint-Laurent-du-Maroni, tendent à ne pas rechercher voir à ignorer la présence de certains troubles, ne pouvant, une fois ces troubles identifiés, proposer une solution adaptée au patient.

### 3. Importance de l'offre de santé, mais qui peine à répondre aux besoins

Trois hôpitaux sont implantés en Guyane et assurent le maillage territorial de l'ensemble de la région : à Cayenne, à Kourou et à Saint-Laurent-du-Maroni. Le reste du territoire est couvert par des centres délocalisés de prévention et de soins, rattachés au CH de Cayenne<sup>50</sup>. Si aujourd'hui ces trois hôpitaux sont rassemblés au sein du GHT de Guyane, ils formeront, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025, le CHU de Guyane sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

L'ensemble des établissements de santé ont mis en place un nombre important de dispositifs mobiles et « d'aller-vers », en lien notamment avec les spécificités du territoire, les difficultés de circulation et l'absence presque totale de transports en commun.

La culture et les particularités des populations prises en charge nécessitent également ce type de dispositifs qui prend la forme d'équipes mobiles de psychiatrie précarité (EMPP), de permanences d'accès aux soins de santé mobile ou non (PASS), d'équipes mobiles d'accompagnement aux soins (EMAS)<sup>51</sup>, de maraudes<sup>52</sup>, de centres de consultations mobile avec des permanences régulières<sup>53</sup> etc. D'une manière générale, lors de l'ensemble des maraudes menées par les membres de la mission et lors des échanges réalisées avec les professionnels de santé, l'accès aux soins somatiques semble assuré, avec des droits ouverts pour une grande partie de la population et a minima, pour les nouveaux arrivants, des identifications puis des prises en charge sanitaires et sociales rapides<sup>54</sup>. S'agissant des personnes en situation irrégulière ou issue de migrations, la présence des médiateurs en santé facilite leur recours aux soins. L'offre sanitaire a ainsi su s'adapter à la population prise en charge.

Pour autant, c'est beaucoup moins le cas s'agissant de l'offre de psychiatrie, qui demeure insuffisamment présente sur le territoire guyanais. Ce constat se matérialise sur l'ensemble des trois communes principales (Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni) mais de manière différente. A Saint-Laurent-du-Maroni, l'absence d'un service de psychiatrie prenant les personnes en soins sans consentement oblige le déplacement des patients vers Cayenne. L'offre à Cayenne ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins de la Guyane et une grande partie des lits est embolisée par l'absence de solutions d'aval, notamment d'établissements médico-sociaux de type EAM ou MAS. A Kourou, il n'y a

---

<sup>49</sup> Pr. Caroline JANVIER et Pr. Mathieu NACHER, *Psychiatrie, addictologie et santé mentale en Guyane : revue de la littérature, état des connaissances actuelles et orientations prioritaires de recherche*, L'information psychiatrique, 2023/9 vol. 99

<sup>50</sup> <https://www.ght-guyane.fr/chc/service/26>

<sup>51</sup> Rattachées au CHOG de Saint Laurent du Maroni

<sup>52</sup> Par exemple, les maraudes de Médecin du Monde ou du Samu Social

<sup>53</sup> Par exemple, la consultation médicale et sociale de Médecin du monde au sein du quartier du « Mont Baduel » assurée en lien avec les professionnels de la PASS du centre hospitalier de Cayenne

<sup>54</sup> C'est notamment le cas au sein du camp de la verdure, avec les consultations organisées par la Croix-Rouge

pas d'offre de psychiatrie ni de centre médico-psychologique (CMP) adulte. Une vacation est assurée une fois par semaine par une équipe de psychiatre du CH de Cayenne au sein du CMP enfants de Kourou. D'une manière générale sur la Guyane, l'offre libérale est quasiment inexistante. Récemment, une autorisation d'activité a été donnée pour la première fois à une clinique privée à Cayenne.

Le traitement des addictions, qui restent extrêmement importantes sur le territoire et qui constitue un enjeu de santé publique, se traduit par de l'offre de CAARUD et de CSAPA relativement importante. Deux CSAPA proposent de l'hébergement sous la forme de communautés thérapeutiques : celle de Roura (pour des personnes seules) et celle d'Awala (pour des femmes avec des enfants), avec des appartements de coordination thérapeutique (ACT) à l'issue. Selon les échanges que la mission a pu avoir avec les opérateurs qui portent ces communautés thérapeutiques et qui portent plus largement de l'offre en addictologie, celle-ci semble suffisante au regard des besoins actuels. En revanche, ces besoins semblants croissants, une augmentation de l'offre sera peut-être nécessaire à terme. Pour autant, les liens entre les équipes d'addictologie et celles de la psychiatrie ne sont pas à démontrer, ce qui constitue un point très pertinent en Guyane. Il est à noter la présence d'une unité d'addictologie au sein du pôle de santé mentale de Cayenne.

Dans sa globalité, l'offre sanitaire répond de manière adaptée aux besoins « d'aller-vers » des personnes en situation de précarité (PASS, EMAS, CDSP), malgré un manque global de professionnels de santé, notamment dans les CDSP<sup>55</sup>. En revanche, un certain nombre de spécialités doivent être structurées et renforcées, c'est notamment le cas de la périnatalité, la cardiologie, la neurologie, les soins critiques et le dépistage des cancers<sup>56</sup>. L'offre en psychiatrie est faible voire insuffisante, comme la mission l'a démontrée tout au long de ce rapport Enfin, le manque important de solutions d'aval entraîne des durées moyennes de séjour à l'hôpital plus longues<sup>57</sup>.

#### 4. Nécessaire développement de l'offre médico-sociale

En effet, l'offre médico-sociale et l'offre sociale restent faibles dans certains domaines, notamment s'agissant du logement. Il y a peu d'EHPAD malgré des besoins qui tendent à augmenter, notamment pour des personnes en situation de handicap vieillissants et des populations qui vivent dans des logements précaires.

Pour les adultes en situation de handicap, il existe deux MAS sur le territoire : une à Kourou (60 places) et une à Cayenne (39 places). Le taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés de type MAS, pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans est de 1.1. Ce taux est similaire au taux d'équipements en France métropolitaine et en France entière. En revanche, s'agissant du taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés de type EAM/FAM, il est de 0, contre 1 pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans en France métropolitaine et en France entière. Pour ce qui est du taux d'équipement en places d'accueil de vie comme par exemple les foyers occupationnels, il est de 0.3 en Guyane contre 2.4 en France métropolitaine et en France entière<sup>58</sup>. Ainsi si le taux

<sup>55</sup> Renforcement de l'offre de soins en Guyane. Rapport conjoint IGAS IGA IGESR, février 2021

<sup>56</sup> Ibid.

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Panorama statistique 2022.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/index.htm>

d'équipement des MAS est semblable à ce qui est disponible pour 1000 habitants dans le reste de la France, les structures médico-sociales de type EAM/FAM, foyer de vie ou encore foyer occupationnel sont complètement absents.

Compte tenu du turn-over très faible au sein de ces structures, cette offre ne répond pas aux besoins de la population. Un certain nombre de personnes pouvant prétendre à un tel établissement occupent des lits au long cours au sein du pôle de santé mentale du centre hospitalier de Cayenne.

S'agissant des dispositifs de soins à destination de personnes précaires, nous retrouvons une offre de LAM/LHSS répartie au sein du territoire qui peine parfois à trouver son public, par manque de connaissance du dispositif. Les appartements de coordination thérapeutique en revanche, utilisés en sortie de communauté thérapeutique (addictologie) ou dans le cadre de maladies chroniques ou infectieuses (principalement le VIH) sont globalement bien occupés mais ont un turn-over faible, ne permettant pas de combler l'ensemble des besoins. Pourtant, le taux d'équipement en LAM/LHSS et ACT est supérieur à la moyenne nationale, à savoir : 85 places pour 100 000 habitants en Guyane, contre 14 places pour 100 000 habitants en moyenne en France<sup>59</sup>.

La mission imagine qu'une meilleure coordination de cette offre d'aval pourrait permettre de répondre, dans la mesure du possible, à la demande.

#### 5. Importance de l'offre sociale d'urgence à destination des demandeurs d'asile, à l'inverse des dispositifs d'insertion pour lesquels un vrai besoin existe

Enfin, s'agissant de l'offre sociale, celle-ci se scinde en plusieurs offres graduées. Le premier niveau correspond aux hébergements d'urgence (HU) et hébergements d'urgence à destination des demandeurs d'asile (HUDA) ainsi qu'aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). A ce jour, selon la direction générale Cohésion et Population (DGCOP) de la préfecture de Guyane<sup>60</sup>, ces offres représentent environ 900 places dont 350 places en HUDA. La DGCOP ne souhaite pas étoffer cette offre estimée suffisante. A Saint Laurent du Maroni, une offre d'hébergement d'urgence à destination d'hommes et femmes isolés avait été ouverte mais a rapidement fermée du fait de problématiques de ressources humaines. Par ailleurs, la DGCOP a décidé de ne plus financer de places en hôtels en raison d'un coût trop élevé (1,5 millions d'euros auprès d'un seul opérateur hôtelier) pour des conditions d'accueil insatisfaisantes. Les services de l'Etat ont donc décidé de réorienter cette dépense.

Concernant des CHRS, l'offre se révèle être insuffisante. En effet, le CHRS intervient en seconde intention après l'hébergement d'urgence, dans un objectif de stabilisation des personnes sur un temps un peu plus long. Un grand nombre de personnes ne résident dans les CHRS que le temps de l'obtention de leurs papiers puis quittent le territoire ensuite<sup>61</sup>. L'offre de CHRS en Guyane est nettement inférieure à l'offre métropolitaine avec 4,7 places pour 10 000 habitants contre 9 places en France métropolitaine<sup>62</sup>.

L'offre de maison relais, de résidence accueil et de pension de famille peut être insuffisante au regard des besoins, avec trois structures réparties sur Cayenne et Kourou et un taux d'équipement de 3.4 places

<sup>59</sup> CREAI centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Offre et besoins en accompagnement pour adultes en difficulté sociale en Guyane. 2022

<sup>60</sup> Entretien réalisé le 23 juillet 2024 avec Madame BERNOT, directrice de la DGCOP

<sup>61</sup> C'est notamment le cas des personnes issues des communautés du Moyen-Orient

<sup>62</sup> Rapport du CREAI, « Offre et besoins en accompagnement pour adultes en difficulté sociale en Guyane », 2022

pour 100 000 habitants, similaire avec la moyenne nationale<sup>63</sup>. L'ADSSUK, association qui porte la maison relais sur Kourou exprime le fait que son offre peine à trouver son public en ne s'adressant qu'à des personnes seules et isolées<sup>64</sup>. Le turn-over sur ces structures reste également peu important et ne peut donc répondre à l'émergence de nouveaux besoins. Pour autant, un foyer de jeunes travailleurs (FJT) de 150 places existe à Cayenne et un second serait en projet sur Saint-Laurent-du-Maroni ou à Kourou<sup>65</sup>.

L'accès à un logement ordinaire est difficile notamment parce que l'offre est insuffisante, c'est la raison pour laquelle les places dans les structures citées précédemment ont un turn-over très faible. Il existe peu de possibilités de sortie.

La construction de logements sociaux est en cours, notamment à Saint-Laurent-du-Maroni mais celle-ci prend du temps et ne s'adresse qu'à une population en situation régulière. Des dispositifs en lien avec le logement tels que l'intermédiation locative ou un chez soi d'abord existent, mais mériteraient d'être développés. Il est à noter la décision de la commune de Saint-Laurent-du-Maroni d'officialiser l'existence de certains quartiers informels sur sa commune, en rendant le bâti « formel »<sup>66</sup>.

## *II. Étude et discussion concernant la prise en charge des pathologies des populations précaires*

### 1. Prévalences des troubles mentaux, des consommations de substances psychoactives et de la consommation de traitements psychotropes

La dernière étude réalisée en Guyane en 2021 et publiée en 2023, intitulée « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalité »<sup>67</sup> a interrogé un panel d'habitants de la CACL et a établi les prévalences des principales pathologies mentales. Ainsi, 36,6% des personnes interrogées présentent au moins un trouble psychique, hors risque suicidaire et insomnie (soit un peu plus qu'en métropole : 31,9%). Les troubles anxieux touchent un quart de la population (24,6% contre 21,6% en métropole), parmi eux, l'anxiété généralisée est la plus représentée (12,4%), suivi par le trouble de stress post-traumatique (7,9%). Les troubles de l'humeur touchent un cinquième de la population et sont surreprésentés en Guyane (21,2% contre 13,6% en métropole). L'épisode dépressif (17,7%) dépasse de loin les troubles bipolaires (4,5%). Les troubles psychotiques sont relativement élevés (3,8% contre 2,7% en métropole). S'il n'a pas été observée de différence majeure entre les sexes en termes de prévalence, les femmes semblent présenter davantage de troubles anxieux et dépressifs tandis que les hommes présentent plus de troubles liés à l'usage des substances psychoactives et de troubles psychotiques. Des variations ont cependant été mises en valeur en ce qui concerne l'âge. En effet, la probabilité d'être atteint d'un trouble psychique chez les jeunes de moins de 30 ans est plus élevée (48,2%).

<sup>63</sup> CREAI centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Offre et besoins en accompagnement pour adultes en difficulté sociale en Guyane. 2022

<sup>64</sup> Entretien réalisé le 24 juillet 2024 avec Madame LE PELLETIER, directrice de l'ADSSUK

<sup>65</sup> Entretien réalisé le 23 juillet 2024 avec Madame BERNOT, directrice de la DGCOPOP

<sup>66</sup> Entretien réalisé le 25 juillet, avec les représentants de la commune de Saint-Laurent-du-Maroni

<sup>67</sup> Santé mentale en population générale : images et réalité, Guyane – CCOMS Lille-France, 2023.

Les prévalences des troubles d'addictions sont de 3,1% en ce qui concerne l'alcool et 4,5% en ce qui concerne les consommations des autres drogues. Le baromètre Santé Publique France de 2014<sup>68</sup> les détaille : 25% ont expérimenté le cannabis et 4% en ont un usage régulier, 2% consomment de la cocaïne et 1% de l'ecstasy. Les consommations de crack, du fait de leur faible coût financier en Guyane (de l'ordre de 2 euros la dose), sont majoritaires (pas de données précises). Là aussi, ces consommations concernent davantage les jeunes. Ces consommations ont des conséquences en termes d'accidentologie : 53,8% des accidents mortels en Guyane ont lieu dans un contexte d'alcoolémie positive et 36,4% avec un dosage positif en stupéfiants (contre respectivement 30,2% et 22,3% en métropole).

D'autres chiffres, tirés de l'Atlas Santé Guyane de 2020<sup>69</sup>, sont disponibles, notamment concernant le recours aux traitements psychotropes dans la population guyanaise bénéficiant du régime normal de la sécurité sociale. 25% de la population a recours aux traitements anxiolytiques, 16,7% aux traitements thymorégulateurs et 8,98% aux traitements neuroleptiques. L'Atlas Santé Guyane relève également une prévalence des troubles liés aux addictions de 2,6%. Ces chiffres semblent cohérents avec les prévalences des pathologies mentales relevées par l'étude de 2023, hormis le taux recours aux traitements neuroleptiques. Cette différence peut s'expliquer par la diversité des motifs de recours aux neuroleptiques, autres que le trouble psychotique et non explorés par ladite étude (troubles du sommeil et troubles du comportement quel qu'en soit l'étiologie psychiatrique).

L'Atlas Santé Guyane de 2020 chiffre la suicidalité à 7,5 pour 100 000 habitants, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide à 37,1 pour 100 000 habitants et la mortalité attribuable aux maladies liées à la consommation d'alcool et de tabac (cancers et cirrhose) à 98 pour 100 000 habitants, soit inférieures aux taux métropolitains (suicidalité de 14 pour 100 000 habitants, hospitalisation pour tentative de suicide à 148 pour 100 000 habitants et mortalité attribuable aux pathologies dues à l'alcool et au tabac de 147 pour 100 000 habitants).

## 2. Prévalences des pathologies somatiques

Là encore, l'Atlas Santé Guyane indique les principales prévalences retrouvées en Guyane. La prévalence des maladies cardio et cérébrovasculaires est de 6,4% (contre 7,4% en métropole). Ces pathologies sont à l'origine de la première cause de mortalité en Guyane (228 pour 100 000 habitants dont 79 par maladie vasculaire cérébrale contre 201 pour 100 000 habitants en métropole), devant la mortalité par cancer, le cancer du poumon et des voies respiratoires étant la première cause de mortalité par cancer. La prévalence de la prise de médicaments antihypertenseurs est de 20,53% contre 17,7% en métropole, ce qui fait de l'hypertension artérielle la pathologie somatique la plus traitée en Guyane. Sa mortalité y est forte, 29 pour 100 000 habitants (contre 16,1 pour 100 000 habitants en métropole), soit près du double de la moyenne nationale et la Guyane est la deuxième française où elle est la plus importante. La prévalence du diabète est de 9,7% contre 5,6% en métropole, soit près du double également. La Guyane est la troisième région française la plus touchée par la maladie diabétique. Sa mortalité est de 50,2 pour 100 000 habitants contre 18,1 pour 100 000 habitants en métropole, soit plus que le double de la moyenne nationale. Là encore, la Guyane est la deuxième région française où sa

<sup>68</sup> Usage et conséquences liés aux produits psychoactifs en Guyane – OFDT, 2020

<sup>69</sup> Atlas Santé Guyane, 2020.

mortalité y est la plus élevée et le diabète est la deuxième cause de mortalité sur le territoire guyanais. Le VIH est le premier motif de prise en charge en maladie infectieuse. Sa prévalence est de 1,38% contre 0,23% en métropole, soit six fois plus élevée. La mortalité liée au VIH est quant à elle sept fois supérieure (7,4 pour 100 000 habitants contre 1 pour 100 000 habitants en métropole). La prévalence des maladies hépatopancréatiques (sans discrimination étiologique) est de 0,87%, quasi semblable à la métropole (0,89%).

Sa mortalité y est cependant surreprésentée, estimée à 16,9 pour 100 000 habitants (contre 14,7 pour 100 000 en métropole). La Guyane est également la deuxième région française où on décède le plus de maladie hépatopancréatique.

La prévalence de la lèpre a significativement diminué en Guyane depuis 2015<sup>70</sup>, ne dépassant jamais le seuil de 1 pour 100 000 habitants. Elle touche 70% d'hommes et est surreprésentée dans le territoire du Maroni (plus de 50% des cas retrouvés). La population des orpailleurs brésiliens, à la situation très précaire, est probablement à l'origine de plus d'un cas sur deux, leur profession étant souvent sous-déclarée.

Le territoire guyanais est également particulièrement touché par les pathologies de l'insuffisance rénale : la prévalence de la dialyse est 2,4 fois plus importante qu'en métropole : 681 patients en 2017 avec un taux standardisé de 1 694 pour un taux hexagonal à 712<sup>71</sup>. L'agence régionale de santé a par ailleurs initié une feuille de route et un comité régional « Maladie rénale chronique » afin d'améliorer la prise en charge des patients<sup>72</sup>.

L'épidémiologie de la tuberculose en Guyane<sup>73</sup> se caractérise par un fort taux de déclaration reflétant les migrations des pays d'Amérique latine et des Caraïbes dont l'incidence est particulièrement élevée, en particulier en Haïti (181 pour 100 000 habitants), au Brésil (44 pour 100 000 habitants), au Suriname (29 pour 100 000 habitants) et au Guyana (86 pour 100 000 habitants). En 2018 ce taux était élevé avec 74 cas de tuberculose maladie déclarés, soit un taux de déclaration de 26,3 cas pour 100 000 habitants. La majorité des cas sont nés dans les pays limitrophes mais chez les personnes nées en France, l'incidence de la tuberculose est, elle aussi, plus élevée en Guyane qu'en métropole, témoignant aussi d'une circulation en population générale.

### 3. Discussion

Les données exposées ci-dessus confirment que la Guyane est un territoire où se posent des difficultés en termes de santé publique. Les principales causes de mortalité sont les maladies cardiovasculaires, suivies du diabète puis du cancer. Des pathologies mieux contrôlées en métropole telles que l'hypertension, les maladies hépatopancréatiques et la tuberculose, le sont moins sur ce

---

<sup>70</sup> A. Petiot, K. Drak, C. Dossou, P. Couppie, R. Blaizot - *Surveillance épidémiologique de la lèpre en Guyane, 2015—2021 : dynamique d'un problème persistant de santé publique.*

<sup>71</sup> P. Blemont, C. Gardel, J. Blondel et P. Yvin, Rapport IGESR-IGAS-IGA – Le renforcement de l'offre de soins en Guyane, 2021

<sup>72</sup> Voir la lettre PRO de l'ARS Guyane 14 juin 2024

<sup>73</sup> T. Succo, V.Travers, R. Carlisi, F. Huber, C.Rousseau - *Tuberculose en Guyane : une incidence élevée, un contexte particulier*, 2019.

territoire, attestant d'un très probable retard au diagnostic précoce. Enfin, la lèpre y apparaît comme une spécificité régionale.

Le territoire guyanais présente également de grandes disparités territoriales. Les communes dites de l'intérieur sont plus concernées par la prise d'antidépresseurs et la mortalité par suicide tandis que la région de l'île de Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni représentent la majorité de la consommation de traitements neuroleptiques. Les mortalités par maladie cardio et cérébrovasculaire, par maladie hypertensive et par VIH sont surreprésentées sur le tout le territoire et le sont encore plus dans l'ouest guyanais (avec un taux de mortalité par VIH record en 2015 de 23 pour 100 000 habitants).

Les données issues des études de grande ampleur ne concernent que la population bénéficiant de droits sociaux ouverts et ayant eu accès aux soins pour celle de l'Atlas Santé Guyane.

Quant à l'étude « Santé Mentale en Population Générale », elle n'y a inclus qu'une population résidant dans l'île de Cayenne et aucune donnée concernant l'existence ou non d'une couverture sociale n'est disponible dans les caractéristiques de la population étudiée. Ne s'étant pas intéressé ni aux populations des quartiers informels, ni aux populations migrantes et ni aux populations ne sachant pas qu'elles sont atteintes de pathologies (c'est le cas du diabète et de l'hypertension artérielle par exemple), ces prévalences ne semblent pas être représentatives de l'entièreté de la population présente en Guyane. Elles sont donc à prendre avec précaution en matière de population précaire dans laquelle les pathologies somatiques, mentales et addictologiques sont logiquement surreprésentées et ayant parfois des formes d'expression symptomatique différentes en fonction de leur origine culturelle. Ce manque de données pour cette population spécifique pourra être compensée par les premiers résultats de l'étude EPICEA<sup>74</sup>

### *III. Etude de faisabilité sur l'implantation d'un CHAPSA*

#### 1. Rappel des principes et des conditions de fonctionnement du CHAPSA

Le Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri (CHAPSA) est un centre d'hébergement d'urgence dédié à la mise à l'abri des personnes précaires majeures des deux sexes. Il est ouvert en continu toute l'année et offre un hébergement d'urgence, pour une nuit, dans le cadre d'un accueil inconditionnel. Il dispose d'une capacité d'accueil de 217 places, sans distinction de répartition suivant les sexes.

Créé à l'initiative de la Préfecture de police de Paris en 1955, le CHAPSA – bien qu'étant situé dans la commune de Nanterre dans les Hauts-de-Seine – a vocation à accueillir un public majoritairement parisien : 140 personnes sont orientées par la Brigade d'assistance aux personnes sans abri (BAPSA) par le biais d'un point de recueil et 54 personnes, par les équipes de maraude de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) qui acheminent également les publics en transport en commun. Des bus de la BAPSA et du Recueil social sont dédiés à ces voyages journaliers. Un dernier contingent, minoritaire à hauteur de 23 places, relève du Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) du département des Hauts-de-Seine : ces personnes orientées par le SIAO, se présentent directement au CHAPSA, puisque situées géographiquement à proximité.

---

<sup>74</sup> L'étude EPICEA est un projet financé par le Centre Hospitalier de Cayenne et l'ARS Guyane et est mené en partenariat par le pôle santé mentale du CHC, l'équipe mobile psychiatrie précarité et le CIC 1424 DRISP. Il a pour objectif d'évaluer la prévalence des troubles psychiques et addictifs dans la population précaire de l'île-de-Cayenne. Source : <https://www.ght-guyane.fr/chc/article/52>

Le CHAPSA se répartit sur une surface de 6000 m<sup>2</sup>, organisée autour d'un rez-de-chaussée contenant les espaces collectifs et de deux étages, le premier étage étant dédié aux femmes et le deuxième, aux hommes. Une cour intérieure permet la tenue d'activités de type sport ou jardinage.

L'arrivée au sein de la structure s'effectue entre 16h et 2h du matin. Les personnes admises sont enregistrées et se voient attribuer une chambre et un lit pour la nuit, au sein d'un dortoir collectif de 4 à 6 places. L'admission donne lieu à un repas chaud le soir, une collation nocturne et un petit-déjeuner le matin. Une fois enregistrées, les personnes se soumettent à un contrôle de sécurité (portail électronique de détection) et se voient attribuer un casier pour la nuit au sein d'une bagagerie sécurisée.

L'usager, tel est le titre des personnes accueillies, a la possibilité de conserver quelques effets personnels pour la nuit et de revenir à la bagagerie en étant accompagné. Ces mesures de sécurité permettent de limiter l'introduction d'armes<sup>75</sup> au sein de la structure, mais également de denrées périssables ou de substances illégales. Le contrôle s'effectue en présence d'agents de sécurité.

A l'issue des démarches d'accueil, l'usager peut se livrer à toutes sortes d'activités en attendant l'ouverture des étages et des chambres à partir de 19h45. Il peut ainsi bénéficier d'une douche, d'une consultation médicale ou infirmière, jusque 17h30, d'un entretien social, entretenir son linge via la laverie solidaire, réaliser des démarches informatiques en autonomie ou participer aux activités organisées par la structure. Un repas chaud est servi de 19h30 à 23h. Les personnes arrivant par le bus de 2h du matin bénéficient d'un panier-repas froid.

Le matin, le réveil est organisé entre 6h45 et 9h30 pour les usagers arrivés en nuit profonde, afin que les 217 usagers puissent bénéficier d'une douche et du petit-déjeuner, servi de 7h à 10h. A 10h, l'ensemble des usagers doit avoir quitté la structure, afin que les lieux puissent être remis en état.

Pour assurer son fonctionnement, le CHAPSA emploie un total de 78 personnes, réparties comme suit :

| Métier  | Effectif (en ETP) |
|---|-------------------|
| Directeur   | 0,3               |
| Encadrement (dont une intendante)                         | 3,05              |
| Assistant de service social                               | 2                 |
| Accompagnant éducatif et social                           | 9                 |
| Agent de service (restauration, logistique, bionettoyage) | 24                |
| Agent administratif                                       | 0,5               |
| Surveillant de nuit                                       | 19                |
| Agent de sécurité   | 18                |
| <b>TOTAL</b>  | <b>75,85</b>      |

Au-delà de sa partie hébergement, le CHAPSA bénéficie des prestations de quatre autres services qui lui sont adossés :

<sup>75</sup> Le CHAPSA est fréquemment le lieu de mésententes voire de rixes entre usagers qui contraignent l'établissement à dédier une équipe de sécurité et de faire appel à la police. Le CASH dispose d'une convention Hôpital Police Justice qui fait l'objet d'une évaluation annuelle.

- L'équipe de maraude, dont la mission est de créer du lien avec les personnes précaires vivant en rue dans les quartiers avoisinant l'hôpital et de les orienter vers un parcours de suivi social ou de santé adapté.
- L'accueil douche, ouvert à toute personne qui s'y présente, et qui offre des soins d'hygiène (douche), des kits d'hygiène, des vêtements aux personnes précaires. Ce service permet d'assurer un premier dépistage de l'état de santé ou des situations de violence.
- L'accueil de jour, ouvert à toute personne qui souhaite y accéder, et qui assure des missions de resocialisation à travers des temps d'échange et des activités socio-éducatives. Un premier bilan social de l'usager est réalisé, qui permet une orientation vers les dispositifs les plus pertinents.
- La consultation médicale, qui permet à toute personne sans abri, disposant de droits ouverts ou non, de bénéficier d'une prise en charge infirmière et/ou de médecine générale et d'une orientation – le cas échéant – vers les services hospitaliers.

Ces services emploient un effectif complémentaire de 33 personnes, réparties comme suit :

| Métier                          | Effectif (en ETP) |
|---------------------------------|-------------------|
| <b>Consultation médicale</b>    |                   |
| Encadrement                     | 0,5               |
| Infirmier                       | 2                 |
| Médecin généraliste             | 0,5               |
| Aide-soignant                   | 1                 |
| Agent administratif             | 1                 |
| Agent de service                | 1                 |
| <b>Accueil-douche</b>           |                   |
| Aide-soignant                   | 6                 |
| Agent de linge                  | 1                 |
| Agents de service               | 6                 |
| <b>Equipe de maraude</b>        |                   |
| Encadrement                     | 0,25              |
| Assistants de service social    | 2                 |
| Médiateurs de rue               | 3                 |
| <b>Accueil de jour</b>          |                   |
| Encadrement                     | 0,25              |
| Accompagnant éducatif et social | 5                 |
| Agent de service                | 1                 |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>30,5</b>       |

Le budget du CHAPSA et de ses services annexes représente un total de 7 170 400 euros, répartis à hauteur de :

- CHAPSA hébergement : 5 millions d'euros
- Equipe de maraude : 220 400 euros
- Accueil douche : 840 000 euros
- Accueil de jour : 420 000 euros

- Consultation médicale : 690 000 euros<sup>76</sup>

Le financement des effectifs représente environ 65% des dépenses, soit un peu plus de 4 millions d'euros.

## 2. Proposition d'implantation d'un CHAPSA en Guyane

L'étude de faisabilité réalisée à la demande de l'Agence Régionale de Santé implique d'analyser les besoins du territoire guyanais, en faisant ressortir les éléments favorables et les éléments dont il sera nécessaire de tenir compte. Enfin, il s'agira de définir les perspectives de création d'une structure qui puisse associer mise à l'abri et accompagnement social et en santé – en particulier sur le plan de la santé mentale.

### *a. Le territoire concerné*

Les entretiens réalisés auprès des opérateurs locaux indiquent que les problématiques des trois grandes villes (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent-du-Maroni) ne sont pas similaires :

- Cayenne est la ville dont les problématiques sont les plus proches de celles que nous rencontrons en Île-de-France : elle accueille une concentration de personnes précaires attirées par son dynamisme économique et par la présence en son sein des grandes administrations – en particulier la population migrante qui cherche à rejoindre la métropole. Elle rassemble également l'offre qui apparaît comme la plus solide et la mieux dotée sur le territoire.
- Kourou accueille peu de personnes précaires correspondant à la population « CHAPSA » : lors de notre échange avec les représentants de la Communauté de communes des Savanes, il en était dénombré une vingtaine. En revanche, c'est aussi la ville qui dispose de l'offre la plus réduite en matière d'accès aux soins (notamment en addictologie et en psychiatrie).
- Saint-Laurent-du-Maroni connaît une problématique de précarité essentiellement liée à sa proximité de la frontière surinamienne et au trafic de drogue, qui est particulièrement développé sur son territoire. Les personnes précaires qui sont recensées sur la commune le sont principalement au titre du « tourisme médical » (les soins étant payants au Suriname) ou de l'addiction au crack. Les interlocuteurs rencontrés soulignent toutefois qu'en dehors de quelques dizaines de personnes, ces personnes réalisaient de courts passages à Saint-Laurent-du-Maroni avant de se diriger vers Cayenne ou de retourner au Suriname.

Les difficultés de mobilité constituent un frein dont il convient de tenir compte dans notre analyse. Le territoire guyanais est particulièrement vaste puisqu'il représente presque 84 000 km<sup>2</sup> contre environ 12 000 km<sup>2</sup> pour l'Île-de-France. Alors que le circuit des usagers du CHAPSA représente environ 17 kms réalisés en une heure de transport, il faut plus de trois heures pour réaliser les 260 kms qui séparent Cayenne de Saint-Laurent-du-Maroni. Par ailleurs, le réseau de transport francilien reste relativement fiable et bien desservi au regard de son équivalent guyanais.

Il paraît donc irréaliste de proposer un unique centre guyanais permettant de centraliser les 150 ou 200 personnes précaires recensées par les communes. Au contraire, il paraît plus judicieux de proposer trois offres différentes, chacune adaptée au contexte d'une commune.

---

<sup>76</sup> 80% de ces dépenses sont constituées de charges directes.

**En raison du nombre de personnes concernées et de la diversité des profils, la ville de Cayenne ou ses environs apparaît comme la plus propice à la création de la première structure de type CHAPSA.**

Cette structure de type CHAPSA doit pouvoir être complétée par un dispositif s'adressant exclusivement aux personnes souffrant de pathologies psychiatriques et permettant une stabilisation de longue durée au sein d'un logement. En effet, le logement d'urgence reste une alternative moins efficace puisque de durée limitée, tandis que le logement individuel apporte statistiquement une meilleure observance des soins et un taux de « rechute » plus faible<sup>77</sup>, en particulier chez les jeunes – qui sont les publics ciblés en Guyane. Les conclusions du rapport rejoignent par ailleurs les entretiens que nous avons pu mener avec les Drs. Bobillier et Ommari, respectivement chef de pôle de santé mentale et médecin responsable de l'EMPP de Cayenne, qui indiquaient que les traitements par injection et les suivis en sortie par l'EMPP connaissent un taux de succès conséquent dès lors que le patient disposait d'un logement. La mise en place d'un co-portage, qui n'existe actuellement pas<sup>78</sup>, d'un dispositif de type « Un chez soi d'abord » incluant le pôle de santé mentale offre une solution intéressante.

#### *b. Le statut*

Les dispositifs de type « Un chez soi d'abord » relèvent de la catégorie des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), prévus à l'article L. 312-1§9 du Code de l'action sociale et des familles, complété par les articles D.312-154-1 à D.312-154-4 du même code. Ces dispositions prévoient que le gestionnaire ne peut être qu'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale, comprenant au moins : un établissement de santé autorisé en psychiatrie, un bailleur social, un CSAPA.

**La création du dispositif devra, en outre, faire l'objet d'un appel à projet porté par l'ARS.**

La structure du CHAPSA de Nanterre est un centre d'hébergement d'urgence, catégorie d'ESMS prévu à l'article L. 312-1§8 du Code de l'action sociale et des familles. Pour ce type d'ESMS, il n'existe pas de forme de portage réglementaire et il est juridiquement possible d'en rattacher l'activité à un centre hospitalier : l'article L6111-3 du Code de la santé publique prévoit que les établissements publics de santé peuvent « *créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du Code de l'action sociale et des familles* ». En complément, l'article R314-242 du Code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi la constitution de budgets annexes pour les activités sociales ou médico-sociales portées par un établissement public de santé.

**Toutefois, les activités de type centre d'hébergement d'urgence relevant des compétences de l'Etat, il reviendra à la DGCOPOP et l'ARS de lancer un appel à projet conjoint, chacun en sa matière, Etat pour la création des activités purement sociales comme par exemple l'hébergement ou l'accompagnement social et ARS pour les activités d'accompagnement soignantes comme la consultation médicale.**

---

<sup>77</sup> CREAL Occitanie, « Un Chez soi d'abord jeunes : expérimentation et effets, Rapport final, juillet 2023.

<sup>78</sup> Le groupe SOS porte seul actuellement les 4 places d'ACT « Un chez soi d'abord », sous une forme qui ne répond toutefois pas aux exigences du CASF, tels que définis dans les articles D312-154-1 à D312-4-4, et notamment dans l'article D312-154-2.

### *c. Le rattachement à un centre hospitalier*

La spécificité du CHAPSA de Nanterre réside dans son capacitaire élevé, mais également dans son rattachement à un centre hospitalier. Ce rattachement – qui s'explique par la fonction première de l'hôpital de Nanterre<sup>79</sup> – permet à chaque usager du CHAPSA de bénéficier, dans des conditions facilitées, d'un suivi médical approprié : la population précaire est très sensible aux dispositifs d'aller-vers qui facilitent, une fois le premier lien noué, l'accompagnement.

Il permet également de s'assurer du soutien des acteurs de la communauté médicale et de leur implication dans un projet d'accompagnement social. En effet, les secteurs sociaux et médicaux souffrent régulièrement d'une absence de liens avec leurs homologues hospitaliers. Ceci se reflète particulièrement en Guyane, où les acteurs médico-sociaux et sociaux déplorent de grandes difficultés d'accès aux soins, notamment hospitaliers, tandis que les acteurs sanitaires relèvent un rejet de l'adressage hospitalier vers des structures d'aval et notamment dans le cas des patients psychiatriques. Sans implication forte de l'hôpital, il est probable qu'un CHAPSA finirait par afficher des similitudes avec les centres n'acceptant que des profils stabilisés – qui ne sont donc pas les profils pour lesquels la mission a été mandatée.

Enfin, l'hôpital reste – en Guyane – un acteur incontournable du circuit d'accompagnement dans les soins : en effet, le secteur privé, libéral ou associatif, est très peu doté en ressources médicales de spécialités ; par ailleurs, les conditions de la rémunération hospitalière font que l'hôpital reste un acteur bien plus attractif pour les professionnels de santé et du secteur social<sup>80</sup>.

L'hôpital de Cayenne dispose de deux pôles, qui pourraient assurer le portage d'une telle structure : le pôle santé mentale, doté d'une double spécialité psychiatrie et addictologie et le pôle de recherche et santé publique qui permettrait d'ancrer moins directement la structure dans le parcours psychiatrique et de faire ressortir sa dimension sociale. Par ailleurs, la référence de ces deux pôles est assurée par la même direction.

### *d. Le public accueilli*

Nous avons vu précédemment que la population précaire présente sur le territoire guyanais se « divise » entre une population sédentarisée au sein des quartiers informels et une population qualifiée de « migrante », beaucoup plus marginale et se localisant plutôt dans l'espace public « SDF » ou dans des camps relativement démunis du point de vue des équipements disponibles. Au regard des attentes des institutions, il paraît clair que la population des quartiers informels n'est pas concernée par un modèle de CHAPSA : les habitants des quartiers informels organisent leur vie autour de la vie communautaire du quartier, qui dispose de ses habitations, de son économie et de son organisation interne (Conseil de quartier). Les personnes qui y vivent sont davantage en attente d'accompagnement dans les démarches ou d'interventions au domicile que d'une mise à l'abri au sein d'un centre d'hébergement.

En revanche, la population des « nouveaux migrants » demandeurs d'asile ou des quelques grands marginaux – souvent des usagers de drogues ou des personnes atteintes de troubles psychiatriques – repérés par les intervenants sociaux correspond beaucoup plus à la population-cible d'un centre de type

---

<sup>79</sup> Voir à ce propos l'annexe 2, qui reprend l'histoire et les missions du CASH de Nanterre.

<sup>80</sup> En raison notamment des primes allouées aux agents publics exerçant en Guyane : décret n°51-725 du 8 juin 1951 relatif au régime de rémunération et avantages accessoires des personnels de l'Etat en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion ; décret n° 2013-314 du 15 avril 2013 portant création d'une indemnité de sujétion géographique

CHAPSA. Il s'agit de la population qui, en raison de ses troubles non-stabilisés, ne trouve plus d'accès aux autres structures présentes sur le territoire.

Ce centre devra donc tenir compte du profil de ces deux populations, et adapter son offre aux besoins repérés en son sein – principalement un accompagnement en santé mentale et en addictologie. Il devra réussir à attirer une population éloignée des réseaux de soins – et notamment de la santé mentale – et qui ne considère pas les structures d'accompagnement social comme étant des lieux vers lesquels ils souhaitent se diriger.

#### *e. L'orientation du public-cible*

##### *⇒ Le dispositif « Un chez soi d'abord »*

Les personnes ciblées par le dispositif « Un chez soi d'abord » doivent répondre à des critères fixés par les textes réglementaires. La personne doit être adulte, sans domicile fixe, ayant des droits à la santé ouverts, être en situation régulière, présenter une pathologie mentale sévère. Elles doivent émettre une demande d'admission qui sera étudiée par une commission d'admission ou d'orientation, qui permettra de valider ou non la demande.

Une vigilance doit être de mise concernant ce dispositif, qui s'adresse à des personnes disposant de ressources ou celles en situation irrégulière, qui ne sont pas la majorité des personnes ciblées par la lettre de mission. Le dispositif CHAPSA pourrait, dans ce cas, être la porte d'entrée dans le dispositif après un premier accompagnement au rétablissement des droits.

##### *⇒ Le dispositif CHAPSA*

Le public ciblé par cette nouvelle offre est un public particulièrement difficile d'accès : au cours des entretiens, il est décrit comme :

- Étant relativement sédentarisé dans les lieux de squats ou les camps,
- Peu enclin à rechercher un accompagnement, qu'il soit psychiatrique ou en addictologie, en raison d'un déni de leurs troubles, d'un refus de cesser ou de diminuer la consommation dans le cas de l'addiction, de la mauvaise image de la psychiatrie,
- En faible recherche de soins, puisque comme le soulignent les interrogés, « la priorité c'est l'hébergement ».

Il sera donc important de présenter l'offre du CHAPSA de Cayenne dans un premier temps comme étant une offre d'hébergement permettant une stabilisation sociale et administrative, de réussir lors de ce premier temps à gagner la confiance des usagers et à parvenir une fois ce lien établi à les diriger vers un parcours de soins psychiatriques ou en addictologie si nécessaire.

Deux composantes apparaissent intéressantes :

- **Pour les usagers déjà inclus dans un parcours de soins psychiatriques** : hébergement immédiat sur le modèle du dispositif « Un chez soi d'abord », qui permet de rassurer l'utilisateur en répondant à sa première préoccupation, l'hébergement, sans exiger de contrepartie et de créer un premier lien de confiance. Ce modèle suppose une orientation validée en commission d'admission pluridisciplinaire, dans laquelle un psychiatre siégerait.
- **Pour les usagers non-inscrits dans un parcours de soins psychiatriques** : un parcours réalisé sur le modèle du CHAPSA nanterrien :

- Etape 1 : l'utilisateur est accueilli sur le principe d'un hébergement d'urgence (adressage par le 115) par le biais :
  - de 40 places d'hébergement d'urgence dont la durée de séjour doit être de quinze jours renouvelables ;
  - de 10 places de grande urgence pour des besoins ponctuels de personnes sans évaluation sociale et inconnues des services du SIAO, sur adressage du 115 ou de la maraude du dispositif, dont la durée de séjour doit être limitée à une nuit le temps de procéder au premier bilan social. Nous ne recommandons pas de permettre un accueil direct au sein de la structure sans adressage extérieur, ceci pour limiter des dysfonctionnements que nous avons pu expérimenter à Nanterre (existence de passe-droits, relations à risque pouvant exister entre des personnels et des demandeurs, présence en continu d'un grand nombre de demandeurs à l'entrée de la structure).
  - d'un accueil de jour quotidien qui permet de resocialiser l'utilisateur et de l'amener à rompre l'isolement à travers des activités thérapeutiques et récréatives en groupe, qui permettent également l'évaluation sociale et – avec la présence d'un IPA par exemple – un primo-dépistage des troubles psychiatriques ;
  - d'un accueil douche couplé à une consultation médicale qui apporte à l'utilisateur une prise en charge somatique moins stigmatisante pour lui, et qui ouvre la porte vers un accompagnement psychiatrique à l'issue.

Dans le cadre de ce dispositif, il est essentiel que les trois services – accueil de jour, accueil douche et consultation – travaillent de concert, en mutualisant les informations et les professionnels.

- Etape 2 : à l'issue du dépistage réalisé, l'utilisateur est orienté soit vers la commission d'admission du dispositif « Un chez soi d'abord » soit accompagné vers un hébergement plus adapté tel que communauté thérapeutique, HUDA, CHRS.

Afin de réussir à créer un lien de confiance avec les personnes précaires, il sera nécessaire de s'appuyer sur les médiateurs en santé : d'une part parce qu'une majorité des personnes en besoin est allophone et d'autre part, parce qu'on observe – chez les personnes précaires guyanaises comme chez les précaires métropolitains – une méfiance dès lors que l'interlocuteur est identifié comme étant trop éloigné socio-culturellement.

#### *f. La durée de séjour*

La durée de séjour au CHAPSA de Nanterre est limitée à une nuitée, ce qui permet de privilégier une mise à l'abri pour l'utilisateur. Toutefois, une étude interne a permis de souligner les limites que posent cette durée de séjour, et notamment :

- L'inadéquation des horaires d'accompagnement social et médical : alors que la nuitée de l'utilisateur s'effectue de 16h à 10h le lendemain, la consultation n'est ouverte que de 9h à 17h et les travailleurs sociaux, sur place de 10h à 18h. Cela limite considérablement les possibilités d'accompagnement et donc, les sorties de rue pérennes.
- Le fonctionnement en nuitée multiplie le nombre d'utilisateurs accueillis sur une année (en moyenne 3500 personnes différentes). En conséquence, les effectifs du centre reflètent cet accueil massif répété chaque jour en faisant la part belle aux effectifs de sécurité et de surveillance de nuit (47%

du total) et aux effectifs de logistique (31%). Les effectifs restant – 22% – sont dédiés à l'accompagnement socio-éducatif.

Au regard de ces éléments, nous préconisons une durée de séjour de 15 jours renouvelables pour les 40 places d'hébergement – afin de permettre une première stabilisation. Pour les 10 places d'hébergement de grande urgence, nous préconisons une durée maximale d'une nuitée, pour les raisons détaillées au paragraphe « orientation du public-cible » mais également pour permettre au SIAO de réaliser une véritable étude sociale et un suivi efficace de ces situations.

#### *g. La présence d'une équipe formée en santé mentale et en addictologie*

Le CHAPSA tel qu'il existe à Nanterre est un centre d'hébergement d'urgence conçu dans un objectif de mise à l'abri d'urgence. Son rattachement à un centre hospitalier a conduit la structure à évoluer vers un objectif d'amener la personne dans un parcours de soin. Toutefois, cette approche est centrée sur les soins somatiques, et reste limitée en matière de santé mentale ou d'accompagnement en addictologie. Il conviendra donc, au contraire, de doter le CHAPSA guyanais d'un accompagnement conséquent dans ces deux spécialités, puisqu'une partie du public orienté en relèvera.

Parmi les professions qui devront nécessairement être mobilisées, nous pouvons retenir : un psychologue, un psychiatre, un médecin addictologue, des infirmiers formés à l'addictologie et/ou à la santé mentale, un ou des personnels sociaux formés à la liaison en addictologie. Il faudra évaluer – auprès des acteurs concernés – dans quelle mesure ces personnels peuvent être des personnels rattachés au pôle de santé mentale de l'hôpital de Cayenne.

#### *h. Le fonctionnement de la structure*

⇒ *Pour la partie « Un chez soi d'abord »*

Le dispositif « Un chez soi d'abord » permet à des personnes remplissant des critères d'admission, de devenir locataires ou sous-locataires d'un logement.

Après cette première étape qui permet de redonner confiance à l'usager, une équipe pluridisciplinaire propose un accompagnement à l'usager avec une rencontre hebdomadaire soit à domicile, soit dans un lieu de son choix (café, espace public, etc.). L'accompagnement peut également être réalisé par téléphone.

⇒ *Pour la partie centre d'hébergement d'urgence*

Le dispositif du CHAPSA guyanais intégrera cinq dispositifs :

- L'hébergement d'urgence et l'hébergement de grande urgence : qui assureront la partie mise à l'abri du dispositif en proposant l'hébergement et l'alimentation des publics adressés. Le dispositif hébergement fonctionnera en liens étroits avec les autres dispositifs du CHAPSA de Cayenne puisque les usagers utiliseront les douches de l'accueil douche, bénéficieront du suivi social et des activités de la Halte de jour et pourront être suivis à la consultation médicale. Le dispositif hébergement constituera également la base d'orientation des usagers au sein d'un parcours de soin coordonné avec le centre hospitalier et les partenaires médico-sociaux.

- L'accueil de jour : en libre-accès, qui assurera le bilan et l'accompagnement social des personnes accompagnées, et qui pourra proposer des activités socio-éducatives aux usagers. L'objectif de ce service est de réussir à créer un lien de socialisation et de confiance avec les usagers, qui permettra d'orienter les usagers les plus opposants vers le dispositif de la consultation médicale et dans un parcours santé mentale le cas échéant.
- L'accueil-douche : en libre-accès, qui permettra aux personnes qui l'utilisent de bénéficier de soins d'hygiène et d'un dépistage primaire en santé. Ce service pourra orienter les usagers vers les autres dispositifs de la structure – notamment la consultation médicale.
- La consultation médicale : en libre-accès, qui permettra aux personnes qui l'utilisent de bénéficier de soins infirmiers (distribution de médicaments, prise des constantes, pansements, etc. mais aussi éducation thérapeutique) et de consultations médicales généralistes et psychiatriques. Ce service pourra orienter les usagers vers les autres dispositifs de la structure, mais également vers les services de spécialité de l'hôpital.
- La maraude : qui permettra d'assurer des opérations d'aller-vers en direction des publics précaires de l'Île de Cayenne ou de territoires plus étendus, à l'exemple de Kourou. L'objectif du service sera de lier des liens de confiance avec les usagers, de les orienter de façon facilitée vers les dispositifs de la structure (pour de l'hébergement et des soins), mais aussi de travailler en lien avec les habitants des zones visitées pour améliorer les rapports entre précaires et non-précaires. Un lien sera nécessaire avec les communes, afin de mieux orienter leur action vers des usagers déjà repérés par les services municipaux et de pouvoir répondre aux attentes des citoyens.

Pour illustrer le fonctionnement, on peut donner des exemples de parcours-type :

- X se présente au CHAPSA de Cayenne afin de bénéficier d'une douche. Au moment de la douche, il bénéficie d'un bilan de santé réalisé au sein de la consultation médicale. Il bénéficie également d'un temps d'accueil sur l'accueil de jour, pendant lequel un premier bilan social pourra être réalisé. Ce bilan social donnera lieu à un adressage par le biais du 115 vers la partie hébergement du CHAPSA, qui permettra de stabiliser X pour au moins 15 jours.
- Y est un patient suivi par le pôle de santé mentale. Il est sortant médicalement, mais doit bénéficier d'une stabilisation le temps d'entamer les soins hors-hospitalisation. Le pôle pourra donc l'adresser soit sur le dispositif « Un chez soi d'abord » si Y remplit les conditions, soit vers le CHAPSA par le biais du 115. Au CHAPSA, Y pourra bénéficier d'un suivi médical et infirmier réalisé en lien étroit avec le pôle de santé mentale.

Le fonctionnement du parcours proposé devra reposer sur une coordination des acteurs de chacun des dispositifs, à travers des staffs communs et des personnels partagés (par exemple, l'aide-soignant de l'accueil douche avec l'infirmier de la consultation, le médiateur de maraude avec l'infirmier sur des secteurs signalés ou encore le médiateur de l'accueil de jour avec le psychiatre). Tous ces échanges permettront de fluidifier le parcours, de mieux connaître l'utilisateur, d'éviter les répétitions de parcours et de limiter le nombre d'interlocuteurs différents autour des personnes accompagnées.

### *i. Le dimensionnement de la structure et l'architecture*

Lors des entretiens réalisés avec les acteurs de terrains et les décideurs, la question du dimensionnement de la structure a fait l'objet d'avis divergents. En effet, une structure de petite taille paraît plus propice à l'accompagnement individualisé et correspond davantage aux modes de vie observés dans les lieux de squats visités tels que le camp de la verdure et les squats occupés par des usagers de drogues. Toutefois, l'objectif d'un CHAPSA se doit d'apporter une mise à l'abri et une solution au plus grand nombre. Enfin, le dimensionnement de la structure doit également correspondre à un taux d'encadrement satisfaisant : le nombre de places – tous types d'hébergement confondus – doit représenter au moins 100 places, dont 10 places pourraient être mobilisées à de l'urgence à la nuitée, et être réparti en fonction des accompagnements proposés. Ainsi, une structure de type « Un chez soi d'abord » doit être composée d'appartements en diffus gérés par le dispositif lui-même ; une structure de type hébergement d'urgence, de petits logements communautaires rassemblés sur un même ensemble, sur le modèle de la maison-relai portée par l'ADSSUK à Kourou par exemple et comportant un ensemble commun abritant les douches, le self, l'accueil de jour et les locaux de consultation.

La localisation de la structure – hors logements diffus – est également essentielle, en particulier dans le cadre d'un rattachement hospitalier. Lors de nos échanges, les acteurs politiques et associatifs soulignent la nécessité de localiser le centre en périphérie de ville, d'une part pour éloigner les usagers de drogues de leurs lieux d'approvisionnement sur le modèle des communautés thérapeutiques, d'autre part pour se rapprocher des lieux actuellement occupés par les publics et enfin, dans l'objectif de rendre la structure acceptable par les populations.

L'architecture du bâtiment devra respecter – dans la mesure du possible – les habitudes de vie d'une population habituée à vivre en extérieur, en dehors des contraintes d'un bâti de type métropolitain.

Ainsi, le bâtiment devra tenir compte des habitudes de vie communautaires des usagers en proposant des espaces extérieurs végétalisés et des lieux de rencontre au sein des espaces d'habitation. Le modèle architectural du CHRS de Cayenne, géré par le SAMU social, est un exemple à privilégier.

Les locaux de l'ancienne DGCOPOP, éloignés du centre-ville mais accessibles par la route et disposant d'espaces verts conséquents pourraient – moyennant une réhabilitation des bâtiments afin de les transformer en lieu de vie – correspondre aux besoins.

| <b>Dispositif</b>                      | <b>Capacitaire</b>                       |
|--|--|
| « Un chez soi d'abord »                | 50 logements                             |
| CHAPSA – hébergement classique         | 40 places                                |
| CHAPSA – hébergement de grande urgence | 10 places                                |
| Dispositifs annexes du CHAPSA          |  |
| - Halte de jour                        | - 30 places quotidiennes                 |
| - Consultation médicale                | - 20 créneaux de consultation quotidiens |
| - Maraude                              | - NC                                     |
| - Accueil douche                       | - 80 passages quotidiens                 |

## j. Le montage financier

### ⇒ Financement du dispositif « Un chez soi d'abord »

Les dispositifs « Un chez soi d'abord » sont des ACT, des Appartements de Coordination Thérapeutique avec logement accompagné, dont le fonctionnement et le financement sont décrits dans le Code de l'action sociale et des familles<sup>81</sup>. Dans ce cadre, le dispositif dispose d'un financement alloué par l'ARS pour l'accompagnement réalisé auprès de l'usager et par l'Etat pour la partie logement, cette partie intégrant la part locative acquittée par l'usager – à hauteur d'environ 10% du budget.

Le coût à la place des ACT « Un chez soi d'abord » est de 14 800 euros. Un dispositif de 50 places représenterait donc un budget de 740 000 euros, dont 10% seraient recouverts sur les loyers perçus.

Dans la simulation ci-dessous, les niveaux d'estimation des charges de structures tiennent compte du tarif annuel estimatif – charges comprises – du parc de location privé (17€/m<sup>2</sup><sup>82</sup>) et du parc de location public (10€/m<sup>2</sup>), soit un coût annuel d'environ 8000 euros pour le privé et d'environ 5000 euros pour le public.

|  |                  |                  |   |
|--|------------------|------------------|---|
| Titre 1 : produits de tarification       | 666 000 €        | 389 000 €        | Titre 1 : charges de personnel                              |
| Titre 2 : autres produits d'exploitation | 74 000 €         | 21 000 €         | Titre 2 : charges d'exploitation courante et à car. Médical |
| Titre 3 : Autres produits                | -                | 320 000 €        | Titre 3 : charges de structure                              |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>740 000 €</b> | <b>740 000 €</b> | <b>TOTAL</b>  |

Il est à noter que le coût à la place du dispositif – 14 800 euros – a démontré son efficacité médico-économique, les coûts évités, en termes d'hospitalisation et de suivi social et médico-social en institution, représentant entre 6000 et 17 000 euros par an et par personne<sup>83</sup>.

### ⇒ Financement des places d'hébergement d'urgence

En Île-de-France, le coût moyen à la place de l'hébergement d'urgence est défini par le mode d'hébergement diffus ou collectif, ainsi que par les prestations délivrées, à savoir accompagnement, hébergement, repas entre autres. Les grands ensembles représentent douze Groupes Homogènes d'Activités et de Missions (GHAM), dont chacun représente un coût moyen annuel à la place<sup>84</sup>.

<sup>81</sup> Décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique ; Articles D 312-154-1 et suivants du CASF ; Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 donnant un cadre pérenne au dispositif d'appartements de coordination thérapeutique "Un chez-soi d'abord" expérimenté depuis 2011 dans quatre agglomérations (Lille, Marseille, Toulouse et Paris)

<sup>82</sup> Prix estimatif paru dans le Figaro immobilier, août 2024 ; <https://la1ere.francetvinfo.fr/a-la-reunion-aux-antilles-et-en-guyane-des-loyers-plus-chers-qu-ailleurs-1352360.html>

<sup>83</sup> Voir à ce propos l'étude du magazine Alternatives économiques (<https://www.alternatives-economiques.fr/revolution-un-chez-soi-dabord/00078653>) ainsi que l'article « Un chez soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers un logement » paru dans la revue La Santé en action, n°451-mars 2020

<sup>84</sup> DRIHL, Rapport d'orientation budgétaire, Campagne budgétaire 2024 des centres d'hébergement et de réinsertion sociale d'Île de France, [https://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_d\\_orientation\\_budgetaire\\_-\\_campagne\\_budgetaire\\_2024\\_des\\_centres\\_d\\_hebergement\\_et\\_de\\_reinsertion\\_sociale\\_chrs\\_d\\_ile-de-france.pdf](https://www.drihl.ile-de-france.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_d_orientation_budgetaire_-_campagne_budgetaire_2024_des_centres_d_hebergement_et_de_reinsertion_sociale_chrs_d_ile-de-france.pdf)

Le CHAPSA est un GHAM 3R, qui héberge en collectif et qui délivre des prestations de repas, d'accueil et d'accompagnement social. Le GHAM 3R représente un coût annuel moyen de 19 960€, soit un coût à la nuitée d'environ 54,7 euros. Le projet de CHAPSA guyanais reprendrait le GHAM 3R, pour un budget moyen de 50 places x 54,7 euros x 365 jours, soient 998 200 euros.

Les autres dispositifs adossés au CHAPSA (accueil douche, halte de jour et équipe de maraude) sont financés par le biais de subventions Etat, sur la base de données d'activité permettant d'objectiver l'activité et les besoins nécessaires pour remplir les missions de chaque service. A titre indicatif, ces subventions représentent environ :

- Accueil douche : 840 000 euros pour environ 70 000 passages annuels (soient 190 passages journaliers) ;
- Halte de jour : 419 000 euros pour environ 11 000 passages annuels (soient environ 30 passages journaliers) ;
- Equipe de maraude : 220 000 euros pour 160 maraudes réalisées et plus de 500 personnes maraudées et accompagnées.

La consultation médicale du CHAPSA est financée par le biais du fond d'intervention régional. En appliquant les mêmes ordres de grandeur au dispositif proposé en Guyane, on retrouve le financement suivant :

- Accueil douche : en incluant les 50 places journalières et environ 30 passages journaliers supplémentaires<sup>85</sup>, on obtient un budget d'environ 353 600 euros.
- Halte de jour : l'activité des associations rencontrées proposant un accueil en journée a été chiffrée dans des ordres de grandeur similaires à ceux de l'hôpital de Nanterre ; on peut donc estimer un budget s'élevant à 419 000 euros.
- Equipe de maraude : les ordres de grandeur à réaliser en Guyane sont similaires à ceux de Nanterre, on peut donc estimer un budget s'élevant également à 220 000 euros.
- Consultation médicale du CHAPSA : le nombre de consultations journalières pouvant être dispensées étant similaire à celui de la consultation de Nanterre, on peut chiffrer le budget à hauteur de 690 000 euros.

En y ajoutant le chiffrage de l'unité d'hébergement, on obtient un budget estimé pour le pôle hébergement-CHAPSA à environ 2 680 800 euros.

|  |                    |                    |   |
|--|--------------------|--------------------|---|
| Titre 1 : produits de tarification       | 998 200€           | 1 689 000 €        | Titre 1 : charges de personnel                              |
| Titre 2 : autres produits d'exploitation | 1 682 600€         | 155 640 €          | Titre 2 : charges d'exploitation courante et à car. médical |
| Titre 3 : Autres produits                | -                  | 836 160 €          | Titre 3 : charges de structure                              |
| <b>TOTAL</b>                             | <b>2 680 800 €</b> | <b>2 680 800 €</b> | <b>TOTAL</b>  |

Il est à noter qu'à la rédaction de ce rapport, certains éléments relatifs à la situation propre à la Guyane ne peuvent être estimés, comme par exemple le coût de l'électricité, des denrées alimentaires ou encore

<sup>85</sup> Ce chiffre fait référence à l'activité déclarée des douches municipales de Cayenne, qui indiquait 30 passages journaliers environ.

le coût de l'eau potable. Les éléments relatifs aux charges de structure et d'exploitation courante doivent donc être relativisés.

| Dispositif  | Financement Etat       | Financement ARS        | TOTAL par dispositif | TOTAL par ensemble     |
|---|------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| « Un chez soi d'abord » - 50 logements                | 277 000 euros          | 389 000 euros          | 666 000 euros        | <b>2 680 800 euros</b> |
| CHAPSA « Hébergement » - 40 places                    | 798 560 euros          | -                      | 798 560 euros        |                        |
| CHAPSA « Hébergement de grande urgence » - 10 places  | 199 640 euros          | -                      | 199 640 euros        |                        |
| Maraude   | 220 000 euros          | -                      | 220 000 euros        |                        |
| Accueil douche – 80 passages journaliers              | 353 600 euros          | -                      | 353 600 euros        |                        |
| Halte de jour – 30 places quotidiennes                | 419 000 euros          | -                      | 419 000 euros        |                        |
| Consultation médicale – 20 consultations quotidiennes | -                      | 690 000 euros          | 690 000 euros        |                        |
| <b>TOTAL par financeur</b>                            | <b>2 267 800 euros</b> | <b>1 079 000 euros</b> |                      |                        |

#### k. Les moyens humains

Le chiffrage des moyens humains repose sur les données moyennes issues du contrôle de gestion de l'hôpital de Nanterre, qui n'intègrent pas les primes spécifiques à la Guyane que sont l'indemnité de cherté de vie<sup>86</sup> et l'indemnité de sujétion géographique<sup>87</sup> :

| Métier   | Coût moyen chargé | Métier                          | Coût moyen chargé |
|--|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| Cadre de santé                                       | 70 000 €          | Assistant social                | 62 000 €          |
| Agent administratif (dont médiateurs <sup>88</sup> ) | 45 000 €          | Infirmier                       | 63 000 €          |
| Surveillant de nuit                                  | 48 000 €          | Aide-soignant                   | 58 000 €          |
| Agent de service hospitalier                         | 45 000 €          | Accompagnant éducatif et social | 53 000 €          |
| Educateur spécialisé                                 | 60 000 €          |                                 |                   |

<sup>86</sup> Décret n°51-725 du 8 juin 1951 relatif au régime de rémunération et avantages accessoires des personnels de l'Etat en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion

<sup>87</sup> Décret n°51-725 du 8 juin 1951 relatif au régime de rémunération et avantages accessoires des personnels de l'Etat en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion

<sup>88</sup> Les médiateurs en santé n'ayant pas de grille indiciaire, ils sont catégorisés comme agents administratifs à l'hôpital de Nanterre.

### Dispositif « Un chez soi d'abord »

Le dispositif « Un chez soi d'abord » repose sur une équipe pluridisciplinaire dont les compétences sont fixées par un cahier des charges national et qui doit comprendre a minima<sup>89</sup> : un encadrant ; un infirmier ; un intervenant compétent en addictologie, un médecin généraliste ; un psychiatre ; un médiateur de santé pair ; une personne en charge de la gestion locative ; un travailleur social.

Concernant l'équipe en santé mentale et en addictologie, elle pourrait directement être rattachée au pôle de santé mentale de l'hôpital de Cayenne et élarger en partie sur les ressources humaines déjà présentes (EMPP notamment). Par ailleurs, les politiques d'attractivité des hôpitaux guyanais, en particulier sur le plan des logements, peut laisser supposer que la gestion locative est également une compétence développée en interne. Enfin, la création, à l'horizon 2025, d'une PASS domicile au sein de l'hôpital peut faire envisager d'inclure le suivi social et somatique dans la file-active de ce nouveau service, en le mettant en lien avec le pôle de santé mentale.

Le dimensionnement des effectifs est à évaluer, mais à titre de comparaison, on peut citer les effectifs du dispositif porté par le CASH de Nanterre : pour 100 logements, l'équipe se compose de 18,5 ETP. Nous pouvons proposer le tableau des effectifs suivants :

| Métier                       | Quotité  | Coût estimatif |
|------------------------------|----------|----------------|
| Coordinateur d'équipe (IDEC) | 1        | 66 000 €       |
| Médecin psychiatre           | 0,1      | 14 000 €       |
| Médecin généraliste          | 0,25     | 25 000 €       |
| Gestionnaire locatif         | 1        | 55 000 €       |
| Assistant social             | 1        | 62 000 €       |
| Infirmier                    | 1        | 62 000 €       |
| Médiateur de santé pair      | 1        | 45 000 €       |
| Educateur spécialisé         | 1        | 60 000 €       |
| <b>TOTAL</b>                 | 6,35 ETP | 389 000 €      |

### Dispositif hébergement d'urgence et services adossés

Les effectifs des centres d'hébergement ne sont pas encadrés réglementairement, mais l'équipe des services d'hébergement et d'accueil de jour pourrait être composée – en tenant compte des compétences nécessaires et des besoins exprimés – des professions suivantes : cadre, agent

<sup>89</sup> Article D. 312-154-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

administratif, médiateurs, accompagnants éducatifs et sociaux, travailleurs sociaux, surveillants de nuit, maîtresses de maison chargées des missions logistiques.

En considérant que des services à caractère soignants seront adossés à cette structure d'hébergement, il conviendra d'y associer des infirmiers, des aides-soignants, ainsi que des vacations hebdomadaires de psychologue, de médecin généraliste voire de médecin psychiatre. Le pôle de santé mentale pourrait également venir en renfort de l'équipe, en particulier pour les personnels médicaux et les vacations de psychologue.

Les médiateurs seront employés afin de réaliser des maraudes et des missions de prévention, mais également pour accompagner les usagers dans le cadre de leur parcours et de leurs démarches, ainsi que pour assurer le lien de confiance avec les usagers.

Pour le service d'hébergement, le dimensionnement des effectifs restera à évaluer, mais il est possible de proposer la répartition suivante, pour un capacitaire de 50 places et sur la base d'une présence en continu au sein de la structure. Cette organisation représenterait un effectif d'environ 33,7 ETP, à l'exclusion des emplois médicaux et de psychologue.

| <b>Hébergement</b>                 |   |         |               |
|------------------------------------|---|---------|---------------|
| Cadre socio-éducatif               | Horaire : 9h-17h  | 1 ETP   | 70 000 euros  |
| Surveillant de nuit                | Horaire : 19h-7h  | 6 ETP   | 288 000 euros |
| ASH                                | Horaire 1 : 7h-19h<br>Horaire 2 : 6h-18h<br>Horaire 3 : 10h-22h | 9 ETP   | 405 000 euros |
| Agent administratif                | Horaire : 8h30-16h  | 1 ETP   | 45 000 euros  |
| <b>TOTAL</b>                       |   |         | 808 000 euros |
| <b>Accueil douche</b>              |   |         |               |
| Aide-soignant                      | Horaire : 7h-19h  | 3 ETP   | 135 000 euros |
| Médiateur                          | Horaire : 7h-19h  | 3 ETP   | 135 000 euros |
| <b>TOTAL</b>                       |   |         | 270 000 euros |
| <b>Consultation médicale</b>       |   |         |               |
| Infirmier                          | Horaire : 9h-16h30  | 3 ETP   | 189 000 euros |
| Agent d'accueil                    | Horaire : 9h-16h30  | 1 ETP   | 45 000 euros  |
| Médecin généraliste                | Horaire : 5 demi-journées                                       | 0,5 ETP | 50 000 euros  |
| Médecin psychiatre                 | Horaire : 2 demi-journées                                       | 0,2 ETP | 25 000 euros  |
| <b>TOTAL</b>                       |   |         | 309 000 euros |
| <b>Accueil de jour et maraudes</b> |   |         |               |
| Médiateurs de maraude              | Horaire : 8h-15h30  | 2 ETP   | 90 000 euros  |
| Médiateur social                   | Horaire : 8h-15h30  | 2 ETP   | 90 000 euros  |
| Assistant social                   | Horaire : 9h-16h30  | 1 ETP   | 62 000 euros  |
| Educateur spécialisé               | Horaire : 9h-16h30  | 1 ETP   | 60 000 euros  |
| <b>TOTAL</b>                       |   |         | 302 000 euros |

Ce tableau des effectifs représente environ 67% du budget de la structure, ce qui correspond au modèle nanterrien. Il permettrait de réaliser une couverture journalière comme suit :

| Hébergement                 | 1h |  |  | 6h | 7h | 7h30 | 8h | 8h30 | 9h | 10h |  |  | 13h30 | 14h | 15h | 15h30 | 16h | 16h30 | 17h | 18h | 19h |  |  | 22h | Minut |
|-----------------------------|----|--|--|----|----|------|----|------|----|-----|--|--|-------|-----|-----|-------|-----|-------|-----|-----|-----|--|--|-----|-------|
| Encadrement                 |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Agent administratif         |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| ASH ménage                  |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| ASH repas                   |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| ASH polyvalent              |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Surveillant de nuit 1       |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Surveillant de nuit 2       |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Accueil-douche              | 1h |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Aide-soignant               |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Médiateur                   |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Consultation médicale       | 1h |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| IDE                         |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Agent d'accueil             |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Accueil de jour et maraudes | 1h |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Médiateur de maraude 1      |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Médiateur de maraude 2      |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Médiateur vie sociale       |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Assistant social            |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |
| Educateur spécialisé        |    |  |  |    |    |      |    |      |    |     |  |  |       |     |     |       |     |       |     |     |     |  |  |     |       |

### I. Les coopérations et partenariats

Ainsi que l'exprime la partie II.b. du présent rapport, le dispositif peut s'appuyer sur un important réseau de partenaires sociaux et médico-sociaux et en particulier ceux qui ont fait l'objet de rencontres lors de la venue de la mission en Guyane<sup>90</sup>. Il sera essentiel de constituer ce réseau et de contribuer à l'animer, soit parce que ces structures peuvent constituer des solutions d'aval (LHSS, LAM, CHRS), soit parce que ces structures peuvent être des adresseurs potentiels (guichets associatifs, accueils de jour, etc.).

Pour y parvenir, il sera essentiel de pouvoir bénéficier d'un répertoire des moyens et des prestations présentes sur le territoire.

<sup>90</sup> Cf. Annexe 2

La Guyane, région d'outre-mer située sur la côte nord-est de l'Amérique du Sud, est marquée par sa géographie toute particulière, scindée entre un littoral très dense et la présence dominante de la forêt amazonienne sur le reste du territoire. Les temps de trajets entre chaque grande ville sont importants et le territoire doit composer avec une partie de sa population qui vit dans des communes peu ou pas accessibles, enclavées dans la forêt. Cette géographie unique en France draine son lot de problématiques tant en termes de migration, d'accessibilité aux infrastructures que de trafics.

Tout au long de son rapport, la mission s'est attelée à rappeler les caractéristiques du territoire guyanais et à présenter la méthodologie adoptée dans la réalisation de cette mission à la fois sur place, où de nombreux entretiens de terrain ont été réalisés mais également depuis l'hôpital de Nanterre au gré de lectures et d'entretiens réalisés en visio-conférence. Dans un second temps, ce rapport a cherché, selon la commande faite à la mission par la direction générale de l'ARS Guyane, à comprendre les principales données populationnelles, indicateurs de santé et autres analyses des offres sanitaires sociales et médico-sociales qui composent la région guyanaise. Enfin, le rapport a développé ses préconisations concernant à la fois la prise en charge des pathologies de la précarité mais également concernant la faisabilité de l'implantation d'un centre d'hébergement et d'accueil à destination des personnes sans abri.

Si la population guyanaise exprime se sentir en moins bonne santé que la population du reste de la France métropolitaine, l'accès aux soins et le parcours de santé des personnes précaires semble être relativement bien organisé avec une offre de PASS présente sur les trois hôpitaux principaux : CH de Cayenne, CH de Kourou, CH de l'ouest guyanais. La présence de seize centres délocalisés de prévention et de soins sur le reste du territoire permet d'assurer une réponse aux besoins de santé de la population qui ne vit pas à proximité des trois villes majeures. Les démarches « d'aller-vers », fonctionnement mis en place pour s'adapter aux besoins des personnes vivant à la rue, dans des squats, dans des habitats informels et surtout compte tenu des difficultés de déplacement dans le territoire, répondent aux besoins de la population en termes de soins somatiques grâce aux EMAS de Saint-Laurent-du-Maroni, et aux consultations délocalisées organisés sous forme de permanence au sein de certains quartiers. Les deux EMPP sont bien identifiées et travaillent en lien avec de nombreux acteurs. Leur offre pourrait encore se développer face à une demande croissante.

En effet, si les soins somatiques semblent mailler le territoire de manière cohérente face aux besoins, la mission a pu évoquer tout au long de ce rapport, le manque d'offre de psychiatrie malgré une demande forte et en croissance. Par ailleurs, le secteur hospitalier se retrouve embolisé par des patients stabilisés, en attente d'une place d'aval.

Si le taux d'équipement en MAS est similaire à celui de la France métropolitaine et France entière – ne justifiant pas pour autant que cette offre soit suffisante – ce n'est pas le cas de l'offre d'EAM/FAM qui est inexistante. Il en va de même pour l'offre de structures à destination des personnes âgées, pour lesquelles le taux d'équipement est nettement inférieur à ce qui existe en France métropolitaine et donc, insuffisant. En revanche, s'agissant de l'offre d'hébergement médico-social d'aval – LAM, LHSS, ACT et résidence accueil/foyers d'hébergement/maison relais – celle-ci atteint un taux d'équipement similaire à la France métropolitaine – ce qui ne suppose pas, une fois de plus, que ce taux soit suffisant – mais mériterait d'être mieux structurée et mieux identifiée afin d'occuper l'ensemble des places disponibles et ainsi répondre au mieux aux besoins du territoire.

La présence d'un certain nombre de personnes sans abri et marginalisées sur le littoral guyanais est un phénomène bien identifié par les communes et les intercommunalités. Ces personnes sont peu nombreuses et bien connues par le tissu associatif, qui tente de répondre à leurs besoins primaires. Considérant la commande de l'ARS Guyane et face au constat d'absence totale d'une offre globale de prise en charge et d'accompagnement de ce public, la mission a développé dans la seconde partie de ce rapport, une étude proposant la mise en place d'un centre d'hébergement et d'accueil pour les personnes sans abri, au cœur d'un dispositif global de soins d'hygiène, soins somatiques, psychiatriques et d'addiction. Ce dispositif a pour objectif d'accompagner les personnes en errance en leur proposant, par le biais d'une nuitée et de repas, un premier pas vers le soin, vers une resocialisation et un accompagnement social par la suite. Il nous apparaît que la mise en place d'un tel schéma, adaptable aux problématiques des communes dans lesquelles il serait implanté, permettrait de répondre aux besoins du territoire en termes d'accompagnement des personnes errantes, de prise en charge de leurs troubles et, *in fine*, de participer au maintien d'une certaine sécurité sur la voie publique.

La mission propose de poursuivre la réflexion globale présentée dans ce rapport en s'interrogeant sur la pertinence de la mise en place d'un pilotage institutionnel de l'ensemble de l'offre associative sanitaire sociale et médico-sociale du territoire guyanais, en un parcours mettant en lien l'ensemble des acteurs, permettant un suivi hebdomadaire et fiable tant des places vacantes que des personnes en demandes, portant ainsi un objectif d'orientation rapide et pertinent des demandeurs.

La Guyane a toutefois l'avantage de disposer d'un réseau associatif extrêmement riche et présent, ainsi que d'une offre sociale et médico-sociale diversifiée.

L'implantation d'un CHAPSA à Cayenne ou ses environs est l'occasion de mettre en œuvre un projet fédérateur en s'appuyant sur la force de ces partenaires associatifs. Ce projet sera l'occasion d'approfondir les liens entre les acteurs hospitaliers et les acteurs associatifs afin de dépasser les limites qui peuvent exister, cause d'une organisation distinguant des offres sanitaire, sociale et médico-sociale. L'exemple du CASH de Nanterre démontre qu'il est possible de dépasser ces clivages pour aboutir à un parcours fluide et gérer des parcours complexes qui doivent mobiliser l'ensemble des dimensions.

## Sommaire des annexes

**Annexe 1** : Lettre de mission

**Annexe 2** : Entretiens réalisés par la mission

**Annexe 2 bis** : Entretiens réalisés par le directeur de la Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion

**Annexe 3** : Histoire et offre du CASH de Nanterre

**Annexe 4** : Questionnaires proposés aux différents acteurs rencontrés

## Annexe 1 – Lettre de mission



Cayenne, le 03 JUIN 2024

Le directeur général de l'ARS Guyane

à

Madame **LEGENDRE Luce**  
Directrice du CASH de Nanterre  
et de l'EPS Roger Prévot

**Objet : mission d'étude de stratégie cible de rentrée dans le circuit des soins pour les patients ayant des pathologies de rue : opportunité de l'ouverture d'un centre d'accueil et de soins hospitaliers en Guyane (CHAPSA)**

Madame,

L'offre de soins en santé mentale et en prise en charge des addictions en Guyane, notamment pour les personnes les plus éloignées du système de santé, personnes vivant dans la rue, est très insuffisante.

La Guyane ne dispose pas de EPSM, le secteur libéral est embryonnaire. Or, le territoire est désormais malmené par la géopolitique ; la Guyane est l'une des plaques tournantes des trafics de stupéfiants, la moitié de la population vit sous le seuil de pauvreté avec une plus forte sensibilité aux addictions, enfin, les flux migratoires importants accroissent le nombre de personnes ne disposant pas de droits sociaux.

Je souhaite vous confier une étude de faisabilité sur la création d'un centre d'accueil et de soins hospitaliers en Guyane. Précisément, votre mission consistera à :

- Etablir un diagnostic populationnel : état de l'existant ; caractérisation des besoins de la population ;
- Proposer un panorama des étapes clefs à franchir pour la mise en place d'une offre de soins analogue au CASH de Nanterre quant à la prise en charge des pathologies de rue/ médecine sociale ;
- Préciser les métriques financières et ressources humaines correspondant aux besoins du territoire de santé.

La Guyane organisera ses assises de la santé mentale les 5-6 septembre et je souhaite pouvoir disposer des conclusions de vos travaux pour cette échéance.

Je vous remercie vivement pour votre intérêt pour la santé des populations en Guyane et vous prie de croire, Madame, en ma vive considération.



Le Directeur général

Dimitri GRYGOWSKI

## Annexe 2 – Entretiens réalisés par la mission

| Dates                                    | Communes / lieux                  | Acteur(s)  | Personne(s) rencontré(es)  | Membre(s) de la mission présent(s)  |
|--|-----------------------------------|--|--|---|
| Mardi<br>02/07/2024                      | Visio depuis le<br>CH de Nanterre | IDSanté  | Mme RHODES<br>(directrice)   | A. MARTINI, H.<br>SERVIERES, C.<br>CUGIER, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS                                  |
| Mercredi<br>10/07/2024                   | Visio depuis le<br>CH de Nanterre | CH de Cayenne  | Dr. OMMARI<br>(médecin<br>responsable de<br>l'EMPP), Dr.<br>BOILLIER (chef de<br>pôle de santé<br>mentale du CH de<br>Cayenne)   | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, A.<br>MARTINI   |
| Vendredi<br>12/07/2024                   | Visio depuis le<br>CH de Nanterre | Centre<br>d'Investigation<br>Clinique –<br>Épidémiologie<br>Clinique<br>CIC-EC | Pr. NACHER<br>(responsable du CIC-<br>EC)  | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, A.<br>MARTINI, R.<br>PERRIGAUD                              |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>En matinée</i> | Siège de l'ARS à<br>Cayenne       | Rencontre ARS<br>Guyane  | M. GRYGOWSKI<br>(DG ARS), Mme<br>WIEDNER-PAPIN<br>(directrice de la<br>santé publique), Dr.<br>BOICHON (directeur<br>de l'autonomie),<br>Mme RICHARD<br>(directrice de l'offre<br>de soins), Mme<br>DISPAGNE<br>(responsable de<br>l'organisation et du<br>développement de<br>l'offre médico-<br>sociale), Mme<br>KLEISOVA (chargée<br>de mission pilotage<br>stratégique et<br>médico-économique<br>de l'activité des<br>établissements de | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, A.<br>MARTINI, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS |

|  |                               |   | santé et des autorisations)  |  |
|--|-------------------------------|---|--|--|
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>En matinée</i> | Centre hospitalier de Cayenne | CH de Cayenne<br>Pôle santé mentale                           | Dr. BOBILLIER (chef de pôle), Dr. OMMARI (médecin responsable de l'EMPP), Mme NEMER (directrice référente du pôle de santé mentale, de la santé publique, de la qualité et des droits des usagers), Cadre de santé responsable du CSAPA, IDE, éducatrice | L. LEGENDRE, R. PERRIGAUD, H. SERVIERES, C. CUGIER, A. MARTINI, E. VALENTIN-BUSQUETS |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>En matinée</i> | Centre hospitalier de Cayenne | CH de Cayenne<br>Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) | Dr. COUSIN (médecin à la PASS)   | R. PERRIGAUD, E. VALENTIN-BUSQUETS, A. MARTINI                                       |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>En matinée</i> | Centre hospitalier de Cayenne | Service d'Accueil des Urgences avec visite des locaux (SAU)   | Pr. PUJO (responsable du SAU)  | L. LEGENDRE, H. SERVIERES, C. CUGIER   |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Roura                         | Communauté thérapeutique - Groupe SOS Solidarités             | Mme MALLET (Directrice Territoriale Lutte contre les inégalités sociales Guyane), Mme SERVIER (Directrice adjointe Pôle Addiction Guyane)  | A. MARTINI, E. VALENTIN-BUSQUETS   |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Remire-Montjoly               | Association AAPSE (maraude)                                   | Mme HERSI (directrice de l'AAPSE), médiateur de l'association  | L. LEGENDRE, R. PERRIGAUD  |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Cayenne                       | Association RDS (CAARUD)                                      | Mme LESCOURANT (directrice)  | C. CUGIER<br>H. SERVIERES  |
| Lundi<br>22/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Cayenne                       | Association AGRRR   | M. VASSAUX (coordinateur général)  | C. CUGIER, H. SERVIERES  |

|  |                        |   |   |   |
|--|------------------------|---|---|---|
|  |                        |   |   |   |
| Mardi<br>23/07/2024<br><i>En matinée</i> | Mont Baduel<br>Cayenne | Médecins du Monde<br>(maraude)  | Mme SANON<br>(médiatrice en santé<br>responsable de la<br>maraude), trois<br>bénévoles et un<br>second médiateur  | E. VALENTIN-<br>BUSQUETS                                    |
| Mardi<br>23/07/2024<br><i>En matinée</i> | Matoury                | Communauté<br>d'Agglomération du<br>Centre Littoral<br>(CACL)           | Mme LOUIS-<br>ALEXANDRE<br>(référente santé<br>mentale) M.<br>COUPEA<br>(représentant de<br>l'élue à la santé de<br>Cayenne) M.<br>TETARD<br>(responsable du<br>développement<br>social et urbain de la<br>ville de Macouria) | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER |
| Mardi<br>23/07/2024<br><i>En matinée</i> | Cayenne                | Douches municipales   | Mme TROCHIMARA<br>(maire de Cayenne),<br>M. GALANTINE<br>(chef de cabinet –<br>Ville de Cayenne),<br>directeur des<br>douches municipales   | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD                                |
| Mardi<br>23/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Cayenne                | Direction générale de<br>la cohésion et des<br>populations<br>(DGCOPOP) | Mme BERNOT<br>(directrice)  | L. LEGENDRE,<br>E. VALENTIN-<br>BUSQUETS                    |
| Mardi<br>23/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Cayenne                | Croix-Rouge   | Dr. KPOSSOU<br>(Médecin<br>responsable du<br>CLAT, du CEGIDD et<br>de l'antenne santé<br>publique)  | C. CUGIER, H.<br>SERVIERES, R.<br>PERRIGAUD                 |
| Mardi<br>22/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Cayenne                | COMEDE  | Mme ABRIAS<br>(coordinatrice du<br>COMEDE en<br>Guyane), Dr.<br>LEFEBVRE<br>(médecin<br>généraliste), Mme<br>JACOUD (chargée<br>de mission Guyane)  | A. MARTINI, C.<br>CUGIER, H.<br>SERVIERES, R.<br>PERRIGAUD  |

|   |                             |   |   |   |
|---|-----------------------------|---|---|---|
| Mardi<br>22/07/2024<br><i>Après-midi</i>    | Cayenne                     | LHSS/CHRS de<br>Cayenne (SAMU<br>social)  | Mme PONCEAU<br>(présidente du<br>SAMU Social),<br>directrice du Samu<br>social, éducatrice<br>aux LHSS.   | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, A.<br>MARTINI, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS |
| Mercredi<br>23/07/2024<br><i>En matinée</i> | Kourou                      | Communauté de<br>communes des<br>Savanes  | Mme PAPAIX-<br>PUECH (élue à la<br>santé), coordinatrice<br>du CLS  | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS                |
| Mercredi<br>23/07/2024<br><i>En matinée</i> | Kourou                      | Association<br>ADSSUK   | Mme LE PELLETIER<br>(directrice)  | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS                |
| Mercredi<br>23/07/2024<br><i>Après-midi</i> | Kourou<br>(visioconférence) | Association<br>Humanity First   | M. HADDIOUI<br>(directeur), cadre<br>socio-éducatif   | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS                |
| Judi<br>25/07/2024<br><i>En matinée</i>     | Saint-Laurent du<br>Maroni  | Pôle santé mentale<br>et SAU du Centre<br>Hospitalier de l'Ouest<br>Guyanais (CHOG) | Dr. EBO (chef de<br>pôle), Dr. DIN (chef<br>de service), Mme<br>ROUSSILHES (cadre<br>de pôle), Mme<br>TOCNEY (directrice<br>des soins),<br>Coordonnateur<br>général des soins | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER  |
| Judi<br>25/07/2024<br><i>En matinée</i>     | Saint-Laurent du<br>Maroni  | EMAS / PASS   | Mme LUPO (cadre<br>de l'EMAS et de la<br>PASS mobile), Mme<br>BAUDOIN   | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER  |
| Judi<br>25/07/2024<br><i>En matinée</i>     | Saint-Laurent du<br>Maroni  | Village chinois,<br>PASS mobile et<br>EMAS (maraude)                                | Mme LUPO (cadre<br>de l'EMAS et de la<br>PASS mobile), IDE,<br>AS, médiateurs   | E. VALENTIN-<br>BUSQUETS<br>R. PERRIGAUD  |

|   |                            |   |  |   |
|---|----------------------------|---|--|---|
| Jeudi<br>25/07/2024<br><i>En matinée</i>    | Saint-Laurent du<br>Maroni | Maison<br>d'Accompagnement<br>Psychosocial et<br>d'Insertion (MAPI) du<br>Centre Hospitalier de<br>l'Ouest Guyanais<br>(CHOG) | Les représentants de<br>la Maison<br>d'Accompagnement<br>Psychosocial et<br>d'Insertion (MAPI)   | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER                |
| Jeudi<br>25/07/2024<br><i>En matinée</i>    | Saint-Laurent du<br>Maroni | Visite du SAU.  | Cadre du service   | L. LEGENDRE<br>H. SERVIERES                               |
| Jeudi<br>25/07/2024<br><i>Après-midi</i>    | Saint-Laurent du<br>Maroni | Commune de Saint-<br>Laurent du Maroni  | Mme SOBAÏMI (élue<br>en charge de la<br>santé),<br>Mme<br>PRZYCHODZEN<br>(coordonnatrice<br>CLS),<br>Mme CASSIN (pôle<br>quartiers informels,<br>direction de<br>l'urbanisme)  | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>E. VALENTIN-<br>BUSQUETS |
| Jeudi<br>25/07/2024<br><i>Après-midi</i>    | Saint-Laurent du<br>Maroni | SAMU Social   | M. BERGER<br>(coordinateur de la<br>Maraude)   | E. VALENTIN-<br>BUSQUETS, C.<br>CUGIER                    |
| Jeudi<br>25/07/2024<br><i>Après-midi</i>    | Saint-Laurent du<br>Maroni | AKATIJ<br>(maraude)   | M. DESANGES (chef<br>de service<br>addictologie ouest),<br>CESF, médiateurs,<br>animateur  | R. PERRIGAUD,<br>C. CUGIER                                |
| Vendredi<br>26/07/2024<br><i>En matinée</i> | Cayenne                    | Équipe de direction<br>du CH de Cayenne   | Mme NEMER<br>(directrice référente<br>du pôle de santé<br>mentale, de la santé<br>publique, de la<br>qualité et des droits<br>des usagers), cadre<br>socio-éducatif du<br>service social<br>hospitalier, M.<br>ALBAREL (directeur<br>de l'ingénierie et des<br>travaux), M. GILLOIS<br>(directeur des achats<br>et de la logistique) | R. PERRIGAUD,<br>C. CUGIER, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS   |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| Vendredi<br>26/07/2024<br><i>En matinée</i>                        | Cayenne                                 | Association des<br>Maires de Guyane                     | M. JEREMIE (maire<br>de Sinnamary et<br>président de<br>l'association des<br>maires de Guyane)   | L. LEGENDRE<br>H. SERVIERES  |
| Vendredi<br>26/07/2024<br><i>En matinée</i>                        | Cayenne                                 | Debriefing de fin de<br>mission avec l'ARS<br>Guyane    | M. GRYGOWSKI<br>(DG ARS), Dr.<br>BOICHON (directeur<br>de l'autonomie),<br>Mme COUPRA<br>(cheffe du pôle<br>Prévention et<br>promotion de la<br>santé), Mme<br>KLEISOVA (chargée<br>de mission pilotage<br>stratégique et<br>médico-économique<br>de l'activité des<br>établissements de<br>santé et des<br>autorisations) | L. LEGENDRE,<br>R. PERRIGAUD,<br>H. SERVIERES,<br>C. CUGIER, E.<br>VALENTIN-<br>BUSQUETS |
| Vendredi<br>26/07/2024<br><i>Après-midi</i>                        | Rémire-Montjoly                         | Centre pénitentiaire<br>de Rémire-Montjoly<br>(visite)  | Dr. BONIFAY, Dr.<br>RAZAFINDRAZARA   | L. LEGENDRE<br>C. CUGIER<br>H. SERVIERES   |
| Vendredi<br>26/07/2024<br><i>Après-midi</i>                        | Cayenne                                 | Camp de la Verdu<br>(visite)                            | Interne de la Croix-<br>Rouge, Médiateur de<br>la Croix-Rouge  | E. VALENTIN-<br>BUSQUETS<br>R. PERRIGAUD   |
| Vendredi<br>26/07/2024<br><i>Après-midi</i>                        | Sinnamary                               | HUDA de Sinnamary<br>-<br>association Humanity<br>First | M. HADDIOUI<br>(directeur), cadre<br>socio-éducatif,<br>travailleuse sociale   | E. VALENTIN-<br>BUSQUETS, R.<br>PERRIGAUD  |
| Mardi<br>30/07/2024<br><i>Après-midi</i>                           | En visio depuis<br>le CH de<br>Nanterre | KAÏROS  | Mme GADIO<br>(directrice), Mme<br>PERELMAN (cadre<br>managérial et socio-<br>sportif)  | L. LEGENDRE,<br>H. SERVIERES,<br>E. VALENTIN-<br>BUSQUETS, R.<br>PERRIGAUD               |
| Lundi<br>26/08/2024<br>et Jeudi<br>29/08/2024<br><i>Après-midi</i> | En visio depuis<br>le CH de<br>Nanterre | Pôle santé mentale<br>du CH de Cayenne                  | Dr. BOBILLIER (chef<br>de pôle)  | L. LEGENDRE,<br>E. VALENTIN-<br>BUSQUETS, R.<br>PERRIGAUD                                |

|  |  |                                  |  |  |
|--|--|----------------------------------|--|--|
| <p>Mercredi<br/>28/08/2024<br/><i>Après-midi</i></p> | <p>En visio depuis<br/>le CH de<br/>Nanterre</p> | <p>Université de<br/>Cayenne</p> | <p>Monsieur QRIBI,<br/>(Maître de<br/>conférences - HDR<br/>en sciences de<br/>l'éducation à l'EPSE<br/>de l'université de<br/>Guyane, membre<br/>fondateur du<br/>laboratoire MINEA et<br/>chercheur associé à<br/>l'Équipe de<br/>Recherche en<br/>Dimensions<br/>Internationale de<br/>l'Éducation)</p> | <p>L. LEGENDRE,<br/>E. VALENTIN-<br/>BUSQUETS,</p> |
|--|--|----------------------------------|--|--|

## Annexe 2 bis – Entretiens réalisés par le directeur de la Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion

| Dates               | Communes / lieux                     | Acteur(s)   | Personne(s) rencontré(es)  | Membre(s) de la mission présent(s)        |
|---------------------|--------------------------------------|---|--|---|
| Lundi<br>01/07/2024 | Visio depuis le<br>CH de<br>Nanterre |   | Dr. CLOUZEAU<br>(addictologue,<br>ancienne médecin au<br>CSAPA de Saint-<br>Laurent du Maroni)   | A. MARTINI                                |
| Mardi<br>09/07/2024 | Visio depuis le<br>CH de<br>Nanterre |   | Pr. SALEM<br>(professeur émérite<br>de santé urbaine à<br>l'Université Paris<br>Nanterre, membre du<br>CA de Médecins du<br>Monde, membre du<br>Conseil scientifique<br>de la Fondation) | A. MARTINI, C.<br>CUGIER, H.<br>SERVIERES |
| Lundi<br>15/07/2024 | Visio depuis le<br>CH de<br>Nanterre | Association<br>« The Ink Link »                                   | Mme GARANCHER<br>(fondatrice et<br>coordinatrice)  | A. MARTINI                                |
| Mardi<br>23/07/2024 | Cayenne                              | Institut de<br>recherche pour le<br>développement<br>(IRD) Guyane | Mme MOULIN<br>(directrice du Centre<br>IRD de Cayenne)   | A. MARTINI                                |
| Mardi<br>23/07/2024 | Cayenne                              | Institut Pasteur de<br>la Guyane                                  | M. PEYREFITTE<br>(directeur Institut<br>Pasteur de la<br>Guyane)   | A. MARTINI                                |
| Mardi<br>23/07/2024 | Cayenne                              | ARS Guyane  | Mme KLEISOVA<br>(chargée de mission<br>pilote stratégique<br>et médico-<br>économique de<br>l'activité des<br>établissements de<br>santé et des<br>autorisations)                        | L. LEGENDRE, A.<br>MARTINI                |
| Mardi<br>23/07/2024 | Cayenne                              | Médecins du<br>Monde  | Mme CANN<br>(coordinatrice de<br>programme<br>Médecins du Monde<br>Guyane)   | A. MARTINI                                |

|                        |         |  |   |            |
|------------------------|---------|--|---|------------|
| Mercredi<br>24/07/2024 | Cayenne | ADER Guyane  | Mme MERLET<br>(directrice)  | A. MARTINI |
| Mercredi<br>24/07/2024 | Cayenne | INSEE  | M. DORELON (chef<br>du service territorial<br>INSEE Guyane)   | A. MARTINI |
| Mercredi<br>24/07/2024 | Cayenne | CREAI Guyane   | Mme BIHAN<br>(responsable<br>d'antenne CREAI<br>Guyane)   | A. MARTINI |
| Mercredi<br>24/07/2024 | Cayenne | L'Arbre Fromager   | Mme AYOUTE<br>(infirmière)  | A. MARTINI |
| Mercredi<br>24/07/2024 | Cayenne | AGRRR  | M. VASSAUX<br>(coordinateur général<br>AGRRR, doctorant<br>en anthropologie -<br>Université de<br>Guyane) | A. MARTINI |
| Jeudi<br>25/07/2024    | Cayenne | Guyane Promotion<br>Santé                                    | Mme ELESKI<br>(chargée de projet et<br>formatrice)  | A. MARTINI |
| Jeudi<br>25/07/2024    | Cayenne | Agence<br>d'Urbanisme et de<br>Développement de<br>la Guyane | Mme GUIRADO,<br>(directrice), M.<br>CHEVALIER (chargé<br>de mission habitat et<br>urbanisme)              | A. MARTINI |

## Annexe 3 – Histoire et offre du CASH de Nanterre

L'Hôpital de Nanterre (Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers – CASH) est un établissement unique en France, la loi 89-18 du 13 janvier 1989 lui conférant une double vocation sanitaire et sociale, héritée d'une histoire datant de la Maison départementale de Nanterre (1887), « dépôt de mendicité » avec mission d'héberger, dans un but à la fois humanitaire et d'ordre public, les indigents de Paris et du département de la Seine.

Ses missions sont inscrites à l'article L. 6147-2 du Code de la Santé publique :

*1° L'accueil, la réadaptation sociale des personnes sans abri orientées par le préfet de police de Paris ainsi que l'hébergement et la réadaptation sociale des personnes mentionnées à l'[article L345-1 du code de l'action sociale et des familles](#) et dans la limite des capacités autorisées par le représentant de l'Etat dans la région conformément aux dispositions de la [loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales](#) ;*

*2° L'exercice des missions mentionnées aux articles [L. 6111-1](#) et [L. 6112-1](#) dans les conditions prévues à l'article [L. 6112-2](#) ;*

*3° L'hébergement et les soins de personnes âgées et des personnes handicapées qui y résident.*

Aujourd'hui le CASH conserve une triple vocation sanitaire médico-sociale et sociale avec un pôle hospitalier performant, tourné vers la ville, ainsi qu'un pôle de médecine sociale et secteur médico-social au sein du pôle de gériatrie assurant une mission d'hébergement et de prise en charge médico-sociale des personnes sans abri.

Fort de son histoire et des synergies qui se sont créées dès l'origine entre le social et le sanitaire, l'hôpital de Nanterre joue aujourd'hui un rôle pilote dans l'approche coordonnée d'une offre sanitaire, médico-sociale et sociale au bénéfice des plus démunis. Le travail combiné de professionnels de tous ces secteurs autour des usagers et des patients représente une approche novatrice qui donne à cet établissement un rôle d'expert et en fait un lieu ressource pour les chercheurs ou les professionnels.

La synergie qui s'est créée dès l'origine entre le social et le sanitaire imprègne les projets de l'établissement, les pratiques des professionnels, la réflexion et la recherche : création du Samu social en 1991, création des lits infirmiers en 1992, mise en place d'un pôle d'accueil et d'orientation sociale et médicale en 2014, création d'un Institut de la Précarité et de l'Exclusion Sociale en 2016, puis de la Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale en 2019.

Etablissement de court et moyen séjour à vocation sanitaire et sociale, le CASH regroupe sur un site unique :

- **Un pôle hospitalier** (470 lits et places) comprenant :
  - Un pôle de médecine regroupant un services des urgences (somatiques, obstétricales, gynécologiques, psychiatriques), des soins intensifs en cardiologie, des services de spécialités médicales (médecine interne et infectiologie, diabétologie-endocrinologie, cardiologie, gériatrie aiguë, gastro-entérologie et addictologie, pneumologie ; hôpital de jour ambulatoire), un plateau de consultation polyvalent, une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), un Centre lutte anti tuberculeuse (CLAT), un Centre de

prévention et de diagnostic des pathologies chroniques (Vi'Tal), une antenne du Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), une antenne du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Aporia, une unité sanitaire localisée au sein du centre pénitentiaire des Hauts –de-Seine

- Un pôle de maternité regroupant une maternité de niveau 1 reconnue pour la qualité de ses accouchements physiologiques et des projets de naissance des parturientes
- Un pôle de gériatrie regroupant un service de soins médicaux de réadaptation (SMR), un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Un pôle de santé mentale comprenant deux unités représentant un total de 47 lits (dont 19 en unité fermée) prenant en charge les secteurs de Nanterre et Courbevoie ;
- Un pôle médico-technique regroupant, un plateau technique complet avec notamment un scanner et IRM, un laboratoire, une pharmacie unique intégrée (PUI) et un service de brancardage.
- **Un pôle de médecine sociale** pour l'accueil, l'orientation, l'accompagnement et la prise en charge médicale et sociale des personnes sans abri (454 lits et places) : Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (CHAPSA) et consultation médicale ; Lits Halte Soins de Santé (LHSS) ; Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) ; accueil de jour et accueil douche ; Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Résidence sociale ;
- **Un pôle formation/recherche** : Institut de formation en soins infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture (IFSI) ; Fondation Hospitalière pour la Recherche sur la Précarité et l'Exclusion sociale.

## FOCUS SUR L'ACTIVITÉ DU PÔLE DE MÉDECINE SOCIALE, DE L'EHPAD ET DE L'USLD

Le pôle de médecine sociale du CASH de Nanterre illustre la diversité des activités de l'établissement puisqu'il rassemble des services sociaux (1), des services médico-sociaux (2) et un unique service hospitalier (3).

### 1. Les services sociaux

Le pôle rassemble six services sociaux, encadrés par le huitième paragraphe de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ces services sont des structures rattachées juridiquement à l'hôpital de Nanterre, mais constituent des budgets annexes connaissant un fonctionnement qui leur est propre. Ils sont financés en totalité par la Direction Régionale de l'Insertion, de l'Hébergement et du Logement (DRIHL).

#### a) Le CHAPSA

Le CHAPSA est ouvert 365 jours par an et offre un hébergement d'urgence pour une nuit avec accueil inconditionnel. C'est un centre d'hébergement d'urgence, qui dispose d'une capacité d'accueil de 217 places (hors renforcement plan hivernal).

Il s'adresse aux personnes exclusivement orientées par la Brigade d'assistance aux personnes sans abri (BAPSA) de la Préfecture de Police, par le Recueil social de la RATP ainsi que par le SIAO/115 des Hauts-de-Seine.

Outre l'hébergement à la nuitée, le CHAPSA met à disposition des personnes accueillies, une bagagerie pour sécuriser leurs biens, un accès à l'accueil douche, un restaurant dans lequel le dîner et le petit déjeuner leurs sont servis, un accompagnement social ainsi qu'un accès à la consultation médicale. Il dispose également d'un vestiaire où des vêtements issus du don peuvent leur être délivrés. Il accueille les usagers de 16h à 10h le lendemain.

Les missions du CHAPSA sont les suivantes :

*Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence.*

*Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine et garantissant la sécurité des biens et des personnes, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptibles de lui apporter l'aide justifiée par son état, notamment un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un hébergement de stabilisation, une pension de famille, un logement-foyer, un établissement pour personnes âgées dépendantes, un lit halte soins santé ou un service hospitalier (...).*

*Toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée. Cette orientation est effectuée vers une structure d'hébergement stable ou de soins, ou vers un logement, adaptés à sa situation.*

#### b) L'accueil douche

L'accueil douche du CHAPSA offre des soins d'hygiène à toute personne précaire ou sans domicile se présentant, sans obligation d'être hébergée au CHAPSA. Elle permet aux usagers de prendre une douche (kit hygiène fourni), de recevoir un trousseau de vêtements propres. Elle assure également des soins d'hygiène de première intention (pédiculose par exemple). L'accueil douche a également une mission de dépistage précoce et remplit un rôle de santé publique. Il est ouvert en journée et jusque minuit.

#### c) L'unité de stabilisation

Dotée de 40 places, elle accueille des personnes ayant un projet de sortie de rue en leur proposant un accompagnement social et des modalités d'hébergement adaptées à leur situation qui vise à permettre un rétablissement des droits essentiels lorsque cela s'avère nécessaire, une sortie du dispositif d'hébergement d'urgence, l'accès à une insertion sociale et professionnelle.

#### d) La halte de jour

Installée dans les locaux du CHAPSA, la halte de jour a pour objectif d'accueillir en journée et toute l'année tous les usagers en situation d'errance. Elle dispose de 20 places simultanées et propose repas, collations et animations, avec l'ambition de servir de lieu de repos, de lieu de resocialisation, où les usagers pourront tisser ou retisser du lien social pouvant les amener à rompre avec l'errance et la solitude qui caractérisent leur quotidien.

### e) L'équipe de rue

La mission de l'équipe de rue est d'effectuer des maraudes pédestres auprès des personnes sans abri, un travail de prévention en lien avec l'hygiène corporelle, vestimentaire et environnementale. L'équipe mène un travail de médiation favorisant la « cohabitation » entre les habitants du quartier du Petit Nanterre et les personnes sans abri.

### f) La résidence sociale

La résidence sociale constitue une offre d'hébergement transitoire pour des personnes aux revenus limités, avant d'accéder à un logement dans le parc immobilier traditionnel. Elle permet à des personnes sortant de CHRS, ou en rupture d'hébergement, de faire l'expérience d'un logement relais avec le soutien d'un accompagnement social (entretiens, visites à domicile) orienté sur la recherche d'un logement stable et autonome, tout en poursuivant l'insertion. La résidence sociale du CASH constitue un parc locatif de logement social composé de 56 appartements T1, T1 bis et T2, gérés par le pôle de médecine sociale. Les locataires s'acquittent d'une redevance locative ainsi que du paiement des charges. Une équipe composée de travailleurs sociaux assure l'accompagnement des locataires.

## **2. Les services médico-sociaux**

Le pôle inclut également trois services médico-sociaux, encadrés par les septième (SAVS) et neuvième (LAM, LHSS) paragraphes de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ces services sont des structures rattachées juridiquement à l'hôpital de Nanterre, mais constituent des budgets annexes connaissant un fonctionnement qui leur est propre. Ils sont financés par des crédits d'assurance maladie pour les LAM et LHSS ; conjointement par des crédits d'assurance maladie et le conseil départemental pour le SAVS.

### a) Le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)

Le SAVS accompagne 21 personnes adultes en situation de handicap des deux sexes, âgées d'au moins 20 ans et orientées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH/CDAPH). Le SAVS met en place un accompagnement interne, à domicile, ou extérieur, physique ou distanciel, à destination des personnes en recherche d'insertion sociale et d'une plus grande autonomie.

### b) Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Les LAM 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. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire permettant de proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés ; 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 ; de mettre en place des stratégies de promotion et d'éducation pour la santé. Le service dispose de 25 lits.

### c) Les Lits Halte Soins de Santé (LHSS)

Les LHSS accueillent 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. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire permettant également de mettre en place des stratégies de promotion et d'éducation pour la santé. Le service dispose de 48 lits.

### **3. Un service hospitalier unique : la consultation du CHAPSA**

La consultation médicale du CHAPSA est une consultation médicale et infirmière, fondée sur le principe de l'accès aux soins non programmés. C'est un service rattaché à la structure hospitalière du CASH et financée par des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) sur le budget principal de l'hôpital.

La consultation médicale du CHAPSA constitue une offre de soins médicaux et infirmiers destinée aux personnes issues de la rue, qu'elles soient hébergées ou non au CHAPSA. Elle a pour but de prodiguer des soins réputés urgents aux hébergés lors de l'arrivée des cars. La consultation médicale joue également un rôle de Santé publique (dépistage de cancers, tuberculose, repérage des conduites addictives, etc.).

Cette antenne médicale fonctionne du lundi au vendredi, de 9h à 17h30. Elle assure des consultations de médecine générale, sans rendez-vous, et de façon inconditionnelle (avec ou sans couverture santé, en situation régulière ou non).

La présence sur le même site, du CEGIDD, du CLAT, de la polyclinique (consultations PASS), du service de maladies infectieuses, offre des capacités de dépistages et de campagnes de vaccinations qui sont régulièrement mobilisées.

## Annexe 4 – Questionnaire proposé aux différents acteurs rencontrés

### 1. Questions générales

- Quelles sont vos attentes en matière de réponse aux problématiques de précarité ?
- Quels freins identifiez-vous sur le territoire, en matière d'accès aux soins, à l'insertion, aux droits ?
- Pouvez-vous lister vos principaux partenaires en matière de précarité ? Avez-vous contractualisé ou signé des conventions avec eux ? Identifiez-vous des partenariats essentiels qui ne sont pas formalisés à l'heure actuelle ?
- Pouvez-vous nous décrire le parcours d'un patient précaire au sein de votre structure ? Selon vous, quels sont les liens et/ou les dispositifs essentiels et qui n'existent pas actuellement ? Quelles seraient vos attentes pour améliorer le dispositif ? Quelles seraient vos propositions ?
- Quels liens entretenez-vous avec vos partenaires en matière de précarité ? Quelles seraient vos attentes pour améliorer le dispositif ? Quelles seraient vos propositions ?
- Pourriez-vous nous présenter les caractéristiques sociales de la population accueillie dans votre structure (âge, situation économique) ?
- Pouvez-vous nous évoquer la situation en matière de ressources humaines, de politique d'attractivité et de formation ?
- Quelle est votre perception du rôle des médiateurs en santé ? Si le dispositif est présent sur votre territoire, quel est votre regard le concernant ? Avez-vous connaissance d'une formation spécifique ? Y a-t-il une sensibilisation à l'épidémiologie des pathologies en lien avec la précarité dans le DU médiation à la santé ?
- Pouvez-vous nous évoquer la question de la périnatalité ?
- Pouvez-vous nous évoquer la question des mineurs en précarité et notamment des MNA ? Quelle est l'offre présente ? Identifiez-vous cela comme une difficulté ? Quels sont les dispositifs présents ? Quelles sont vos attentes les concernant ?
- Pouvez-vous nous évoquer la question des personnes âgées en précarité ? Quelle est l'offre présente ? Identifiez-vous cela comme une difficulté ? Quels sont les dispositifs présents ? Quelles sont vos attentes les concernant ?
- Quelles sont les dispositifs de sensibilisation ou d'éducation à la santé sexuelle et affective ?
- Y a-t-il des pathologies affectant particulièrement l'état de santé des personnes sans abri ? Y a-t-il des distinctions selon la culture ou le pays d'origine qui nécessiteraient des actions de prévention et de soins ciblées ?

Les questions générales sont les questions qui ont pu être posées à chacun des opérateurs rencontrés. En fonction de la mission et du statut de l'opérateur rencontré, ces questions de portée générale ont pu être précisées par des questions plus spécifiques :

## 2. Centres hospitaliers

- **Direction**

- Pouvez-vous nous évoquer le projet médical de votre établissement et ses spécificités en matière de psychiatrie ?
- Comment est structuré le service social sur l'hôpital ?
- Pourriez-vous nous décrire les services d'aller-vers et les dispositifs mobiles existant sur le territoire et rattachés à votre établissement ?
- Quelle est la durée moyenne de séjour au sein de vos services ? [en cas d'écart important avec la DMS nationale] Comment expliquez-vous cet écart ? Quelles sont les solutions d'aval présentes au sein du territoire, notamment pour les personnes sans droit ?
- Quels partenariats spécifiques ou non au territoire – actuels comme envisagés – avez-vous conclus ou souhaiteriez-vous faire émerger ?
- Quelle est l'offre d'addictologie dans votre établissement ? Sera-t-elle renforcée dans le projet du CHU ? Quel est le projet de service de l'HGE en matière d'addictologie ? Le projet du CHU appréhende-t-il l'accroissement des consommations de drogue dans la population et dans la population précaire, jeune en particulier ? Quelles réponses est-il possible de proposer selon vous ?
- Dans la construction des filières graduées de soins du projet de l'hôpital, quelle place est donnée au médico-social et au social pour les personnes précaires ? Existe-t-il des partenariats formalisés ?
- Existe-t-il une direction de la santé publique dans votre établissement ? [Si elle existe] Quelles sont ses missions ? Pourraient-elles recouvrir celles d'une structure telle que le CHAPSA ?
- Quelles relations existent entre les différents hôpitaux du territoire guyanais ? Quelles relations existent avec les CDPS ?

- **Service des urgences**

- Pouvez-vous nous donner un tableau épidémiologique des différentes pathologies nécessitant des actions de dépistage (IST, dengue, affections respiratoires, tuberculose, VIH, gynécologiques, dermatologiques ?)
- Comment les violences faites aux femmes sont-elles prises en charge sur le territoire et selon quel parcours ? Avec quel(s) dispositif(s) ?
- Comment un patient nécessitant des soins d'hygiène et/ou de la vêture est-il pris en charge ?
- Quel est le parcours type d'un patient précaire aux urgences ? Quel est son mode d'adressage ou le cas échéant, qu'est-ce qui le pousse à se rendre aux urgences ? Une fois les soins réalisés, s'il n'est pas nécessaire de l'hospitaliser, quel type de sortie réalisez-vous ?

- **Psychiatrie**

- Pouvez-vous nous évoquer le projet médical de votre établissement et ses spécificités en matière de psychiatrie ? Quel impact la création du CHU a-t-il ou aura-t-il sur la dimension psychiatrie ? Est-il prévu une augmentation de l'offre ? Si oui, quelle sera-t-elle ?

- La création du CHU aura-t-elle un impact sur la recherche en psychiatrie ? Quels sont les liens entre la psychiatrie de secteur et la recherche ?
  - Existe-t-il un projet de gradation des soins en psychiatrie du fait de la création du CHU ?
  - Le psycho-traumatisme de la migration est-il un sujet de recherche ou de soins en psychiatrie en Guyane ?
  - Le CHU entrainera-t-il un meilleur maillage territorial, notamment par la coordination des actions des hôpitaux actuels et des EMPP ?
  - Ce projet peut-il avoir un impact sur l'attractivité médicale et soignante en psychiatrie ?
  - Existe-t-il des liens forts entre l'addictologie et la psychiatrie tels que le préconisent les pouvoirs publics ?
  - Comment est organisée la régulation en matière de psychiatrie sur le territoire, et notamment s'agissant des personnes SDF ?
  - Existe-t-il des usages entre secteurs de psychiatrie pour la régulation des sans abri ou des patients hors secteurs ?
  - Pouvez-vous nous en dire plus sur le « projet territorial de santé mentale » récemment diffusé ?
  - Quelle est la durée moyenne de séjour au sein de vos services ? [en cas d'écart important avec la DMS nationale] Comment expliquez-vous cet écart ? Quelles sont les solutions d'aval présentes au sein du territoire, notamment pour les personnes sans droit ?
  - Quelles sont les solutions d'aval disponibles, s'agissant des personnes placées en SPDRE (notamment les levées d'écroû sur la base des articles D.398 du Code de procédure pénale / et L.122-1 du Code pénal) ? A quels dispositifs d'accompagnement pouvez-vous recourir ?
  - Comment sont organisés – de par la configuration géographique – les différents mouvements sanitaires et notamment ceux relevant d'une mesure de de soins sous contrainte ? Des éventuelles difficultés humaines ou matérielles se manifestent-elles ?
- **PASS**
    - Quelles populations sont reçues à la PASS ? Observez-vous des évolutions récentes concernant ces populations et si oui, lesquelles ?
    - Quelles sont les pathologies principales prises en charge ?
    - Comment les violences faites aux femmes sont-elles prises en charge sur le territoire et selon quel parcours ? Avec quel(s) dispositif(s) ?
    - Existe-t-il des freins à l'accès à la PASS ? Si oui, lesquels ?
    - Comment se déroule l'inclusion à la PASS ?
    - Comment est structuré le service social sur l'hôpital ?
    - Comment est structurée la relation avec Médecins du Monde ?
    - Quelles coordinations existent entre la PASS de l'hôpital de Cayenne et la PASS du Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais ?
    - Quelles démarches d'évaluation sont-elles mises en place ou à mettre en place selon vous ?

- **Addictologie (et services de CSAPA et CARUUD)**
  - Existe-t-il des lits dédiés en addictologie ? [Si c'est le cas] Dans quels services sont-ils localisés et quelles sont les modalités d'admission sur ces lits ?
  - Existe-t-il des projets en lien avec la création du CHU concernant l'addictologie ?
  - Quelle est la place laissée à l'addictologie dans les services d'hépatogastro-entérologie ?
  - Comment s'organise le relais de soins ? Y a-t-il une orientation vers autres structures, une reprise de suivi ?

### 3. Institutionnels

- **Préfet**
  - Pouvez-vous nous donner les chiffres de la précarité sur le territoire guyanais ? Quels sont les critères de définition de la précarité ?
  - Quels sont les dispositifs permettant aujourd'hui de dénombrer les personnes précaires et d'identifier leurs territoires de regroupement ?
  - Des études ont-elles été faites pour mieux connaître la population des personnes sans abri et leurs usages en matière de recours à tous les types de dispositifs de la solidarité ?
  - Avez-vous un recensement précis du nombre de places d'hébergement destinés aux sans-abris ? Quelles catégories de structures sont-elles implantées en Guyane ?
  - Pouvez-vous nous détailler, de manière exhaustive, l'ensemble de l'offre d'hébergement qui existe aujourd'hui sur le territoire guyanais et qui entre dans le dispositif du SIAO ? Existe-t-il des projets d'ouverture prochaine de nouvelles structures ?
  - Y a-t-il un recours aux hôtels ?
  - Quels sont à votre connaissance les flux migratoires qui imprègnent particulièrement le littoral ?
  - Distinguez-vous des difficultés d'hébergement chez certaines populations ?
  - Quelles relations entretenez-vous avec les élus et l'ARS sur les questions des personnes sans abri et, en particulier, de l'offre de soins s'adressant à elles ?
  - Quelles sont les freins à l'accès au logement social en Guyane ? Quelles sont les perspectives en matière de logement social en Guyane ?
  - Quelles seraient les propositions propres à la préfecture compte-tenu de ses missions en matière de sécurité des biens et des personnes ?
  - Quelles seraient les attentes de la préfecture vis-à-vis de l'offre en psychiatrie publique en Guyane ?
  - Pourriez-vous nous décrire les grandes orientations de la préfecture pour les années à venir en matière de gestion de la grande précarité et des difficultés que cela peut engendrer (addictologie, éventuelle insécurité) ?
  - Quelles sont les attentes de la préfecture vis-à-vis de cette mission ?

- **SIAO**

- Pouvez-vous nous donner les chiffres de la précarité sur le territoire guyanais ? Quels sont les critères de définition de la précarité ?
- Quels sont les dispositifs permettant aujourd'hui de dénombrer les personnes précaires et d'identifier leurs territoires de regroupement ?
- Quelles relations entretenez-vous avec les SAMUs sociaux de métropole ? Entretenez-vous des liens avec l'Observatoire du SAMU social ?
- Quelles démarches d'évaluation sont mises en place ? Quelles démarches est-il nécessaire, selon vous, de mettre en place ?
- Pouvez-vous nous détailler, de manière exhaustive, l'ensemble de l'offre d'hébergement qui existe aujourd'hui sur le territoire guyanais et qui entre dans le dispositif du SIAO ?

- **ARS**

- Pourriez-vous nous décrire les services d'aller-vers et les dispositifs mobiles existant sur le territoire ?
- Le taux de vaccination est relativement faible en Guyane au regard de la métropole, l'est-il autant ou plus chez les personnes sans abri ? Possédez-vous quelques données statistiques ?
- Y a-t-il des spécificités de consommation de drogues propres à la Guyane ou propres aux personnes sans abri et à certaines communautés ?
- Quels seraient les besoins prioritaires géographiques en matière de centre d'accueil et de soins hospitaliers ? Faut-il se limiter au littoral ?
- Selon vous, une structure de type CHAPSA serait-elle plus efficiente si elle était gérée par une association qui aurait conventionné avec l'hôpital ou directement par l'hôpital ? Quels soins premiers doit-on y proposer ? Doit-elle s'inscrire dans un parcours de médecine générale avec orientation ou un recours direct à une offre de psychiatrie est-il préférable ?
- Quelles relations existe-t-il entre la préfecture et l'ARS sur les questions des personnes sans abri ?
- Existe-t-il à votre connaissance une prévalence des pathologies psychiatriques chez les personnes sans abri ? Une étude type SAMENTA est-elle envisageable en Guyane ?
- Existe-t-il des études similaires sur la consommation de drogues pour mieux connaître les pratiques et l'ampleur du phénomène ainsi que les consommateurs ?
- Quel soutien l'ARS apporte-t-elle à la médiation en santé ?
- L'offre en matière d'hygiène accessible au public – à la manière des bains douches et des toilettes publiques – est-elle connue de l'ARS ? Cela fait-il l'objet d'une politique commune entre l'ARS et les collectivités locales ?
- Quel budget est dédié à la recherche ? Sur quels types de recherche et sur quelles thématiques le budget est-il orienté en priorité ?
- Quels sujets devraient encore être explorés dans le cadre d'une action de recherche ?
- Existe-t-il des recherches comparant la Guyane aux autres territoires ultra-marins ou comparant la Guyane et la métropole ?
- Comment les besoins de financement de recherches sont-ils identifiés puis suivis le cas échéant ?

- **Elus**
  - Pourriez-vous nous décrire les services d'aller-vers et les dispositifs mobiles existant sur le territoire ?
  - Pouvez-vous nous présenter les infrastructures municipales dédiées à la précarité, comme par exemple les douches, les dispensaires, les points de distribution ?
  - Pouvez-vous nous présenter les missions du CCAS en matière de précarité et d'accompagnement social ? Existe-t-il des difficultés spécifiques ? Si oui, lesquelles ?
  - Pouvez-vous nous présenter le Contrat Local de Santé et le Contrat Local en Santé Mentale ? Pouvez-vous nous présenter l'axe dédié à la prise en charge de la précarité ?
  - Au regard du plan local d'urbanisme, la commune peut-elle accueillir une extension des dispositifs hospitaliers et sociaux ? Quelle est l'acceptabilité d'un tel projet pour les citoyens de la commune ?
  - Quelles sont les freins et les perspectives à l'accès au logement social en Guyane ? Quelle est votre position sur ce sujet ?

#### **4. Associations et maraudes**

- Pouvez-vous nous présenter votre activité et les missions de votre association ?
- A quel public s'adresse votre association ? Pourriez-vous nous décrire les principales caractéristiques du public accueilli ?
- Quels liens entretenez-vous avec le secteur public hospitalier ? Adressez-vous des personnes précaires que vous suivez auprès des services hospitaliers ? [Si c'est le cas] Pour quels types de recours aux soins les adressez-vous ?

Les temps de maraude ont été basés sur une observation attentive des techniques développées, des liens entretenus avec les personnes maraudées et des échanges entre les maraudés et les maraudeurs. Les temps de maraude ont été suivis de temps d'échange avec les opérateurs, au cours desquels les questions relatives aux associations et les questions générales ont été posées.

## Bibliographie

### ARTICLES

AUDOUX, Ludovic PREVOT, Pascal. La grande pauvreté bien plus fréquente et beaucoup plus intense dans les DOM. INSEE Focus N° 270 juillet 2022

BOUTET Catherine et SERAPHIN-GEORGES Clotilde, avec LEWIS Ludmïa, « Pénurie de médecins, pharmaciens et dentistes : la Guyane n'attire pas les professionnels de santé », [la1ere.francetvinfo.fr](http://la1ere.francetvinfo.fr), 5 août 2024

CARDE Estelle, « De l'étranger au minoritaire, de la "Métropole" à la Guyane : les discriminations dans l'accès aux soins », Cairn info - février 2012, dans Migrations Société 2012/2 (N° 140), pages 35 à 50

CARDE Estelle, « Discriminations et accès aux soins en Guyane française », Cairn info - mars 2017, dans Cahiers de la LCD 2017/3 (N° 5), pages 174 à 206

CARLIER Pierre-Yves, « Mieux connaître les populations précaires avec l'enquête Epicéa », [www.ght-guyane.fr](http://www.ght-guyane.fr), 6 décembre 2023

DUBESSET Enzo, « À Cayenne, des demandeurs d'asile sont placés dans « un camp bidonville géré par l'État », [www.streetpress.com](http://www.streetpress.com), 27 mai 2024

FESSARD, Claire et HYVERT, Georges. Santé des migrants sur le Haut Maroni en Guyane, enjeux et prise en charge. Santé Publique France 23 avril 2021

GERY Yves, COCHET Charlene, BONOT Bérengère, GAILLET Mélanie, « Guyane intérieure : une équipe mobile de santé publique va vers les habitants des communes isolées », Santé Publique France / La Santé en action n° 458, p. 34-37, décembre 2021

GOREAUD PONCEAUD, Anthony, CALAS, Bernard. La France des marges. Les cahiers d'Outre-Mer Revue de géographie de Bordeaux Janvier-Juin Janvier 2016 n°273. Presse Universitaire de Bordeaux.

INED, « Enquête Migration Famille Vieillesse (MFV2) en Guyane », [www.ined.fr](http://www.ined.fr), 12 décembre 2023

JANVIER Caroline JANVIER et NACHER Mathieu, *Psychiatrie, addictologie et santé mentale en Guyane : revue de la littérature, état des connaissances actuelles et orientations prioritaires de recherche*, L'information psychiatrique, 2023/9 vol. 99

LAMA Catherine, « Les sinistrés de l'incendie du squat de Baduel pris en charge par les autorités », [la1ere.francetvinfo.fr](http://la1ere.francetvinfo.fr), 29 juillet 2024

LECAS Marion, « Demandeurs d'asile, un casse-tête sans solution – Que se passe-t-il à la Rocade de Zéphir ? », France Guyane L'Hebdo, 26 juillet 2024

NACHER, Mathieu. Santé globale et Guyane, étude descriptive et comparative de quelques grands indicateurs 2019 Centre d'investigation clinique des Antilles et de la Guyane, site Guyane. Centre hospitalier de Cayenne

QRIBI, Abdelhak, CHAPELLON, Sébastien. Adversité et créativité dans le contexte de demandeur d'asile en Guyane française. Nouvelle revue de psychologie N°25 année 2018 page 147 à 162. Edition Erès.

QRIBI Abdelhak, DAYRE Nathalie. Toxicomanies et politiques publiques en Guyane, déterminants et urgences. Sociographe 2015/3 n° 51 pages 121 à 129. Editions Champ social

Pauvreté dans les DOM : enfin des données précises. Observatoires des inégalités 26 novembre 2020

Une pauvreté marquée dans les DOM notamment en Guyane et à Mayotte. INSEE Première n° 1804. INSEE juillet 2020

Création du CHU de Guyane. Communiqué de presse du ministère de la santé et des solidarités mars 2021

A Cayenne, des équipes mobiles de santé vont vers les populations des quartiers précarisés. La santé en action n° 458 décembre 2021

En Guyane, un camp pour les demandeurs d'asile, géré par l'Etat. Revue électronique de La CIMADE. 11 décembre 2023

Surveillance sanitaire en Guyane au 29 décembre 2023. Santé publique France

Données Locales, Dossier complet, Région de Guyane INSEE paru le 27/02/2024

Bulletin bimensuel Guyane surveillance épidémiologique 2024. Santé publique France

Bulletin de vaccination guyanaise. Santé Publique France avril 2024

Communauté d'agglomération du Centre Littoral, « Élaboration du 1er Plan Intercommunal de Lutte contre l'Habitat Indigne (PILHI) de la CA CL », [www.cacl-guyane.fr](http://www.cacl-guyane.fr), 16 juin 2023

APM News – « Mayotte : le rapport de la Drees laisse entrevoir une offre de soins squelettique voire inexistante », 18 juillet 2024 (comparaison Guyane)

## OUVRAGES

DAMON, Julien. Toilettes publiques, essai sur les commodités urbaines 2023 Presses de Sciences po.

OGG, Jim. Comprendre les indicateurs de pauvreté pour mieux la combattre. Revue des indicateurs de pauvreté en France avec un éclairage particulier sur les dernières réflexions au Royaume-Uni. Juin 2024. Fondation hospitalière pour la recherche sur la précarité et l'exclusion sociale

## RAPPORTS

BAERT Xavier, CHARRIER Rémi, KEMPFINSEE Nicolas, « L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais : l'absence d'offre de soins s'accompagne de précarité », Insee Dossier n°6, novembre 2017

BOURGAREL Sophie, « Offre et besoins en accompagnement pour adultes en difficulté sociale en Guyane », CREA1 Nouvelle Aquitaine Délégation Guyane, 2022

BOURGAREL Sophie, « Offre et besoins en Etablissements et Services Médico-Sociaux pour personnes âgées et en Soins palliatifs en Guyane », CREA1 Nouvelle Aquitaine Délégation Guyane, 2022

BOURGAREL Sophie, « Offre et besoins dans le champ du handicap en Guyane », CREA1 Nouvelle Aquitaine Délégation Guyane, 2022

BOURGAREL Sophie, « Besoins en ressources humaines et formation dans les ESMS de Guyane », CREA1 Guyane, novembre 2023

CHEVALIER Samy, « L'habitat en Guyane en 2023 : Données et chiffres-clés », Tableau de bord de l'habitat n°7 - Observatoire de l'Habitat, Décembre 2022

MARGERIN GRUNENWALD Pauline, MIRANDE Bruno, VALETTE Emmanuelle (Guy Taieb Conseil), « Quels sont les besoins pour la production de logements en Guyane ? », pour la Direction Générale des Territoires et de la Mer de la Guyane, 2022

RAIMBAUD Baptiste, DEMOUGEOT Lise, KEMPF Nicolas Kempf, « Niveaux de vie et pauvreté en Guyane en 2017 : la moitié des guyanais vivent sous le seuil de pauvreté », Insee Analyses n°46, juin 2020

CHU Guyane Projet médical par filières Juillet 2024

CREAI centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Offre et besoins en accompagnement pour adultes en difficulté sociale en Guyane. 2022

CTG – Préfecture de Guyane, « Plan Départemental d'Action pour l'Hébergement et le Logement des Personnes Défavorisées (PDAHLPD) 2019-2024 de la Guyane », 2020

PRAPS programme régional d'accès à la prévention et aux soins 2023-2028 agence régionale de santé Guyane.

Haut Conseil de la Santé Publique, « Les inégalités de santé en Guyane : état des lieux et préconisations », 4 mars 2021

Projet régional de santé Guyane 2018-2028 agence régionale de santé Guyane

Projet territorial de santé mentale Guyane 2022-2027

L'aménagement et le développement durables du territoire en Guyane. Rapport de l'Assemblée nationale. Novembre 2023

Conseil national du sida et des hépatites virales, « Synthèse et recommandations issues de l'avis sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises », 18 janvier 2018

Rapport de visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté CGLPL Centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne. Octobre 2018

Atlas de la santé Guyane 2020. Observatoire régional de la santé en Guyane CTG

Renforcement de l'offre de soins en Guyane. Rapport conjoint IGAS IGA IGESR Février 2021

Les inégalités en santé en Guyane : état des lieux et préconisations mai 2021 Haut Conseil de la Santé Publique

Santé mentale en population générale : images et réalité, Guyane – CCOMS Lille-France, 2023