



PRAPS

Programme Régional d'Accès à
la Prévention et aux Soins
2018 - 2022

PRS SOUMIS A LA
CONSULTATION
REGLEMENTAIRE

Préambule

Chargée du pilotage régional du système de santé, l'agence régionale de santé se voit confier la mission de mettre en œuvre la politique de santé au plus près des besoins de la population et de réguler l'offre en santé en région.

Sous l'impulsion de l'Agence régionale de santé, d'autres acteurs interviennent dans la déclinaison des orientations de la Stratégie Nationale de Santé et dans celles du projet régional de santé.

Ainsi, l'assurance maladie, les collectivités territoriales (au premier rang desquelles on citera la CTG notamment en matière de politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap) ou bien encore les services de l'État en région sont contributeurs à la mise en œuvre de la politique de santé, dans le respect de leurs attributions et compétences propres.

Dans ce contexte, l'action de l'agence régionale de santé est incarnée par le projet régional de santé (PRS) élaboré en concertation avec les acteurs de santé dans la région. Il définit la stratégie régionale de santé, organise sa mise en œuvre opérationnelle et fixe les ambitions et les priorités régionales de santé auxquelles contribuent, chacun dans son champ de compétence, l'ensemble des institutions et promoteurs pouvant intervenir dans la sphère du système de santé, domaine transversal par excellence.

Le projet régional de santé comporte formellement 3 documents constitutifs, élaborés par l'agence régionale de santé en co-construction avec ses partenaires, principalement sur la base de l'évaluation du PRS1 et du diagnostic territorial actualisé avec les populations.

Le Cadre d'Orientation Stratégique fixe la vision stratégique en matière de santé à 10 ans. Les deux finalités du PRS de Guyane sont :

- Améliorer l'état de santé de la population guyanaise
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région

Les principes guidant le COS sont au nombre de cinq. Le premier principe est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement. Il doit se décliner dans tout le PRS (SRS et PRAPS).

En Guyane, la cohabitation des deux logiques de construction des inégalités : sociale et territoriale, impose de construire une politique publique conforme aux recommandations de l'OMS : nous devons mettre en œuvre avec effectivité le principe d'universalisme proportionné, seul capable de répondre au gradient social, ce qui signifie piloter des politiques universelles mais fortement renforcées dans tous les territoires ou à l'égard de populations moins favorisées ; et nous devons mettre en place une approche adaptée – notamment en termes de passerelles – en direction des personnes les plus précarisées. **Ces deux approches sont interdépendantes (l'universalisme proportionné bénéficie aussi aux plus pauvres ; et les actions en direction des plus pauvres sont en général de puissants leviers de transformation du système de santé), mais ne doivent pas être confondues.**

Les axes du Schéma régionale de santé (SRS) de manière transversale doivent permettre de réduire les inégalités :

- les inégalités entre la Guyane et la France hexagonale : afin de rattraper les niveaux d'offre métropolitains dans le sanitaire et le médicosocial ; d'organiser les EVASAN vers les autres DOM et/ou vers l'hexagone ; d'organiser l'accueil et/ou hébergement des guyanais qui nécessitent de soins hors de Guyane ;

- les inégalités de santé : en développant la connaissance et en élaborant des réponses en matière de prévention et de soins ;
- les inégalités territoriales : en animant les territoires ; en développant la connaissance des besoins, en veillant à l'accessibilité de la prévention, du dépistage, du soin et de l'accompagnement des populations les plus isolées ;
- les inégalités d'accès aux soins spécifiques à la Guyane et améliorer les prises en charge.

Ainsi, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité (PRAPS), complète le SRS, en ciblant les populations les plus vulnérables, en agissant sur les déterminants de santé.

Sommaire

1	INTRODUCTION	5
2	STRATEGIE D'ACTION DU PRAPS	8
3	AXE 1 DU PRAPS : FAVORISER ET RENFORCER L'ACCES A LA SANTE	10
4	AXE 2 DU PRAPS : DEVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE DES PERSONNES ELOIGNEES DU SYSTEME DE SANTE	14
5	AXE 3 DU PRAPS : INSCRIRE LES PERSONNES DANS UN PARCOURS DE SANTE	16

1 Introduction

Rappel réglementaire des PRAPS

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les personnes les plus démunies a été instauré par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

La loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) le conforte en tant que programme obligatoire des PRS (projets régionaux de santé) portés par les ARS. Ces derniers conclus pour une période de 5 ans sont arrivés à échéance fin 2016.

La loi de modernisation de notre système de santé en date du 26 janvier 2016, s'est donné pour objectif de poursuivre la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé, en s'appuyant sur la construction de parcours de santé, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité. Le décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au projet régional de santé pris en application de l'article 158 de la loi (TITRE IV CHAPITRE 1 : renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS), précise que le PRAPS est constitutif du programme régional de santé (PRS). La LMNSS définit le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) comme une composante obligatoire du Projet régional de santé, déclinant pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion les objectifs définis par le Schéma régional de santé (SRS).

Les instructions nationales lui attribuent l'objectif général de « **favoriser un accès facilité et égalitaire à la prévention, à la promotion de la santé et au système de santé, et d'améliorer la cohérence dans le parcours de santé et de vie et de santé des personnes les plus démunies** ». Le PRAPS concourt également aux objectifs du Plan contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale qui vise dans le domaine de la santé de construire une nouvelle approche partenariale de proximité pour l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté ou de précarité.

Le législateur a souhaité que le PRAPS soit centré sur les personnes les plus démunies. La pauvreté concerne les personnes dont le très faible niveau de ressources matérielles, culturelles et sociales ne leur permet pas d'accéder à des conditions de vie sociétale acceptables. En France, la plupart des personnes pauvres bénéficient de minima sociaux : Allocation adulte handicapé (AAH), Revenu de solidarité active (RSA) ... Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère comme vulnérables les personnes dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée. Cette notion de vulnérabilité se retrouve au sein de groupes parmi lesquels figurent : les personnes bénéficiaires de prestations ou d'une aide sociale ainsi que les chômeurs, les patients des services d'urgence, certains groupes ethniques minoritaires, les sans-abri, les nomades, les réfugiés, demandeurs d'asile ou les personnes déplacées, les détenus, les patients atteints d'une maladie incurable, les personnes sans représentation politique et les membres de communautés non familiales avec les notions médicales modernes.

Contexte régional du PRAPS de Guyane

La partie « atouts, contraintes et défis » (pages 9 à 24 du COS) rappelle les éléments de contexte de santé des guyanais, du territoire et de l'environnement. En effet, la région est marquée par de fortes inégalités sociales et territoriales de santé, les indicateurs de santé sont plus dégradés qu'en moyenne nationale et s'améliorent plus lentement que pour le reste de la France, et des caractéristiques particulières exposent la région à des risques sanitaires, environnementaux, ainsi qu'à des situations sanitaires exceptionnelles.

Les cinq axes stratégiques du Projet Régional de Santé sont entièrement déclinés dans le Schéma Régional de Santé. Le PRAPS vient renforcer cette stratégie pour permettre l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus éloignées. Ce sont les deux premiers axes stratégiques du COS de Guyane :

1. Réduire les inégalités d'accès aux soins spécifiques à la Guyane et améliorer les prises en charge
2. Organiser des parcours qui répondent aux attentes des guyanais

Qui seront majoritairement déclinés dans le PRAPS. En effet, le PRAPS vient compléter le SRS en ciblant les populations les plus éloignées du système de santé.

Un PRAPS qui s'appuie sur l'évaluation du PRS et la concertation des acteurs des groupes du SRS

L'évaluation du PRS1 coconstruite avec les partenaires a mis en évidence des leviers pour répondre efficacement aux enjeux.

→ La réduction des inégalités des santé

Il s'agit des inégalités qui portent sur la santé et sur les réponses apportées (sanitaires, médicosociales, sociales, ...) et qui concernent les dimensions sociales et territoriales.

- **Réduire les inégalités entre la Guyane et la France hexagonale**
 - o Rattraper les niveaux d'offre métropolitains dans le sanitaire et le médicosocial
 - o Organiser les évasan vers les autres DOM et/ou vers l'hexagone
 - o Accueillir ou héberger les guyanais qui nécessitent de soins hors de Guyane
- **Réduire les inégalités sociales et d'accès aux soins**
 - o Prérequis : Savoir pour réduire les inégalités de santé :
 - Produire de façon suivie des estimations épidémiologiques pour les groupes de population à risque
 - Produire des estimations épidémiologiques régionales relatives aux pathologies
 - Recueillir des informations sociales et territoriales
 - Disposer de données : enquêtes, bases de données, ...
 - Diffuser les indicateurs pertinents sous forme de tableau de bord
 - o Réponses : Prévention et soins
 - Prévention universelle : à l'ensemble de la population depuis le plus jeune âge, c'est l'éducation pour la santé
 - Prévention orientée : auprès de groupes de population spécifiques vulnérables
 - Prévention ciblée aux populations concernées
 - Proposer une offre de soins globale et coordonnée
 - Permettre un accueil non jugeant et non stigmatisant
- **Réduire les inégalités territoriales et assurer l'animation du territoire**
 - o Actualiser les données au niveau infrarégional
 - o Elaborer annuellement un tableau de bord
 - o Suivre annuellement en matière de prévention et de soins la situation des territoires caractérisés par une situation épidémiologique défavorable et/ou des difficultés dans l'organisation des soins

- Veiller à l'accessibilité des programmes d'éducation thérapeutiques pour les patients avec des conditions sociales précaires

➔ La Promotion de la santé des populations

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chaque guyanaise et de chaque guyanais à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres, la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique. Ces activités visent à :

- Renforcer les capacités de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres,
- Faire évoluer le contexte social, politique, économique, et les conditions de vie des personnes, dans un sens favorable à leur santé,
- Donner aux personnes et aux groupes des moyens pour agir sur les déterminants de leur santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

- Déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...),
- Déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...),
- Les ressources personnelles et les comportements favorables à la santé,
- Déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

Il s'agit donc d'une approche écologique et systémique qui vise à agir sur la qualité et les conditions de vie, de travail, sur l'accès aux produits, aux infrastructures et aux services essentiels.

Mettre en place des dispositifs d'accompagnement permettant l'accès aux droits

Ce PRAPS s'inscrit dans la continuité des précédents programmes déployés en région Guyane qui ont permis l'émergence d'un maillage de dispositifs et actions qui œuvrent pour faciliter l'accès des personnes les plus démunies au système de santé. On peut notamment évoquer les Permanences d'accès aux soins de santé et les Equipes mobiles.

Le précédent PRAPS de Guyane contenait quatre axes :

- L'accès aux droits
- L'accès aux soins et la continuité des soins
- La prévention et la promotion de la santé
- L'accompagnement médico-social

Les principaux motifs freinant l'accès aux soins et à la prévention concernent les difficultés d'accès aux droits, l'éloignement géographique, mais également une offre de soins relativement limitée sur certaines parties du territoire.

Les personnes cibles sont notamment celles qui présentent le plus de difficultés d'accès aux droits, qui ont des difficultés de repérage dans le parcours de soins ainsi que des difficultés d'accès aux soins et qui sont isolées socialement ou géographiquement.

2 Stratégie d'action du PRAPS

La question des inégalités sociales et territoriales de santé est un enjeu central de santé publique ; des différences d'état de santé sont observées entre les différents groupes sociaux et qui suivent la hiérarchie sociale. Ces inégalités concernent l'ensemble de la population selon un gradient social qui interfère avec les disparités territoriales, et pas seulement les populations démunies.

L'état de santé d'une personne se caractérise par une interaction complexe entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques qui agissent tout au long de l'existence : revenus, éducation, conditions de travail, cadre de vie, environnement, accès au système de soins...

Ces déterminants sociaux et économiques relèvent d'autres politiques que la seule politique de santé et appellent une mobilisation de tous les acteurs et décideurs publics.

Il est donc nécessaire :

- de mener des politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins qui bénéficient à l'ensemble de la population et des territoires et dont font partie les populations en difficultés afin de réduire les gradients d'inégalités ;
- de travailler plus spécifiquement sur les populations les plus vulnérables avec un double objectif :
 - o leur permettre d'accéder aux dispositifs de droit commun, en articulant l'intervention de l'ARS, des organismes d'Assurance Maladie, de la DRJSCS, des collectivités territoriales,
 - o mettre en place des actions spécifiques parce que ces populations sont confrontées à des difficultés spécifiques (difficultés financières, isolement social voire désocialisation, renoncement aux soins, manque d'information...) avec la mise en place d'actions particulières et ciblées, sur des populations, sur des territoires.

Aussi le périmètre de ce programme est toujours délicat à déterminer car il peut évoluer en fonction de l'évolution des facteurs de contexte. Le choix a été fait en Guyane dans un premier temps de prioriser certains publics indiqués ci-dessous. Ce choix tient compte des éléments décrits dans l'évaluation du PRS 1 et dans le COS qui sont basés sur les facteurs (culturels, sociaux, économiques...) impactant le parcours de vie des personnes et leur parcours santé, les éloignant ainsi de notre système de santé, voire les excluant :

- Personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, et du logement accompagné ;
- Migrants ;
- Habitants de logement insalubres et/ou indignes ;
- Habitants des quartiers prioritaires ;
- Habitants des territoires de l'intérieur ;
- Usagers de drogues ;
- Personnes avec des troubles psychiques sévères
- Personnes sous-main de justice/sortants de prison.

Pour ces publics, au travers des projets priorités qui lui seront rattachés et d'une articulation et complémentarité efficientes avec l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante (actions, dispositifs, structures) le PRAPS devra :

- contribuer à la préservation et au développement de leur capital santé ;
- prendre en compte les facteurs psycho-sociaux, tout au long de la chaîne des soins ;
- rechercher l'insertion ou la réinsertion dans l'offre de droit commun.

Le nouveau PRAPS porte de nouvelles ambitions visant à répondre à ces nouveaux enjeux. Lors des groupes de travail avec les acteurs de la région (évaluation du PRS1 et élaboration du PRS2) plusieurs pistes d'action ont pu être identifiées pour améliorer l'accès des personnes en situation de précarité et d'exclusion au système de santé et pour promouvoir des comportements favorables à la santé.

Le PRAPS est structuré autour de trois axes :

- Favoriser l'accès à la santé
- Développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé
- Inscrire les personnes dans un parcours de santé

De façon spécifique il traitera de :

- La santé dans les territoires de l'intérieur
- La santé des personnes sans chez-soi

Par ailleurs il ne développe pas un certain nombre de sujets traités autre part, dans le cadre du PRS ou de plans/schémas spécifiques. Il ne cherche pas non plus l'exhaustivité. Sa logique procède de l'identification collective d'un certain nombre de thématiques pouvant se révéler structurantes pour l'action partenariale des prochaines années.

3 Axe 1 du PRAPS : favoriser et renforcer l'accès à la santé

La Guyane est un territoire particulièrement hétérogène où se cristallisent inégalités, difficultés sociales et exclusions.

Près de 94 % des 84 000 km² du territoire guyanais sont recouverts de forêts, primaires pour l'essentiel. Seule la bande côtière, une plaine alluvionnaire étroite de quelques dizaines de kilomètres, est aménagée ; y sont implantés trois bassins urbains isolés les uns des autres (Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni), la quasi-totalité des services et de l'activité économique, et l'unique axe routier régional, étendu d'ouest en est, du Suriname au Brésil. Les trois quarts sud de la région, qualifiés d'espaces « intérieurs », abritent 20 % de la population et ne sont accessibles que par voies aériennes ou fluviales, réglementairement non navigables. Trois aérodromes permettent les dessertes aériennes régulières, non quotidiennes, des bourgs de Maripasoula, Grand Santi et Saül. Le cours supérieur des fleuves frontaliers Maroni, à l'ouest, et Oyapock, à l'est, ne sont pas desservis.

Plus du tiers des habitants (35,1 %) est de nationalité étrangère. Trois nationalités fournissent, à elles seules, la grande majorité de ces étrangers (89 %) : les Surinamais (37 %), les Brésiliens (27 %) et les Haïtiens (25 %). L'immigration brésilienne, la plus ancienne, s'est développée dès les années 60. Les flux en provenance du Suriname ont, eux, fortement augmenté durant la guerre civile dans ce pays (1982-1992), alors que l'immigration haïtienne entamée dans les années 80 avec les premiers troubles politiques s'est accrue dans les années 90 avec les regroupements familiaux et après quelques années de stabilisation a recommencé à augmenter sensiblement à partir de 2016. En 2014, un peu moins d'une naissance sur deux en Guyane était issue d'une mère de nationalité étrangère (3 187 naissances issues de mères étrangères pour 3 430 issues de mères françaises), contre 15 % en métropole.

La réalité de la situation des personnes en situations irrégulières est difficile à apprécier : les flux migratoires sont permanents, favorisés par le caractère naturel et peu contrôlable des frontières guyanaises, et certains bassins de vie, notamment sur le Maroni, sont historiquement transfrontaliers.

Ces flux migratoires continus et la fragmentation ethnique et culturelle de la population posent plusieurs défis aux systèmes de santé :

- La multitude des langages et des représentations culturelles du corps ou de la maladie limite l'impact des programmes volontiers standardisés de prévention et promotion de la santé, ainsi que l'information sur l'accessibilité du système de soins ;
- La méconnaissance des dispositifs d'aide sociale par ces populations et, parfois, des acteurs locaux, explique l'absence de 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 ;
- Le caractère conjoncturel de ces mouvements migratoires qui rend ardu l'exercice prospectif de planification de l'offre régionale de soins

Les indicateurs de précarité sont particulièrement élevés en Guyane. La part de la population couverte par le revenu de solidarité active (RSA) est de 26%, celle couverte par la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C) atteint 29%, et l'AME 8 % de la population en 2017. Le revenu net moyen par foyer fiscal est très faible 17 500 euros. A l'instar des autres DOM, la Guyane comporte une forte proportion de familles monoparentales 20%, plus souvent touchées par les difficultés sociales et économiques.

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.

Les études réalisées en Guyane ont déjà montré que les immigrés sans papiers avaient un moins bon état de santé que les autres, cet état se dégradant au cours du temps, les immigrés sont également dépistés plus tard pour le VIH, ils sont également plus susceptibles d'interrompre le suivi et le traitement de leur infection VIH ; pour les cancers, les immigrés ont des stades plus avancés et de moins bon pronostic de cancer du col de l'utérus et une survie bien inférieure pour le cancer du sein. Aux urgences de l'hôpital de Saint Laurent du Maroni, la gravité et le taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les personnes sans papiers.

Une étude au centre hospitalier de Cayenne montre qu'en néonatalogie les enfants nés de mère ayant une couverture de type AME, sont significativement plus représentés pour divers diagnostics (décès et nouveau nés avec problème sévère). Au total, 69% des nouveau-nés avec AME étaient des nouveau-nés de petit poids de naissance avec des problèmes significatifs, sévères ou majeurs alors qu'ils n'étaient que 15% des nouveau-nés sans AME à correspondre à ce profil. La durée moyenne de séjour est le triple de celle des mères ayant une couverture autre que l'AME. Le fait de prendre le statut d'étranger comme indicateur repose sur l'hypothèse de leur plus grande vulnérabilité sociale, et ce, en l'absence de variables socioéconomiques permettant d'englober les personnes françaises socialement précaires qui sont sans doute également concernées par les inégalités de Santé.

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 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 préoccupations sanitaires environnementales.

La Guyane est particulièrement touchée par la consommation de crack. Si elle reste circonscrite à une population très marginalisée, cette consommation est présente et visible parfois même en pleine rue, en particulier dans les agglomérations de Cayenne et Saint Laurent du Maroni. L'âge moyen de l'expérimentation du crack est de 24 ans et, dans environ un tiers des cas, la consommation régulière débute la même semaine que la première prise.¹

Le recours² aux soins et à la prévention est faible en Guyane. Selon l'étude ACCESS menée auprès des populations précaires de l'île de Cayenne, 44.3% des personnes ne savaient pas ce qu'est une mutuelle et 37.3% ne connaissaient pas la différence entre la CMU et l'AME. Pour autant, 84.4% des personnes interrogées savaient que les personnes couvertes par l'AME, la CMUc ou l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) devaient renouveler leurs droits chaque année. Les données montraient une utilisation du système de santé en dépit d'une mauvaise compréhension de ce dernier.

A peine plus de la moitié des personnes déclaraient connaître l'utilité du numéro de téléphone du Centre 15. Il existait une association entre le score de connaissances de santé et le recours aux soins. Les connaissances en santé étaient un facteur associé à une couverture médicale et de soins réguliers de prévention (avoir un carnet de santé, des vaccins à jour, avoir déjà réalisé un bilan de santé, avoir eu des soins dentaires depuis moins de trois ans, avoir un médecin traitant et un suivi gynécologique régulier pour les femmes, hors grossesse). De meilleures connaissances en santé étaient également associées à une confiance dans le personnel médical et à un moindre renoncement aux soins.

¹ François Beck, Ivana Obradovic, Stanislas Spilka. *Addictions en outre-mer*. Note 2016-02. OFDT. 2016

² Mathieu Nacher. *Le renoncement aux soins en Guyane : Enquête baromètre santé*. CIC INSERM 1424. Cayenne. 2017.

Les priorités de santé publique visant les grandes causes de morbidité et de mortalité prématurée ne sont pas forcément au premier rang des préoccupations des populations qui y sont exposées. Ainsi, gagner sa vie, s'occuper de ses enfants sont souvent des priorités plus prégnantes pour les populations que des problèmes latents, de pathologies longtemps silencieuses qui sont ignorées ou négligées par des personnes qui sont souvent plus enclines à prendre le temps de consulter pour des problèmes aigus les empêchant de travailler ou de se déplacer. De plus, en Guyane la diversité des cultures et des représentations de la santé est susceptible d'introduire un décalage supplémentaire entre les priorités de santé publique et les demandes de la population.

Les Guyanais ont un taux de recours aux soins inférieur au national. Ce renoncement aux soins peut être pour des raisons financières (30%), pour des raisons de transport (12%) mais également en raison de l'éloignement du lieu de soin (7%) ou en raison du délai de rendez-vous (trop long, 22%).

Les guyanais présentent également un fort retard au dépistage.

Si le recours aux hospitalisations en MCO et en SSR est moins important qu'au niveau national, on peut relever le fait que le recours à l'hospitalisation à domicile y est plus important. Cette caractéristique est notamment due à la géographie du territoire et aux difficultés de déplacement de la population, notamment dans les communes les plus reculées.

La couverture maladie de base est la PUMA, il y a une couverture complémentaire possible en fonction des revenus (la CMUc) pour les personnes qui n'ont pas accès à une complémentaire. Pour les sans papiers ou les personnes en situation irrégulière, elles peuvent bénéficier sous conditions de l'aide médicale d'état (AME) qui est un financement d'aide humanitaire de l'état. Les enfants de moins de 18 ans ont un droit immédiat à l'Aide Médicale de l'Etat (AME). A leur majorité, leur situation est soumise aux règles de droits communs.

Objectifs spécifiques :

- Renforcer le repérage précoce des situations à risque élevé de renoncement aux soins ;
- Rendre davantage lisibles les droits et les ressources de proximité mobilisables pour en renforcer l'accessibilité ;
- Mieux sensibiliser les acteurs de terrain et les intervenants de première ligne, médicaux, éducatifs, sociaux... aux besoins de santé et aux difficultés rencontrées par les personnes démunies pour les impliquer davantage dans la prise en charge et l'accompagnement de ces publics ;
- Veiller à l'effectivité des réponses apportées par le système de santé (en termes notamment de gestion concertée, de délais de prise en charge) à travers une large coordination entre partenaires. Renforcer l'efficacité des prises en charge.

Objectifs opérationnels

- Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels
- Promouvoir la prise en charge médicale des publics les plus démunis
 - Mieux faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs ressources de lutte contre le renoncement aux soins
 - Développer les collaborations entre les acteurs du territoire afin d'éviter l'isolement professionnel du médecin traitant
 - Soutenir les expérimentations visant à renforcer, au sein des cabinets de médecins de ville, l'accès à des ressources en médiation en santé, en interprétariat et en accompagnement social
 - Développer les stages d'externat et d'internat de médecine ainsi que les possibilités de service sanitaire des étudiants des métiers sanitaires dans les services d'accueil

de populations démunies (structures de soin résidentiel, PASS, équipes mobiles en santé) pour sensibiliser les futurs professionnels aux problématiques de la grande précarité.

- Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé
- Renforcer le rôle des PASS au sein des territoires
 - o Mettre en œuvre des PASS dans les CDPS de niveau 4
 - o Développer des PASS mobiles sur les deux fleuves Maroni et Oyapock
 - o Expérimenter à Cayenne, le dispositif de PASS ambulatoires (dites aussi « PASS de proximité »), facilitant le lien avec la médecine de ville
 - o Renforcer la visibilité de l'action de l'ensemble des PASS hospitalières
- Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives.
- Veiller à la bonne application du droit

4 Axe 2 du PRAPS : développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé

Précarité et pauvreté sont facteurs de mauvaise santé³. Pourtant le recours aux soins se révèle souvent tardif chez les personnes les plus démunies, en général à un état avancé dans la maladie. En cause, bien sûr, les obstacles financiers et la baisse de la démographie médicale, mais aussi les difficultés à s'orienter dans le système de santé, à se projeter dans l'avenir, à se dégager des préoccupations de survie du quotidien, à ressentir les signes de souffrance du corps, à exprimer des demandes...

De plus, les freins identifiés localement sont nombreux et relèvent aussi bien d'obstacles liés au système qu'au public-cible.

- ➔ Des difficultés d'accéder à une domiciliation, à la protection maladie, difficultés d'accès à l'offre de soin (problèmes de transport et manque d'une offre de proximité), le manque de recours à l'interprétariat professionnel face à des personnes ne parlant pas ou peu le français, des difficultés à prendre en charge les personnes en situation de précarité, les refus et toutes discriminations rencontrées par les publics-cibles (racisme, culturalisme).
- ➔ Manque de priorisation de la part du public cible en défaveur de leur santé
- ➔ Manque de diversité de l'offre
- ➔ Coût de la morbidité et des lourdes complications qui aboutissent à une saturation des services hospitaliers qui manquent de solutions d'aval

Pour ces raisons, il est important de mobiliser des outils d'accompagnement et des méthodes d'intervention tels que la médiation, l'interprétariat et l' « aller-vers », lesquels sont très présents dans le SRS car ils s'appliquent à l'ensemble des axes du PRS.

Les principes de la médiation et de l'interprétariat sont reconnus dans la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 (art. L1110 - 13). Ils permettent d'aider les patients à mieux comprendre et utiliser le système de santé. Des référentiels ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2017, portant sur les compétences, la formation et les bonnes pratiques des acteurs, ainsi que sur leur place dans le parcours de soins des personnes concernées.

Pour l'ARS et les acteurs de Guyane ayant participé à l'élaboration de ce PRS, la nécessité d'un recours renforcé à ces outils et ces méthodes s'impose aujourd'hui, par le biais d'une meilleure appréhension des ressources existantes, de leur promotion et de leur développement au sein de la région.

En outre, la médiation en santé permettrait le rapprochement entre les différences de pratiques mais surtout entre les différences de représentations entre soignants et soignés, administrations et publics. Cette participation à la transformation vers plus de symétrie dans la relation entre médecin et patient s'incarne en partie dans le 'faire avec'. Cet espace dynamique qu'est la médiation en santé peut être également susceptible de questionner et d'améliorer l'action publique.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

³ Aiach P. Les inégalités sociales de santé. Ecrits. Paris : Economica, Sociologiques 2010. P43-77.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires.

L'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible.

Alors que l'interprétariat cible les personnes parlant peu ou pas français, la médiation vise les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pour des raisons potentiellement autres que la seule barrière linguistique ou culturelle.

Le concept d'«aller-vers» désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé. L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, puis de les informer, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accès aux droits et aux prestations de droit commun enfin de les accompagner et les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

Objectifs spécifiques :

- Développer la médiation en santé
- Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé
- Développer des actions d'aller vers auprès des populations les plus éloignées du système de santé

Objectifs opérationnels

- Réaliser un état des lieux des ressources en médiation santé
- Soutenir la formation de médiateurs sociaux
- Reconnaître le statut de médiateur, médiatrice social(e) avec des exigences de qualification en regard
- Mettre en place une organisation régionale visant à faciliter le recours à l'interprétariat professionnel en santé
- Mettre en place des équipes mobiles dans le sanitaire et le médicosocial

5 Axe 3 du PRAPS : inscrire les personnes dans un parcours de santé

Les parcours de santé des personnes démunies restent émaillés de nombreuses ruptures ou obstacles, en dépit des multiples dispositifs de prise en charge et d'accompagnement pouvant exister.

De nombreuses raisons expliquent ces possibles difficultés de suivi des patients, comme :

- la faiblesse de l'offre de soins de premier recours due d'une part à la pénurie de professionnels de santé, et d'autre part à l'éloignement géographique et/ou la difficulté à accéder à cette offre (pas de transport, coût,...) ;
- Les difficultés d'articulation entre les différents opérateurs, notamment au cours échanges entre les acteurs à l'intérieur du secteur médical, puis entre ceux des secteurs du médical et du social (en particulier lorsqu'il s'agit de personnes très mobiles, comme les migrants nouvellement arrivés, ou de personnes sortant de détention ou placées sous-main de justice);
- Le manque de places d'hébergement et de logement adapté au sein de la région avec un maintien à la rue ou dans une instabilité résidentielle ou dans un éloignement du lieu d'hébergement, participe aussi à la mauvaise adhésion voire à un renoncement aux soins des publics concernés.

Quatre des onze parcours définis comme prioritaire dans le SRS ciblent les publics prioritaires du PRAPS : le parcours de vie des personnes « sans chez soi », le parcours de vie « territoire de l'intérieur », le parcours de vie « santé mentale » et le parcours de vie « addictions ».

De plus, la méthodologie de travail sur les parcours propose des invariants des parcours. En effet, les parcours sont tous constitués d'étapes communes dans leurs typologies, mais spécifiques selon les pathologies ou problématiques. Cinq des neuf objectifs spécifiques des parcours contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales, priorité de la Région de Guyane.

Organiser les dynamiques territoriales autour des parcours en vue de favoriser des environnements favorables à la santé

Consolider la démarche de prévention et de promotion de la santé des personnes les plus éloignées

Développer le repérage précoce et favoriser la construction de parcours de santé individualisés (souffrance psychosociale, vulnérabilités)

Garantir l'accès à un panier de soins et de services pour faciliter l'inclusion des personnes

Promouvoir, recomposer et simplifier les modalités d'appui territorial aux parcours des patients en situation complexe

Objectifs spécifiques

- Mieux anticiper les difficultés des patients à rester dans un parcours de santé, notamment pour ceux qui se retrouvent sans projet d'hébergement au moment de leur sortie d'hospitalisation ; améliorer les liens à l'intérieur du secteur sanitaire, entre les acteurs des services hospitaliers et ceux des PASS, des CDPS, des centres de lutte contre la tuberculose, puis entre les secteurs socio-sanitaires et de l'hébergement ... ;
- S'inscrire davantage dans une coopération interprofessionnelle construite dans la durée et recourant au partage d'informations (ce qui suppose la maîtrise du secret professionnel

partagé, la capacité à mobiliser les ressources présentes dans l'environnement de la personne et l'utilisation de supports de liaison avec les différents acteurs – y compris ceux de la santé et de l'hébergement) ;

- Accompagner et encourager les personnes démunies à s'impliquer davantage dans leur propre prise en charge ; les aider à mieux comprendre les informations de santé les concernant ;
- Faire face au manque de ressources médicales et de disponibilité des acteurs de santé de proximité ;
- Renforcer l'offre en structures d'aval : soins résidentiel, structures d'hébergement pour les personnes en difficultés spécifiques, structures d'hébergement pour personnes en situation de polyhandicap, ...
- Renforcer l'offre d'hospitalisation quand les personnes doivent rester à proximité des structures de soins pour la PEC ;
- Développer des actions innovantes pour améliorer les parcours des personnes des territoires de l'intérieur ;
- Prendre en compte les besoins des personnes sans chez-soi et mettre en œuvre un parcours spécifique ;
- Prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en santé mentale et des personnes addictes.

Objectifs opérationnels

- Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux
 - Mieux appréhender la dimension sanitaire pour l'accès et le maintien dans un hébergement ou un logement ;
 - Inciter à la mise en place de formations-actions pluridisciplinaires santé-social ;
 - Encourager le développement d'outils partagés entre les acteurs du sanitaire et du social ;
 - Renforcer la présence des travailleurs sociaux au sein des services de santé (PASS, CMP, CH, maternités, CDPS, ...)
 - Renforcer la formation sur les questions de pauvreté et de précarité dans le cursus des étudiants et élèves en santé et en travail social, ...
- Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours santé (ce volet vient en complément des actions de médiation et d'accompagnement individualisé)
 - Développer des programmes d'accompagnement thérapeutique adaptés aux personnes démunies et/ou en difficulté spécifique, au sein des structures médicosociales
 - Promouvoir les pratiques professionnelles favorisant l'empowerment des personnes
- Développer l'usage du numérique au bénéfice des personnes : programmes de télémédecine
- Structurer et développer l'offre en structures d'aval
- Mettre en œuvre une offre d'hospitalisation à Saint Laurent du Maroni et à Kourou
- Lancer un appel d'offre recherche-action / action innovante sur les parcours de santé des personnes vivant dans les territoires de l'intérieur ;
- Renforcer l'intervention auprès des personnes sans chez-soi.

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

POUR EN SAVOIR +

SUR LE PRS GUYANE 2018-2028
www.guyane.ars.sante.fr

