



PRAPS | Programme Régional d'Accès à
la Prévention et aux Soins
2023 - 2028

TABLE DES MATIERES

I. PREAMBULE	4
A. Le PRAPS : un programme obligatoire du Projet régional de santé	4
B. La précarité et l'accès à la prévention et aux soins	4
C. Les publics visés par le PRAPS	5
D. Un outil de coordination des politiques publiques	5
E. Le bilan du PRAPS 2018-2022	5
F. Les modalités de suivi du PRAPS 2023-2028	6
II. ELEMENTS DE DIAGNOSTIC	7
A. L'état des lieux de la précarité en Guyane en 2023	7
B. Les spécificités géographiques et sociales du territoire guyanais	7
C. L'état de la compréhension du système de santé	8
D. Les principaux acteurs du PRAPS : rôles et responsabilités	9
1. Au niveau institutionnel, on retrouve principalement les acteurs suivants :	9
2. Sur le terrain, les principaux opérateurs concernés par le PRAPS sont les suivants :	9
III. AXES ET OBJECTIFS OPERATIONNELS DU PRAPS	11
A. Axe 1 : Assurer pour les publics précaires l'accès aux biens essentiels à la santé, aux droits et aux soins	12
1. Objectif opérationnel n°1 : Garantir un accès aux biens essentiels pour les publics les plus précaires	12
2. Objectif opérationnel n°2 : Fluidifier les circuits d'ouverture de droits	13
3. Objectif opérationnel n°3 : Identifier et lutter contre les non-recours	14
4. Objectif opérationnel n°4 : Garantir l'accès aux droits dans les communes de l'intérieur en lien avec les hôpitaux de proximité et les CDPS	15
5. Objectif opérationnel n°5 : Continuer de développer les PASS ainsi que leurs actions d'aller-vers	16
6. Objectif opérationnel n°6 : Renforcer le transport sanitaire sur tout le territoire afin « d'amener-vers » les lieux de soin	17
B. Axe 2 : Développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé	18
1. Objectif opérationnel n°1 : Améliorer les modes d'information et de communication auprès des publics éloignés du soin et vulnérables	18
2. Objectif opérationnel n°2 : Mailler le territoire en équipes mobiles pour aller vers les plus précaires	19
3. Objectif opérationnel n°3 : Continuer à développer la médiation en santé	20
4. Objectif opérationnel n°4 : Renforcer la littératie en santé	21
5. Objectif opérationnel n°5 : Renforcer la participation et le pouvoir d'agir des plus précaires au sein de la relation d'accompagnement	22
C. Axe 3 : Favoriser l'intégration et le maintien des publics les plus précaires dans des parcours de prévention et de soin	23

1. Objectif opérationnel n°1 : Renforcer la prévention et promotion de la santé ciblées pour les plus précaires	23
2. Objectif opérationnel n°2 : Fluidifier les parcours de soins	24
3. Objectif opérationnel n°3 : Améliorer la prise en charge dans la durée des problématiques de santé mentale, d'addictions et des victimes de violences	25
4. Objectif opérationnel n°4 : Développer un parcours de prévention et de soins pour les demandeurs d'asile	26
5. Objectif opérationnel n°5 : Développer des coopérations fortes sur les parcours de prévention et de soins transfrontaliers avec le Brésil et le Surinam	27
D. Axe 4 : Adapter les structures et les dispositifs aux attentes et aux besoins des publics précaires, en accompagnant les professionnels au service de ces publics	28
1. Objectif opérationnel n°1 : Renforcer l'accompagnement des médiateurs en santé et de leurs structures	28
2. Objectif opérationnel n°2 : Sensibiliser les professionnels de santé aux problématiques des publics précaires	29
3. Objectif opérationnel n°3 : Renforcer l'empowerment des associations	30
4. Objectif opérationnel n°4 : Répertorier les acteurs et dynamiser la création de réseaux	30
IV. ANNEXES	31
A. Composition du groupe de travail	31
B. Glossaire	32
C. Principaux indicateurs du PRAPS 2023-2028	33

I. Préambule

A. Le PRAPS : un programme obligatoire du Projet régional de santé

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

Il est aujourd'hui un document clé des Projets régionaux de santé (PRS) portés par les ARS. Ces derniers sont conclus pour une période de 10 ans, et regroupent les documents suivants :

- Le Cadre d'orientation stratégique (COS) valable 10 ans
- Le Schéma régional de santé (SRS) valable 5 ans
- Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) valable 5 ans

La loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS) en date du 26 janvier 2016, s'est donnée pour objectif de poursuivre la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS), en s'appuyant sur la construction de parcours de santé, c'est-à-dire une prise en charge des patients dans la proximité et dans la durée. 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 précise que le PRAPS est une composante obligatoire du Projet régional de santé, déclinant plus spécifiquement pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion les objectifs définis par le Schéma régional de santé.

Ce programme a pour ambition de faire reculer les inégalités de santé en relation avec l'exposition de certaines populations à la précarisation, la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette vision doit être commune à l'ensemble des acteurs qui, sur notre territoire régional et quel que soit leur champ de mission, agissent auprès de ces populations.

B. La précarité et l'accès à la prévention et aux soins

La précarité est un phénomène multidimensionnel qui ne se réduit pas au seul aspect financier. Dans son avis de 1987 sur la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », le Conseil Economique, Social et Environnemental la définit ainsi :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

La santé peut être à la fois cause et effet de la précarité. En effet, les problèmes de santé, en impactant directement la vie des individus, peuvent les faire basculer dans une situation durable de pauvreté, en raison par exemple des coûts financiers ou encore des incapacités de travail induits par les affections longue durée. D'un autre côté, la pauvreté exacerbe voire génère des problématiques de santé – maladies intestinales provoquées par une consommation prolongée d'eau non potable, surexposition au risque de diabète en raison de la précarité alimentaire, etc. Inversement, l'accès à la santé est l'un des éléments clés de sortie de la pauvreté. Ainsi, la santé et le social sont profondément imbriqués, ce qui justifie l'utilité d'une approche transversale, promue par le Ministère de la Santé et de la Prévention.

Le PRAPS se fonde par ailleurs sur une définition large de la santé, telle que présentée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme « un état de complet de bien-être physique, mental et social », et pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité.

L'accès à la prévention et aux soins peut être limité par des déterminants sociaux, environnementaux, ou encore comportementaux. Pour les usagers les plus démunis, les facteurs de vulnérabilité et les obstacles du système de santé – absence ou inadéquation de la réponse, méconnaissance de l'offre, etc. – se conjuguent pour compliquer, voire freiner l'accès à la santé. Certains publics cumulent les facteurs de vulnérabilité, justifiant une attention plus particulière du PRS à leur égard, notamment à travers le PRAPS.

C. Les publics visés par le PRAPS

Les personnes visées par le PRAPS sont 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. Il s'agit notamment de personnes désocialisées et/ou relevant de structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, des personnes en recherche de travail, des personnes vivant dans un habitat dégradé, des personnes migrantes, des personnes placées sous-main de justice/sortants de prison, des personnes précaires vivant sur les fleuves ou encore dans les communes de l'intérieur. Mais la couverture de besoins spécifiques peut aussi s'avérer nécessaire pour d'autres populations telles que les personnes sous tutelle, les jeunes en situation de rupture, les personnes en situation de handicap, les personnes victimes de violences intrafamiliales, les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins par exemple...

Tous ces publics rencontrent des obstacles dans l'accès aux droits, peuvent renoncer à des soins pour des raisons financières, ont des difficultés de repérage dans le parcours d'accompagnement médicosocial et sanitaire.

Le but n'est pas d'être exhaustif, mais de bien cibler dans chaque action du PRAPS les publics dont les besoins doivent être mieux compris et pris en compte.

D. Un outil de coordination des politiques publiques

Le PRAPS favorise la coordination territoriale des politiques intersectorielles autour des inégalités de santé (logement, emploi, mobilité, éducation, santé, sociales et médico-sociales, etc.) selon une logique de parcours. Il a pour objectif d'améliorer l'accès à l'éducation à la santé, à la prévention, aux soins, à la réinsertion et au suivi des personnes les plus démunies, par la mise en place d'un accompagnement spécifique au moyen de dispositifs coordonnés et adaptés.

Pour faire reculer les inégalités de santé, le PRAPS s'appuie sur un partenariat entre acteurs institutionnels, associatifs, collectivités territoriales, professionnels du champ sanitaire, social, médico-social, mutualistes et usagers. La transversalité et l'articulation des politiques publiques sont essentielles.

E. Le bilan du PRAPS 2018-2022

Le PRAPS 2018-2022 reposait sur les trois axes suivants :

- Favoriser et renforcer l'accès à la santé
- Développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé

- Inscrire les personnes dans un parcours de santé

Il a fait l'objet d'une évaluation en début d'année 2023, disponible sur le site de l'ARS. Il s'agit ici d'en retranscrire les points clés.

Si on note, sur la période 2018-2022, le déploiement de nombreux programmes, un renforcement de la médiation en santé et un grand engagement des associations, le manque de ressources (humaines, de transports, outils partagés, etc.) reste un frein dans un contexte local de grande pauvreté. On peut toutefois souligner plusieurs réalisations structurantes sur lesquelles il s'agira de capitaliser.

Afin de favoriser l'accès aux droits et aux soins, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) du Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG), du Centre hospitalier de Kourou (CHK) et du Centre hospitalier de Cayenne (CHC) ont été renforcées, et une PASS de ville a été créée par l'association Médecins du Monde. La Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) travaille également dans le sens de l'amélioration de l'accès aux droits. Pour développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé, la médiation en santé a été largement renforcée. Le Diplôme universitaire (DU) de médiateur en santé a été créé en 2019 et a déjà permis de former 79 personnes. A à ce jour, environ 22 médiateurs interviennent sur les sites isolés et ont bénéficié d'un accompagnement, de la formation adaptée (PAFMI), et plus de 80 en quartier politique de la ville (QPV) ont été formés. Sur les 5 premières années du PRS, environ 50 projets ont été soutenus par l'ARS pour lutter contre les inégalités de santé et pour consolider la démarche de prévention, de promotion de la santé des personnes les plus démunies (pair-aidance, caravane de prévention, etc.). En terme de gouvernance, 26 réunions ont été organisées autour des enjeux de l'accès aux droits et aux soins sur la période 2018-2022, avec environ 40 acteurs de terrain présents, représentant l'ensemble des territoires. Cette gouvernance locale devra être encore renforcée dans la période à venir, en travaillant à l'amélioration des liens santé-précarité afin de mieux structurer les parcours, tout en maintenant la logique « d'aller vers ».

Par ailleurs, il nous semble important d'accentuer les efforts développés pour l'éducation à la santé et l'accès aux soins, en soutenant les associations et les médiateurs en santé, et en renforçant le lien entre accès aux droits et accès aux soins. Réactiver la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention pour assurer une gouvernance entre tous les opérateurs qui interviennent sur ce champ.

F. Les modalités de suivi du PRAPS 2023-2028

Seront invités à rejoindre le comité de pilotage : les représentants de l'ARS, Préfecture, les services de l'Etat, CTG, des collectivités locales, de la CGSS ainsi que du Rectorat. Ce comité de pilotage pourra se réunir une fois par an, lors de la commission régionale des politiques publiques de prévention et du médico-social. Cette instance permettra d'assurer le suivi et l'évaluation du PRAPS.

Aussi, les acteurs de terrain, associatifs, du champ sanitaire, social et médico-social seront associés au suivi et à l'évaluation du PRAPS via un temps spécifique dédié, organisé lors d'une réunion de réseau « précarité ». Cette réunion de suivi sera organisée une fois par an et ce avant le COPIL.

II. Éléments de diagnostic

A. L'état des lieux de la précarité en Guyane en 2023

Les indicateurs de précarité sont particulièrement élevés en Guyane. Avec un taux de pauvreté de 52,9% en 2020 (Insee, seuil de pauvreté à 60% du revenu médian), la Guyane se situe très largement au-dessus de la moyenne française de 14,6%. La précarité de la population est ainsi un élément d'autant plus fondamental à prendre en compte dans la conception et la mise en place des politiques de santé sur notre territoire.

En 2021, la CAF recense 23 100 bénéficiaires du RSA sur le territoire guyanais – le plus haut niveau depuis 2017 ayant été atteint en novembre 2020, avec 23 600 bénéficiaires. Avant le début de la crise sanitaire, une personne sur quatre résidait dans un foyer bénéficiaire du RSA en Guyane, contre une personne sur vingt en France métropolitaine (Insee). Au 31 décembre 2021, 31% de la population bénéficie de la C2S, contre 9,9% en France métropolitaine (Rapport annuel C2S 2022).

Comme partout en France, la précarité a augmenté avec la crise sanitaire, toutefois la hausse des bénéficiaires des minimas sociaux a été moins marquée en Guyane qu'ailleurs sur le territoire . L'effectif du RSA l'illustre bien, avec une hausse de 3,2 % entre août 2019 et août 2020 en Guyane alors qu'en France il bondit de 8,6 % sur la même période. Toutefois, cette hausse plus limitée s'ajoute à une situation initiale plus défavorable, avec par ailleurs une part importante de la population en situation de précarité qui n'est pas éligible aux prestations sociales. La dégradation de la situation des plus modestes , suite aux confinements fait craindre une aggravation des inégalités à long terme, notamment pour les travailleurs en CDD, en intérim, ou les travailleurs informels, mais aussi pour les moins de 25 ans.

B. Les spécificités géographiques et sociales du territoire guyanais

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. 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 aéroports 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.

Certaines communautés isolées, notamment les minorités noires marronnes, les amérindiens et les immigrés récents sont désavantagées dans leur accès aux soins par rapport aux habitants du littoral.

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 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 France hexagonale.

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, la fragmentation ethnique et culturelle de la population posent plusieurs défis au système de santé :

- La multitude des langages et des représentations culturelles du corps ou de la maladie limite l'impact des programmes standardisés de prévention et de promotion de la santé, ainsi que la connaissance et 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 rend bien souvent difficile l'exercice prospectif de planification de l'offre régionale de soins.

Les études réalisées en Guyane ont déjà montré que les personnes immigrées en situation irrégulière avaient un moins bon état de santé que les autres, cet état se dégradant au cours du temps. A titre d'exemple, les personnes immigrées sont dépistées plus tard pour le VIH, et sont également plus susceptibles d'interrompre leur suivi et leur traitement. Elles ont par ailleurs des stades plus avancés et de moins bons pronostics pour le cancer du col de l'utérus, et une survie bien inférieure pour le cancer du sein.

La Guyane est également marquée par des problématiques environnementales 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 lourds (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.

Le territoire est particulièrement touché 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 de la première prise.

C. L'état de la compréhension du système de santé

Le recours aux soins et à la prévention est faible en Guyane. Selon l'étude CAP ACSES de 2015 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 Couverture Maladie Universelle (depuis remplacée par la PUMA) et l'Aide Médicale d'Etat. Les données montraient toutefois 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.

D. Les principaux acteurs du PRAPS : rôles et responsabilités

Sans Les services sociaux et de la PMI sont en première ligne lors de l'arrivée des migrants sur le territoire guyanais, aussi bien pour la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans que pour la prise en compte de leur situation sociale.

Les 24 centres de PMI et annexes qui desservent une majorité de communes de Guyane accueillent ces populations les plus précaires, et travaillent en collaboration avec les PASS : par exemple, les permanences des sages-femmes de la PMI de Matoury à la PASS de Balata et les CDPS dans les sites éloignés, pour un meilleur accès à la prévention et aux soins de ces populations vulnérables. Il y a lieu de rappeler les principaux concernés par le champ du PRAPS. Les politiques sanitaires et sociales ont la caractéristique de faire intervenir un très grand nombre d'acteurs. A travers des programmes comme le PRAPS, il s'agit d'améliorer leur coordination, et de mieux comprendre le rôle de chacun, au bénéfice des publics les plus démunis. L'enjeu est double : aider plus efficacement ces publics, et leur permettre de mieux comprendre les politiques publiques qui leur sont destinées.

1. Au niveau institutionnel, on retrouve principalement les acteurs suivants :

- Les services de l'Etat (préfecture, DGCOPOP) et l'ARS interviennent dans le champ de la santé et du social. Le Rectorat, avec des missions d'éducation à la santé et de suivi de la santé des élèves, a également un rôle à jouer, tout comme la PJJ.
- La Collectivité territoriale de Guyane (CTG) joue un rôle important dans la sphère sociale, étant donné sa compétence de département. Les services sociaux et de la PMI sont en première ligne lors de l'arrivée des personnes migrantes sur le territoire guyanais, aussi bien pour la prise en charge des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans que pour la prise en compte de leur situation sociale.
- Les 24 centres de PMI et annexes qui desservent une majorité de communes de Guyane accueillent ces populations les plus précaires, et travaillent en collaboration avec les PASS.
- Les communes et les intercommunalités jouent également des rôles clés, notamment à travers les Contrats locaux de santé (CLS) que certaines ont signé avec l'ARS – début 2023 on compte 4 CLS déjà mis en œuvre en Guyane, à Cayenne, Macouria, Matoury et Saint-Laurent, 1 en préfiguration dans l'intercommunalité des Savanes., et 2 cours à Rémire-Montjoly, Saint-Georges.
- La CGSS a par ailleurs une place importante, car l'accès aux droits à la santé est à la fois une condition favorable à l'amélioration durable de la santé des personnes les plus démunies et un élément clé de la santé publique.

2. Sur le terrain, les principaux opérateurs concernés par le PRAPS sont les suivants :

- Les établissements de santé, publics (CHOG, CHK, CHC) et privés, qui sont des points d'entrée clés pour les publics précaires, notamment lorsqu'ils sont dotés d'une PASS, ce qui est le cas pour les trois hôpitaux publics. Les 14 Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et les 3 hôpitaux de proximité (Maripasoula, Grand-Santi et Saint-Georges) gérés par le CHC, jouent un rôle essentiel pour l'accès aux soins des personnes précaires vivant en site isolé. Dans le domaine de la santé mentale, on peut également souligner la place des 6 Centres médico-psychologiques (CMP) ainsi que des 3 Centres d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP). Des établissements d'hébergement (LHSS, LAM, ACT) sont présents également.

- Les établissements médico-sociaux, soit 41 établissements, services ou centres répertoriés fin 2022 par le fichier national FINESS, sont acteurs du PRAPS lorsqu'il est question d'accès aux droits et aux soins pour les personnes précaires en situation de handicap. Les dispositifs à destination des personnes âgées (EHPAD, habitat inclusif, MAIA, unité mobile gériatrique, etc.) sont aussi concernés. Les dispositifs comme les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permettent de développer l'aller-vers pour ces publics qui ont besoin d'accompagnements spécifiques.
- Les équipes mobiles (2 équipes mobiles de santé publique sur l'Oyapock et le Maroni, 4 équipes mobiles dans le champ de la santé mentale, et plusieurs dispositifs mobiles dans le champ du handicap et du grand âge) permettent de renforcer « l'aller vers », tout comme l'ensemble des médiateurs du territoire, qui aident les usagers à mieux comprendre et se repérer dans les parcours de soins souvent complexes. On peut également mettre en avant le rôle de l'hospitalisation à domicile (HAD), avec 1 289 patients pris en charge en Guyane en 2021.
- Les professionnels de santé libéraux représentent un réseau de proximité important pour la prise en charge au plus près du lieu de vie de l'utilisateur du système de santé, et pour déployer un suivi véritablement individualisé en terme de prévention et de soins. Toutefois, la démographie des professionnels libéraux reste problématique en Guyane. Les maisons de santé pluri professionnelles – 6 MSP avec un projet validé par l'ARS en janvier 2022 – et les Communautés professionnelles territoriales de santé – une en place pour le Centre-littoral, et une en préfiguration pour le Maroni – sont des organisations innovantes qui ont elles aussi un rôle dans l'accompagnement des plus démunis vers l'accès à la santé.
- Le secteur associatif, très actif en Guyane sur les sujets de santé et de précarité, est un opérateur clé, pour les soins (PASS de ville de Médecins du monde, centres de prévention santé de la Croix-Rouge française, etc.) comme pour la prévention dans des domaines variés comme la vie affective et sexuelle, les addictions, la périnatalité, le suivi des victimes de violences, etc. Il participe à l'aller vers et à la prise en compte des difficultés spécifiques des publics précaires, avec un fort réseau de proximité et de plus en plus de médiateurs en santé.
- Les établissements scolaires sont acteurs du PRAPS à travers les visites médicales obligatoires, la sensibilisation à la vaccination des enfants, les campagnes de prévention (addictions, sécurité routière, IST, santé mentale, etc.).
- Les collectivités territoriales, avec les services de la CTG, comme la Protection maternelle et infantile (PMI), l'Aide sociale à l'enfance (ASE), ou encore la Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH), ainsi que les Centres communaux d'action sociale (CCAS) regroupent eux-aussi de nombreuses compétences au bénéfice des publics précaires visés par le PRAPS.

Dès lors, l'ambition du PRAPS 2023-2028, dans son élaboration et dans sa phase de suivi, est de bien définir les modalités de coordination de ces nombreux acteurs, pour utiliser efficacement les compétences de chacun, au service de la santé des publics précaires.

III. Axes et objectifs opérationnels du PRAPS

Le PRAPS 2023-2028 a vocation à prolonger la dynamique lancée par le PRAPS 2018-2022. Ainsi, les trois axes choisis en 2018 ont été retravaillés. Ils poursuivent chacun à leur manière l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en adaptant les politiques de santé aux publics les plus démunis du territoire guyanais.

Le présent document et le Schéma régional des soins ont été adressés pour avis à la CRSA, à la CTG et à la préfecture. Leurs principales remarques portaient sur l'absence d'indicateurs et de cibles évaluables. Le PRAPS intègre donc cette observation en intégrant une annexe récapitulant ses objectifs prioritaires et des indicateurs de moyen permettant de les atteindre.

Cette liste n'est pas exhaustive et sera amenée à évoluer lors du suivi de la mise en œuvre du PRAPS en fonction des retours des partenaires. La période de consultation a également permis d'alimenter le PRS avec les orientations de la Stratégie nationale de santé 2023-2028, qui fixe les grands axes de la politique de santé sur l'ensemble du territoire. Le PRAPS et le SRS se trouvent renforcés sur le volet de la prévention en santé à destination des publics fragiles avec un objectif de massification de la médiation en santé.

Le premier axe, « Assurer pour les publics précaires l'accès aux biens essentiels à la santé, aux droits et aux soins », initialement intitulé « Favoriser et renforcer l'accès à la santé », vise à garantir l'ouverture des droits indispensable à l'entrée dans les parcours de soins, et à développer les dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé à destination des plus précaires. Il vise également, dans sa nouvelle formulation, à travailler l'accès aux biens essentiels à la santé globale (alimentation, eau potable, etc.).

Le deuxième axe quant à lui nous invite à progresser encore davantage dans les dispositifs d'allers-retours, et notamment de médiation en santé. Les questions de littératie en santé sont également au cœur de cet axe, intitulé « Développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé ». La formulation de cet axe en 2018 garde sa pertinence, et l'enjeu actuel est de continuer notre progression dans ce sens.

Le troisième axe met en avant la logique de parcours : « Favoriser l'intégration et le maintien des publics les plus précaires dans des parcours de prévention et de soin ». Dans sa version de 2018, il soulignait notamment l'importance de faire entrer les personnes dans le parcours de santé. Il s'agit aujourd'hui de prolonger cette ambition, en luttant contre le non-recours, en inscrivant encore davantage de publics dans les parcours, et en luttant contre les situations de rupture au sein de ces mêmes parcours de santé. Le terme de « prévention » a également été ajouté, afin de promouvoir une logique de continuité et de complémentarité entre la prévention et les soins au sein des parcours de chacun.

Un quatrième axe a été intégré, à la suite notamment du groupe de travail du 12 juin 2023, au cours duquel les acteurs de la lutte contre la précarité en Guyane ont fait remonter divers besoins d'accompagnement des professionnels et des structures qui prennent en charge ces publics. Cet axe s'intitule « Adapter les structures et les dispositifs aux attentes et aux besoins des publics précaires, en accompagnant les professionnels au service de ces publics ». Il vise à améliorer la coordination santé-social, tant au niveau institutionnel que dans les pratiques des professionnels, et à mieux adapter les structures de santé aux problématiques spécifiques des plus démunis. Il vise également à davantage penser la formation initiale et continue des professionnels de santé aux enjeux de la précarité, et des professionnels du social aux enjeux de santé.

Ces quatre axes donnent naissance à des objectifs opérationnels, d'où vont découler des séries d'objectifs spécifiques et d'actions concrètes qui devront être mises en place durant les cinq années à venir.

A. Axe 1 : Assurer pour les publics précaires l'accès aux biens essentiels à la santé, aux droits et aux soins

1. Objectif opérationnel n°1 : Garantir un accès aux biens essentiels pour les publics les plus précaires

<i>Contexte et description</i>	<p>L'INSEE rappelle que l'alimentation est le principal contributeur à l'écart de prix entre la Guyane et la France métropolitaine. « D'une part, il s'agit d'un des principaux postes du budget d'un ménage (14,6 % du budget d'un ménage guyanais). D'autre part, c'est également pour ce poste que l'écart de prix à la métropole est l'un des plus marqués. Le niveau des prix de l'alimentaire est 33,9 % plus élevé en Guyane qu'en France métropolitaine. Si l'on considère le panier alimentaire d'un ménage guyanais, les prix seraient plus faibles de 19,2 % en France métropolitaine. À l'inverse, un métropolitain souhaitant maintenir ses habitudes alimentaires en Guyane augmenterait ses dépenses de 44,9 % »¹. Même l'achat de produits locaux présente un coût très élevé. Dans ce contexte, l'alimentation devient une part importante des contraintes budgétaires des ménages provoquant une insécurité alimentaire considérable chez les familles défavorisées.</p> <p><i>« La première enquête sur l'insécurité alimentaire réalisée durant la première vague épidémique en juillet 2020 avait montré des résultats inquiétants : 2 ménages interrogés sur 5 avaient eu une alimentation insuffisante et plus de 80% des ménages avaient souffert de faim dans le mois. Concernant la perception de la faim par les ménages, l'échelle utilisée montrait une légère amélioration par rapport à la première enquête. En 2021, 66% des ménages dans le Centre Littoral avaient souffert de faim dans le mois (baisse significative par rapport à 2020). Il n'en est pas moins que l'indicateur reste élevé en 2021 »</i>².</p>
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cartographier les actions mises en place sur le territoire : les maraudes, les permanences hors les murs, l'offre de services des structures (associations et institutions) ➤ Développer et structurer l'aide alimentaire ➤ Garantir l'accès à l'eau courante et potable ➤ Développer des dispositifs de médiation liés à l'hygiène et à la santé-environnement pour autonomiser les habitants
<i>Partenaires</i>	Associations, Etat, DGCOP, Collectivités, ARS
<i>Population cible</i>	Populations précaires, habitants dans des habitats spontanés et en sites isolés

¹ Données INSEE

² Projet InaCOV 2021

2. Objectif opérationnel n°2 : Fluidifier les circuits d'ouverture de droits

<i>Contexte et description</i>	Le recours aux soins et à la prévention est faible en Guyane. Selon l'étude CAP ACSES 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 Couverture Maladie Universelle (depuis remplacée par la PUMA) et l'Aide Médicale d'Etat. Les données montraient toutefois une utilisation du système de santé en dépit d'une mauvaise compréhension de ce dernier.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réaliser des réunions partenariales (intégrant notamment la CGSS, l'Etat, la CAF, l'état civil, les associations, etc.) afin de clarifier et de travailler un protocole commun et claire sur les enjeux de domiciliation à diffuser à tous les partenaires et usagers ➤ Faire des plaidoyers pour la simplification des démarches en saisissant notamment le Défenseur des droits ➤ Renforcer les équipes de PMI avec des travailleurs et médiateurs sociaux ou en santé ➤ Développer un partenariat fort avec les CCAS pour fluidifier la démarche de domiciliation des personnes fragilisées, essentielle à l'ouverture des autres droits (PUMA, C2S ...) ➤ Développer davantage de partenariats avec les maisons France Services pour les permanences délocalisées et créer des espaces commun d'accueil des publics ➤ Proposer au moins une formation spécifique « santé mentale-précarité » par an à l'attention de professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaire ➤ Proposer une formation spécifique portant sur l'accès aux droits et aux soins à destination des médiateurs sociaux, en santé et numériques et aux forces de l'ordre
<i>Partenaires</i>	Etat, CGSS, CCAS, Mairies, ARS, CTG, associations, Université, DGCOPOP, Forces de l'ordre, GHT
<i>Population cible</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personnes sortant de prison, sans domicile fixe, en situation d'exclusion, en situation irrégulière, vivant dans des habitats informels, demandeurs d'asile, vivant sur des sites isolés où l'offre est très éparse et insuffisante ➤ Professionnels confrontés au quotidien aux problématiques d'accès aux droits et aux soins

3. Objectif opérationnel n°3 : Identifier et lutter contre les non-recours

<i>Contexte et description</i>	<p>Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la moitié de la population guyanaise vit sous le seuil de pauvreté. L'accès à un logement digne reste une difficulté pour une partie de la population, et l'habitat informel s'est développé de façon généralisée sur l'ensemble du territoire. Les Guyanais ont un taux de recours au soin inférieur à la moyenne nationale. « Selon une étude de 2015, 30,9 % des personnes étudiées déclaraient avoir renoncé aux soins pour des raisons financières. Alors que les indicateurs de santé et de précarité sont particulièrement défavorables, l'offre de soins et de travailleurs sociaux sur le territoire guyanais reste cependant très inférieure à celle retrouvée dans l'Hexagone »³. Il est donc important de capitaliser toutes les études faites à ce sujet, d'objectiver les données et notamment expérimenter des dispositifs innovants pour lutter contre le non recours.</p>
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<p>Conduire une mission de recherche-actions visant à comprendre et objectiver les motifs de non-recours aux soins afin d'identifier des solutions opérationnelles permettant d'améliorer l'accès aux droits et aux soins des publics précaires</p>
<i>Partenaires</i>	<p>ARS, CGSS, Etat, CTG, Associations</p>
<i>Population cible</i>	<p>Professionnels de santé, sociaux confrontés au quotidien aux problématiques d'accès aux droits et aux soins, et institutions</p>
<i>Indicateurs</i>	

³ La santé en action –n°458-décembre 2021, Santé Publique France

4. Objectif opérationnel n°4 : Garantir l'accès aux droits dans les communes de l'intérieur en lien avec les hôpitaux de proximité et les CDPS

<i>Contexte et description</i>	<p>Les délais de traitement des dossiers d'ouverture de droits ne sont pas homogènes en Guyane. Les jeunes qui partent vers le littoral ont besoin de référents vers lesquels se tourner pour répondre à leurs questions sur l'accès aux droits et aux soins. Dans certaines communes de l'intérieur, il semblerait que les démarches de demande d'élection de domicile sont assez difficiles pour les personnes sans domiciliation stable. A cela s'ajoutent les complexités de l'ordre géographique où les « permanences délocalisées » ne paraissent pas suffisantes. D'autres démarches administratives peuvent s'avérer complexes, et bloquer les circuits d'ouverture de droits. A titre d'exemple, les actes de naissance peinent parfois à être transmis de Cayenne vers ces communes.</p>
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en place des référents sur l'accès aux droits dans les hôpitaux de proximité et les CDPS ➤ Développer l'accompagnement social au sein des hôpitaux de proximité et les CDPS en embauchant des travailleurs sociaux ➤ Elaborer une convention tripartite entre l'ARS, la CGSS et les associations sur l'accès aux droits et aux soins (ex : protocole de fluidification des parcours avec les référents par bassin et au sein des CDPS pour favoriser un accès rapide et direct à un interlocuteur unique de l'Assurance Maladie) <p>Renforcer les instances de coordination institutionnelle, notamment à l'image du comité de veille</p>
<i>Partenaires</i>	ARS, CGSS, CTG, Mairie, CAF, CCAS, Etat, DGCOPOP, GHT, CDPS
<i>Population cible</i>	Publics précaires, éloignés des soins, habitants des sites isolés, ruralités

5. Objectif opérationnel n°5 : Continuer de développer les PASS ainsi que leurs actions d'aller-vers

<p><i>Contexte et description</i></p>	<p>Les indicateurs de précarité sont particulièrement élevés en Guyane. Avec un taux de pauvreté de 52,9% en 2020 (Insee, seuil de pauvreté à 60% du revenu médian), la Guyane se situe très largement au-dessus de la moyenne française de 14,6%. La précarité de la population est ainsi un élément d'autant plus fondamental à prendre en compte dans la conception et la mise en place des politiques de santé sur notre territoire. Les permanences d'accès aux soins de santé - PASS - permettent une prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières. Elles donnent accès à des consultations de médecine générale ou spécialisée.</p>
<p><i>Objectifs spécifiques / Actions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer les PASS mobiles médicalisées avec une équipe pluridisciplinaire ➤ Développer les PASS hospitalières et notamment dans les hôpitaux de proximité ➤ Développer les PASS de villes vers d'autres territoires ➤ Mettre en place une coordination régionale des PASS pour favoriser la mutualisation des outils, renforcer l'interconnaissance ainsi que l'accompagnement auprès des équipes PASS, en co-construisant une feuille de route assortie de moyens spécifiques ➤ Favoriser les passerelles entre les PASS, la PTA et les travailleurs et/ou les organismes sociaux
<p><i>Partenaires</i></p>	<p>ARS, Etat, CHC, CHOG, CHK, MDM, DGCOPOP, CDPS, CGSS, médecins libéraux, pharmacies, associations, personnel de la PASS</p>
<p><i>Population cible</i></p>	<p>Demandeurs d'asile, personnes en situation régulière, personnes éloignées du système de santé. Personnes déjà prises en charge par la PASS dont l'absence de droits de base (dans le cadre de la PUMA) ou de droits complémentaires compromet la réalisation de soins immédiats ou futurs (Hospitaliers ou ambulatoires).</p>

6. Objectif opérationnel n°6 : Renforcer le transport sanitaire sur tout le territoire afin « d'amener-vers » les lieux de soin

<p><i>Contexte et description</i></p>	<p>La Guyane est un territoire vaste de plus de 87 000 km² avec nombreuses communes inaccessibles par la route : Maripasoula, Papaïchton, Grand-Santi sur la frontière surinamaïse, Saül, Saint-Elie au centre du territoire, Camopi et Ouanary sur la frontière brésilienne. Le seul moyen de transport accessible pour les populations de ces communes est alors la pirogue à moteur (consommation de carburant élevée, très coûteux), utilisée sur les nombreuses voies fluviales de la région. Il n'y a pas de transport public dans cette zone, à part les pirogues pour transport scolaire. Une fois les personnes amenées vers les lieux de soin, il y a une nécessité de penser les dispositifs d'accueil et d'hébergement pour les malades et leurs proches qui ne vivent pas dans les pôles urbains. La population se caractérise par une grande précarité et de fortes inégalités sociales et en santé. Comme évoqué, ces caractéristiques donnent un profil épidémiologique spécifique, tant pour les pathologies rencontrées, que par les facteurs de risques auxquels ces populations sont exposées.</p>
<p><i>Objectifs spécifiques / Actions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Travailler sur la mobilité des plus précaires en conjuguant les compétences transversales des institutions : <ul style="list-style-type: none"> - Développement des transports collectifs - Développement de transports individuels pour les consultations obligatoires des publics qui ne seraient pas capables de prendre en charge par eux-mêmes leur transport ➤ Finaliser la mise en place des pirogues sanitaires conventionnées avec la CGSS ➤ Faire connaître et développer les dispositifs d'accueil existants pour les personnes vivant en site isolé et ayant été transportées vers les lieux de soin (hospitals, etc.)
<p><i>Partenaires</i></p>	<p>CTG, ARS, Etat, Communes, EPCI, entreprises, associations</p>
<p><i>Population cible</i></p>	<p>Personnes vivant dans des sites éloignés des lieux de soins, personnes sans moyens de locomotion individuels</p>

B. Axe 2 : Développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé

1. Objectif opérationnel n°1 : Améliorer les modes d'information et de communication auprès des publics éloignés du soin et vulnérables

<i>Contexte et description</i>	La multitude des langages et des représentations culturelles du corps ou de la santé limite l'impact des programmes et les modes de prévention standardisés ainsi que la connaissance, l'appropriation et l'accessibilité au système de soins par les personnes issues de cultures différentes.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ Développer l'interprétariat en santé afin de favoriser la compréhension du système de santé et de l'accompagnement pour les personnes migrantes en recrutant et en formant des interprètes en santé➤ Renforcer les actions de dépistages, de prévention et d'orientation auprès des publics vulnérables➤ Renforcer et coordonner la communication autour des campagnes de prévention spécifiques (diabète, cancer, Hypertension, SSR, Addictions etc.) en prenant en compte les particularités de la Guyane➤ Veiller à la mise en œuvre du volet Outre-Mer de la SNS sur les aidants visant au développement des structures de répit pour les aidants et repris dans les objectifs du SRS
<i>Partenaires</i>	ARS, Etat, CGSS, Associations, GHT, Les CLS (mairies), CTG
<i>Population cible</i>	Personnes migrantes, sans domiciles fixes, sous-main de justice, précaires et vulnérables

2. Objectif opérationnel n°2 : Mailler le territoire en équipes mobiles pour aller vers les plus précaires

<p><i>Contexte et description</i></p>	<p>En Guyane, on note une mobilité contrainte pour les plus précaires, l'ensemble des besoins pour les 4 EPCI ne sont pas couverts. Selon une étude faite par l'ODEME⁴ l'offre de transport en commun manque encore de lisibilité et d'attractivité pour les usagers qui déplorent le nombre insuffisant de passages quotidiens, des zones encore peu desservies, des horaires pas toujours adaptés et respectés. Ce qui explique que seuls 14 % des répondants ont déclaré utiliser comme seul moyen de transport les transports en commun (33% la voiture, 10% le scooter, 10% le co-voiturage et 19% autre). Il est à noter par ailleurs que l'absence de permis de conduire est le frein à la mobilité pour 2/3 des personnes concernées par l'enquête. Ce contexte de mobilité très réduite entrave l'accès aux services de soins et de prévention.</p>
<p><i>Objectifs spécifiques / Actions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer les équipes mobiles pluridisciplinaires par des recrutements de professionnels de issus de corps de métier non représenté (infirmiers, médiateurs, assistants sociaux) à l'image des : EMPP, EM3P, EMAS, EMSPEC ➤ Former ces équipes sur les enjeux de santé mentale, des addictions et des violences physiques et psychiques, vécues par les personnes précaires ➤ Développer la télémédecine sur l'ensemble du territoire ➤ Développer les équipes de soins à domicile pour les patients en situation de précarité ➤ Développer le repérage et l'accompagnement des jeunes en rupture et vulnérables et des publics victimes de violence ➤ Soutenir les actions en direction des jeunes et des enfants des territoires isolés et en géographies prioritaires ➤ Créer des dispositifs innovants tel qu'un bus santé à destination des personnes éloignées du soin ➤ Développer des références « santé » au sein des dispositifs « insertion des jeunes en rupture » ➤ Préfiguration et mise en place d'un dispositif «de soin itinérant » pour aller vers le public cible ➤ Garantir l'existences effectives de référents santé au sein des Missions locales
<p><i>Partenaires</i></p>	<p>Missions Locales, ARS, pôle emploi, association dans le champ de l'insertion, du social et du médico-social, associations dans le champ de la prévention en santé, DETCC, DGCOPOP, Etat, Collectivités, CTG</p>
<p><i>Population cible</i></p>	<p>Personnes isolées, usagers sans droits ouverts, bénéficiaires de minima sociaux, chômeurs, personnes en rupture de soin, personnes vulnérables vivant sur des sites isolés où l'offre de soin n'est pas suffisante, personnes âgées dépendantes</p>

⁴ <https://guyane.ademe.fr/sites/default/files/note-ademe-enjeux-mobilite-guyane.pdf>

3. Objectif opérationnel n°3 : Continuer à développer la médiation en santé

<p><i>Contexte et description</i></p>	<p>La SNS 2023-2028 rappelle que la médiation en santé a une double vocation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès aux droits, à la prévention, aux soins de publics vulnérables, en retissant le lien avec les personnes et en les accompagnant dans leurs démarches et consultations - Sensibiliser les acteurs du système de santé aux obstacles du public à son accès. <p>Le recours à la médiation en santé constitue une réponse d'intervention particulièrement adaptée auprès des populations vulnérables, éloignées du soin et du droit. Ce mode d'intervention comporte une plus-value car il se construit et s'exerce autour d'actions de proximité qui favorisent le lien social et institutionnel, permettant un travail de prévention, de sensibilisation, d'accès aux droits et aux soins.</p> <p>Les actions de proximité représentent également une part importante des actions des associations locales, des municipalités via les Contrats Locaux de Santé et interagissent avec les stratégies de localisation des actions mobiles et de l'aller-vers. Toutefois, les limites d'accès au soin relèvent en partie du nombre restreint d'acteurs, d'une couverture santé minimaliste, et de la difficulté quant à la mise en lien population/dispositifs de santé (phénomène de non recours). Les orientations nationales appellent à un développement de ces pratiques et à un renforcement de l'attractivité du métier de médiateur. Elles soulignent également l'importance de l'évaluation de ce dispositif. L'un des objectifs majeurs de ce PRAPS doit donc être la massification de la médiation en santé, en attirant d'avantage de candidats à la formation et en étoffant considérablement les effectifs de médiateurs.</p>
<p><i>Objectifs spécifiques / Actions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ D'ici à 2030, multiplier par 4 le nombre de médiateurs employés sur le territoire ; ➤ Développer une ingénierie de formation en santé pour les médiateurs (mise en place d'une formation par an à destination des médiateurs en santé) ➤ Organiser des rencontres avec les chefs de villages / référents de quartier dans une démarche de santé communautaire ➤ Développer une stratégie régionale de la médiation en santé abordant les enjeux liés au réseau, à la formation, à la structuration et le développement de la médiation en santé au niveau local ➤ Animer le réseau des médiateurs en santé ➤ Lancer une réflexion sur l'évaluation de l'impact médico-économique de la médiation en santé.
<p><i>Partenaires</i></p>	<p>ARS, CGSS, OPCO, GHT, CTG, Associations, Université de Guyane, CDPS, Chefs coutumiers, Les communautés d'agglomérations, les CLS</p>
<p><i>Population cible</i></p>	<p>Publics en situation de précarité et éloignés du système de santé, professionnels de la médiation en santé, du social, médico-social et sanitaire</p>

4. Objectif opérationnel n°4 : Renforcer la littératie en santé

<i>Contexte et description</i>	La littératie en santé est possible à condition de proposer aux populations un environnement « éducatif » qui leur permet de développer des compétences relevant de l'accès à l'information, de la compréhension et de la prise de décisions. Les dispositifs et l'offre de santé doivent ainsi prendre en compte les variations liées à l'hétérogénéité des acteurs, des populations et donc les conditions de développement des situations d'apprentissage dans les différents contextes locaux.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ Améliorer et renforcer la signalétique dans tous les hôpitaux publics➤ Développer une documentation à destination des patients en français FALC (facile à lire et à comprendre) et de supports multilingues, co-construits avec les publics➤ Créer un « passeport santé », sorte de carnet de liaison régional, à l'image de celui expérimenté par la PASS de SLM➤ Poursuivre les formations des publics précaires à l'utilisation de Mon espace santé
<i>Partenaires</i>	Professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, GHT, associations, CDPS, ARS
<i>Population cible</i>	Les populations précaires, migrantes, en situation de handicap

5. Objectif opérationnel n°5 : Renforcer la participation et le pouvoir d'agir des plus précaires au sein de la relation d'accompagnement

<i>Contexte et description</i>	<p>Pour répondre aux problématiques de santé en Guyane énoncées dans le contexte de ce programme, il nous semble primordial de développer des dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire au plus proche des habitants et au cœur des territoires ; ruraux, isolés, QPV. Pour favoriser la littératie en santé, « l'empowerment » ou « l'encapacitation » des personnes, les dispositifs et l'offre de santé doivent intégrer une approche horizontale, socio-culturelle, ethnologique, communautaire tout en impliquant les acteurs des territoires (concept populations, territoires, politiques publiques).</p> <p>Pour être efficace en matière de santé, la réflexion portée sur le développement des pouvoirs d'agir via l'éducation pour la santé, requiert une parfaite compréhension du contexte local et des cibles du changement, qui sont multidimensionnelles, multisectorielles.</p>
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobilisation et sensibilisation des usagers à la démarche communautaire et au droit de s'exprimer ➤ Sensibiliser les professionnels à l'animation et au développement d'instances de démocratie participative sanitaire (CRSA, représentants des usagers dans les établissements) ➤ Sensibiliser les leaders communautaires à la prévention ➤ Associer davantage les populations dans la construction des projets (consultations, réunion collectives, enquêtes etc.) en intégrant ces critères dans les financements ARS
<i>Partenaires</i>	ARS, Associations, Associations des habitants, Conseil citoyens, CRSA, GHT, Associations, Chefs Coutumiers, CLS
<i>Population cible</i>	Populations précaires, migrantes, en situation de handicap

C. Axe 3 : Favoriser l'intégration et le maintien des publics les plus précaires dans des parcours de prévention et de soin

1. Objectif opérationnel n°1 : Renforcer la prévention et promotion de la santé ciblées pour les plus précaires

Contexte et description	<p>« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (Charte d'Ottawa, 1986).</p> <p>La prévention universelle concerne la population générale ou groupes. Elle vise à faire acquérir à chacun, dès le plus jeune âge, les compétences et les connaissances utiles pour préserver sa santé et à mettre à sa disposition les ressources qui lui permettront de faire des choix favorables à sa santé. Plusieurs programmes de prévention universelle sont en cours et seront déployés durant ces prochaines années :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stratégie interministérielle de réduction des risques liés aux métaux lourds (StraMéLo) ➤ Projet territorial de santé mentale 2022-2027 ➤ Volet Outre-mer du Programme national nutrition santé (PNNS 4) et les actions spécifiques phare pour la Guyane ➤ 1 000 premiers jours ➤ ... <p>L'ambition du PRAPS est de promouvoir des actions complémentaires de prévention, plus à même de toucher les publics en situation de grande précarité sur des sujets variés tels que les addictions, les IST, la nutrition, la santé mentale, etc.</p>
Objectifs spécifiques / Actions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cartographier les besoins du territoire ainsi que les actions mises en place : les maraudes, les permanences hors les murs, l'offre de services des structures (associations et institutions) ➤ Mettre en place une coordination des actions de prévention sur les territoires isolés ➤ Renforcer la coordination CLS pour renforcer des actions de prévention au sein des QPV ➤ Travailler avec les dispositifs d'insertion pour déployer des actions de prévention auprès des jeunes ➤ Soutenir les programmes de renforcement des Compétences Psychosociales auprès des enfants et des jeunes ➤ Renforcer des actions d'éducation pour la santé auprès des publics scolaires ➤ Renforcer la prévention en santé sexuelle et reproductive à l'égard des publics vulnérables (jeunes, femmes, TDS, LGBTQIA...)
Partenaires	GHT, PASS, CDPS, Associations, Etat, DGCOPOP, Collectivités, CAF, DRAAF, ARS, Rectorat, Université, CLS, CPTS, URPS, PNNS, CGSS, PMI
Population cible	Populations précaires, habitants dans des habitats spontanés et en sites isolés

2. Objectif opérationnel n°2 : Fluidifier les parcours de soins

<p><i>Contexte et description</i></p>	<p>Face à des problématiques telles que les déserts médicaux ou encore l'insuffisance des ressources dans les établissements de soins, les professionnels de santé « de ville » doivent être intégrés dans les pratiques et dans les accompagnements des personnes concernées. Il s'agit d'éviter d'agir en vase clos, mais de mutualiser, de coordonner les interventions gravitant autour des personnes vulnérables.</p> <p>Afin de rendre les parcours de soins plus efficaces, les nouvelles orientations impulsées par le gouvernement prévoient de cesser de raisonner ainsi par secteur (soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux...), et de repenser le système de santé en terme de prise en charge globale, personnalisée et continue des patients. Ce qui implique d'accompagner une mise en lien des professionnels de santé de ville avec les hôpitaux dans la coordination de ces parcours de soins.</p> <p>Trois niveaux de prise en charge des patients sont identifiés par les autorités de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les parcours de santé (de la prévention à l'accompagnement médico-social et le retour à domicile) ➤ Les parcours de soins (pour permettre l'accès aux consultations de premier recours et aux autres lieux de soins) ➤ Les parcours de vie (lesquels envisagent la personne dans son environnement : famille, entourage, réinsertion...)
<p><i>Objectifs spécifiques / Actions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en place des dispositifs de coordination partagés (former les professionnels à la plateforme Pépites parcours) ➤ Mettre en place un référent parcours par territoire pour une meilleure connaissance du maillage des acteurs et augmenter la visibilité des actions « santé » existantes, en suivant le modèle du parcours grossesses adolescentes dont le référent est le Réseau périnatal ➤ Animer des réunions de réseau santé-précarité sur les enjeux de parcours de soins ➤ Redéfinir la couverture du territoire et le rôle de chacun ➤ Améliorer le dialogue ville / hôpital ➤ Intégrer davantage les hôpitaux dans les réunions multi partenariales avec les acteurs de la précarité ➤ Amener davantage les consultations spécialisées dans les CDPS
<p><i>Partenaires</i></p>	<p>ARS, GHT, CLS, CCAS, CIAS, PASS, CDPS, Etat, DGCOPOP, Associations, CPTS, MSP, CGSS, Hôpitaux, centre de santé, structures médico-sociales et d'insertion, Rectorat</p>
<p><i>Population cible</i></p>	<p>Professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, de l'éducation</p>

3. Objectif opérationnel n°3 : Améliorer la prise en charge dans la durée des problématiques de santé mentale, d'addictions et des victimes de violences

<i>Contexte et description</i>	<p>Le taux de suicide global en Guyane est estimé à 7 pour 100 000, soit un taux inférieur à celui de la France métropolitaine. Cependant, la majorité des cas de suicide sont signalés dans les communautés amérindiennes. En 2019, les taux de suicides les plus élevés étaient retrouvés dans les communes de Camopi et Trois Sauts avec, respectivement, 113 et 137 décès pour 100 000 habitants par an⁵.</p> <p>Selon le baromètre santé 2021 de Santé publique France, le niveau d'usage quotidien de cannabis parmi les 18-24 ans est de 21%, contre 1,7% en moyenne pour la France métropolitaine. La consommation quotidienne d'alcool, selon Santé publique France, concerne quant à elle 1,9% des femmes et 8,8% des hommes.</p> <p>Parmi les Guyanais de 18 à 75 ans, 7% ont subi des violences physiques ou sexuelles. 4% de ces violences ont lieu au sein du même foyer, soit deux fois plus qu'en France métropolitaine (HCSP, 2022). Les femmes en sont deux fois plus victimes que les hommes.</p> <p>Ces différentes problématiques demandent un suivi de long terme, et une forte intégration des publics dans des parcours de prévention et de soins individualisés.</p>
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Créer une offre de proximité où elle est manquante en développant des CMP ➤ Développer des actions d'aller vers pour informer sur les dispositifs existants ➤ Garantir des lieux d'accueil pour les victimes de violences et une prise en charge psychologique intégrée dans l'accompagnement médico-social de la personne ➤ Renforcer la filière en addictologie, RDR ➤ Créer l'observatoire des violences intrafamiliales et des violences faites aux femmes figurant au projet de contrat de convergence et de transformation 2024-2027
<i>Partenaires</i>	ARS, DGCOPPOP, Etat, Rectorat, Associations, Collectivités, EPCI (CISM), GHT, Hôpitaux, CLS, PTSM, CSAPA, CAARUD, ACT, CMP, Ministère de la justice
<i>Population cible</i>	Public précaire éloigné de l'offre de soin et de prévention

⁵ Basma Guarmit, Aude Lucarelli, Paul Brousse, Émilie Mosnier, Philippe Travers, Mathieu Nacher, « Epidémiologie descriptive des tentatives de suicide et des suicides dans les communes isolées de Guyane française », 2019.

4. Objectif opérationnel n°4 : Développer un parcours de prévention et de soins pour les demandeurs d'asile

<i>Contexte et description</i>	Entre 2015 et 2020, 20 263 demandeurs d'asile sont enregistrés en Guyane : une augmentation de plus de 4000 demandes par an. 3361 demandes sont enregistrées en 2021, contre 2810 en 2020. En 2022, Les Haïtiens représentent un peu moins de 34 % des demandeurs, les Syriens et les Palestiniens plus de 30%, les Dominicains sont 12.20% et les Cubains 4.60%. En attente d'ouverture de droits à leur arrivée, et confrontés à de nombreux obstacles comme la barrière de la langue, ces publics demandent une attention toute particulière afin de bénéficier de parcours de prévention et de soins nécessaires à leur santé.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Remettre en place la consultation d'orientation pour les demandeurs d'asile ➤ Améliorer la coordination des acteurs de ce champ ➤ Avoir un schéma clair du parcours du demandeur d'asile et de l'accompagnement proposé ➤ Renforcer les actions de prévention et de dépistage ➤ Renforcer la prise en charge psychologique
<i>Partenaires</i>	DGCOPOP, Etat, ARS, Associations, centre de santé, OFII, OFPRA ou CADA, Hôpitaux, PASS, CTG
<i>Population cible</i>	Demandeurs d'asile

5. Objectif opérationnel n°5 : Développer des coopérations fortes sur les parcours de prévention et de soins transfrontaliers avec le Brésil et le Surinam

<i>Contexte et description</i>	<p>Dans un territoire limitrophe marqué par une forte migration, il semble primordial de renforcer les coopérations sanitaires transfrontalières. L'objectif général est de faciliter l'accès aux soins pour les patients des deux côtés des frontières, à l'est et à l'ouest. L'accès aux compte-rendu d'examens médicaux notamment est très difficile lorsque cela implique un franchissement de frontière. Les démarches administratives et les coûts financiers spécifiques freinent d'autant plus l'accès aux soins des publics précaires. Les actions de prévention restent elles aussi très cloisonnées de part et d'autre des fleuves.</p>
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuer de soutenir le projet Oyapock Coopération Santé, transfrontalier entre la France et le Brésil, entre le CHC et les associations franco brésilienne (lutte contre les IST, les violences liées au genre, et les grossesses non planifiées) ➤ Elargir le conventionnement entre le CHOG et l'hôpital permettant de rediriger les patients en suite d'hospitalisation aux personnes dialysées et aux parturientes ➤ Créer un centre de coopération en santé entre la Guyane et l'Amapa ➤ Renforcer les actions de prévention transfrontalières, sur les sujets de VIH, aux addictions notamment ➤ Penser à des professionnels dédiés à la fluidification des parcours de part et d'autre des frontières (soignants, médiateurs, ou assistants sociaux) ➤ Développer des formations communes pour les professionnels transfrontaliers ➤ Avoir des référents transfrontaliers
<i>Partenaires</i>	<p>ARS, Etat, Sous-Préfecture, Associations, GHT, Hôpitaux, CLS Ouest, Collectivités, CTG</p>
<i>Population cible</i>	<p>Populations migrantes en situation de précarité</p>

D. Axe 4 : Adapter les structures et les dispositifs aux attentes et aux besoins des publics précaires, en accompagnant les professionnels au service de ces publics

1. Objectif opérationnel n°1 : Renforcer l'accompagnement des médiateurs en santé et de leurs structures

<p><i>Contexte et description</i></p>	<p>Le précédent PRAPS se concentrait sur une augmentation du nombre de médiateurs. Bien que les besoins ne soient pas entièrement couverts, il s'agit à présent de penser en parallèle la consolidation des dispositifs existants, en permettant aux médiateurs en place d'exercer au mieux leurs missions. Beaucoup se sentent isolés, n'ayant pas toujours d'associations et de structures avec lesquelles organiser un relais. Ils ont besoin d'être davantage reconnus par les structures et les professionnels de santé avec lesquels ils travaillent, en interne comme en externe. Portes d'entrée à la fois des professionnels de santé et des bénéficiaires, ils sont fortement sollicités au quotidien, sans nécessairement avoir la formation pour répondre aux attentes, ainsi que des moyens d'agir. Par ailleurs, de nombreux agents administratifs exercent de facto des fonctions de médiateur, mais ne sont pas reconnus comme tels. La posture des médiateurs est souvent complexe, entre la communauté dont ils sont issus et les salariés des structures dont ils font partie. Ils ont besoin d'être accompagnés pour gérer au mieux cet équilibre.</p>
<p><i>Objectifs spécifiques / Actions</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sécuriser les postes de médiateurs en santé ➤ Développer les postes de médiateurs en santé ➤ Amener de la formation certifiante, reconnue au niveau régional et notamment sur les communes de l'intérieur ➤ Préfigurer et valider la stratégie médiation en santé au niveau régional prenant en compte des enjeux et sujets structurant sur ce domaine (montée en compétence, harmonisation des fiches de poste, travail en réseau avec d'autres partenaires, etc.)
<p><i>Partenaires</i></p>	<p>ARS, OPCO, Associations, Centre de formations, Réseau médiateurs</p>
<p><i>Population cible</i></p>	<p>Structures de médiation en santé, médiateurs, encadrants des médiateurs</p>

2. Objectif opérationnel n°2 : Sensibiliser les professionnels de santé aux problématiques des publics précaires

<i>Contexte et description</i>	Les professionnels ont besoin de mieux connaître les spécificités des publics qu'ils rencontrent, et de savoir où trouver de la ressource. L'enjeu est d'éviter notamment les refus de soins, en libéral comme à l'hôpital.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer des moyens pour les professionnels de santé afin de faire de la promotion en santé ➤ Favoriser l'interconnaissance des professionnels de la santé et du social dès leur formation initiale (IRDTS, IFSI) ➤ Mettre en place une formation « contexte local et précarité » pour tous les professionnels de santé (en particulier ceux des services d'urgence) et médico-sociaux incluant la santé mentale, des addictions, des violences... ➤ Pour les professionnels de santé qui vont travailler en CDPS, mettre en place une formation « contexte local et précarité » spécifique, et chercher en amont des profils adaptés, sensibilisés à la problématique de l'isolement ➤ Renforcer la présence de travailleurs sociaux dans les établissements de soins
<i>Partenaires</i>	ARS, Centres de formation, OPCO, Collectivités, CTG, Etat, associations
<i>Population cible</i>	Professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux

3. Objectif opérationnel n°3 : Renforcer l'empowerment des associations

<i>Contexte et description</i>	Le rôle des associations est essentiel dans le domaine de la santé, notamment du fait du maillage local qu'elles constituent. Il s'agit de pleinement reconnaître ce rôle et de leur garantir les moyens de le poursuivre. Les plus importantes en taille sont conventionnées avec l'ARS via les CPOM.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Officialiser les services rendus « non officiels », aujourd'hui non reconnus et non financés, comme le transport ➤ Améliorer la collaboration entre associations et institutions via des dispositifs comme les CLS ➤ Mettre en place une formation « contexte local et précarité » à destination des associations ➤ Créer des liens avec les leaders communautaires ➤ Renforcer l'accompagnement « thématique » aux associations afin qu'elles puissent monter en compétence sur des sujets de santé publique, prévention et éducation pour la santé
<i>Partenaires</i>	ARS, Etat, CTG, Collectivités, OPCO, associations
<i>Population cible</i>	Professionnels associatifs

4. Objectif opérationnel n°4 : Répertoire les acteurs et dynamiser la création de réseaux

<i>Contexte et description</i>	Bien qu'un réseau important d'acteurs et associations existe, il est à préciser que tous ne se connaissent pas et qu'ils ne couvrent pas tout le territoire guyanais. Les habitants voient de nombreuses structures venir à eux, notamment en matière de prévention. Il s'agit de se coordonner, et de trouver l'instance légitime pour répondre à ce besoin.
<i>Objectifs spécifiques / Actions</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En lien avec les associations présentes, définir des postes de coordination pour gérer les réseaux ➤ Renforcer la présence des CCAS y compris dans des communes de moins de 3000 habitants, pour être des points d'appui des réseaux, notamment dans les communes sans CLS pour le moment
<i>Partenaires</i>	ARS, GHT, CLS, CCAS, CIAS, PASS, CDPS, Etat, DGCOPOP, Associations, CPTS, MSP, CGSS, CTG, Hôpitaux, centre de santé, structures médico-sociales et d'insertion, Rectorat
<i>Population cible</i>	Professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux

IV. Annexes

A. Composition du groupe de travail

L'ARS Guyane a convié le 12 juin 2023 l'ensemble de ses partenaires concernés par le PRAPS à un groupe de travail afin de co-construire les objectifs et actions à venir, rédigés dans le présent document.

Liste des participants présents et des structures représentées :

Boceno Claire	Comede
Daverton Brice	PASS CHC
DAO Capucine	CHC – CDPS
Fordin Marie	Ville de Cayenne – CLS
Grace-Etienne Karine	ADER
Guillaume Nadine	Ville de Macouria - CLS
Happe Francis	ID santé
Leguistin Maud	Préfecture
Lupo Nelly	CHC – CDPS
Macedo Ety	PASS CHOG
Mathurin Christelle	AFDG
Metz Chloé	Association DAAC Guyane
Michaud Claire	Croix-Rouge française
Mvogo Alexandra	CHC – CDPS
Pavie Johanna	PASS CHOG
Poulain Fanny	CACL - CISM
Ramos Hajar Sandra	AKATIJ
Reucheron Christelle	AFDG
Sorin Pascale	ID santé
Tefit Aurélia	GPS
Trepont Aude	Kairos
Varlin Jeanne	Médecins du monde
Velghe Alexandre	CIASS
	Entr'Aides Guyane

B. Glossaire

ADER	Actions pour le développement, l'éducation et la recherche
AFDG	Association franco-dominicaine de Guyane
AKATIJ	An nou Kombatan Ansam Tout Inégalité di Jodla
AME	Aide médicale d'Etat
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CACL	Communauté d'agglomération du centre littoral
CATTP	Centre d'aide thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDPS	Centre délocalisé de prévention et de soins
CGSS	Caisse générale de Sécurité sociale
CHC	Centre hospitalier de Cayenne
CHK	Centre hospitalier de Kourou
CHOG	Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais
CISM	Conseil Intercommunal de Santé Mentale
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CTG	Collectivité territoriale de Guyane
C2S	Complémentaire santé solidaire
DAAC	Développement Animation Accompagnement Coopération
DGCOPOP	Direction générale de la cohésion sociale et des populations
DU	Diplôme universitaire
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMAS	Equipe mobile d'appui à la scolarisation
EM3P	Equipe mobile précarité, psychiatrie, PASS
EMPP	Equipe mobile de psychiatrie précarité
EMSPEC	Equipe mobile de santé publique
GPS	Guyane Promo Santé
HAD	Hospitalisation à domicile
ISTS	Inégalités sociales et territoriales de santé
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluri professionnelle
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé
PUMA	Protection universelle maladie
QPV	Quartier politique de la ville
SRS	Schéma régional de santé
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile

C. Principaux indicateurs du PRAPS 2023-2028

N°	Cible à atteindre	Axe du PRAPS	Moyens à mobiliser
1	D'ici 2026, implanter une PASS dans l'Ouest Guyanais	Axe 1 : Assurer pour les publics précaires l'accès aux biens essentiels à la santé, aux droits et aux soins	Structurer le réseau-santé précarité en recrutant un coordinateur
2	D'ici 2030, multiplier par 4 le nombre de médiateurs	Axe 2 : Développer l'accompagnement personnalisé des personnes éloignées du système de santé	Doter chaque CDPS d'un médiateur et IDE complémentaires pour renforcer les équipes mobiles santé publique. D'ici 2025, Mise en place d'une formation en médiation en santé certifiante et reconnue à destination des médiateurs, en complément du diplôme universitaire proposé à l'université de Guyane D'ici 2024, validation de la stratégie en matière de médiation en santé
3	D'ici 2026, diminution de 30% de la file active des PASS sur les sujets de bilan de santé lié au certificat de vulnérabilité	Axe 3 : Favoriser l'intégration et le maintien des publics les plus précaires dans des parcours de prévention et de soin	Entre 2024 et 2028 : recruter 1 médiateur, 1 assistante sociale, 0.3 ETP médecin, 1 IDE pour renforcer chaque PASS existante sur le territoire (comme par exemple financement du Projet PASS DOM soins à domicile ; amener-vers)
4	D'ici 2028, construire une filière addictologie sur l'Ouest	Axe 3 : Favoriser l'intégration et le maintien des publics les plus précaires dans des parcours de prévention et de soin	
5	D'ici 2028, mettre en place 4 formations portant sur l'ingénierie de projet à destination des professionnels de santé	Axe 4 : Adapter les structures et les dispositifs aux attentes et aux besoins des publics précaires, en accompagnant les professionnels au service de ces publics	

