

crsa
Guyane

La Démocratie Sanitaire

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ
2012



SOMMAIRE

Le mot du Président	Page 4
1 – LES COMPETENCES LEGALES ET REGLEMENTAIRES DE LA CRSA	Page 5
1.1. Les Avis.....	Page 5
1.1.1. L'avis du 2.10.2012 sur le Programme régional de Télémedecine, le plan territorial de l'ouest guyanais, la présentation spécifique du plan de zonage infirmiers et le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins.....	Page 5
1.1.2. L'avis du 22.11.2012 sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et le plan d'action en faveur des professionnels de santé.....	Page 6
1.2. Le rapport d'activité.....	Page 7
1.3. Le débat public.....	Page 7
1.4. Les évènements marquants.....	Page 8
1.5. Les projets pour l'année 2013.....	Page 8
2 – LES REUNIONS DE LA CRSA ET DE SES FORMATIONS.....	Page 9
2.1. Réunions de la commission permanente	Page 9
2.2. Réunions de la séance plénière.....	Page 10
2.3. Réunions de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CS DU).....	Page 12
- Bilan des préconisations 2012 de la CS DU et perspectives pour 2013.....	Page 13
2.4. Réunions de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CS PAMS).....	Page 14
2.5. Réunions de la commission mixte Organisation des soins/Prévention.....	Page 15
2.6. Réunions des Présidents et Vices Présidents des commissions Spécialisées.....	Page 16
2.7. Réunions Président de la CRSA/Secrétariat de la CRSA.....	Page 16
2.8. Séminaire commission permanente de la CRSA/ARS.....	Page 16
2.9. Journée de prévention Antilles-Guyane.....	Page 16
3 – LES RELATIONS AVEC LA CONFERENCE DE TERRITOIRE	Page 17
Le contrat local de santé de Matoury.....	Page 17
Avis de la Conférence de territoire	Page 18

4 – LE FONCTIONNEMENT DE LA CRSA	Page 18
4.1. Le fonctionnement de la démocratie sanitaire.....	Page 18
4.2. Le suivi et la nomination des membres de la CRSA.....	Page 18
4.3. La participation des membres de la CRSA	Page 18
4.4. Le secrétariat de la CRSA.....	Page 19
4.5. La concertation avec les directions de l'agence.....	Page 19
4.6. La gestion des moyens alloués.....	Page 19
4.6.1. Les budgets.....	Page 19
4.6.2. Les mesures de maîtrise de dépenses.....	Page 20
4.6.3. Le remboursement des frais de déplacement.....	Page 20
5 – LES EVOLUTIONS SOUHAITEES	Page 20
5.1. Le renfort en personnel du secrétariat de la CRSA.....	Page 20
5.2. Un site internet.....	Page 20
5.3. Un outil de recueil et de traitement des données sur le respect des droits des usagers.....	Page 21
Annexes	Page 23
<i>Avis du 29 juin 2012 sur les cinq plans obligatoires : programme régional de Télémédecine, Plan territorial de l'ouest guyanais, la présentation spécifique du zonage infirmiers, le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins et le plan stratégique VIH-SIDA Guyane</i>	Page 24
<i>Avis du 26 novembre 2012 sur le PRIAC et le plan d'actions en faveur des professionnels de santé</i>	Page 33
<i>Le débat public : « Conduites addictives et comportements transgressifs chez les jeunes Pourquoi ? regards croisés</i>	Page 40
<i>Avis de la Conférence de territoire sur le contrat local de santé de la ville de Matoury</i>	Page 52



Le mot du Président,

Le bilan de la démocratie sanitaire réalisé notamment par la conférence nationale de santé avec la contribution des CRSA montre bien qu'un pas a été franchi. Ce bilan montre bien la place qu'ont su prendre les conférences régionale de santé et de l'autonomie au sein des Agences régionales de santé. Il montre également que la question des moyens alloués au fonctionnement de la CRSA et de la démocratie sanitaire en général reste en deçà de nos attentes, de nos exigences et de ce qui est nécessaire

L'année 2012 a été comme en 2011, une année très intense pour la CRSA de la Guyane et l'organisation de notre débat public en santé sur le thème « Conduites addictives chez les jeunes et comportement transgressifs, pourquoi : Regards croisés » a été au cœur de notre activité.

Ce débat public a fait l'objet de recommandation et une brochure disponible sur le site de l'ARS a été publiée.

La réflexion sur les divers plans facultatifs ou obligatoires du projet régional de santé a mobilisé les commissions spécialisées et le travail rendu, les avis rédigés, sont d'une qualité indéniable.

La question du respect des droits des usagers et de leur représentation, a animé les débats au sein de la commission spécialisée dans le domaine eu droit des usagers. Et nous sommes tous convaincus aujourd'hui que l'évolution du système de soins dans notre région, passe par la place de l'utilisateur au sein de cette organisation, mais aussi par une meilleure formation de leurs représentants. C'est donc une des recommandations du rapport annuel de la CSDU cette année.

C'est grâce à l'engagement des membres de la CRSA, que cela a été possible, même si devons encore regretter qu'un certain nombre de personnes, membres de la CRSA, n'aient pas encore perçu l'intérêt de participer à nos travaux, de porte leur pierre à notre réflexion commune.

Je tiens donc à remercier tous ceux qui s'engagent au quotidien pour le fonctionnement de notre instance, et tout particulièrement les membres du secrétariat : Emmanuelle BIHAN, Ghislaine MONIN, Francine SASSON et tous les collaborateurs de l'ARS ainsi que son directeur général

Yves BHAGOOA

1 – LES COMPETENCES LEGALES ET REGLEMENTAIRES DE LA CRSA

1.1. Les avis

1.1.1. L'avis du 29 juin 2012 sur le Programme régional de télémédecine, le plan territorial de l'ouest guyanais, la présentation spécifique du plan de zonage infirmiers et le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins

Tous les plans et programmes ont fait l'objet d'une présentation par l'ARS à la CRSA soit en commission permanente soit en séance plénière. Les commissions mixtes se sont réunies pour donner un avis sur ces plans et programmes. L'avis final a été rédigé par la commission permanente qui a ensuite été soumis en séance plénière pour validation.

Programme régionale de télémédecine :

Les remarques de la CRSA ont porté essentiellement sur les points suivants :

- la mise en conformité des activités de télémédecine,
- la mise en place et la formation des acteurs,
- le schéma radar,
- la Télémédecine dans les prisons,
- la question du financement des activités.

Plan territorial de l'ouest guyanais :

Les remarques de la CRSA ont porté essentiellement sur les points suivants :

- Périnatalité et enfance,
- Intoxication au mercure
- Santé mentale et addictions,
- Faciliter l'accès à une eau de qualité,
- Implantation d'un centre de planning familial sur l'ouest guyanais,
- maladies chroniques.

Présentation spécifique du plan de zonage infirmiers :

Les membres de la CRSA ont été dans l'impossibilité de se prononcer sur ce plan car ils ne disposaient pas des outils nécessaires pour apprécier valablement le classement proposé compte tenu de l'implication des professionnels de cette fonction.

Les membres de la CRSA ont tout de même souhaité faire quelques recommandations sur les points suivants :

- Mise en adéquation des chiffres annoncés de 2009 avec ceux de 2011,
- Utiliser les critères d'éligibilité de l'INSEE pour définir le zonage infirmiers,
- Définir les besoins.

Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Les remarques de la CRSA ont porté essentiellement sur les points suivants :

- Les membres de la CRSA adoptent, à l'unanimité, la proposition d'établir une fiche action sur la mise en place d'une permanence de la CGSS dans les établissements de soins ;

Les membres de la CRSA adoptent, à l'unanimité, l'avis de la commission permanente sur le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins.

Plan stratégique VIH – SIDA Guyane

Les différentes recommandations de la CRSA ont porté sur les points suivants :

- Faire une évaluation et/ou un bilan intermédiaire de ce qui a été réalisé 2010-2012 puis faire des préconisations pour 2013-2015,
- Réactualisation de ce document en y intégrant les problématiques relatives à l'accès à la prévention, au dépistage et accompagnement médico-social,
- Parfaire le volet « accès à l'information »,
- Réintégration des visions institutionnelles et associatives sur le VIH-SIDA,
- Indication des perspectives du plan de financement sur la période 2011-2015.

1.1.2. L'avis du 26 novembre sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et le plan d'action en faveur des professionnels de santé

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)

Le premier constat de la CRSA à propos du PRIAC est qu'il ne répond que partiellement aux besoins du terrain. En effet s'inscrivant strictement dans une logique de faisabilité, ce document reprend les programmes déjà actés depuis les années précédentes.

La CRSA regrette cet excès de réalisme (*déjà constaté dans le schéma régional relatif au médico-social*) et craint qu'il n'aboutisse à l'accentuation du retard de la Guyane en particulier de l'Ouest Guyanais et ne génère une situation particulièrement difficile à gérer à moyen et long terme et préjudiciable aux populations concernées.

Elle recommande qu'un dispositif spécifique soit initié en terme d'accompagnement, de formation, et d'expertise pour renforcer la capacité des opérateurs à répondre aux appels d'offre et à réaliser leurs projets dans des conditions optimales compatibles aux exigences de la situation.

Les membres de la CRSA ont considéré que le PRIAC aurait dû être présenté avant le Schéma médico-social, ce qui aurait permis d'affiner les propositions de la CRSA en termes de création d'établissement.

Le plan d'actions en faveur des professionnels de santé

Les recommandations de la CRSA sur le plan d'actions en faveur des professionnels de santé ont porté essentiellement sur les points suivants :

- Favoriser l'installation des professionnels de santé en organisant un accueil personnalisé et en développant l'offre de stages et les conditions de réalisation pour les internes.
- Faciliter l'exercice en Guyane en améliorant la visibilité sur l'offre de soins et faciliter le recours aux soins et en améliorant les procédures et promouvoir le développement de la formation continue.
- Renforcer la communication autour des priorités régionales en faisant connaître la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) et promouvoir son appropriation et en valorisant les métiers de la santé.

1.2. Le rapport d'activité

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie adoptera le présent rapport annuel au cours de sa réunion du 30 avril 2013. Le projet de rapport sera validé par le Président avant d'être soumis à la CRSA.

1.3. Le débat public

Pour l'organisation du débat public, une chargée de mission a été recrutée par l'ARS fin septembre 2012. Un agent de l'ARS est venu en appui de la chargée de mission sur 50 % de son temps de travail (mission de secrétariat).

Le débat public de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est organisé pour la première fois en Guyane. Le thème voté en séance plénière du 29 juin 2012 par les membres de la CRSA est le suivant : « conduites addictives et comportements transgressifs chez les jeunes : pourquoi ? Regards croisés. »

Le thème de la jeunesse est un thème prépondérant en Guyane notamment du point de vue sanitaire et social. En effet, plus de 50% de la population guyanaise a moins de 25 ans (chiffres INSEE de 2009). Dans cette perspective les membres de la CRSA ont souhaité avoir un regard (ou « des regards croisés ») sur l'évolution de la jeunesse guyanaise, leurs attentes, leurs difficultés et leurs perceptions.

En amont du débat final, des ateliers décentralisés se sont tenus dans cinq villes de Guyane : Cayenne, Kourou, Saint-Georges, Maripasoula et Saint-Laurent. Ces ateliers avaient pour but de recueillir la vision des jeunes et des acteurs ainsi que leur sentiment face aux conduites à risque et à la jeunesse guyanaise. La CRSA, en tant que représentante de la société civile s'est fortement appuyée sur les acteurs locaux afin de préparer cette consultation. Grâce à cet effort commun, 176 jeunes ont pu être entendus ainsi que 74 professionnels provenant de différentes parties de la Guyane.

Lors de ces ateliers, trois éléments ont marqué les discussions de manière générale sur tous les territoires interrogés. Parmi ceux-ci, la nécessité de développer des actions sur l'axe parentalité, une meilleure prise en compte de l'aspect culturel et un manque structurel pour les jeunes au niveau des sites isolés.

Le débat final qui devait se tenir fin décembre 2012 n'ayant pu avoir lieu, faute du temps imparti trop court notamment au vu du calendrier des vacances scolaires (concertation jeunes et acteurs émanent de l'Education nationale) s'est déroulé le 22 janvier 2013. Il est ouvert au grand public. Une conférence de presse est organisée le 15 janvier 2013 afin de transmettre l'information aux médias locaux. De plus, des invitations ont été envoyées à toutes les autorités compétentes (communales, régionales, départementales, ...), ainsi qu'aux établissements publics qui travaillent dans le domaine de la santé, de la jeunesse, des sports, du social et du médico-social. Par ailleurs, les chefs coutumiers de l'Est comme de l'Ouest ont fait l'objet d'une attention particulière afin que l'invitation leur soit portée en mains propres.

Un comité de pilotage se réunit environ deux fois par mois afin de prendre les décisions nécessaires à la bonne réalisation du débat. Les experts de l'ARS et l'association GPS ont fortement contribué à la mise en place de cet évènement.

Plus de 70 personnes sont venues au débat final à Kourou. Cette rencontre a permis au grand public de s'exprimer sur le thème choisi par les membres de la CRSA, qui avait déjà fait l'objet de discussions sur tout le territoire guyanais via les ateliers décentralisés. Suite aux présentations des 5 rapporteurs des ateliers décentralisés, le débat s'est ouvert avec des apports d'expérience professionnelle et personnelle, des questions et des apports d'informations sur les dispositifs en place pour la jeunesse. Quelques jeunes étaient également présents et ont pu s'exprimer.

Le rôle des parents est l'item qui est revenu le plus fréquemment ainsi que les questions liées au multiculturalisme de la société guyanaise et la non application de la loi concernant les mineurs.

Pour conclure, le président de la CRSA a informé le public que des recommandations seront émises par les membres de la CRSA sur la base de ces échanges et seront finalement transmises aux autorités compétentes.

Un questionnaire de satisfaction a été transmis a posteriori aux personnes présentes lors du débat final.

1.4. Les évènements marquants

- La préparation des avis sur les plans et programmes complétant le PRS.
- Journées de prévention Antilles Guyane des 18 et 19 juin 2012.
- Décentralisation de la séance plénière du 29 juin 2012 à Saint Laurent du Maroni.
- Le débat public
- Les projets pour l'année 2013

1.5. Les projets pour l'année 2013

- La tenue du débat public à Kourou
- La rédaction des recommandations du débat public
- La rédaction du rapport d'activité 2012 de la CRSA
- La rédaction du rapport d'activité 2012 de la CDSU
- La concertation sur le nouveau plan territoires isolés
- La préparation de l'avis sur le nouveau plan territoires isolés par la commission permanente
- L'avis sur le nouveau plan territoires isolés
- Séminaire sur la prospective pour le système de santé à l'horizon 2020/2030

2 – LES REUNIONS DE LA CRSA ET DE SES FORMATIONS

2.1. Réunions de la commission permanente

La commission permanente composée de 22 membres s'est réunie 4 fois en 2012. Elle a notamment travaillé sur le débat public et la rédaction des avis finaux sur les plans et programmes complétant le PRS.

DATE	OBJET	% PARTICIPATION
19/04/2012	<p>Projet du rapport d'activité de la CRSA</p> <p>Journées de prévention Antilles Guyane des 18 et 19 juin 2012</p> <p>Plan territorial de l'ouest guyanais</p> <p>Le débat public</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Choix du thème du débat public</i>- <i>Date et lieu à définir</i>- <i>Organisation du débat public</i> <p>Décentralisation de la séance plénière du 29 juin 2012 à Saint Laurent du Maroni</p> <p>Modification du règlement intérieur</p> <p>Organisation de la consultation sur les plans et programmes complétant le PRS</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Articles 18 et 21 à compléter</i>- <i>Article 24 à prendre en compte</i> <p>Mise en œuvre budgétaire de la politique régionale de santé</p>	80 %
07/06/2012	<p>Approbation du compte rendu de la séance du 19/04/2012</p> <p>Rédaction de l'avis sur les plans et programmes obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Plan territorial de l'ouest guyanais</i>- <i>Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins</i>- <i>Programme régional Télémédecine</i>- <i>Plan régional VIH – SIDA</i>- <i>Proposition spécifique du plan de zonage infirmiers</i> <p>Débat public et organisation</p> <p>Enquête sur le bilan de la démocratie sanitaire en région</p>	60 %

25/09/2012	Approbation du compte rendu de la séance du 7 juin 2012 Débat public Présentation de la démarche de contrat local de santé Etat nominatif des absences des membres de la CRSA Séminaire ARS/CRSA Questions diverses - Séminaire des représentants des droits des usagers - Présentation des agents mis à disposition par l'ARS pour l'accompagnement dans leurs travaux des membres du COPIL du débat public	60 %
16/11/2012	Approbation du compte rendu de la séance du 25/09/2012 Synthèse des avis des commissions spécialisées sur le plan obligatoire (Programme interdépartemental d'accompagnements des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et sur les plans facultatifs (Territoires isolés et plan d'action en faveur des professionnels de santé) - <i>Avis de la commission spécialisée des droits des usagers du système de santé</i> - <i>Avis de la commission mixte Prévention/Organisation des soins et de la commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux</i> Budget prévisionnel de la CRSA pour 2013 Rapport d'activité 2012 de la CRSA Point d'étape sur le débat public Question diverse : - Rappel du déroulement du séminaire ARS/CRSA le 19 novembre 2012.	70 %

2.2. Réunions de la séance plénière

La première séance plénière décentralisée s'est tenue le 29/06/2012 à Saint Laurent du Maroni.

Les membres de la CRSA ont choisi de décentraliser leur séance plénière à Saint Laurent du Maroni en raison des difficultés rencontrées par la population de cette ville pour l'accès aux droits à la santé.

Le Maire de Saint Laurent du Maroni rappelle à l'ensemble des membres de la CRSA le problème de la population face à l'accès aux droits à la santé en soulignant le très grand handicap rencontré, soulevé par la particularité de la ville de Saint Laurent du Maroni en raison de sa situation face au Surinam, de ses villages isolés sur le Maroni, de sa forte progression de natalité (+ de 4 % par an), de l'éloignement des centres de santé et de ses nombreux quartiers insalubres.

Il a précisé que par la trop vaste étendue de Saint Laurent du Maroni (4830 km²), il était impossible de disséminer des petits centres de santé sur l'ensemble du territoire.

Il précise le projet qu'il souhaiterait mettre en place (bus de santé itinérant) avec l'aide financière de l'ARS.

Il souligne que si ce projet se mettait en place, il pourrait s'étendre sur l'ensemble du territoire.

DATE	OBJET	% PARTICIPATION
26/04/2012	<p>Validation du rapport d'activité de la commission du droit des usagers</p> <p>Validation du rapport d'activité 2010-2011 de la CRSA</p> <p>Validation du choix du thème du débat public</p> <p>Présentation des plans obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Programme régional de Télémédecine</i> - <i>Plan territorial de l'ouest guyanais</i> - <i>Proposition spécifique du plan de zonage infirmiers</i> - <i>Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins</i> - <i>Plan stratégique VIH – SIDA</i> <p>Organisation de la consultation sur les plans et programmes complétant le PRS</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Planning des dates des commissions spécialisées</i> 	35 %
29/06/2012	<p>Approbation du procès verbal du 26 avril 2012</p> <p>Proposition de modification des articles 15.7 et 15.9.1 du règlement intérieur</p> <p>Validation du rapport d'activité de la commission du droit des usagers</p> <p>Validation du rapport d'activité de la CRSA</p> <p>Avis de la commission permanente sur les cinq plans obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Programme régional de Télémédecine</i> - <i>Plan territorial de l'ouest guyanais</i> - <i>Proposition spécifique du plan de zonage infirmiers</i> - <i>Programme régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins</i> <p>Organisation du débat public</p>	40 %

2/10/2012	<p>Approbation du procès verbal du 26 avril 2012</p> <p>Proposition de modification des articles 15.7 et 15.9.1 du règlement intérieur</p> <p>Validation du rapport d'activité de la commission du droit des usagers</p> <p>Validation du rapport d'activité de la CRSA</p> <p>Avis de la commission permanente sur les cinq plans obligatoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Programme régional de Télémédecine</i> - <i>Plan territorial de l'ouest guyanais</i> - <i>Proposition spécifique du plan de zonage infirmiers</i> - <i>Programme régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins</i> <p>Organisation du débat public</p>	40 %
26/11/2012	<p>Approbation du procès verbal de la séance du 2 octobre 2012</p> <p>Transmission à la commission spécialisée de l'organisation des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>des renouvellements d'autorisations,</i> - <i>des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'ARS et les établissements de santé</i> - <i>de l'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur le territoire (bilan 2011)</i> <p>Avis de la commission permanente sur le programme obligatoire (Programme interdépartemental d'accompagnements des handicaps et de la permet d'autonomie (PRIAC) et le plan facultatif (Plan d'action en faveur des professionnels de santé)</p> <p>Budget prévisionnel de la CRSA pour 2013-03-13</p> <p>Rapport d'activité 2012 de la CRSA</p> <p>Point d'étape sur le débat public</p>	40 %

2.3. Réunions de La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CS DU)

La CS DU, composée de 11 membres, s'est réunie au cours de l'année 2012 trois fois. Elle a notamment travaillé sur le rapport d'activité des conseils de vie sociale (CVS), le rapport d'activité des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) et à la préparation du rapport d'activité de la commission spécialisée dans le domaine du droit des usagers. Elle a également travaillé sur la rédaction des avis sur les plans et programmes complétant le PRS.

Bilan des préconisations 2012 de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé et perspectives pour 2013

De nombreuses préconisations émises en 2012 n'ont pas été réalisées comme prévu. Seule la préconisation concernant « l'utilisation par tous les établissements du guide DHOS » pour l'élaboration des rapports CRU a été mise en place en 2012.

Au vu de la charge de travail que représente la mise en œuvre de toutes les préconisations 2012 ajoutée à celles du nouveau cahier des charges de la Conférence Nationale de la Santé, la commission souhaite désormais échelonner sur 3 ans les actions à mener.

Ainsi, pour l'année 2013, les actions prioritaires correspondantes aux préconisations 2012 (recommandations locales) ont été définies comme ce qui suit :

- Proposer une formation des associations et ou membres de la CS DDUSS sur les droits des usagers (cette formation serait faite avec le CISS selon les besoins identifiés par la CS DDUSS) ;
- Favoriser et veiller à la formation des représentants des usagers en vue d'améliorer le respect des droits de ces derniers dans leurs établissements respectifs ;
- Recenser les représentants des usagers devant siéger dans les instances des structures relevant du secteur médico-social et toutes les instances du droit des usagers de manière générale ;

et au nouveau cahier des charges (recommandations nationales):

- Mettre en place des Commissions Départementales de Soins Psychiatriques (CDSP)
- Rendre effectif le processus d'évaluation du respect des droits des usagers et le droit à l'information notamment par l'accès au dossier médical.

Voir la programmation dans le tableau en annexe.

DATE	OBJET	% PARTICIPATION
30/03/2012	Approbation des comptes rendus des réunions des 27/10/2011 et 12/12/2011 Point sur le projet d'arrêté portant cahier des charges du rapport de la CRSA sur les droits des usagers du système de santé (note du 16/12/2011) Rapport 2010 des conseils de vie sociale des établissements médico-sociaux Rapport d'activité 2011 des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) Préparation du rapport d'activité 2011 de la commission spécialisée dans le domaine du droit des usagers Suivi des préconisations de l'année 2012	60 %

8/10/2012	Approbation du compte rendu de la réunion du 30 mars 2012 Examen des plans spécifiques : - le programme interdépartemental d'accompagnements des handicaps et de la perte d'autonomie - <i>le plan d'actions en faveur des professionnels de santé</i> - <i>le plan sur la prise en charge de la santé des populations isolées</i>	60 %
23/10/2012	Approbation du compte rendu de la réunion du 8 octobre 2012 Examen du plan d'actions en faveur des professionnels de santé Examen PRS 2011-2015. Volet Prise en charge de la santé des populations isolées	80 %

2.4. Réunions de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CS PAMS)

La CS PAM composée de 23 membres, a travaillé essentiellement sur les programmes et plans complétant le PRS.

DATE	OBJET	% PARTICIPATION
30/05/2012	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2011-2015 Le programme de Télémédecine 2011-2015 Le plan VIH-SIDA 2010-2013 La territorialisation du Projet régional de santé sur l'ouest guyanais (PTSOG) 2011-2015 Le zonage infirmier	
23/10/2012	Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) Prise en charge de la santé des populations isolées Plan d'action en faveur des professionnels de santé	
30/10/2012	Avis de la commission sur : - <i>le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)</i> - <i>le plan d'action en faveur des professionnels de santé</i>	

2.5. Réunions de la commission mixte Organisation des soins/Prévention

La commission Organisation des soins, composée de 32 membres et la commission Prévention, composée de 27 membres se sont réunies, en commission mixte, quatre fois. La commission mixte a notamment travaillé essentiellement sur les programmes et plans complétant le PRS.

DATE	OBJET	% PARTICIPATION
22/05/2012	Le plan territorial de l'ouest guyanais (PSTOG) 2011-2015 Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2011-2015 Le Plan VIH-SIDA 2010-2013 Le programme régional Télémédecine 2011-2015 Le zonage spécifique des infirmiers	35 %
11/10/2012	Préparation des avis de la commission mixte sur : - <i>Le plan d'actions en faveur des professionnels de santé</i> - <i>Le plan sur la prise en charge de la santé des populations isolées</i> - <i>Le programme interdépartemental d'accompagnements des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC)</i>	40 %
26/10/2012	Approbation du relevé de discussion du 11 octobre 2012 Poursuite des échanges sur les plans restants Rédaction de l'avis de la commission	35 %

Les membres de la CRSA n'ont pas eu d'avis à formuler sur le plan facultatif Territoires isolés. Ce plan ayant fait l'objet d'un retrait à la consultation sur la demande des membres des commissions mixtes organisation des soins/Prévention et de la commission médico social. Le Directeur général de l'ARS a pris acte de cette demande et s'est engagé à représenter un nouveau document.

Les membres de la CRSA ont demandé que ce document soit revu dans la forme et dans le fond en précisant que ce document en l'état était irrecevable.

Un nouveau document Prise en charge des populations des territoires isolés doit être présenté aux membres de la CRSA en mars 2013.

2.6. Réunions des présidents et vices présidents des commissions spécialisées

Les présidents et vices présidents des commissions spécialisées se sont réunies trois fois. Ils ont travaillé notamment sur l'ordre du jour des commissions permanentes et des séances plénières.

2.7. Réunions Président de la CRSA/secretariat de la CRSA

Des réunions ponctuelles sont tenues entre le Président de la CRSA et le secrétariat de la CRSA.

2.8. Séminaire commission permanente de la CRSA/ARS

Le Directeur Général de l'ARS a souhaité réunir, lors d'un séminaire qui s'est tenu le 19 novembre 2012, les membres de la commission permanente de la CRSA et les chefs de projets à l'ARS ayant travaillé sur l'élaboration du PRS.

Ce séminaire portait sur les deux thèmes suivants :

- Présentation par l'ARS de la méthode de travail du suivi du PRS 2011 – 2015

L'ARS a souhaité, avant de s'engager dans le suivi du PRS, avoir un échange avec les membres de la CRSA sur les modalités de présentation de la méthode de travail, afin de prendre en compte toutes leurs remarques, avant de mettre en œuvre cette méthode.

- Préparation d'un séminaire de travail sur la prospective en matière d'offre de santé : quelle perspective d'évolution de l'offre de santé (prévention, médico social, soins) à l'échéance 2030 ?

Le thème de la discussion a porté, par rapport aux défis démographiques de la Guyane, aux défis en termes d'ajustement de l'appareil de santé, sur une réflexion commune pour réfléchir à des données prospectives, savoir quelle réflexion ensemble nous pouvons engager sur cette idée d'adaptation et même d'anticipation de l'appareil de santé au sens soins, médicosocial et prévention, quelle adaptation, nous pouvons mettre en place pour répondre à ces défis, comment engager ensemble la réflexion sur cet point et comment la CRSA voit les choses de son côté, de façon à ce que nous organisons un événement important en 2013 sur ce sujet. .

2.9. Journée de prévention Antilles Guyane

La vice Présidente de la commission spécialisée de la prévention a assisté aux premières journées de la prévention Antilles-Guyane, co-organisées par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et les agences régionales de santé Guadeloupe, Guyane et Martinique les 18 et 19 juin 2012 à Baie-Mahault en Guadeloupe.

Cette rencontre des acteurs de la prévention des régions Antilles-Guyane, dans leur diversité – institutions, élus et acteurs locaux, experts – a contribué à faire progresser les connaissances et a permis de partager les expériences pour une meilleure prise en compte des enjeux de santé dans les départements français d'Amérique.

La présentation des stratégies de l'Agence Régionale de Santé de chaque département français d'Amérique a été exposée aux participants ainsi, les professionnels ont pu comparer les différentes modalités définies par la société civile, les établissements sociaux, médico-sociaux, les établissements sanitaires et les institutions pour élaborer les schémas régionaux de santé en outre-mer. Elles ont permis également d'envisager, conjointement, de nouvelles pistes pour développer les dynamiques locales de promotion de la santé et de mettre en œuvre ces orientations.

3 – LES RELATIONS AVEC LA CONFERENCE DE TERRITOIRE

Rappel :

La CRSA s'est prononcée par avis du 28 septembre 2010 sur la création d'une conférence unique de territoire en Guyane.

Le contrat local de santé :

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a instauré le contrat local de santé (CLD) comme un outil visant à mieux répondre aux besoins de proximité de la population tout en participant à la mise en œuvre du Projet régional de santé (PRS). Ce contrat ne concerna pas seulement les actions de prévention ou de promotion de la santé mais aussi le champ de l'offre de soins et celui du médico-social.

Outil de réduction des inégalités, le CLF s'inscrit naturellement dans le cadre de la politique de la ville en complétant le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).

Le Préfet de Guyane est attaché à ce que les questions de santé soient l'un des enjeux importants de la politique de cohésion sociale d'une part, et de l'ensemble de politiques publiques d'autre part.

Le décret 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au Projet régional de santé rappelle en son article 1434-7 que les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences des territoires concernées.

Le contrat local de santé de Matoury :

L'agence régionale de santé de Guyane a souhaité s'engager dans la signature de contrats locaux de santé (CLS) avec certaines communes de Guyane. Ces contrats locaux de santé sont pour l'ARS, l'un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé de la région.

Depuis plusieurs années, la ville de Matoury s'est engagée dans une politique locale de santé, animée par un Atelier Santé Ville (ASV). La Ville a souhaité s'engager dans un CLS qui constitue une opportunité de conforter et de développer les actions qu'elle mène ou soutient sur son territoire.

C'est dans ce cadre que l'ARS, la Ville de Matoury, en lien avec Monsieur le Préfet de la Guyane, ont élaboré un contrat local de santé déclinant les priorités partagées des trois signataires. Les axes stratégiques, les objectifs et les actions qui en découlent, ont été co-élaborés entre les différents signataires avec l'appui de partenaires externes associés à la démarche.

En déterminant des priorités partagées, le contrat local de santé ne peut résumer l'ensemble des besoins ou des demandes de chacun des signataires. Il a pour objectif de favoriser une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse des besoins identifiés qui seront progressivement affinés.

Le contrat local de santé de la ville de Matoury a été signé entre les différentes parties le 13 novembre 2012.

Avis de la Conférence de territoire :

Les membres de la Conférence de territoire se sont prononcés favorablement sur la méthodologie du contrat local de santé de la Ville de Matoury en date du 31 octobre 2012. Ils ont toutefois émis certaines remarques (annexe).

4 – LE FONCTIONNEMENT DE LA CRSA

4.1 – Le fonctionnement de la démocratie sanitaire

Les membres de la CRSA réitèrent les mêmes remarques sur les difficultés qu'ils rencontrent, depuis la mise en place de la CRSA, pour l'exercice de leur mandat, à savoir :

- non respect des règles d'application des droits relatifs à l'exercice de leur mandat,
- manque de reconnaissance par rapport à leur investissement.
- nombre de jours alloués réglementairement est largement insuffisant eu égard à l'enjeu de la démocratie sanitaire dans notre région.
- la demande d'une réflexion menée par le législateur sur le statut des membres de la CRSA.

4.2 – Le suivi et la nomination des membres de la CRSA

Au cours de l'année 2012, des changements sont intervenus dans la composition de la CRSA. Une mise à jour des arrêtés et une publication au recueil des actes administratifs de la région Guyane est en cours de finalisation par le secrétariat de la CRSA.

4.3. La participation des membres de la CRSA

Pour chacune des commissions de la CRSA, tout comme pour les séances plénières, la présence des membres est en diminution continue. Il devient de plus en plus difficile d'atteindre le quorum requis dans certaines commissions.

Au cours de l'année 2012, pour cause de non quorum, plusieurs commissions et séances plénières, ont été convoquées une deuxième fois.

Les suppléants assistent très rarement aux réunions en remplacement de leurs titulaires : le taux d'absence des suppléants est d'au moins 80 % dans chacune des commissions.

On retrouve, en 2012, un taux de participation des membres aux séances plénières en légère diminution par rapport à celui de 2011. 38 % des membres ont assisté aux réunions.

Par contre, tout comme en 2011, on remarque une assiduité de la part des membres aux réunions de la commission permanente. On note en 2012, une légère augmentation par rapport à 2011, environ 66 % de participation à chaque commission.

En revanche excepté la CS DU, la présence et la régularité des membres de la CRSA est de plus en plus faible dans les différentes commissions.

- Pour la CS DU, une moyenne de 66 % ;
- Pour la CS P, une moyenne de 35 % ;
- Pour la CS PAMS,
- Pour la CS OS,

Pour les autres commissions, il est difficile de donner les chiffres. Ces chiffres ont été réclamés par le secrétariat de la CRSA aux différents responsables des commissions qui n'ont pas donné suite.

4.4 – Le secrétariat de la CRSA

Le secrétariat de la CRSA a été assuré par deux personnes jusqu'en octobre 2012. A cette date, une des deux secrétaires est partie en congé de maternité.

Les commissions permanentes et les séances plénières sont sous la responsabilité du secrétariat de la CRSA.

Les commissions spécialisées sont sous la responsabilité de la Direction de la régulation de l'offre et soins et médico-sociale.

Les deux personnes qui assurent le secrétariat de la CRSA, travaillent également sur d'autres dossiers. Elles ont rencontré, au cours de l'année 2012, beaucoup de difficultés pour faire face à la charge importante de travail que représente la CRSA.

Le secrétariat de l'ARS est l'interface entre l'ARS et la CRSA. La ressource informatique, mise à la disposition des personnes en charge de la CRSA, n'est pas toujours utilisée, ce qui entraîne des difficultés et une perte de temps pour le secrétariat de la CRSA.

La chargée de communication intervient auprès de la CRSA lors des manifestations de la CRSA (presse, débat, interview, journal interne, photos, etc...) ainsi que le service informatique (mise en ligne sur le site Internet).

4.5 – La concertation avec les directions de l'agence

La CRSA et ses différentes formations ont bénéficié de présentations préparées par les directions de l'agence concernées pour les thèmes entrant dans leurs champs de compétence respectifs pour la quasi-totalité de leurs réunions.

La concertation sur les plans obligatoires et facultatifs a fait l'objet de présentations de la part de l'ARS dès la première séance plénière de la CRSA ; les concertations sur les plans obligatoires et facultatifs ont été précisées dans un calendrier jusqu'à la fin de l'année 2012.

18 réunions (séances plénières, commissions spécialisées et commissions permanentes confondues) de la CRSA réalisées au cours de l'année 2012 abordent le thème des plans et programmes obligatoires et facultatifs (examen des plans et programmes, préparation des avis).

4.6 – La gestion des moyens alloués à la CSRA

4.6.1. Les budgets

L'Agence régionale de santé a réservé une ligne budgétaire de 22 240 € à la CRSA.

Les dépenses, dont le montant total s'élève à 20 502 €, relèvent majoritairement de l'organisation des réunions, de l'organisation de la séance plénière décentralisée sur Saint-Laurent-du-Maroni (location de bus, restauration) ainsi que du débat public (salaires, frais de déplacement, organisation des rencontres) de la personne recrutée pour l'organisation du débat public).

Trois membres de la CRSA ont demandé le remboursement de leurs frais de déplacement.

4.6.2. Les mesures de maîtrise des dépenses

Au cours de l'année 2012, excepté la séance plénière décentralisée, toutes les réunions de la CRSA se sont déroulées dans les trois salles de réunions de l'Agence régionale de santé avec enregistrement des séances.

Les comptes rendus des commissions spécialisées, excepté la commission spécialisée de prévention, sont rédigés par la Direction de la régulation de l'offre de soins et médico-sociale. Le secrétariat de la CRSA rédige les comptes rendus de la commission spécialisée de prévention, des commissions permanentes et des séances plénières.

Ces comptes-rendus sont envoyés par mail aux destinataires. Seules, les personnes ne possédant pas de mail, sont destinataires d'un courrier postal.

4.6.3. – Le remboursement des frais de déplacement

En 2012, les frais de remboursement des membres de la CRSA se sont élevés à 1 172 Euros.

5 – LES EVOLUTIONS SOUHAITEES

Toutes les évolutions souhaitées en 2011 reposaient sur le renfort en personnel du secrétariat de la CRSA. Ce renfort n'ayant pas eu lieu en 2012, les évolutions souhaitées sont identiques à celle de 2011, à savoir :

5.1 - Le renfort en personnel du secrétariat de la CRSA

L'article 30 de notre règlement intérieur précise le fonctionnement de ce secrétariat. Il y est stipulé qu'au delà de l'organisation pratique, logistique et technique des séances de travail, que le secrétariat intervient au niveau de l'animation, de la communication, des relations extérieures, la présentation et la mise en œuvre des moyens alloués à la CRSA. Il recueille les informations nécessaires au fonctionnement de la CRSA, rédige ses avis et rapports, et les diffuse au sein de l'ARS.

Si le premier volet de ces missions a été globalement correctement assuré, on ne peut que regretter que les derniers aspects nécessitent d'être revus, repensés et développés.

Une des difficultés majeures de ce secrétariat est l'identification des moyens qui y sont alloués.

Aujourd'hui, deux agents de l'ARS se voient confier l'organisation pratique et logistique en plus de leur activité propre à l'agence. Elles consacrent la majorité de leur temps à la CRSA au détriment de leurs obligations.

Elles sont aidées ponctuellement par certains de leurs collègues pour le travail spécifiques à certaines commissions spécialisées.

Le secrétariat de la démocratie sanitaire doit être un service à part entière au sein de l'agence, avec ses moyens propres, parfaitement identifiés, sa feuille de route et une entière autonomie.

Le renfort en personnel permettrait d'assurer une veille, explorer certains domaines, accompagner le président dans sa réflexion. Pour reprendre les termes du règlement intérieur : animer, communiquer, recueillir les informations...

5.2 - Un site internet

Un site internet, attractif et accessible aux membres de la CRSA, destiné à faciliter les échanges entre le service démocratie sanitaire et les membres de la CRSA. Ce site devrait permettre :

- de gérer en ligne les convocations aux différentes commissions : ainsi les BAL des membres de la CRSA ne seront plus encombrées ; ils recevront une alerte, et se connecteront sur le site de la CRSA pour recevoir toutes les informations utiles et indiquer leur présence ;
- de mettre à disposition des membres l'ensemble des documents jusqu'à présent envoyés par email, le cas échéant, en plusieurs envois (comptes rendus, diaporamas, rapports, etc...) ;
- de tenir à jour un calendrier des réunions, un annuaire des membres, un glossaire des termes utilisés,
- d'offrir aux membres un espace de discussion, sous la supervision de chaque président des commissions, permettant ainsi de continuer les échanges sur les sujets abordés, y compris avec les membres suppléants et de réduire le nombre des réunions.

L'architecture du site se veut la plus simple possible de façon à ce que chacun trouve le plus rapidement et le plus facilement l'information souhaitée.

5.3 - Un outil de recueil et de traitement des données sur le respect des droits des usagers

Chaque année, la CRSA procède « à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliquées et respectées les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » sur la base d'un rapport spécifique réalisé évaluant les conditions dans lesquelles sont appliquées et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaires et médico-social. Ce rapport est transmis au directeur général de l'agence régionale de santé et à la conférence nationale de santé avec l'avis de la CRSA.

Ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. Jusqu'à alors, s'appuyant sur une synthèse des rapports des commissions des relations avec les usagers et la qualité des prises en charge (CRUQPC) des établissements de santé, il va prendre en compte tout le champ de compétence visé par la loi HPST : le sanitaire, le médico-social et l'ambulatoire.

Aussi, dans cette perspective, à partir de l'enseignement tiré du premier rapport de la CRSA, la mise en place d'un outil de saisie et d'analyse des données demandées, en y associant les membres de la CRSA, serait souhaitable pour tenir compte des nouvelles perspectives réglementaires et disposer d'un outil opérationnel et efficient, tant pour la CRSA que pour permettre aux établissements, services et professionnels de prendre en compte ses recommandations.

En conclusion

La Conférence estime que les services de l'ARS ont marqué une volonté de réelle concertation tant en commissions spécialisées qu'en assemblée plénière ou en commission permanente. Nombre des avis et propositions ont été repris, notamment sur les plans et programmes obligatoires et facultatifs.

Cayenne, le 30 avril 2013

Le Président de la CRSA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yves BHAGOOA', is written over a faint, dotted rectangular box. The signature is stylized and somewhat cursive.

Yves BHAGOOA

ANNEXES

AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE SUR LES CINQ PLANS OBLIGATOIRES

1) Programme régional de télémédecine

N° de Page	Texte original	Remarques de la Commission permanente du 7/06/2012	Remarques de la séance plénière du 29/06/2012
Page 3	<p>I.a. - Le cadre de la télémédecine § 3 Le Décret n°2010-1129 du 10/10/2010 définit précisément les cinq actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre (au nombre de quatre) ainsi que l'organisation de l'activité de la télémédecine notamment au niveau territorial tout en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insalubrité et à l'enclavement géographique. La mise en conformité des activités de télémédecine est fixée en avril 2012.</p>	<p>Remarque est faite sur la mise en conformité des activités mais pas de précisions sur le plan d'actions à mettre en place.</p>	<p>Remarque est faite sur la programmation de cette mise en conformité</p>
Page 5	<p>Fin du § 1 Les organismes et professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les acteurs ont la compétence et la formation requise pour l'utilisation des dispositifs correspondants,</p>	<p>Les membres auraient souhaité des précisions sur la mise en place et le développement de la formation des acteurs. Le volet « formation des acteurs » devrait faire l'objet d'un point spécifique et plus développé.</p>	
Page 15	<p>Schéma Radar</p>	<p>Remarque faite que la qualité est négligée.</p>	
Page 18	<p>III.b. Priorité n°2 : le renforcement du réseau de télémédecine</p>	<p>Remarque soulevée que nulle part, il est fait mention de la Télémédecine dans les prisons.</p>	<p>La question s'est posée de l'intérêt de cette mesure. Cela se fait-il au national ? Réponse du DG ARS : « Il s'agit d'éviter les déplacements de détenus et mobilisation des forces de l'ordre à ces occasions »</p>

Page 17	<p>Fin du § 1 Le coût de l'installation de télémédecine et de sa maintenance (hors aménagement des locaux et acquisition des nouveaux générateurs) est limité et estimé à 60 000 € pour la première année, il sera supporté par l'Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale en Guyane (ATIRG). Le financement de l'activité est assuré par les forfaits de séance spécifique à l'Unité de dialyse médicalisée télé surveillée (UDM).</p>	<p>La question du financement des activités doit être pérenne.</p>	<p>..., du fait que le financement est supporté par l'association ATIRG.</p>
---------	--	--	--

Les membres de la CRSA adoptent par 23 voix pour et 1 contre le programme régional de télémédecine.

2) Plan territorial de l'ouest guyanais

N°de Page	Texte original	Remarques de la Commission permanente du 7/06/2012	Remarques de la séance plénière du 29/06/2012
P.13§3.1	Périnatalité et Enfance		<p>Les problèmes de santé des enfants (santé scolaire, PMI, Conseil général) sont insuffisamment développés. Le Docteur CARLES propose de développer ces aspects.</p> <p>Il manque un lien entre santé globale des jeunes et le SURINAM. (Voir aussi le Docteur CARLES pour le développement).</p>
P.15§ 3.1.5	<p>Intoxication au mercure §2 « Les études d'imprégnation menées sur les habitants des fleuves objectivent une intoxication alimentaire chronique, réversible, apparaît dans des proportions insuffisantes pour entraîner des conséquences chez l'adulte, mais suffisante pour perturber le développement neurologique de l'enfant à naître et du nourrisson »</p>		<p>Remplacer par : « Les études d'imprégnation menées sur les habitants des fleuves objectivent une imprégnation mercurielle chimique. Les niveaux d'imprégnation observés, qui augmentent au cours du temps, exposent à des risques sanitaires notamment neurologiques, tout particulièrement chez les jeunes enfants. Ces risques sont liés à une intoxication mercurielle du fœtus au cours de la grossesse et de l'allaitement du jeune enfant. »</p>

P.18 § 3.4	Santé mentale et addictions	L'approche est uniquement communautaire. La définition de santé mentale est réduite au suicide. Le rôle et place de la MDPH sur l'ouest guyanais n'apparaît pas.	
P.18 §3.3.3	Faciliter l'accès à une eau de qualité		Problématique de l'eau potable sur l'ouest guyanais. Absence d'informations sur le coût de l'accès à l'eau potable
P.21 § 2	l'APAJH a récemment ouvert un centre de ressources poly handicaps , et une permanence de la MDPH est assurée à Saint Laurent	Remplacer poly Handicaps par pluri Handicaps	
P.26§ 5.2.2	3. Implanter la présence du planning familial sur l'ensemble de l'ouest guyanais.	3. Renforcer la présence du planning familial sur l'ensemble de l'ouest guyanais par un médecin, une sage-femme ou une visite médicale.	Remplacer par : 3. Création d'un centre de planning familial sur l'ensemble de l'ouest guyanais.
P.26 § 5.3	Titre : Maladies chroniques	Préciser le rattachement des centres départementaux de prévention et de santé (CDPS) (Apatou et Grand Santi) au CHOG	

Les membres de la CRSA adoptent à l'unanimité le plan territorial de l'ouest guyanais.

3) Présentation spécifique du plan de zonage infirmiers

Remarques de la Commission permanente du 7/06/2012	Recommandations de la Commission permanente du 7/06/2012	Remarques de la séance plénière du 29/06/2012	Recommandations de la séance plénière du 29/06/2012
Impossibilité de se prononcer sur ce plan car pas réellement concernés	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en adéquation les chiffres annoncés (2009) avec ceux de 2011 - Utiliser les critères d'éligibilité de l'INSEE pour définir le zonage infirmiers 	Impossibilité de se prononcer sur ce plan car ils ne disposent pas des outils nécessaires pour apprécier valablement le classement proposé compte tenu de l'implication des professionnels de cette fonction.	Rajouter dans les recommandations : - Définir les besoins

4) Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins

N° de Page	Texte original	Remarques de la Commission permanente du 7/06/2012	Remarques de la séance plénière du 29/06/2012
P.3	<p>PREAMBULE :</p> <p>§ 5 En Guyane, la promotion de l'égalité à l'accès à la santé a été individualisée comme un domaine spécifique d'intervention et constitue un objectif général du PRS 2011 – 2015. A ce titre, la lutte contre les inégalités infra régionale est inscrite comme une priorité et doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de faciliter l'accès au droit à l'assurance maladie des populations établies en Guyane. <p>§ 7 Le PRAPS traduit cette priorité par la définition d'actions opérationnelles concernant à la fois les populations vulnérables et les structures.</p>	<p>§ 5 Intégrer les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)</p> <p>§ 7 Ajouter en finalité : « retour au droit commun » Définir « les populations vulnérables »</p>	
P.4 § 1.2	<p>Finalités du PRAPS :</p> <p>L'objectif du PRAPS est de permettre l'accès de tous, et notamment des plus fragiles, au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures devant conduire à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'ouverture des droits, - adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible, - travailler sur les problématiques d'admission au sein des services et établissements et de continuité des prises en charge ; 	<p>Rajouter : à la fin de la dernière énumération : Favoriser la prévention</p> <p>L'objectif du PRAPS est de permettre l'accès de tous, et notamment des plus fragiles, au système de santé et médico-social de droit commun par des mesures devant conduire à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'ouverture des droits, - adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible, - travailler sur les problématiques d'admission au sein des services et établissements et de continuité des prises en charge, - favoriser la prévention 	

P.7	<p>§ 1 - la méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations et, parfois, des acteurs guyanais, explique l'absence des droits ouverts d'une partie des patients reçus par des structures de soins ainsi confrontées à des difficultés de recouvrement auprès des organismes d'assurance maladie</p>	<p>Remplacer : acteurs guyanais par acteurs locaux</p> <p>- la méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations et, parfois, des acteurs locaux, explique l'absence des droits ouverts d'une partie des patients reçus par des structures de soins ainsi confrontées à des difficultés de recouvrement auprès des organismes d'assurance maladie</p>	
P.7 § 2.2	<p>Les principaux dispositifs entrant dans le cadre du PRAPS :</p> <p>§ 2 Des choix ont parfois été faits pour prioriser les publics,d'autres priorités.</p>	<p>Des choix : préciser lesquels</p>	
P.7	<p>La proportion importante de bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle complémentaire et de l'Aide médicale d'Etat est un indicateur supplémentaire de précarité de la population guyanaise : 31,2 % de la population en 2010 pour la CMU et 9,3 % de la population en 2010 pour l'AME.</p> <p>Par ailleurs, certaines communautés isolées, notamment les minorités noires marronnes, les amérindiens et les immigrés récents sont désavantagés dans leur accès aux soins par rapport aux habitants du littoral, français, créoles et métropolitains.</p> <p>Les résultats d'une enquête¹ sur l'état de santé des migrants en Guyane, conduite à Cayenne et à St-Laurent du Maroni en 2011, démontrent que les personnes les plus vulnérables et dont les indicateurs de santé sont les plus mauvais sont les personnes en situation irrégulière, quels que soient les indicateurs sociaux et sanitaires étudiés.</p> <p>La région Guyane est également marquée par des problématiques environnementales spécifiques et uniques. Le défaut d'accès à l'eau potable et l'insalubrité de</p>	<p>On note un mélange des genres. Il faudrait structurer en tenant compte de problématiques comportementales.</p>	

	l'habitat affectant plus de 15 % de la population, l'exposition de certains groupes à l'intoxication alimentaire par les métaux (mercure, plomb, aluminium...), l'évolution endémo épidémique du paludisme et la dengue, la concentration de sites industriels à risque au sein du centre spatial illustrent la diversité et l'importance des questions en santé environnement.		
P.7, 8 & 9	2.2.1. L'accès aux droits	Référentiel PASS ???? Proposer plutôt un référent Précarité à la Caisse générale de sécurité sociale de Guyane. Problématique sur l'existence ou non de données sur : - renoncement aux soins (nombre, taux) - refus de soins de la part des professionnels de santé (nombre, taux)	Propose de reformuler par : Absence de données sur le : - renoncement aux soins (nombre, taux) - refus de soins de la part des professionnels de santé (nombre, taux). Il faudrait identifier la problématique.
P.9 § 2.2.2.	L'accès aux soins et la continuité des soins : Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont été mis en place dans chacun des établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif (CHAR, CHOG et CMCK).	Rajouter : les Centre délocalisés de prévention et de santé (CDPS) et le Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers (CAARRUD IN'PACT). Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui ont été mis en place dans chacun des établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif (CHAR, CHOG et CMCK, CDPS, CAARRUD IN'PACT).	
P.10 § 3	En conséquence, les orientations prioritaires suivantes ont été retenues :publics ; - l'amélioration de la communication autour des dispositifs existants et de missions des différents partenaires du parcours de santé	Remplacer par : - adapter les moyens de communication aux populations autour des dispositifs existants et de missions des différents partenaires du parcours de santé.	
P. 10 §2	Fin du § 2 (dernier tiret) - Les ateliers santé ville (ASV)...« voltes »	Remplacer par : - Les ateliers santé ville (ASV)...« volets »	

P.11 § 2.2.4	<p>L'accompagnement médico-social :</p> <p>Parmi les structures intervenant dans l'accompagnement médico-social, certaines sont dédiées aux personnes en situation de précarité (lits, halte soins santé, appartement de coordination thérapeutique), tandis que d'autres sont plus spécifiques à certains publics tels que les personnes handicapées, âgées ou présentant des addictions.</p>	<p>Rajouter : un accueil de jour</p> <p>Parmi les structures intervenant dans l'accompagnement médico-social, certaines sont dédiées aux personnes en situation de précarité (lits, halte soins santé, appartement de coordination thérapeutique, un accueil de jour), tandis que d'autres sont plus spécifiques à certains publics tels que les personnes handicapées, âgées ou présentant des addictions.</p>	
P.12	<p>3.1. Axe 1 : L'accès aux droits</p> <p>Objectif 1 : Améliorer la connaissance des droits</p> <p>Actions :</p> <p>§ 3</p> <p>Traduction des documents en portugais et sranatongo</p>	<p>Remplacer par :</p> <p>Traduction des documents en portugais et sranatongo. Ces documents seront également traduits en braille.</p>	
P.16	<p>Objectif 2 : Structurer et rendre visible l'organisation des dispositifs d'accès aux soins</p> <p>Actions :</p> <p>Développer et expérimenter des projets de coopération et de mutualisation entre les structures intervenant dans l'accès aux soins sur le territoire de Matoury : Permanence d'accès aux soins de santé (PASS), Maison de santé pluridisciplinaire (MSP), équipe mobile de Médecins du Monde (MDM).</p> <p>Accompagner une première expérimentation sur le secteur de Matoury autour de la question de la périnatalité, en lien avec le réseau périnat.</p> <p>Indicateurs de suivi :</p> <p>Nombre de réunions de sensibilisation mises en place</p> <p>Nombre de participants</p>	<p>Actions :</p> <p>Remarque observée sur le fait que l'on se limite seulement à Matoury.</p> <p>Si le texte est conçu sur le fait qu'il faut s'inspirer de ce qui est réalisé à Matoury, la formulation de ce texte doit être revue.</p> <p>Indicateurs de suivi :</p> <p>Demande d'intégration d'un tableau complet des participants aux groupes de travail.</p>	

<p>P. 23</p>	<p>Objectif 3 : Améliorer le dépistage précoce</p> <p>Actions :</p> <p>Sensibiliser les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, la PMI et la santé scolaire à la nécessité du dépistage précoce.</p> <p>Faire connaître aux familles et aux professionnels les procédures d'admission MDPH.</p> <p>Réfléchir aux possibilités d'utilisation d'outils communs de suivi entre la MDPH et la PMI.</p>	<p>Seul est pris en compte le dépistage de la MDPH et de la PMI alors qu'il existe aussi des centres de ressources.</p> <p>Remarque soulevée : faire la distinction entre le dépistage et le diagnostic. Demande d'ajout d'une fiche « aider à améliorer le diagnostic ».</p> <p>Proposition, dans le but d'améliorer le dépistage et la coordination entre les structures, de développer l'antenne de la MDPH de Saint-Laurent.</p> <p>Demande que ce soit un médecin qui exerce à la PMI de Saint-Laurent (rôle actuellement tenu par les infirmières).</p> <p>Demande d'ajout d'une fiche « aider à améliorer le diagnostic » (<i>Objectif 3 – Améliorer le dépistage</i>). Elle sera réalisée par Madame LE MERCIER, Directrice adjointe à la Direction médico-sociale et santé publique.</p>	<p>Les membres de la CRSA font remarquer qu'un médecin exerce à la PMI de St Laurent. En conséquence, retirer la phrase de la Commission permanente : « demande que se soit un médecin qui exerce à la PMI de St Laurent (rôle actuellement tenu par les infirmières).</p> <p>- Nécessité de nommer un médecin scolaire sur Saint-Laurent du Maroni</p> <p>- Généraliser le dispositif de dépistage précoce initié par la Conseil général</p>
--------------	---	---	---

Les membres de la CRSA valident l'avis sur le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins

5) Plan stratégique VIH – SIDA Guyane

Remarques de la Commission permanente du 7/06/2012	Recommandations de la Commission permanente du 7/06/2012
<ul style="list-style-type: none">- Le plan VIH-SIDA n'est pas en adéquation avec les autres plans (période de référence 2010-2013) alors que les autres plans sont rédigés pour 5 ans (2011-2015).- Document incomplet. Les représentants associatifs de Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) sont peu représentés et les acteurs de prévention et d'éducation à la santé pas assez visibles.- Ce plan ne traite que l'activité et les actions du Centre d'investigation clinique – épidémiologie clinique/essais clinique (CIC-EC)	<ul style="list-style-type: none">- Faire une évaluation et/ou un bilan intermédiaire de ce qui a été réalisé 2010-2012 puis faire des préconisations pour 2013-2015.- Réactualiser ce document en y intégrant les problématiques relatives à l'accès à la prévention, au dépistage et accompagnement médico-social.- Parfaire le volet « accès à l'information »- Réintégrer les visions institutionnelles et associatives sur le VIH-SIDA.- Indiquer les perspectives du plan de financement sur la période 2011-2015

Les membres de la CRSA valident l'avis sur le plan stratégique VIH – SIDA Guyane.

Les membres présents à la séance plénière examinent l'avis rendu de la commission permanente du 16 novembre 2012 sur le Programme interdépartemental des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et sur le Plan d'actions en faveur des professionnels de santé.

PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL DES HANDICAPS ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PRIAC) :

Le premier constat de la commission permanente à propos du PRIAC est qu'il ne répond que partiellement aux besoins du terrain. En effet s'inscrivant strictement dans une logique de faisabilité, ce document reprend les programmes déjà actés depuis les années précédentes.

La commission permanente regrette cet excès de réalisme (*déjà constaté dans le schéma régional relatif au médico-social*) et craint qu'il n'aboutisse à l'accentuation du retard de la Guyane en particulier de l'Ouest Guyanais et ne génère une situation particulièrement difficile à gérer à moyen et long terme et préjudiciable aux populations concernées.

Elle recommande qu'un dispositif spécifique soit initié en terme d'accompagnement, de formation, et d'expertise pour renforcer la capacité des opérateurs à répondre aux appels d'offre et à réaliser leurs projets dans des conditions optimales compatibles aux exigences de la situation.

Le PRIAC aurait dû être présenté avant le Schéma médico-social, ce qui aurait permis d'affiner les propositions de la CRSA en termes de création d'établissement.

Avis rendu de la commission permanente du 16/11/2012	Avis rendu de la séance plénière du 26/11/2012
a) Recommandations/Remarques générales	a) Recommandations/Remarques générales
- Procéder à une réactualisation des financements des différents projets.	Pas de remarques
- Remarques que le programme est en deçà des besoins réels, notamment sur l'Ouest.	Pas de remarques
- Manque les statistiques et quantitatifs nécessaires pour émettre un avis, il faut rappeler aussi le cadre démographique. Cela permettrait de mieux comprendre les choix qui ont été faits et les nombres de places identifiés et retenue.	- Manque les statistiques et éléments quantitatifs nécessaires pour émettre un avis, il faut rappeler aussi le cadre démographique. Cela permettrait de mieux comprendre les choix qui ont été faits et les nombres de places identifiées et retenues.
- Intégrer le diagnostic du plan d'actions en faveur des professionnels de santé, surtout les besoins chiffrés en termes de professionnels de santé nécessaires à la bonne réalisation du PRIAC.	Pas de remarques
- Mettre l'accent sur la formation et notamment l'organiser localement.	Pas de remarques

- Sensibiliser les établissements scolaires et structures telles que Pôle Emploi sur ces besoins en professionnels de santé.	Pas de remarques
- Mener des actions de communication auprès des élèves des collèges, dès la classe de troisième.	Pas de remarques
- Rendre cohérent et développer le dépistage précoce.	Pas de remarques
b) Recommandations/Remarques spécifiques	b) Recommandations/Remarques spécifiques
- Création de plus d'une MAS supplémentaire à Kourou (une seule n'est pas suffisante).	- Création d'une MAS supplémentaire en Guyane.
- Affiner et renforcer le dépistage à tous les niveaux (santé scolaire, PMI, médecins libéraux, etc...), notamment des enfants.	Pas de remarques
<u>Remarques aux priorités régionales :</u> <u>Sur le dépistage et prise en charge précoce :</u>	<u>Remarques aux priorités régionales :</u> <u>Sur le dépistage et prise en charge précoce :</u>
- Objectif reformulé comme suit : « Ouvrir un centre de ressources déficience motrice et un centre de ressources déficiences auditives et troubles complexes du langage et des apprentissages ».	Pas de remarques
- Objectifs quantifiés d'amélioration reformulés comm « Informer la population sur la déficience motrice, org le dépistage et le diagnostic et la coordination avec le professionnels ».	- Pas de remarques
- Objectif Prise en charge en institution reformulé comme suit : « Ouvrir un IME à Saint-Laurent compte tenu des besoins non couverts sur cette zone (déficience intellectuelle légère) ».	- Objectif Prise en charge en institution reformulé comme suit : « Ouvrir un Institut médico-éducatif (IME) à Saint-Laurent compte tenu des besoins non couverts sur cette zone.
- Ouvrir un IES (Institut d'Education Spécialisée, déficience auditive et trouble complexe du langage et associé) (lieu à préciser)».	Pas de remarques
<u>Sur la maladie de Parkinson</u>	
- Faire un état des lieux de la situation en Guyane en favorisant la coopération entre les médecins du département et le Centre de référence du réseau régional Parkinson de Fort de France.	- Faire un état des lieux de la situation en Guyane en favorisant la coopération entre les médecins du département et le Centre de référence du réseau régional Parkinson de Fort de France par le biais du réseau régional gérontologie Alzheimer.
<u>Sur la création d'établissements :</u>	
- Prévoir des structures évolutives et prendre en compte les problèmes d'accès au foncier.	- Prévoir des structures évolutives et prendre en compte les problèmes d'accès au foncier (coût de l'investissement...).
- Veiller à un maillage minimum du territoire vers les trois pôles accessibles (Cayenne, Est et Ouest) en assurant et développant le transport des usagers.	Pas de remarques
- Réaliser une étude sur les moyens de transport.	Pas de remarques
<u>Sur la formation des personnels médicosociaux :</u>	
- Développer la formation continue dans les structures existantes.	Pas de remarques
- Inciter les établissements à être des terrains de stage.	- A faire passer dans le plan d'accueil des professionnels de santé
- Prévoir un livret d'accueil des stagiaires et un référentiel pour les tuteurs.	- A faire passer dans le plan d'accueil des professionnels de santé
- Prévoir un intéressement pour valoriser le tutorat.	- Prévoir une indemnisation des tuteurs - A mettre également dans le plan d'accueil des professionnels de santé
- Prévoir la rémunération des stagiaires au-delà des 6 mois de stage.	- Appliquer l'indemnisation des stagiaires au-delà des 3 mois de stage.
<u>Remarques sur les fiches actions programmées :</u>	
- Centre de ressource déficient moteur à reformuler comme suit « Centre de ressources «multi-handicap».	Pas de remarques

LE PLAN D' ACTIONS EN FAVEUR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En préambule, M. DAMIE :

- souhaite apporter deux observations :

Première Observation : sur la présentation du plan

- signale que ce plan a fait l'objet d'une présentation devant le Président du Conseil général, le Président du Conseil régional ainsi que l'URPS Médecins et qu'il a reçu un accueil très favorable,
- précise que ce plan a également été envoyé à l'ensemble des URPS professionnels,
- ajoute que l'ARS attend, en retour, des propositions d'avis de ces organismes,
- spécifie que d'autres avis viendront compléter celui de la CRSA et s'en félicite.

Deuxième observation : sur l'actualité sanitaire

- rappelle l'annonce de la Ministre, dans le cadre de sa politique concernant les territoires fragiles ou les déserts médicaux, son intention de demander aux ARS d'élaborer des plans d'actions,
- souligne, que par rapport à ce plan, nous sommes en pleine actualité et même en anticipation de la demande de la Ministre,
- précise que toutes remarques, modifications et ajouts seront les bienvenues pour alimenter ce plan ; la Ministre souhaitant une concertation très large et une rencontre des élus.

Mme JEANNEAU :

- demande si la CRSA sera informée des ajouts retenus du Conseil régional, du Conseil général et des URPS.

M. DAMIE :

- déclare qu'il communiquera à la CRSA les ajouts retenus et ceux ayant fait l'objet d'une prise en compte dans le cadre des apports du Conseil régional, du Conseil général et des URPS.

Mme CASTOR-NEWTON :

- souhaite connaître si c'est par rapport au fait que c'est un plan facultatif que la procédure est différente.

M. POLITUR :

- précise qu'il ne reviendra pas **sur la situation catastrophique de la démographie médicale en Guyane** mais il faut obligatoirement associer à ce constat que nous sommes **la région ou l'augmentation de la population sera la plus rapide** et c'est donc la **conjonction** de ces deux évidences qui doit nous amener à réagir très vite,

- rappelle que nous avons à notre disposition **un outil remarquable** qui est **l'avenant n°20** à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. **Il faudrait l'adapter à tous les médecins et pourquoi pas aux dentistes, spécialistes en MG ou autres, exerçant en groupe ou seul. Il y a bien sûr un problème de financement. Cet avenant était financé par la Caisse générale de sécurité sociale. Aujourd'hui, le PLFSS 2013** (projet de loi de financement de la sécurité sociale) a débloqué 65 millions pour le **FIQCS** (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) destiné à financer trois types d'actions : expérimentation

concourant à l'amélioration de la coordination des soins de ville, au **maintien de l'installation des professionnels**, à la mise en œuvre du dossier médical personnel.

M. DAMIE :

- répond à Mme CASTOR-NEWTON par la négative en lui précisant que ce soit un plan obligatoire ou facultative, la CRSA donne un avis que l'ARS est libre ou non de prendre en compte,

- rassure Mme CASTOR-NEWTON en lui signalant que jusqu'à présent les recommandations et avis présentés par l'ARS ont été pris en compte par l'ARS et ne voit pas pourquoi cela changerait pour l'avis sur le plan d'actions en faveur des professionnels de santé.

- termine en précisant que c'est un partage que nous devons faire ensemble.

Avis rendu de la commission permanente du 16/11/2012	Avis rendu de la séance plénière du 26/11/2012
a) Recommandations/Remarques générales	a) Recommandations/Remarques générales
- Document complet sur l'ensemble des problématiques.	- Document complet sur l'ensemble des problématiques en souhaitant que l'aspect pérennisation des personnels soit mieux considéré.
- Dissociation entre les moyens mis en œuvre, nécessaires et les besoins recensés (personnel médical et non médical).	Pas de remarques
- Document très développé pour les médecins mais peu pour les professions paramédicales.	Pas de remarques
- Document peu chiffré, pas d'objectifs fixés et absence du coût financier.	Pas de remarques
- Manque de calendrier défini et de programmation.	Pas de remarques
- Manque de perspectives	Pas de remarques
- Elargir les professionnels de santé aux chirurgiens-dentistes et autres professions médico-sociales.	Pas de remarques
- Tout plan doit faire l'objet d'une évaluation, d'une estimation annuelle pour être crédible : dans ce plan, elle est inexistante.	- Tout plan doit faire l'objet d'une évaluation, d'une estimation annuelle pour être crédible : dans ce plan, elle est inexistante.
- Importance de connaître les motifs et les causes de l'évolution des besoins en professionnels de santé pour permettre une action ciblée.	- Nécessité de connaître les causes d'arrivée et de départ des professionnels de santé (y compris médicosociaux) tant du point de vue quantitatif que qualitatif en différenciant les secteurs : public, libéral et associatif. L'étude numérique est nécessaire pour l'adaptation des besoins et la prospective. L'étude qualitative aussi, afin d'adapter l'incitation et permettre des actions ciblées y compris pour garder ceux qui sont déjà dans la région.

- Adresser, pour sensibiliser, prise en compte et actions communes, le plan d'actions en faveur des professionnels de santé aux présidents des collectivités départementale et régionale.	- Adresser, pour sensibiliser, prise en compte et actions communes, le plan d'actions en faveur des professionnels de santé aux présidents des collectivités départementale et régionale.
- Les propositions doivent être classées en court, moyen et long terme. Sachant que certaines propositions peuvent être mises en œuvre parallèlement.	- Les propositions doivent être classées en court, et long terme. Sachant que certaines propositions peuvent être mises en œuvre parallèlement.
B) Recommandations/Remarques spécifiques	B) Recommandations/Remarques spécifiques
- Intégrer comme nouveau dispositif l'assouplissement du contrat d'engagement des internes et étudiants en médecine voté par les parlementaires en date du 26/10/2012	Pas de remarques
- Intégrer le nouveau statut de praticien territorial de médecine générale voté par les parlementaires en date du 26/10/2012	- Intégrer le nouveau statut de praticien territorial de médecine générale voté par les parlementaires en date du 26/10/2012
- Conforter le COPIL par l'observatoire régional des professionnels de santé et inclure des représentants du secteur médico-social parmi les membres.	- Ouvrir l'Observatoire régional des professionnels de santé aux représentants du secteur médico-social.
- Mise en place d'une cellule régionale opérationnelle d'accompagnement (dotée d'un budget spécifique) des professionnels de santé et du médico-social venant s'installer en Guyane.	- Ouvrir la plateforme d'appui aux professionnels de santé au secteur médico-social et travailler à l'harmonisation des avantages extra-conventionnels.
- Voir la possibilité de passer une convention avec la direction de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DEAL), la Société Immobilière de Kourou (SIMKO), la SEMSAMAR, les municipalités, pour obtenir un vivier de logements pour les professionnels de santé, les établissements publics et les établissements médico-sociaux, sur l'ensemble du territoire.	Pas de remarques
- Valoriser l'accompagnement des médecins qui accueillent des internes en leur proposant un suivi et une aide par des rencontres régulières.	Pas de remarques
- Sensibiliser les établissements scolaires sur les besoins en professionnels de santé et travailler avec l'Education nationale sur un programme de sensibilisation et trouver les fonds spécifiques pour le financer.	Pas de remarques
- Informer sur les aides, bourses et prêts existants (modalités, conditions d'attribution, etc...).	Pas de remarques
- Mener des actions de communication auprès des élèves des collèges, dès la classe de troisième et proposer la formation d'une brigade de formateurs chargés de se rendre dans les collèges afin de sensibiliser les jeunes aux métiers de la santé (l'Etat et les collectivités seront sollicités afin de créer un fond qui couvrirait les frais de déplacement dans les communes éloignées).	- Mener des actions de communication auprès des élèves des collèges, dès la classe de troisième et proposer la formation d'une brigade d'informateurs chargés de se rendre dans les collèges afin de sensibiliser les jeunes aux métiers de la santé (l'Etat et les collectivités seront sollicités afin de créer un fond qui couvrirait les frais de déplacement dans les communes éloignées).
- Etudier la possibilité de privilégier la formation des jeunes guyanais, désireux de rester exercer en Guyane, grâce à un encadrement spécifique et une aide financière. Proposition d'un suivi de retour après des études (voir avec la Région).	Pas de remarques
- Mise en place d'écoles de préparation aux concours et examens d'entrée aux écoles de formation aux métiers paramédicaux.	Pas de remarques

- Au sein de l'institut régional des métiers de la santé, prévoir une répartition proportionnelle des places aux concours en fonction des besoins et des retards des territoires respectifs.	- Au sein du futur institut interrégional des métiers de la santé, prévoir une répartition proportionnelle des places aux concours en fonction des besoins et des retards des territoires respectifs.
- Faire un focus sur les besoins du secteur médico-social (en termes de ressources humaines, compensations financières). Besoins identiques d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux que de médecins.	Pas de remarques.
- Procéder au recrutement de Professionnels de santé (médecins, paramédicaux et médico-social) expérimentés et sur l'ensemble du territoire.	Pas de remarques
- Favoriser la formation des internes, des cadres de santé et médico-sociale sur place.	Pas de remarques
- Favoriser le développement d'un cursus complet de médecin en 2014 avec la création de 40 postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) supplémentaires sur l'université des Antilles et notamment en Guyane.	- Favoriser le développement d'un cursus complet médecin en 2014 avec, au préalable, la création postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) supplémentaires sur l'université des Antilles et notamment en Guyane.
- Favoriser l'amélioration de l'hébergement des internes en médecine et notamment construction d'un internat.	- Favoriser l'amélioration de l'hébergement des étudiants en médecine.
Phrase qui se trouvait dans le PRIAC et que les membres de la séance plénière ont souhaité voir apparaître dans le Plan d'accueil des professionnels de santé	
	- Inciter les établissements à être des terrains de stage.
Phrase qui se trouvait dans le PRIAC et que les membres de la séance plénière ont souhaité voir apparaître dans le Plan d'accueil des professionnels de santé	
	- Prévoir un livret d'accueil des stagiaires et un référentiel pour les tuteurs.
Phrase que les membres de la séance plénière ont souhaité voir apparaître dans le PRIAC et dans le plan d'accueil des professionnels de santé	
- Prévoir un intéressement pour valoriser le tutorat.	- Prévoir une indemnisation des tuteurs
c) Remarques spécifiques sur les fiches actions :	c) Remarques spécifiques sur les fiches actions :
<p><u>Fiche action 1 :</u></p> <p>Expliciter la mission de l'ORPS. C'est l'Observatoire régional des professionnels de santé qui doit, par sa mission, suivre tout ce qui est évolution de la démographie médicale. Cette instance est une autorité supplémentaire dans laquelle on retrouve toujours les mêmes partenaires (URPS, collectivités, ARS, Préfet, UAG, CGSS). L'ORPS serait le comité de pilotage chargé du suivi du plan et de son élaboration. Revoir les textes pour connaître les membres constitutifs de l'ORPS. Rajouter à la fiche la création d'un comité de suivi et inclure le médico-social. Présentation annuelle par l'ORPS de la situation régionale de l'offre et de l'accès aux soins à la CRSA, conformément au décret n°2010-804 du 13 juillet 2010 (article 6) relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé.</p>	Pas de remarques

<p><u>Fiche action 2</u> :</p> <p>Créer un livret d'accueil répertoriant les aides proposées aux professionnels de santé et l'intégrer dans la plateforme d'appui des professionnels de santé (PAPS) pour mettre en valeur les établissements avec ce qu'ils proposent, entre autre, aux professionnels dans le cadre de la démarche d'installation.</p>	<p>Pas de remarques</p>
<p><u>Fiche action n°5</u> :</p> <p>L'annuaire sera diffusé uniquement sous forme dématérialisée et sur la plateforme d'appui des professionnels de santé (PAPS) et destiné à tous (professionnel de santé, public...). Prévoir une réactualisation de l'annuaire par année et par spécialité.</p>	<p>Pas de remarques</p>

M. DAMIE :

- interroge M. BARSACQ sur la création de logements dans le cadre du nouvel hôpital de Saint-Laurent.

M. BARSACQ :

- répond positivement en précisant que les logements pour les internes seront attenants au nouvel hôpital de Saint-Laurent.

M. CHESNEAU :

- souhaite savoir si les collectivités médicales et hospitalières sont représentées dans l'Observatoire régional des professionnels de santé.

M. BHAGOOA :

- fait part à M. CHESNEAU, que les services de l'ARS ne pouvant pas lui donner une réponse dans l'immédiat, celle-ci lui sera transmise prochainement.

M. CHESNEAU :

- relève que la lecture de ces documents faisait ressortir une tendance à faire venir des professionnels de santé plutôt que de les installer et les maintenir sur place,

- suggère que le Directeur général de l'ARS mette tout en oeuvre pour que les professionnels de santé, déjà en place, s'épanouissent et continuent à développer.

M. DAMIE :

- rappelle le rôle de chacun, le DG ARS : faire venir les professionnels de santé, les opérateurs : faire rester ces professionnels de santé.

Mme LOUISET

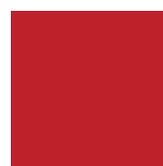
- évoque le problème des jeunes étrangers en possession d'un master, d'une licence mais ne pouvant pas accéder aux diplômes d'Etat car ils ne possèdent pas la nationalité française.

Les membres présents adoptent l'avis rendu rédigé par la commission permanente sur le programme interdépartemental des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et le plan d'action en faveur des professionnels de santé, au vu des travaux des commissions spécialisées, et modifié en séance plénière.



**CONDUITES ADDICTIVES ET COMPORTEMENTS
TRANSGRESSIFS CHEZ LES JEUNES**
Pourquoi ? Regards croisés





*Document rédigé par Emmanuelle BIHAN et Marie-Anne SANQUER
Conception et réalisation: Odile RIMBERT
ARS Guyane*



Editorial

Le débat public organisé par la CRSA répond autant à une exigence réglementaire qu'à une nécessité de permettre au citoyen de s'exprimer et donner son avis sur un des nombreux sujets de santé qui le préoccupe. Cet opuscule retrace l'essentiel de ce débat public et regroupe les recommandations à destination de tous et notamment des pouvoirs publics.

Mise en place en 2010, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie a souhaité porter un éclairage sur la question de la santé des jeunes de Guyane. Une jeunesse qui suscite tant d'espoirs et d'inquiétudes mais qui connaît bien de souffrances et de désillusions, alors qu'elle aspire ardemment à la réussite.

La situation de quasi déshérence d'une partie non négligeable de cette jeunesse, la destruction de l'environnement social et familial notamment, le déplacement des valeurs et l'instabilité ou l'illisibilité des repères n'aident pas à la construction harmonieuse du MOI et engendrent des réponses, attitudes, postures, comportements qui s'éloignent sensiblement des règles du vivre ensemble et des valeurs d'une solidarité universelle.

Quelles constructions mentales engendrent une telle situation, quelles aspirations nourrissent notre jeunesse, quelles réponses attend-elle ?

Après de vifs débats partant de la santé mentale des jeunes jugée trop stigmatisante, à la santé des jeunes jugée trop générique, soucieuse d'éviter toute banalisation mais aussi toute stigmatisation, la CRSA a arrêté le sujet du débat public comme suit :

**« CONDUITES ADDICTIVES ET COMPORTEMENTS TRANSGRESSIFS
CHEZ LES JEUNES:
Pourquoi ? Regards croisés. »**

Le débat final a eu lieu le 22 janvier 2013 à Kourou.

Une réflexion qui s'est attachée à éviter tout jugement de valeur mais aussi l'enfermement dans la problématique de la toxicomanie. Une réflexion qui se nourrit bien d'une inquiétude vis-à-vis de comportements, d'habitudes, de manières de vivre et de faire qui s'affranchissent de la LOI au profit d'autres règles en marge de l'Autorité mal ou pas reconnue.

Regards croisés qui montrent le souci de la CRSA d'instaurer une communication et un débat prenant en compte la diversité du territoire, des territoires et de la position des acteurs ; les jeunes d'une part et les adultes, notamment ceux qui œuvrent dans le secteur social.

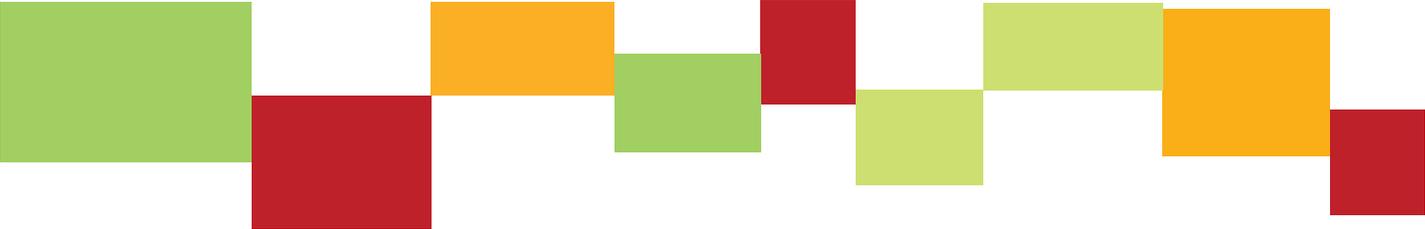
Ce débat, que nous avons voulu à l'image de la Guyane nous permet aujourd'hui d'émettre un certain nombre de recommandations qui ont pour principale ambition de rappeler que si la jeunesse est une richesse, elle devient un problème si l'on ne s'en occupe pas.

Enfin pour terminer mon propos, j'adresse tous mes remerciements aux jeunes qui nous ont fait confiance en acceptant le débat, aux acteurs de terrain qui se sont mobilisés pour le réussir et plus largement aux membres de la CRSA ; à M. Philippe DAMIE, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et ses collaborateurs. Sans eux rien n'eût été possible.

Yves BAGHOOA, Président de la CRSA



Yves BAGHOOA
Président de la CRSA



Avant propos

La santé des jeunes a été classée comme l'un des thèmes prioritaires par les conférences nationales de santé publique en France. Au niveau régional, les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), issues de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HSPT), représentent la société civile et alertent les autorités sur les sujets qui lui semblent prioritaires en y associant de manière transversale tous les acteurs concernés. Parmi ses missions, les CRSA sont chargées d'organiser un débat public par an (décret n° 348 du 31 mars 2010).

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) en Guyane a souhaité aborder le thème des « conduites addictives et comportements transgressifs chez les jeunes » en privilégiant des regards croisés. L'addiction dans le contexte législatif et éducatif est considérée comme une transgression mais il est important de prendre également en compte les autres transgressions dès lors qu'elles constituent un risque de dégradation sur la santé des jeunes.

Les objectifs généraux de ce débat sont de mieux connaître cette population et les problématiques auxquelles elle est confrontée, lancer une véritable campagne d'éducation pour la santé ainsi que créer un réseau de partenaires afin d'améliorer la prévention et la prise en charge pour la jeunesse.

Etre jeune est une période de corps sain mais aussi de construction qui passe souvent par des temps d'instabilité et de défis. C'est donc à cette période de la vie qu'une personne est le plus exposée à des risques qui peuvent affecter sa santé ou son bien-être.

Selon l'étude de l'INSEE¹, Les Jeunes en Guyane, publiée en juin 2011, les jeunes de 16 à 25 ans représentaient 16 % de la population guyanaise en 2006 avec un sex ratio en faveur des jeunes femmes. Aujourd'hui les moins de 25 ans représentent presque 50% de la population .

Dans un premier temps, il s'agit de clarifier les termes émanant de l'intitulé choisi par les membres de la CRSA en séance plénière.

¹Insee, *Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2012)* - Omphale 2010.

Les comportements transgressifs

Selon les membres de la CRSA de Guyane, la transgression correspond au dépassement de la norme, d'une limite, par rapport à des règles intégrées, à une éthique acceptée de tous. Cela se résumerait à tout comportement qui met en cause la loi, que ce soit la loi symbolique, la justice, la morale sociale ou personnelle. Il s'agit en effet de s'interroger sur les comportements transgressifs chez les jeunes dans leur vie individuelle ou sociale.

Pour plus de clarté, nous considérerons que la transgression équivaut à une conduite ou à un comportement à risque.

La difficulté ici est de faire concorder les points de vue. En effet, pour les jeunes la prise de risque ne prend sens qu'à partir du moment où il y a des dommages. S'il n'y en a pas, cela relève plutôt d'un jeu.

Selon l'INPES et le Réfips¹ les comportements à risque sont des comportements tels que « la violence dirigée contre soi (suicides ou tentatives de suicide) ou contre les autres (agressions, brimades), l'usage nocif de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) ou leur expérimentation précoce, les comportements dangereux sur la route ou durant les loisirs, le décrochage scolaire et les comportements sexuels à risque. »

Lorsque la prise de risque devient régulière ou répétée, on parle de conduite à risque et cela correspond plutôt à la recherche d'un apaisement dû à un mal-être psychologique.

S'il est certain que ce type de comportement peut amener à la destruction mentale ou physique d'un jeune, il faut également souligner qu'à la période de l'adolescence c'est une étape normale de recherche de soi et de ses limites avant une évolution vers l'âge adulte.

¹Référentiel de bonnes pratiques, *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*, éditions Inpes, janvier 2008

Les conduites addictives

Yves Gervais, psychothérapeute pour adolescent, traduit l'addiction comme une « dépendance passionnelle et paroxysmique envers un seul objet ». De la même manière le professeur Michel Reynaud¹ en 2006 la définit comme un « comportement répétitif, souvent incoercible et nuisible à terme à la santé ».

Une autre définition indique que « l'addiction se caractérise fondamentalement par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et par la poursuite de celui-ci en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives et dommageables. »²

On distingue plusieurs types d'addictions :

- celles avec produits : substances psycho-actives licites comme les boissons alcoolisées ou le tabac, substances illicites comme le cannabis, le THC, les opiacés, la cocaïne, le crack, etc. Il existe également les addictions à des produits détournés tels que certains médicaments, les produits de dopage ou les produits industriels (solvants,...) ;
- celles sans produits: jeux de hasard ou d'argent en ligne ou non; Internet, le téléphone portable, les achats compulsifs, etc.

Il appartient aux pouvoirs publics dans leur ensemble (mairie, préfecture, services de police et gendarmerie, douanes) de faire respecter les interdictions de consommation d'alcool sur la voie publique (et notamment devant les épiceries), de vente d'alcool aux mineurs et les réglementations concernant la vente d'alcool dans les stations services et les débits de boisson.

Ainsi, en Guyane, plusieurs initiatives ont déjà vu le jour : à Saint-Laurent-du-Maroni dès 2010, la mairie et la gendarmerie travaillaient ensemble sur des actions de sensibilisation auprès des commerçants. Plusieurs mairies de la région ont publié des arrêtés interdisant la consommation d'alcool et de stupéfiants sur la voie publique. Officiellement, à Montsinery-Tonnégrande l'interdiction de consommation d'alcool devant le libre-service est effective tous les jours entre 18 heures et 23 heures. A Saint-Georges également, depuis 2010, la vente d'alcool est interdite entre 20 heures et 8 heures.

Néanmoins les commerçants continuent à vendre de l'alcool réfrigéré bien qu'ils n'aient pas la licence de débit de boisson et la vente d'alcool illégale se développe à travers des reventes par des particuliers.

¹Médecin et chef du département Psychiatrie et addictologie de l'hôpital universitaire Paul-Brousse, à Villejuif.

²*Guide des interventions en milieu scolaire, Prévention des conduites addictives*, Répères, Vie scolaire



L'autre mot clé du débat public: «les jeunes»

La CRSA a pour compétence le territoire guyanais. Ainsi, qui sont les jeunes guyanais ? Quels sont leurs besoins ? Quelles sont les structures existantes en matière de jeunesse ? La jeunesse guyanaise connaît-elle un état de malaise et quelle est son origine ? Quelle connaissance avons-nous en Guyane des conduites addictives et des comportements transgressifs chez les jeunes ?

Afin de répondre à ces diverses questions, il convient de s'appuyer sur les quelques études spécifiques à la Guyane. La plus récente est celle de l'INSEE réalisée en juin 2011, intitulée «*Les jeunes en Guyane*».

De même, plusieurs enquêtes ont été réalisées par l'Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG), notamment une étude qui s'attache à développer le thème de «*La santé des jeunes en démarche d'insertion sociale et professionnelle*», publiée en 2005, ou encore, «*La santé des étudiants en Guyane*», publiée en 2006.

Des études n'abordant que la partie addiction chez les jeunes ont également été réalisées par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et l'Institut National de Prévention de l'Éducation pour la Santé (INPES) en 2005¹, 2008 et 2011² (les résultats de la dernière étude ESCAPAD de 2011 sont attendus en 2013). Les études TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) de l'OFDT, réalisées annuellement de 2001 à 2005 abordent plutôt les différentes évolutions quand à la consommation et au public concerné.

Hormis les publications citées plus haut, globalement peu de données récentes et spécifiques à la Guyane existent concernant la jeunesse. Une démarche a été entamée régionalement afin de bénéficier une nouvelle fois des études de l'OFDT.

Un programme triennal (2011-2014) d'étude et d'actions auprès des jeunes adultes de Guyane a été lancé par le Centre de Ressources et Politiques de la Ville (CRPV) intitulée «*Démarche Jeunesse*». Ce programme a vocation à orienter la politique régionale en termes d'accompagnement de la jeunesse. Des premiers résultats devraient voir le jour prochainement. Les thématiques abordées sont variées allant de la santé, à l'insertion professionnelle, etc.

Les publications existantes montrent une jeunesse guyanaise en forte croissance démographique, avec un manque

de formation et de qualification (47% des 16-25 ans n'ont pas de diplôme)³, et une faible capacité pour répondre aux opportunités du marché du travail (décalage entre l'offre de formation et les besoins du territoire), ce qui crée un fort taux de chômage. À l'image de la population guyanaise, la jeunesse guyanaise est multiculturelle et multilingue, provoquant ainsi une faible pénétration des messages préventifs et une compréhension qui diverge selon le modèle culturel. Par ailleurs, le taux des grossesses précoces est particulièrement important.⁴

Certes, selon l'OFDT - étude ESCAPAD 2008 - la consommation d'alcool et de produits psycho-actifs chez les jeunes en Guyane, est moins importante que dans les autres régions de France, néanmoins, le jeune guyanais est soumis à des comportements à risques, comme la consommation d'alcool et de substances psycho-actives de type cannabis (ou «*kali*») utilisés pour apaiser un sentiment de colère ou de solitude.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette prise de risque comme la facilité de l'offre, la détérioration de la cellule familiale, la fragilité socio-économique ou encore le manque d'opportunités en termes de formation/qualification. De la même manière beaucoup de professionnels observent chez les jeunes un manque de repères que ce soit au niveau familial ou institutionnel. Cette consommation engendre ou facilite dans certains cas d'autres prises de risques : rapports sexuels non protégés, grossesses précoces, absentéisme scolaire, vitesse au volant ou en scooter, troubles alimentaires, violence, suicide...

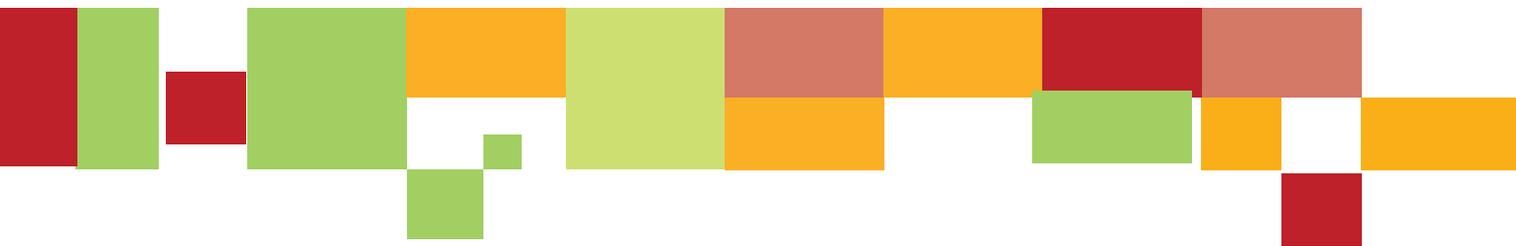
Les comportements à risques sont pris en charge de manière généraliste par des psychiatres ou psychologues comme il en existe dans les maisons des adolescents entre autres. Malgré l'implication de nombreux services dans des actions de prévention (monde sportif, éducation nationale, ...) ,il n'existe pas réellement de prise en charge différenciée selon le comportement transgressif. Seules les addictions sont prises en charges par des structures adaptées de type Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARRUD).

¹ Atlas régional des consommations d'alcool, INPES/OFDT, 2005

² Enquêtes ESCAPAD, réalisées par l'OFDT auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée d'appel à la défense en 2008 et 2011

³ Les jeunes en Guyane, INSEE, 2011

⁴ Antiane, Guyane - n°74, juillet 2011



Que fait-on pour répondre au besoin d'accompagnement et d'écoute exprimé par les jeunes Guyanais ?

De nombreuses recommandations ont déjà été émises à ce sujet : lutter contre l'alcoolisme chez les jeunes, constituer des groupes de réflexion pour la mise en place d'actions envers les jeunes et leur famille, mettre en place des actions de prévention et d'information sur les effets des produits psycho-actifs, réaliser une formation repérage précoce et intervention brève (RPIB), etc.

Au niveau institutionnel des réponses ont été apportées en termes de structures et de prise en charge à destination des jeunes, bien qu'elles soient inégalement réparties sur le territoire (grande concentration sur l'île de Cayenne) :

- actions de prévention en milieu scolaire : dans le cadre des Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), activités menées sous la responsabilité des chefs d'établissement du secondaire ; équipes mobiles de sécurité, ou encore via les programmes de réussite éducative ; mise en pratique de la circulaire éducative n° 2011-216 du 2-12-2011 pour une politique éducative de santé (parmi les objectifs : prévention des conduites addictives, du mal-être et des jeux dangereux) notamment par la construction d'un projet multipartenarial (convention entre le Rectorat et l'ARS) ;

- structures d'accueil, d'information et d'écoute : la mission locale, les points d'accueil écoute jeune ou les points information jeunesse/centre de ressource information jeunesse, les ateliers santé ville via les régies/maisons de quartier, le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (pour les étudiants) ;

- structures de prise en charge des addictions et/ou des transgressions : consultation à la maison des adolescents, suivi rapproché par la protection judiciaire de la jeunesse pour les jeunes placés sous main de justice, prise en charge des addictions dans les CSAPA et dans les CAARRUD à Kourou, Cayenne et Saint-Laurent, des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), les communautés thérapeutiques à Roura et Saint-Laurent ; les Lits Halte Soins Santé (LHSS) et une unité d'addictologie au CHAR à Cayenne ;

- autres actions de prévention mises en place par les ateliers santé ville, les services de la politique de la ville (CUCS), la mission locale, les établissements médico-sociaux ou les régies de quartier de chaque commune.

En Guyane il n'y a jamais eu de Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) comme dans certaines autres régions de l'hexagone.

Depuis la réforme du dispositif régional en juillet 2009, le dispositif d'appui interministériel est piloté directement par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) au niveau national. Est également absent en Guyane, un médecin scolaire qui soit dédié au dépistage des troubles psychiques parmi les élèves.

La plupart des activités qui touchent les jeunes afin de lutter contre les conduites addictives ou les comportements transgressifs sont en majorité de l'ordre de la prévention en milieu scolaire et dans les quartiers. Certaines initiatives notables, telles que les activités du collectif Prev'Ouest dans les milieux festifs utilisent la mobilisation par les pairs pour toucher le public cible.

En outre, diverses initiatives ponctuelles d'information, de formation, de réflexion et de sensibilisation, se tiennent régulièrement en Guyane telles que :

- les Etats généraux de lutte contre l'alcoolisme en novembre 2006 à Rémire-Montjoly ;

- le festival « stop di coka », concours artistique sur le thème des addictions ouvert aux jeunes de 15 à 25 ans, en 2010 à Kourou ;

- les journées Antilles-Guyane d'alcoologie et autres addictions, les 3 et 4 février 2011 à Cayenne ;

- des conférences-débat avec des professionnels à destination des jeunes scolarisés de Rémire-Montjoly, en décembre 2011 et 2012

- une campagne de lutte contre l'alcoolisme lancée en octobre 2012 dans la plupart des collèges de Guyane

- organisation de formations sur les addictions pour les jeunes de Camopi, par la DJSCS en lien avec le PRE de Saint-Georges et le PIJ de Camopi, en 2012.

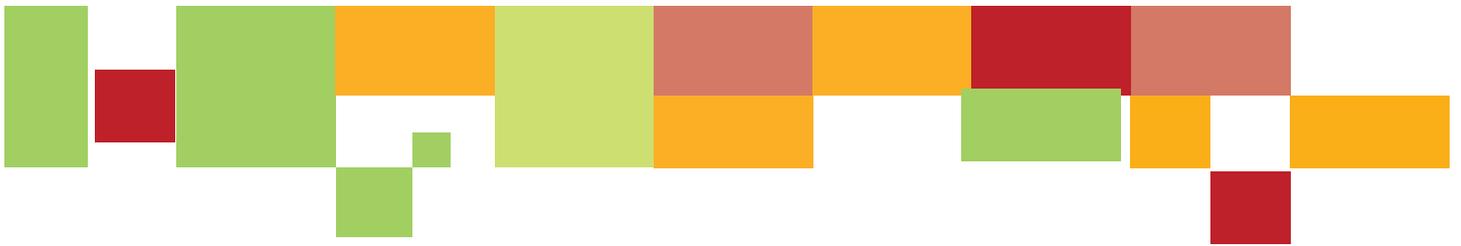
Toutes ces initiatives sont appuyées par les institutions régionales via des subventions gérées par la Préfecture de Région (dans le cadre des crédits délégués par la MILDT), la DJSCS ou encore l'ARS.



Ainsi, l'organisation du débat public de la CRSA sur le thème « conduites addictives et comportements transgressifs chez les jeunes », via la décentralisation du débat dans la région (des ateliers se sont tenus à Maripasoula, Saint-Laurent, Cayenne, Kourou et Saint-Georges) a permis une nouvelle fois d'attirer l'attention de la population guyanaise sur une problématique récurrente en Guyane qui nécessite une action rapide, concrète et coordonnée mobilisant les acteurs à tous les niveaux.

Par ailleurs, le grand public a pu exprimer ses opinions lors du débat final qui s'est déroulé le 22 janvier 2013 à Kourou, ce qui a donné lieu à la rédaction de recommandations à destination des autorités compétentes en la matière (voir ci-contre).





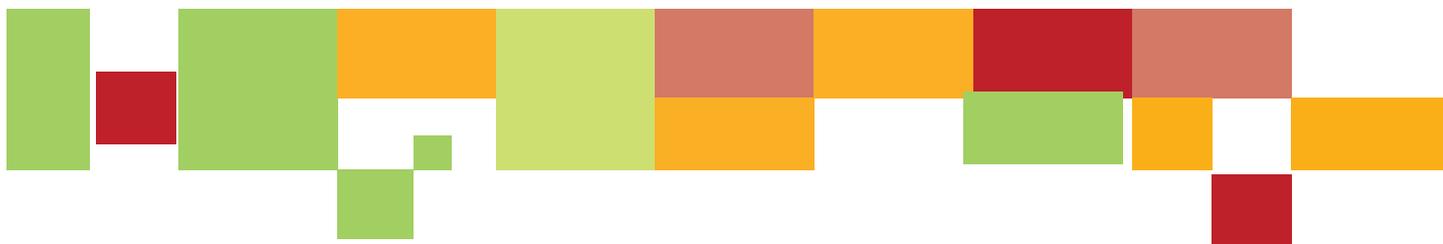
Recommandations

Axe 1: la place et le rôle des parents

- ▶ Organiser l'information et le dialogue avec les parents ;
- ▶ Faciliter l'accès des parents à la scolarité de leurs enfants ;
- ▶ Promouvoir la responsabilisation individuelle des enfants et des parents ;
- ▶ Donner plus de place aux parents dans la scolarité de leurs enfants notamment par le biais des associations de parents ;
- ▶ Améliorer la médiation entre les familles et l'Education Nationale via des partenariats associatifs ;
- ▶ Adapter l'objectif de la politique familiale aux spécificités démographiques de la Guyane (favoriser l'accueil collectif des jeunes enfants pour permettre la formation des jeunes parents, améliorer l'accompagnement dans l'éducation des enfants) ;
- ▶ Veiller au fonctionnement effectif du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté dans les établissements scolaires du secondaire en prenant toutes les dispositions nécessaires notamment en termes de mobilisation des acteurs.

Axe 2: action des pouvoirs publics

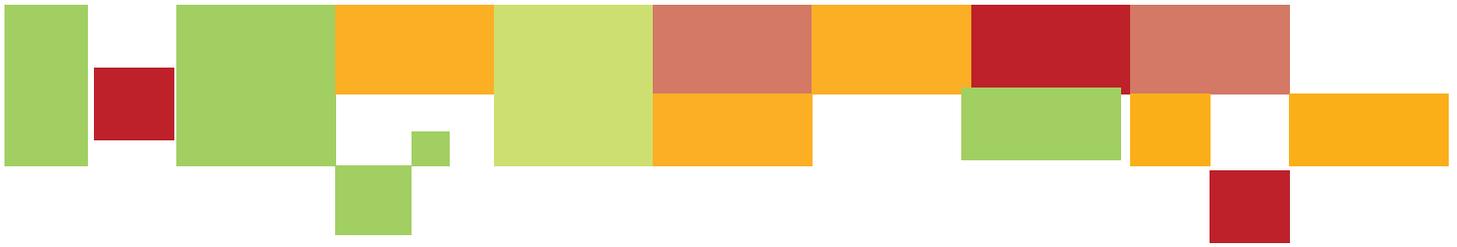
- ▶ Améliorer la coordination entre les collectivités territoriales et les différents services déconcentrés de l'Etat sur la politique et la mise en œuvre concertée des actions en faveur de la jeunesse ;
- ▶ Développer le réseau partenarial entre les acteurs de terrain et les institutions ;
- ▶ Encourager la coopération entre les acteurs de terrain volontaires par la mise en place de réseaux ;
- ▶ Développer l'éducation de rue ;
- ▶ Développer les financements des actions de prévention et de prévention spécialisée dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance ;
- ▶ Mettre tous les moyens en œuvre pour faire respecter la réglementation de la vente d'alcool et de tabac aux mineurs ;
- ▶ Interdire effectivement l'implantation de débit de boissons près des établissements scolaires ;
- ▶ Augmenter et diversifier les structures d'accueil pour la jeunesse ;
- ▶ Développer et renforcer les compétences des acteurs locaux (personnes relais) sur les territoires ;
- ▶ Renforcer les pôles de ressources d'information en santé pour développer l'accompagnement méthodologique dans les territoires isolés et dans les zones défavorisées.



Axe 3: la place et l'influence du culturel

- ▶ Développer des partenariats avec les collectivités territoriales (mairies, conseil général) pour favoriser la mise en place de clubs de prévention en priorité dans les quartiers à forte densité de populations ;
- ▶ Développer les échanges entre les acteurs/détenteurs de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne ;
- ▶ Mettre en place des programmes de revalorisation et d'apprentissage des savoirs ancestraux (plantes médicinales ...) ;
- ▶ Adapter les modes de communication en prévention aux différents territoires et populations (communication orale plutôt qu'écrite du fait du fort taux d'analphabétisme).





COMPOSITION DE LA CRSA

Président de la CRSA: *M. Yves BHAGOOA*

COMMISSION SPÉCIALISÉE DANS LE DOMAINE DES DROITS DES USAGERS DU
SYSTÈME DE SANTÉ :

Présidente: *Mme Maurice BERTRAND*
Vice-président: *M. Elie MARKOUR*

COMMISSION SPÉCIALISÉE DE LA PRÉVENTION :

Président: *M. Athys JAIR*
Vice-présidente: *Mme Sandrine LOUISET*

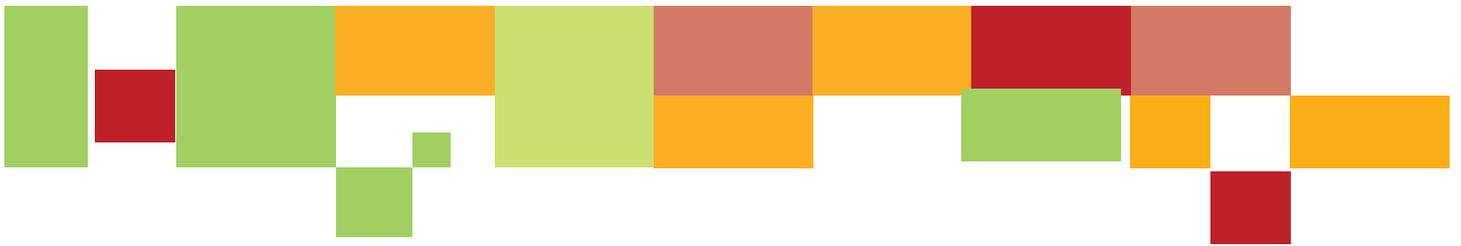
COMMISSION SPÉCIALISÉE DE L'ORGANISATION DES SOINS :

Présidente: *Mme Marie-Josiane CASTOR-NEWTON*
Vice-président: *M. Christophe CHAUMEIL*

COMMISSION SPÉCIALISÉE POUR LES PRISES EN CHARGE ET
ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX :

Président: *M. Jean-Claude LABRADOR*
Vice-présidente: *Mme Estelle JEANNEAU*





Les actes du débat public qui a eu lieu le 22 janvier 2013 sont disponibles sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé de Guyane

www.ars.guyane.sante.fr

Vos interlocuteurs:

Yves BAGHOOA
yves.baghooa@wanadoo.fr

Francine SASSON
francine.sasson@ars.sante.fr

Ghislaine MONIN
ghislaine.monin@ars.sante.fr

**AVIS DE LA CONFERENCE DE TERRITOIRE
SUR LE CONTRAT LOCAL DE SANTE DE LA VILLE DE Matoury**

Les membres présents de la conférence de territoire sont favorables à la méthodologie d'élaboration du contrat local de santé de Matoury.

Ils relèvent cependant :

- **Un besoin de clarification** entre les actions relatives au volet communication de l'axe 1 et l'axe 2.

Ils proposent d'enlever les actions de communications de l'axe 1 qui leur semblent redondantes non justifiées par rapport aux actions de communication de l'axe 2.

- **L'ajout d'une action nouvelle à l'Axe 2 objectif n°3 intéressant l'amélioration des repas dans la restauration scolaire de la ville de Matoury**
- **La nécessité de scinder dans l'Axe 3 - Objectif n°1 – l'action 2 (Nuisances sonores) en direction des établissements scolaires et en direction du grand public. Il ne faut pas hésiter à faire appel aux professionnels de santé ainsi qu'aux associations spécialisées.**
- **L'ajout dans l'axe 3 - Objectif n°1 – Action 3 (participer à la lutte contre l'habitat insalubre) de la notion d'indigne et de définir les notions habitat indigne et habitat insalubre.**
- **La proposition de détailler les actions à mener dans l'axe 3 - Objectif n°2 – Action 1 :**
 - **la réduction de l'utilisation des pesticides par les services techniques de la mairie**
 - **Déterminer une filière visant la réduction des Véhicules Hors d'Usage afin de limiter le développement de gîtes larvaires de moustiques.**
- **Un besoin de reformulation de l'objectif n°1 de l'axe 4 en « Approfondir la réflexion sur l'accessibilité des personnes en situation de handicap sur la commune de Matoury »**

Cayenne, le 31 octobre 2012



