

AUTEURE
Élise AUTRIVE

Territorialisation sanitaire en Guyane française : des défis contemporains d'une adaptation à des besoins spécifiques

RÉSUMÉ

Cette communication a pour objectif de mieux comprendre l'organisation du système sanitaire destiné aux populations vulnérables au sein de la communauté d'agglomération Centre littoral (CACL)¹ en Guyane française. L'étude a été menée entre 2017 et 2019 auprès des acteurs du système à partir d'entretiens semi-directifs étudiés à l'aide de l'analyse des réseaux sociaux en croisant mesures locales et globales. Les résultats tendent à montrer que le système d'acteurs est essentiellement composé d'institutions et d'associations qui restent cloisonnées. Toutefois, des collaborations intersectorielles, notamment stratégiques et opérationnelles, existent à une échelle locale entre ces acteurs. Productrices de nouveaux espaces de collaboration au niveau local, ces collaborations sont impulsées par les acteurs de terrain et s'affranchissent partiellement des zonages portés par les acteurs publics.

MOTS CLÉS

territorialisation, coordination, accès aux soins de santé, populations vulnérables, Guyane française

ABSTRACT

This paper aims at better understanding the organisation of the health system for vulnerable populations in the Communauté d'Agglomération Centre Littoral (CACL) in French Guiana. Carried out between 2017 and 2019, the study uses semi-structured interviews among the actors of the system. Collected information has been studied using social network analysis. The results show that the system of stakeholders is composed of institutions and associations whose organisation is compartmentalised. However, intersectoral collaborations exist at the local level, that are producing new spaces of collaboration at a local scale; they are driven by field actors and are operating partially outside of the public actor zoning.

KEYWORDS

Territorialisation, Coordination, Healthcare access, Vulnerable populations, French Guiana

INTRODUCTION

Depuis la départementalisation de la Guyane en 1946, les lois françaises pensées depuis le territoire hexagonal s'imposent à ce département représentant environ 15% du territoire français. Avec 269 352 habitants en 2016, elle est la région française la moins densément peuplée (2,5 habitants par km²), l'essentiel de la population étant concentrée dans les communautés d'agglomération du Centre littoral et de l'Ouest. Elles sont les principaux « moteurs » de la croissance démographique et des espaces d'accueil privilégiés d'une population cosmopolite depuis les années 1970. En 2015, un tiers de la population était d'ailleurs de nationalité étrangère (*ibid.*).

La Guyane met au défi la mise en place du système sanitaire. D'après la Cour des comptes, le système de santé y présente un retard structurel important. D'après l'Insee, en 2017, la densité médicale était de 35% inférieure à celle de l'Hexagone, 22% de la population guyanaise était à plus de 30 minutes d'un service d'urgence en 2014 et 10% de la population était à plus de 24 minutes du premier médecin généraliste en 2017. Les indicateurs sociaux et de santé y sont dégradés : selon l'Insee en 2011, 30% de la population guyanaise vivait sous le seuil de risque de pauvreté local (420 €/mois), une surmortalité pour la plupart des maladies (DRESS & Santé Publique France, 2017), des pathologies sexuellement transmissibles très présentes telles que le VIH (771 cas / million d'habitants en Guyane contre 100 en France en 2014). Ces inégalités reflètent

1 La CACL est composée de 6 communes : Cayenne, Rémire-Montjoly, Matoury, Montsinéry-Tonnégrande, Macouria et Roura (55% de la population Guyanaise, 14% de sa population est immigrée en 2015 d'après l'Insee.) En 2015, plus de 42% de son bâti est spontané et 26% est potentiellement insalubre d'après l'Agence d'urbanisme et de développement de la Guyane.

une précarité multiforme, des conditions de vie difficiles, favorisant les prises de risque notamment pour les personnes immigrées, et des difficultés d'accès aux soins et au dépistage (Nacher *et al.*, 2018).

Depuis une dizaine d'années, en tant que département français, la Guyane est touchée par une transformation du système de santé (« territorialisation sanitaire », portée par les lois : Hôpital patients santé territoires (HPST, 2009), de modernisation du système de santé (2016), Ma santé (2022). Ces réformes instaurent un transfert de compétences au niveau régional, elles visent à favoriser la complémentarité et la coordination intersectorielle entre les acteurs et à renforcer l'accès aux soins de proximité. Ces transformations s'opèrent dans des territoires, à la fois « supports » des outils de la planification sanitaire et mode de légitimation de l'action locale. La définition des « territoires » par les acteurs constitue un enjeu majeur pour la mise en œuvre de ces politiques. Elle met en jeu deux logiques, liées à la coordination des acteurs et à « l'échelle et aux référentiels spatiaux d'analyse et d'action » (Amat-Roze, 2011).

Depuis 2010, les associations peuvent exercer des missions de service public dans le domaine sanitaire et social. Cette offre est notamment assurée *via* les acteurs de terrain, associatifs (ARS Guyane, 2019 : 30). Certains mettent en place des équipes mobiles (*outreach practices*, voir Chauvin, 2012) composées de professionnels de santé, de médiateurs sociaux, de bénévoles se rendant auprès des populations les plus en situation de vulnérabilité², comme dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et les zones de constructions spontanées. L'insuffisance des modalités de structuration et de la connaissance de l'organisation de cette nébuleuse d'acteurs met cependant à mal le suivi des patients dans leurs besoins de santé (ARS Guyane, 2019 : 48). Cette communication proposera de mieux comprendre le système d'acteurs mobilisés dans le processus de territorialisation en cours.

1. POSITIONNEMENT DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

Les recherches conduites mettent l'accent sur les partenariats entre types d'acteurs (Fleuret, 2006) ou sur le rôle de « l'échelle et des référentiels spatiaux d'analyse et d'action » (*op. cit.*). Peu de travaux cherchent à comprendre les conditions de développement de ces nouvelles structurations. Ainsi, comprendre l'organisation des acteurs, leurs modalités de structuration (convention de partenariats, collaborations...) et leur articulation avec les zonages opérationnels préétablis des politiques de l'action publique constitue l'objet de cette communication.

Dans cette optique, une étude réalisée entre 2016 et 2019 au sein de la communauté d'agglomération du Centre littoral (CACL) s'est appuyée sur une série d'entretiens avec des acteurs agissant auprès des populations vulnérables. L'identification des dispositifs qui concourent à la santé (soin, médico-social, accompagnement social, accès aux droits) de ces populations a été réalisée à l'aide des sources d'information disponibles (annuaires institutionnels et non institutionnels) et complétée par une enquête. Parmi les 40 dispositifs sélectionnés (hors structures privées, acteurs dans le champ du handicap et des personnes âgées), 22 entretiens semi-directifs ont été conduits, qui portaient sur les activités de la structure dans et hors les murs, les natures des relations (prise en charge, stratégique, opérationnelle) et les types de liens entretenus (avec ou sans conventions de partenariat). La représentativité des entretiens atteint plus de 50% en fonction des domaines d'activité (soins, médico-social, accompagnement social). Ces entretiens ont permis de créer les bases de données sur lesquelles se fondent des analyses de réseaux (Lewis *et al.*, 2008; Srinivasan & Uddin, 2015), qui trouvent ici toute leur justification pour rendre compte des relations de diverses natures et de modalités de coordination dans le champ de la santé. Les politiques sanitaires portés par l'agence régionale de santé (ARS) en Guyane visent à améliorer la « connaissance des initiatives des acteurs », mais aussi à renforcer « les collaborations, les partenariats, ou bien encore la coordination » (ARS Guyane, 2019 : 31; CNS, 2018). Sur la base des entretiens retravaillés sous la forme de graphes, deux types de liens entre les acteurs de santé seront explorés : ceux liés à la prise en charge des populations vulnérables pour leurs besoins de santé, et ceux de nature stratégique et opérationnel dans le cadre d'actions mobiles.

2. RÉSULTATS

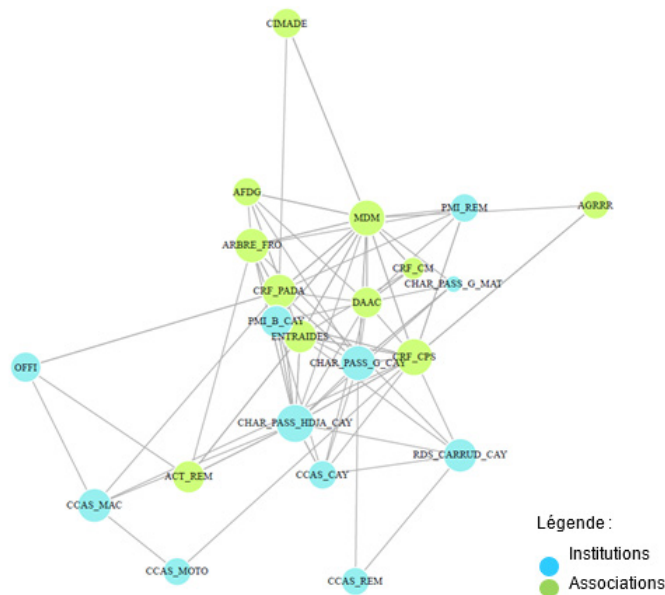
2.1. De la reconnaissance des « acteurs pivots » à une typologie des formes de coordination

La mesure globale de la centralité d'intermédiarité permet de saisir quels seraient les acteurs « pivots » dans la prise en charge des populations vulnérables. Quatre acteurs apparaissent : 2 institutionnels (permanence

² Un état de vulnérabilité des populations se définit comme suit : habitat précaire, déficient, habitat pathogène ; dépendance physique ou psychique liée à une addiction ; difficulté de communication ou de compréhension (patient ne parlant pas français ou malentendant) ; exposition à des violences directes ou indirectes ; absence de droits d'accès aux dispositifs de protection sociale (Adam *et al.*, 2017).

d'accès aux soins de santé de l'hôpital de jour du centre hospitalier (CH) de Cayenne, permanence d'accès aux soins de santé du CH de Cayenne) et 2 associatifs (centre de prévention santé Croix Rouge française, Médecins du Monde) (fig. 1).

Figure 1. Des acteurs « pivots » dans la prise en charge des populations vulnérables ?



Toutefois, les mesures globales du réseau ne permettent pas d'identifier la structuration de chaque acteur avec ses pairs. En revanche, localement, l'analyse d'un acteur (*ego*) et de son réseau d'acteurs (*egonet*) permet d'étudier les relations directes de l'acteur entre trois sommets (triade d'acteurs) ; la mesure de la transitivité sur ce réseau reflète une certaine coordination entre ces acteurs. À partir des variables (statut, activités, liens, transitivité) une analyse en composante principale (ACP) puis une classification ascendante hiérarchique (CAH) ont été réalisées. Ainsi, une typologie identifie une structuration en plusieurs points :

- les acteurs institutionnels et associatifs s'organisent d'eux-mêmes de façon informelle (sans convention),
- la dynamique des liens entre acteurs de différents statuts (institutionnel / associatif) reste cloisonnée,
- une dynamique intersectorielle entre les différents champs d'activité est observée (médico-social / accompagnement social).

2.2. Des zones d'actions mobiles : entre contraintes des zonages préétablis et volonté de s'adapter aux populations cibles

De la cartographie des dispositifs d'actions mobiles naît un constat : elles sont nombreuses mais laissent « des zones blanches » en raison « d'une répartition irrégulière sur le territoire régional et une fragilité des moyens mis en œuvre » (ARS Guyane, 2019 : 30-31).

Pour apporter un éclairage supplémentaire, la nature des liens « stratégiques » et « opérationnels »³ entre ces acteurs peut être mobilisée. Dans le réseau d'acteurs établissant les stratégies de localisation des actions mobiles, 60 % d'associations et 40 % d'institutions sont impliquées, tandis que les actions opérationnelles sont réalisées par plus de 80 % des acteurs associatifs.

Les entretiens conduits permettent de relever deux points :

- Les acteurs agissent dans et en dehors des QPV : en cohérence avec les périmètres établis par la politique de la ville et de santé, ils produisent également leurs propres espaces d'actions s'astreignant des périmètres définis.
- Ces acteurs tendent à s'adapter en complémentarité (activités, horaires des actions) aux espaces de vie des populations les plus vulnérables et présentant des risques sanitaires spécifiques.

Cette « organisation désorganisée » à l'initiative des acteurs cache une appropriation des réalités, des ressources et des compétences sur le territoire. En quelque sorte, dans ces lieux d'actions polarisés, les acteurs développent leur propre territorialisation au niveau local afin d'être complémentaires dans les actions proposées.

3 Les liens *stratégiques* sont entendus comme des relations de collaboration entretenues entre acteurs A et B afin de mener individuellement à bien leur(s) action(s) (exemple : A et B décident ensemble de(s) lieu(x) cible(s) pour les actions de dépistage (test rapide d'orientation diagnostique / TROD). Les liens *opérationnels* sont des relations de coopération entretenues entre acteurs A et B afin de mener collectivement à bien leur(s) action(s) (exemple : A et B réalisent ensemble une action de dépistage TROD).

CONCLUSION

Bien que des limites existent dans cette étude (*egonetworks* restreints sur les acteurs interrogés, refus de passation de l'enquête...), les avantages résident dans le fait qu'elle allie entretiens, différentes mesures d'analyse de réseau et cartographie pour mieux saisir l'organisation des acteurs. Les mesures globales (centralité d'intermédiarité) permettent de saisir et de décrire les acteurs les plus centraux dans la prise en charge des besoins des populations vulnérables. Quant aux mesures locales (*egonetworks*, transitivité), elles permettent de saisir individuellement chacun des acteurs, de décrire leur réseau relationnel et de détecter des logiques coordonnées en vue d'améliorer l'offre et l'accès aux soins des populations en situation de vulnérabilité.

RÉFÉRENCES

- Adam C., Faucherre V., Micheletti P., Pascal G., 2017, *La santé des populations vulnérables*, Paris, Ellipses.
- Amat Roze J.-M., 2011, « La territorialisation de la santé: quand le territoire fait débat », *Hérodote*, n° 143, p. 13-32 [en ligne: www.cairn.info/revue-herodote-2011-4-page-13.htm].
- ARS Guyane, 2019, *Publication du projet régional de santé (PRS) Guyane 2018-2028*, Cayenne [en ligne: www.guyane.ars.sante.fr/publication-du-projet-regional-de-sante-prs-guyane-2018-2028].
- Chauvin P., 2012, « 29. Au-devant, auprès et avec la nécessité de développer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers conjuguant *outreach*, proximité et accompagnement dans le système de soins », in P.-H. Bréchat (dir.), *Innover contre les inégalités de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, « Hors collection », p. 377-386 [en ligne: www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-page-377.htm].
- CNS (Conseil national du sida et des hépatites virales), 2018, *Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles française*, Paris [en ligne: www.cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/03/2018-01-18_avi_fr_prise_en_charge.pdf].
- DRESS, Santé publique France, 2017, *L'état de santé de la population en France*, Paris [en ligne: www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017].
- Fleuret S., 2006, « Les associations dans le système sanitaire et social en France: les territoires de l'invisible », *Économie et solidarités*, p. 107-128 [en ligne: halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00175534/document].
- Lewis J.M., Baeza J.I., Alexander D., 2008, "Partnerships in Primary Care in Australia: Network Structure, Dynamics and Sustainability", *Social Science & Medicine*, n° 67, p. 280-291 [en ligne: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608001846].
- Nacher M., Adriouch L., Van Melle A., Parriault M.C., Adenis A., Couppié P., 2018, "Country of Infection among HIV-Infected Patients Born Abroad Living in French Guiana", *PLOS ONE*, 13(2) [en ligne: doi.org/10.1371/journal.pone.0192564].
- Srinivasan U., Uddin S., 2015, *Social Network Framework to Explore Healthcare Collaboration* [en ligne: arxiv.org/pdf/1509.07578].

L'AUTEURE

Élise Autrive

Université de Rouen Normandie – IDEES

elise.autrive@gmail.com