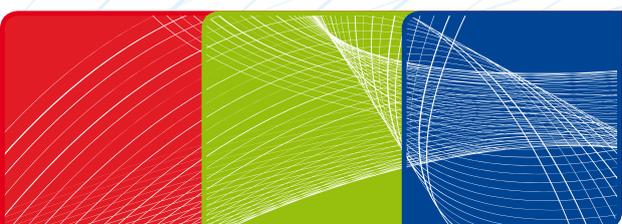




Projet de Santé
Réunion-Mayotte



LES PROGRAMMES

Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies de La Réunion et de Mayotte (PRAPS)

P 7 PREAMBULE

P 8 LA PLACE DU PRAPS DANS LA POLITIQUE DE SANTE

8 • Le cadre national

8 • L'historique des PRAPS

9 • L'évaluation des PRAPS

P 10 LE PRAPS 2012-2016

10 • Le public cible

12 • Les finalités

13 • Les freins à l'accès à la prévention et aux soins

P 14 LE DIAGNOSTIC

14 • Les données de cadrage démographique et social

16 • Les aides et l'accès aux droits

17 • Les repères de l'état de santé des populations

P 22 LE SUIVI ET L'EVALUATION



P 24 LES LEVIERS FINANCIERS

**P 25 PROGRAMME D'ACTION COMMUN
LA REUNION ET MAYOTTE**

P 26 PROGRAMME D' ACTIONS - LA REUNION

26 • Les axes stratégiques

27 • Les fiches programmes

P 40 PROGRAMME D' ACTIONS - MAYOTTE

40 • Les axes stratégiques

41 • Les fiches programmes

P 52 ANNEXES

52 • Synthèse des axes stratégiques – La Réunion - Mayotte

53 • Synthèse des axes stratégiques – La Réunion

56 • Synthèse des axes stratégiques – Mayotte

58 • Liste des sigles utilisés





Le programme d'accès à la prévention et aux soins Réunion-Mayotte constitue un projet commun aux deux départements qui tient compte des spécificités de chacune des deux îles.

Chacun des schémas composant le projet de santé de La Réunion et de Mayotte concourt à la prise en compte des personnes les plus démunies, le programme d'accès à la prévention et aux soins Réunion-Mayotte (PRAPS) en constitue une déclinaison plus ciblée

Le programme d'accès à la prévention et aux soins Réunion-Mayotte (PRAPS) contribue, par une action favorable sur le bas de l'échelle sociale, à réduire certaines inégalités de santé sur les territoires réunionnais et mahorais, largement touchés par la précarité et l'exclusion.

S'il n'existe pas de maladie propre à la précarité, la santé des personnes précaires s'altère avec l'accentuation de la précarité. La santé ne dépend pas d'un facteur en particulier mais de l'interaction de plusieurs déterminants.

Pour les personnes en situation de précarité, la pauvreté est l'un des déterminants de leur état de santé. Elle a de multiples conséquences : diminution de l'espérance de vie, risque accru de maladies infectieuses, hausse des taux de tabagisme et de consommation d'alcool, surconsommation de médicaments... Elle engendre également des effets sur l'état psychique des personnes avec

une plus grande prévalence de la dépression, du suicide et des troubles du comportement.

Pour les personnes en situation de précarité, l'accès à la prévention, aux droits et aux soins ne va pas de soi. Se soigner peut leur paraître même une préoccupation secondaire par rapport aux préoccupations liées au maintien ou au retour à l'emploi et au logement. Pourtant, retrouver un emploi peut être largement conditionné par leur état de santé. Dès lors, l'accompagnement social de ces personnes est indispensable pour leur faire prendre conscience de la nécessité de se soigner et de les accompagner dans leur démarche de soins.

La santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion constitue un enjeu de santé publique dans une société où les inégalités sociales conduisent à des inégalités croissantes de santé.

Ces inégalités se construisent dès l'enfance et englobent l'ensemble de la population. Bien qu'elles dépassent largement les seules populations vulnérables ou précaires, l'étude du gradient social de santé montre le lien existant entre la position sociale d'un individu et son état de santé, indépendamment des différences de santé qui peuvent être liées à l'âge, le genre ou l'ethnie.

LA PLACE DU PRAPS DANS LA POLITIQUE DE SANTE

1

LE CADRE NATIONAL



Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été élaborés pour la première fois en 1999 en application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998.

Ils mettent l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables. Ils reposent sur l'un des neuf principes de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, à savoir : « la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ».

— La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ont été élaborés en application des dispositions de la loi de lutte contre les exclusions de 1998 qui précisait notamment que chaque PRAPS « comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation pour la santé, de soins, de réinsertion et de suivi qui sont mises en œuvre chaque année, dans chaque département, pour améliorer la santé des personnes démunies, en se fondant sur les services de l'Etat, en particulier les services de santé scolaire et universitaire, les collectivités territoriales, grâce notamment aux services de protection maternelle et infantile, les organismes de sécurité sociale, les agences régionales de l'hospitalisation, les groupements régis par le code de la mutualité, les associations, les professions de santé, les établissements et institutions sanitaires et sociales concourent à la mise en œuvre de ces actions... ».

Cette fonction a été rappelée par le Plan national de lutte contre la précarité et l'exclusion adopté le 19 mars 2003 qui prévoyait en particuliers cinq mesures visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté sociale. Deux de ces mesures visaient le PRAPS, en confirmant la mise en œuvre d'une nouvelle programmation régionale et en l'orientant par ailleurs vers le développement d'une démarche territorialisée plus marquée en s'appuyant sur les Ateliers Santé Ville (ASV).

Deux autres générations de PRAPS ont ensuite été mises en œuvre par les DRASS et leurs partenaires (ARH, DDASS, Assurance Maladie, collectivités, établissements, réseaux associatifs, etc.).

— La loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique

La loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique a mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables. L'article L1411-1-1 du code de la santé publique précisait alors :

- l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de santé publique ;
- les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

L'article L.1411-11 du même code prévoyait que chaque plan régional de santé publique devait comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un programme régional d'accès aux soins des personnes les plus démunies.

Aussi, le second des neuf principes de la politique de santé publique, exprimés dans le rapport d'objectifs de la loi relative à la politique de santé publique, était le principe de réduction des inégalités : principe selon lequel la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de santé.

LA PLACE DU PRAPS DANS LA POLITIQUE DE SANTE

— La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires du 21 juillet 2009

La loi HPST a instauré une nouvelle organisation régionale du système de santé afin de favoriser le décloisonnement des différents secteurs (santé publique, ambulatoire, hospitalier, médico-social...) et prendre en compte de nouvelles thématiques en soutenant une approche transversale. Ainsi, la loi a élargi le cadre du pilotage régional de santé en introduisant le projet régional de santé (PRS), dont les différentes composantes définissent les « objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ».

Le PRAPS a été confirmé par la loi HPST et s'inscrit comme un des programmes obligatoires qui constituent la troisième composante du projet régional de santé. Ces

programmes ont pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas. Quatre programmes obligatoires sont prévus :

- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) ;
- le programme de développement de la télémédecine ;
- le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;
- le programme pluriannuel de gestion du risque (PPGDR).

2

L'HISTORIQUE DES PRAPS À LA RÉUNION ET À MAYOTTE



À La Réunion, deux générations de PRAPS se sont succédées :

• Le PRAPS 1^{ère} génération 2000-2002

Il a été élaboré suite au diagnostic santé-précarité réalisé en 1999. Il comportait quatre axes prioritaires :

- les jeunes de 16 à 25 ans en difficulté sociale ;
- les étrangers dont ceux en situation irrégulière ;
- les personnes à faibles et très faibles revenus pour lesquelles certains soins restent inabordables ;
- la prise en charge des personnes isolées et rencontrant des difficultés d'accès aux soins.

• Le PRAPS 2^{ème} génération 2004-2006

Les enjeux du PRAPS II consistaient à :

- renforcer la cohérence de la politique régionale de santé ;
- améliorer la qualité du programme ;
- assurer une déclinaison territoriale de proximité.

Il visait deux populations cibles :

- les migrants de la zone Océan Indien en difficulté ;
- les jeunes en difficulté notamment ceux ayant des souffrances psychiques.

Le programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 2012-2016 constitue le premier programme de cette nature mis en œuvre à Mayotte. Le département de Mayotte constitue à lui seul un territoire de santé.

LA PLACE DU PRAPS DANS LA POLITIQUE DE SANTE

3

L'ÉVALUATION DES PRAPS

L'évaluation des PRAPS a mis en évidence les éléments suivants :

• **Atouts / leviers :**

- un programme orienté sur une démarche permettant d'agir sur un ensemble de déterminants de santé en direction des personnes les plus éloignées du système de santé ;
- un programme dont la mise en œuvre appelle au développement de partenariats intersectoriels et interministériels ;
- le développement de nouvelles formes de coopération et de mise en réseau entre les professionnels des champs sanitaires et sociaux ;
- le développement d'une fonction d'observation des besoins prioritaires en fonction des territoires et des populations ;
- une animation régionale du programme ;
- l'intégration des priorités du PRAPS dans le plan régional de santé et autres programmes.

• **Difficultés / Axes de progression :**

- l'absence de ligne financière spécifique dédiée au financement des actions du PRAPS ;
- améliorer la lisibilité des projets développés ;
- améliorer la couverture territoriale des actions financées ;
- poursuivre le développement d'identification des territoires prioritaires d'intervention ;
- renforcer les outils d'observations des phénomènes ;
- renforcer l'appui méthodologique aux porteurs de projets ;
- développer les démarches d'informations-sensibilisations voire de formations sur les liens entre santé et précarité ;
- approfondir les démarches évaluatives du programme ;
- nécessité de pénétrer les niches d'exclusion et d'extrême pauvreté car certaines populations restent peu touchées ;
- développer les collaborations et les coopérations avec les professionnels de santé du secteur libéral ;
- renforcer les liens et les articulations entre le social et la santé ;
- développer des démarches évaluatives adaptées à des objectifs de promotion de la santé.



LE PRAPS

2012-2016

Le PRAPS agit sur un certain nombre de déterminants de la santé pour les individus les plus éloignés du système de santé. Il contribue ainsi, par une action favorable sur le bas de l'échelle sociale, à réduire certaines inégalités de santé.

Toutefois, le PRAPS ne peut résumer à lui seul la réduction des inégalités sociales de santé, qui doit inspirer l'ensemble de la programmation régionale et qui s'appuie essentiellement sur d'autres mesures visant à agir sur l'ensemble des déterminants de santé tout au long du gradient social.

Lutter contre les inégalités de santé s'inscrit dans le long terme et fait appel à des partenaires intersectoriels et interministériels à construire dans la durée.

Le PRAPS La Réunion-Mayotte est conçu comme un programme décrivant des orientations prioritaires en matière d'accès à la santé pour les plus démunis qui seront, au même titre que les schémas, déclinées dans les territoires de proximité.

1

LE PUBLIC CIBLE



— Rappel de quelques concepts

- **La précarité**

Elle se définit par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires 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 le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. Elle a de multiples dimensions : l'irrégularité dans les revenus (y compris dans les revenus sociaux), les situations familiales, les conditions de logement, le niveau d'instruction, l'accès aux services notamment de santé, etc.

- **L'exclusion**

L'exclusion est une réalité dynamique caractérisée par l'absence – pendant une période plus ou moins longue – de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. En fait, l'exclusion pose bien d'autres

problèmes que la seule absence de ressources financières. Le problème essentiel est que l'exclusion est intimement liée à des sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui entraînent une intense souffrance psychique et la difficulté de s'insérer dans un tissu relationnel. L'exclusion sociale, c'est aussi une rupture du lien social.

— Le public cible du PRAPS : les plus démunis

La notion de « démunis » vise personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, logement, emploi, utilisation des services, lien social, etc. Ce sont en effet ces personnes qui, plus que tout autre, présentent des difficultés d'accès aux droits (en pratique : accès à une couverture maladie, mais aussi accès aux droits fondamentaux), renoncent à des soins pour des raisons financières, se voient opposer des refus de soins de la part de certains professionnels, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soin et de prise en charge médico-sociale, et des difficultés d'accès, notamment secondaire, aux soins.

LE PRAPS 2012-2016



Les personnes « fragiles » du fait de leur handicap ou de leur âge ne constituent pas a priori un public « démuné » au sens du PRAPS.

A la Réunion, les personnes en situation de précarité peuvent se définir ainsi :

- personnes en situation d'exclusion sociale ;
- bénéficiaires de minima sociaux en situation d'isolement ;
- mineurs et jeunes adultes sans ressources en situation de rupture sociale ;
- population isolée avec de bas revenus, éloignée des dispositifs de soins et n'ayant pas connaissance des minima sociaux ;
- population urbaine avec de bas revenus et n'ayant pas de connaissance des minima sociaux.

Cette approche met l'accent sur des situations génératrices de précarité plus que sur des publics particuliers. Elle est fondée sur les facteurs de précarité liés aux ressources, à l'isolement social ou à la distance de l'offre de soins.

Les personnes en situation de précarité seront définies dans ce document comme « publics précaires » dans la mesure où sont visées les personnes situées principalement au bas de l'échelle sociale : les jeunes adultes et adultes en insertion sociale ou situation professionnelle particulière, les jeunes en difficulté et particulièrement les jeunes sortis du système scolaire, les personnes isolées, les jeunes en errance, les SDF, les migrants, les personnes sous main de justice, les détenus et anciens détenus en démarche de réinsertion, les personnes se prostituant, les personnes en centres d'hébergement et de réinsertion...

Les personnes les plus démunies sont les plus difficiles à détecter dès lors qu'elles ne rentrent pas dans un dispositif ou qu'elles n'accèdent pas à leurs droits. Il est par conséquent difficile de les dénombrer précisément.

Il est possible de les estimer partiellement à La Réunion au travers des bénéficiaires des minima sociaux (CMU et CMU-C, AME, ACS). Ceci est plus délicat à Mayotte où la CMU n'est pas encore en place et la part des sans papier est loin d'être négligeable.

Pour Mayotte, compte tenu des caractéristiques socio-économiques de l'île, un grand nombre de personnes relèverait du public cible du PRAPS. Il s'est agi d'affiner cette approche en croisant des critères de précarité environnementale, économique, sociale et sanitaire.

Sont ainsi identifiées :

- les personnes vivant dans des zones non aménagées au regard des règles de construction et d'urbanisme et insalubres, notamment en périphérie des villages et des communes à flanc de montagne,
- les populations bénéficiaires des minima sociaux en vigueur à Mayotte et celles ne disposant d'aucune couverture sociale ou d'une couverture incomplète,
- les mères isolées avec leurs enfants dont le niveau de ressources limite l'accès aux soins,
- les personnes souffrant de maladies chroniques et qui ne bénéficient pas d'une continuité de la prise en charge thérapeutique.

LE PRAPS

2012-2016

2

LES FINALITÉS DU PRAPS

Le PRAPS La Réunion-Mayotte doit permettre aux personnes les plus démunies d'accéder au système de santé (soins et prévention) et médico-social de droit commun par des mesures spécifiques qui devront conduire à :

- favoriser l'ouverture des droits ;
- adapter l'offre de soins afin d'inscrire les personnes dans la meilleure trajectoire de soins possible ;
- travailler les problématiques d'admission au sein des services et établissements sociaux et médicosociaux.

Les actions déclinées dans le cadre du PRAPS devront poursuivre les objectifs suivants :

- garantir un accès effectif aux droits, à la prévention et aux soins ;
- poursuivre le développement de projets de promotion de la santé visant à contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Le PRAPS est un outil de programmation de lutte contre les inégalités sociales de santé prenant en compte trois principes dans sa mise en œuvre :

- le principe de prise en compte des populations spécifiques ;
- le principe de territorialisation et de proximité ;
- le principe du partenariat intersectoriel et interministériel.

Le PRAPS est un outil de programmation visant à renforcer le rapprochement des secteurs de la promotion de la santé et de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social.

S'attachant au parcours global de santé des personnes démunies, le PRAPS s'affiche comme un outil de programmation spécifique déclinant les priorités des trois schémas du Projet de Santé : schéma de prévention, schéma de l'organisation des soins, schéma de l'organisation médico-sociale.

Cela implique dans la déclinaison du PRAPS :

- d'identifier les zones de convergence ;
- de prendre en compte de façon transversale la problématique de précarité à travers l'ensemble des schémas et programmes ;
- de favoriser le travail intersectoriel.



3

LES FREINS À L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

Les difficultés d'accès à la prévention et aux soins sont multifactorielles et peuvent s'expliquer à travers les éléments suivants :

- des problèmes de santé à caractère héréditaire ou liés au contexte familial ;
- une moindre perméabilité aux messages de prévention et une plus grande difficulté à appliquer ces messages ;
- des conditions de vie plus difficiles ;
- un accès aux soins complexe pour les plus précaires, plus tardif et plus limité pour les personnes en difficultés financières ;
- des obstacles financiers (avance de frais, absence de complémentaire santé) ;
- des obstacles administratifs pour l'ouverture de droits, complexités administratives, problématique de domiciliation... ;
- des déterminants culturels (croyances, barrière de la langue...)
- des cas de refus de soins par certains professionnels ;
- des attitudes et comportements individuels : déni, refus d'entrer dans une démarche de soins ;

- des difficultés de déplacement, difficultés de communication... ;
- un recours tardif aux soins, recours d'urgence ;
- un recours peu effectif aux démarches préventives (dépistages...) ;
- une méconnaissance sur les démarches et lieux ressources ;
- etc.

Le nombre de difficultés rencontrées au cours de toutes les étapes de la vie marquent et mettent les personnes dans des situations où il est difficile d'agir, d'être en position d'acteur de sa santé. Les répercussions sont très importantes, notamment sur le plan psychologique :

- manque d'estime de soi ;
- angoisse et troubles psychosomatiques ;
- incapacité à faire face et à se projeter.



LE DIAGNOSTIC

1

LES DONNÉES DE CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIAL



— 1.1. Cadrage démographique

Ce qui caractérise La Réunion et Mayotte, c'est la part élevée de la jeunesse dans la population et une évolution démographique poussée, mais également une part de personnes démunies plus importante comparativement à la métropole.

1.1.1. Généralités à La Réunion et à Mayotte

Avec 840 000 habitants début 2011, La Réunion est le département d'outre-mer le plus peuplé.

Quant à Mayotte, 101^{ème} département français en 2011, sa population était de 190 000 habitants environ en 2007. Elle augmente très rapidement, elle double quasiment tous les 17 ans. Cela s'explique par une pression migratoire importante, couplée à une forte natalité. On estime à plus de 80 000 le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire vivant dans des conditions de précarité extrêmes. Ce chiffre est à prendre avec beaucoup de précaution.

Ces deux départements ont une densité élevée, près de 500 habitants par km² pour Mayotte et environ 320 habitants par km² à La Réunion.

1.1.2. Les populations jeunes et vieillissantes

A La Réunion, environ 4 personnes sur 10 a moins de 25 ans. Les Réunionnais âgés d'au moins 65 ans sont 62 000 aujourd'hui. Ils sont trois fois plus nombreux qu'au début des années 80. La population réunionnaise vieillit et en un quart de siècle, la croissance des plus âgés s'est accélérée. On estime qu'en 2040, l'île comptera 219 000 seniors. A Mayotte c'est 6 personnes sur 10 qui a moins de 25 ans en 2007. Phénomène en accroissement, ce sont les jeunes sans famille ou en errance. Selon l'Observatoire des mineurs isolés [8], ils seraient environ 3 000 à Mayotte _ vraisemblablement sous-estimé _ dont près de 600 n'ont pas de parentèle ou de famille pour les aider.

La part des personnes âgées de 60 ans ou plus est faible, elle est de 3,7 %, ce qui

correspond à 6 900 personnes environ et nous sommes loin de connaître la situation de La Réunion.

— 1.2. Déterminants sociaux de l'état de santé des populations

1.2.1. A La Réunion

La Réunion compte au 1er janvier 2008 plus de 277 000 ménages dont 20% sont des familles monoparentales.

Les hommes seuls ou les femmes seules représentent 22% des ménages.

Chez les seniors, les plus de 50 ans, 17% vivent seul en 2007 soit environ 30 000 personnes, contre 11% en 1982 [9].

Un réunionnais sur deux a un niveau de vie inférieur à 920 euros par mois [3]. 10% vivent avec moins 480 euros par mois. La part consacrée aux dépenses de santé et enseignement dans le budget des ménages a diminué passant de 3,6% en 1995 à 1,7% en 2006.

Par ailleurs, le nombre de dossiers instruits pour surendettement se stabilise. En 2010, selon l'IEDOM [4], 1 147 dossiers ont été déposés. Cette stabilité contraste avec la forte hausse du nombre de dossiers déposés en 2009 : + 51,9 % en un an.

La structure sociale de la population réunionnaise évolue vers une société de service. Mais il convient de noter qu'une personne sur trois est sans activité professionnelle (soit chômeur n'ayant jamais travaillé soit inactif divers (autre que retraité)). Les femmes, et en premier lieu les plus âgées, se portent davantage sur le marché du travail, ce qui augmente l'écart de taux de chômage avec les hommes. De plus, à niveau de diplôme égal, les femmes trouvent moins facilement du travail. D'après la DIECCTE [6], le nombre des demandeurs d'emploi continue d'augmenter mais décélère. Le ralentissement est dû à la légère reprise dans le BTP mais surtout par les contrats aidés. Après une forte progression, le nombre d'emplois aidés à La Réunion se stabilise, cela concerne environ 28 000 CUI-CAE. Cependant la part des demandeurs d'emplois de très longue durée a augmenté depuis le début de la crise en 2008, ils représentent près de 40 000

LE DIAGNOSTIC

personnes. En outre, l'emploi se précarise, les offres d'emploi non durables représentent 2/3 des offres collectées.

En 2008 selon l'ORS [2], à la Réunion environ 255 000 personnes de 15 ans ou plus ne possèdent aucun diplôme. Élément d'information à mettre en parallèle par rapport à l'accès aux droits, selon l'Agence Nationale de Lutte contre l'illettrisme [19], en 2009, 15% des jeunes de 18 ans sont illettrés, soit 3 fois plus qu'en métropole.

1.2.2. A Mayotte

Le dernier recensement de la population réalisé par l'INSEE en 2007 décompte 187 000 habitants. Dans l'attente des résultats du recensement 2012, une étude récente de la direction de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF) de Mayotte estime que le nombre de personnes vivant sur le territoire est beaucoup plus élevé.

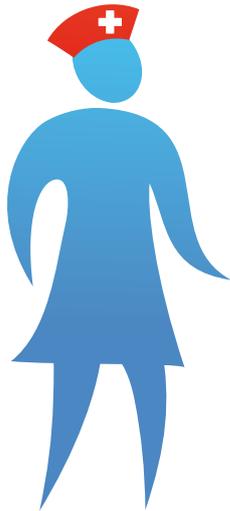
Le champ d'intervention du PRAPS 2012-2016 se trouve élargi du fait de caractéristiques démographiques et socio-économiques très défavorables :

- le taux de chômage en 2007 est de 26,4 % ;
- le revenu mensuel moyen d'un résident mahorais est inférieur à 100 € (à La Réunion, un résident sur 2 dispose d'un revenu mensuel moyen inférieur à 920 € et 10 % vivent avec moins de 480 € par mois) ;
- selon une étude réalisée par le service Etudes et statistiques de l'Agence de santé Océan Indien en décembre 2011,

entre 30 et 40 % d'individus pouvant être affiliés au régime de l'assurance-maladie ne le sont pas et 63 % des femmes accouchant à Mayotte ne sont pas affiliées à l'assurance-maladie-maternité ;

- sur les 46 000 ménages en 2007, 15% sont des familles monoparentales. Très souvent la personne de référence est une femme. La tendance est à l'augmentation de la part des familles monoparentales. Les personnes seules représentent 13% des ménages ;
- la question de la santé des élèves est posée de manière aigüe du fait d'un effectif de 85 000 jeunes scolarisés dans le primaire et dans le secondaire à la rentrée scolaire 2011-2012. Le retard scolaire touche particulièrement la population mahoraise bien que cela s'améliore d'année en année [10]. La barrière de la langue est bien présente. En effet, lors de la journée d'appel à la défense en 2009 [19], un jeune de 18 ans sur deux est illettré soit plus de 10 fois plus qu'en métropole ;
- l'estimation de présence de 80 000 personnes vivant en situation irrégulière dans des conditions de précarité extrême est jugée réaliste par un grand nombre d'acteurs et d'institutions de la santé et de l'action sociale ;
- selon l'étude sur les mineurs isolés remis par le cabinet ISM en janvier 2012, sur un effectif de 2 922 identifiés par l'aide sociale à l'enfance, 555 vivent sans adulte.





Les principales aides sociales sont mises en place à La Réunion, ce qui n'est pas le cas à Mayotte où elles seront appliquées selon un processus de rattrapage étalé sur 20 ans.

— 2.1. Les minima sociaux

La crise économique et financière de 2008 a provoqué l'augmentation du nombre de bénéficiaires de minima sociaux. Le nombre de bénéficiaires et de leurs ayants-droits atteint 270 645¹ en 2010.

En 2008, 45 % des Réunionnais âgés de 65 ans ou plus sont allocataires du minimum vieillesse. Avec 633 euros par mois pour une personne seule, les seniors vivent en dessous du seuil de pauvreté national et juste au dessus du seuil de pauvreté local. C'est parmi les plus de 75 ans, qui sont essentiellement des femmes, que le risque de pauvreté est le plus important.

Au 31 décembre 2008, notre région recense près de 49 000 allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) depuis plus de 2 ans (RMI de longue durée), soit environ 73% des allocataires du RMI.

A Mayotte, le montant des prestations de minima sociaux servies dans l'île à compter de 2012 (deux sur les huit mises en place en métropole) correspond au quart du montant appliqué dans le régime métropolitain de droit commun.

— 2.2. CMU-C et ACS

Aggravation de la situation économique oblige, le nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, CMU de base a augmenté à la Réunion passant de

114 896 en 2010 à 145 508 en 2011 (soit +26%).

Le nombre de bénéficiaires de la CMU Complémentaire recule passant de 282 189 à 279 716.

Dans sa globalité, l'Est et les cirques sont très touchés par une forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire à faibles revenus.

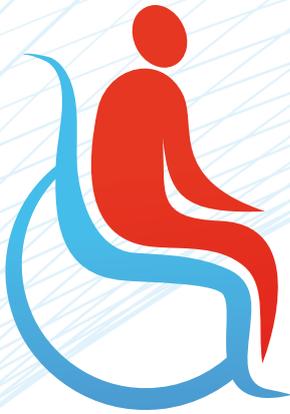
Nous n'avons pour le moment pas d'information concernant le nombre de bénéficiaires de l'Aide Complémentaire Santé à La Réunion. Au niveau national, selon une étude de l'IRDES [16], l'ACS fait l'objet d'un taux élevé de non recours (proche de 75 %) en grande partie lié au fait que les personnes éligibles ignorent l'existence de cette aide.

A Mayotte, malgré la gratuité des soins hospitaliers et le dispositif des « bons », l'accès aux soins demeure difficile pour les nationaux, les personnes d'origine étrangère en situation régulière et les étrangers en situation irrégulière faute de pouvoir recourir à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), aux aides à l'accès à une complémentaire santé et à l'aide médicale Etat (AME).

L'absence de CMU-C et d'AME entrave le développement du secteur libéral et limite les moyens de fonctionnement d'offres de soins tels que la PMI.

Or, l'insuffisante offre de soins de proximité accentue les difficultés d'accès à la prévention et aux soins.

¹Personnes couvertes par la CAF (RMI, RSO, API, AAH).



L'objet n'est pas de présenter un état de santé de la population à La Réunion et à Mayotte, mais de communiquer des repères de santé qui seraient susceptibles d'impacter une population démunie au sens du PRAPS.

— 3.1. Généralités sur les personnes « démunies »

En 2008, selon l'IRDES [15], 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %).

Les bénéficiaires de la CMU-C, plus jeunes et plus souvent des femmes, se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population selon les résultats des Enquêtes santé et protection sociale 2006 et 2008 [7]. À âge et sexe équivalents, ils mentionnent plus de pathologies que le reste de la population, jusqu'à deux fois plus pour certaines affections comme la dépression et le diabète. L'exposition aux facteurs de risque comme le tabac et l'obésité est également plus élevée au sein de cette population, 1,6 fois supérieure au reste de la population pour le tabac et 1,7 fois pour l'obésité.

Une étude anthropologique de l'IRDES [16], a le mérite de montrer que le renoncement n'est pas uniquement financier. Il est multiple. La raison peut être financière ou une méconnaissance des droits partagés par les usagers et les professionnels de santé. Le renoncement peut être dû à la complexité du système de remboursement ou être lié à l'organisation et à la répartition de l'offre de soins. Des individus renoncent car c'est trop éloigné de leur domicile. Le renoncement peut être un acte d'autonomie vis-à-vis de la médecine expliqué par une perte confiance. Enfin cela peut être un refus de se soigner. Ce type de renoncement se rencontre chez les personnes en précarité ou dans les cas de souffrance psychique intense.

Une thèse de doctorat en géographie de la

santé [13], révèle qu'il peut avoir un hiatus entre la sphère officielle de soins, dominante, et la population créole pauvre dans la manière dont se déroule le recours aux soins. Ceci peut aboutir à des sentiments de frustration ou d'insatisfaction réciproques : pour l'un de ne pouvoir « faire son travail » et pour l'autre de ne pas parvenir à s'exprimer, contrôler son parcours thérapeutique et finalement guérir.

Les personnes qui renoncent plus facilement aux soins pour des raisons financières sont celles qui sont au-dessus des seuils (CMU-C et Aide complémentaire santé (ACS)) et n'ont pas souscrit une complémentaire santé.

Les individus bénéficiant de la CMU-C sont majoritairement épargnés par ce type de renoncement.

Tout comme il existe un halo du chômage, il existe un halo de la précarité qui vise l'ensemble des individus bénéficiant de la CMU-C, ou n'en bénéficiant pas par méconnaissance de leurs droits, et ceux qui sont juste au-dessus des seuils de la CMU-C.

— 3.2. Les repères de l'état de santé à La Réunion

Les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé ville à La Réunion mettent en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique. Les problèmes d'accès aux soins sont particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes en situation précaire.

• **Le diabète et l'abus d'alcool, principales causes de surmortalité**

À La Réunion, la plus grande surmortalité est celle due au diabète sucré pour les femmes (4 fois plus), et des conséquences de l'abus d'alcool pour les hommes (3 fois plus). Le nombre de décès prématurés, c'est-à-dire avant 65 ans, est deux fois plus important qu'en métropole.

• **Les conduites à risques**

Même si on constate une amélioration concernant les pathologies liées à l'alcool, son impact est encore considérable à La Réunion. Il est à l'origine de nombreux

LE DIAGNOSTIC



passages à l'acte (suicides, violences...). Les troubles mentaux en sont également une conséquence non négligeable, ainsi que les accidents de la route...

Les conduites à risque ne concernent pas seulement l'alcool. La polytoxicomanie alcool-médicaments, alcool-cannabis et plus récemment l'apparition d'ecstasy et de cocaïne dans des milieux jeunes fait craindre une explosion des phénomènes de dépendance et de leurs conséquences.

Au sujet des MST, la syphilis est en recrudescence à la Réunion². Cette pathologie concerne en premier lieu des populations spécifiques : des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, des sujets infectés par le VIH, mais aussi des personnes marginalisées, ou des sujets incarcérés.

La tendance globale de la mortalité par suicide est à la baisse mais on observe des tendances à la hausse récentes dans certains groupes de population (les hommes, les 55-64 ans). Effet de la crise, les personnes de plus de 50 ans ayant perdu leur emploi pourraient être plus enclin à développer des tendances dépressives.

Le recours à l'IVG est plus important également à La Réunion, on dénombre près de 20 IVG pour 1000 femmes mineures en 2009 [18] soit près du double du nombre observé en métropole. Les femmes au foyer ou sans emploi recourent plus à l'IVG que celles en activité, ceci est peut-être dû à une méconnaissance des moyens de contraception.

• **Un risque de dépendance plus précoce**

L'enquête Handicap, Incapacités, Dépendance (HID) de l'INSEE en 2004 a permis d'observer que dès 50/59 ans, les niveaux de dépendance à la Réunion seraient équivalents à ceux observés à 70/79 ans en Métropole.

• **Des risques de santé accrus, liés à l'alimentation**

La prévalence de l'obésité concerne plus particulièrement les femmes, elle est près de 2 fois plus élevée qu'en métropole. Elle augmente avec l'âge. Les conduites alimentaires évoluent vers une surconsommation glucido-lipidique avec des effets sur l'obésité et des soucis dentaires des jeunes.

• **Des disparités spatiales en santé**

On note dans les écarts, les zones les plus éloignées des bassins d'activité, une surmortalité masculine associée à l'alcoolisme et à une mauvaise hygiène de vie. Ce qui est particulièrement le cas à Cilaos et à Salazie.

²BVS N° 6/2010 ARS INVS

— 3.3. Les repères de santé à Mayotte

• **Les maladies de l'appareil respiratoire et le diabète, principales causes de surmortalité**

L'analyse des taux comparatifs indique une surmortalité importante par rapport à la métropole, en ce qui concerne les maladies infectieuses (2 fois plus pour les hommes, 4 fois plus pour les femmes), le diabète (3 et 7 fois plus), les maladies de l'appareil circulatoire (2 et 3 fois plus), les complications de la grossesse et accouchements (1,5 fois plus pour les femmes).

Il convient de noter la forte proportion d'accouchées en situation précaires (63 % des femmes accouchant à Mayotte ne sont pas affiliées à la Sécurité Sociale).

• **Les conduites à risques**

Le nombre de mineurs victimes de violences ou d'agressions physiques et/ou psychologiques ne cesse de croître : leur nombre aurait doublé entre 2008 et 2009. Cela risque d'évoluer à la hausse dans les prochaines années et concerner de plus en plus de mineurs.

Concernant les IST, la situation à Mayotte est préoccupante du point de vue de la prévention. Selon le rapport d'activité 2009 du CDAG, il ressort que seuls 20,8 % des patients suivis utilisent systématiquement le préservatif, 42,9 % déclarent ne jamais l'utiliser, avec une différence significative entre les hommes (37,1 %) et les femmes (51,8 %). Nous manquons d'informations pour mesurer les prévalences des IST et en particulier le SIDA.

Bien que la consommation d'alcool à Mayotte soit nettement moindre qu'à La Réunion, des inquiétudes existent pour les jeunes : ceux-ci font un mélange d'alcool, de « bangué » (cannabis local) et de médi-

LE DIAGNOSTIC

caments psychotropes détournés de leur usage. Le service de consultation « addictions » du Centre Hospitalier de Mamoudzou et les services de médecine de prévention font état d'une recrudescence, notamment, de la consommation d'alcool.

Près de 13 % des IVG ont concerné une jeune fille mineure à Mayotte soit deux fois plus qu'en métropole (6 %). On constate une augmentation importante des IVG en particulier auprès des mineures.

• **L'importance de la demande de soins de la mère et de l'enfant :**

L'enquête périnatale conduite par l'ARS en 2010 a mis en évidence une fécondité importante avec des grossesses survenant plus tôt et réparties sur une longue période, un retard important en matière de surveillance prénatale, des conditions d'accouchement plus difficiles et nouveau-nés plus souvent prématurés et de petit poids.

Un bilan de la santé d'enfants scolarisés de l'enseignement primaire de Kawéni-village, réalisé par le service de santé scolaire du Vice-Rectorat sur la période janvier-février 2012, donne des informations supplémentaires :

- insuffisance pondérale : elle touche 54 % des 82 enfants vus en consultation,
- retard de vaccination : il concerne 25 % des 38 enfants consultés,
- absence de soins bucco-dentaires : 26 % des 39 enfants vus en visite sont concernés,
- dermatose : pathologie diagnostiquée chez 12 % des 18 élèves consultés.

La couverture vaccinale se détériore. L'étude de la CIRE, réalisée en 2010 avait mis en évidence que le taux de couverture vaccinale pour les 1-59 mois était globalement satisfaisant et moindre pour les rappels effectués dans les dispensaires et le secteur privé. Les campagnes de rattrapage vaccinal organisées par le Centre Hospitalier de Mayotte en 2011 pour les plus de 6 ans et en 2012 pour les enfants nés entre février et décembre 2011 démontrent une insuffisante couverture.

• **Les risques liés à l'environnement**

Les risques infectieux sont latents (maladies vectorielles, leptospirose, maladies entériques et parasitoses intestinales) car

favorisés par les conditions climatiques mais aussi par le retard d'équipement en infrastructures, notamment en matière de traitement des eaux (potabilisation des eaux de consommation, collecte et épuration des eaux résiduaires) et par la proportion importante d'habitat insalubre.

> **Des habitats très dégradés**

En Novembre 2011, le service Santé Environnement de la délégation Mayotte de l'ARS-OI a recensé 41 zones de bidonvilles sur l'ensemble du territoire. Aucune étude de typologie sociale ne permet encore de cerner de manière exhaustive les caractéristiques des occupants de ces bidonvilles. Des opérateurs intervenant dans le champ de l'habitat ont cependant pu mettre en évidence que 60 % des assiettes foncières des cases en tôle construites dans ces bidonvilles très généralement occupées par des personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière, des épouses répudiées de conjoints mahorais, des femmes seules, des mères célibataires d'enfants nés à Mayotte, sont la propriété de résidents locaux se prévalant de titres de propriété obtenus par la coutume.

L'habitat précaire se développe à la périphérie des noyaux urbains, dans les zones inconstructibles et les zones de risques. Les conditions d'habitat sont insupportables et elles le sont d'autant plus pour les plus fragiles ou les derniers arrivants, ceux qui s'installent sur les hauts et dans les zones les plus exposées (et les moins équipées). Aucune sécurité n'est assurée à aucun point de vue dans ces zones.

Les procédures relatives à l'élaboration des schémas directeurs d'assainissement des eaux usées et des schémas de collecte et d'élimination des déchets ménagers et des déchets à risque infectieux ont été engagées depuis quelques années. Les zones d'habitat insalubre restent néanmoins non équipées et la question de la protection contre différents risques de santé publique (maladies infectieuses, épidémies, maladies respiratoires, pathologies rares,...) reste entière.

> **Un assainissement très insuffisamment développé**

Un zonage d'assainissement finalisé en 2009 accorde une part importante à l'assainissement collectif et les propositions



LE DIAGNOSTIC



avancées s'orientent vers 11 stations de forte capacité pour traiter la quasi-totalité des eaux usées du département. A ce jour, seule la station d'épuration traitant les effluents issus de la commune de Mamoudzou, est en fonctionnement sans bénéficier de l'ensemble des raccordements d'abonnés potentiels. Pour le reste du territoire, les stations existantes sont des petites unités ne garantissant pas uniformément de niveaux de traitement satisfaisants pour atteindre les objectifs du SDAGE. Des priorités d'actions devront être affichées aux instances européennes dès 2014, tenant compte du fait que les orientations du zonage et du futur schéma directeur ne pourront être menées dans leur ensemble avant 10 ou 20 ans.

Les dispositifs d'assainissement non collectif mis en œuvre sont encore très majoritairement composés de latrines sèches, d'une « fosse traditionnelle » (combinaison dans le même volume d'une fosse septique et d'une fosse d'accumulation) ou d'une fosse septique toutes eaux couplée avec un puisard. Ces dispositifs considérés comme obsolètes doivent être progressivement remplacés par des filières plus modernes et adaptées aux conditions locales (densité urbaine forte, parcelles de faibles superficies). Il est nécessaire également de citer la problématique des zones insalubres qui ne disposent pas de raccordement au réseau collectif, où les dispositifs d'assainissement non collectif conforme sont rares et pour lesquelles il est souvent constaté le déversement direct des eaux usées dans le milieu superficiel (rivières, ravines, tranchées ou conduite d'évacuation des eaux pluviales, etc..).

> Un accès à l'eau potable très inégalitaire

A l'occasion du recensement 2007 de population, l'institut national pour la statistique et les études économiques (INSEE) a pu chiffrer à 25 % la part de population vivant à Mayotte n'ayant pas accès à l'eau potable contre 19% en Guyane et 5% dans les autres DOM. Au 31 décembre 2010, sur 50 000 résidences principales estimées l'exploitant de la distribution de l'eau SOGEA comptabilisait 33 538 abonnés. D'autre part, seuls 37 % des foyers ayant accès à l'eau potable disposent d'une prise d'eau dans l'habitation.

Les procédures d'ouverture de compteur, et leur prix trop élevé pour les ménages concernés, fait que ces derniers préfèrent se raccorder à un compteur existant. Il s'en suit un partage de facture entre plusieurs foyers et un réseau après compteur très fragilisé par un long linéaire et des raccords aériens, fait sans recours à des plombiers qualifiés.

Selon une première étude sur le pouvoir d'achat des mahorais, près de 50 % de la population paierait une facture d'eau s'élevant à plus de 10 % de son budget, ce qui est très supérieur aux chiffres nationaux et rend nécessaire une politique d'aide au paiement de la facture d'eau. Or, la loi du 11 février 2011 relative à la solidarité dans les domaines de l'alimentation en eau et de l'assainissement prévoit que les services publics d'eau et d'assainissement pourront attribuer une subvention au fonds de solidarité pour le logement afin de contribuer au financement des aides relatives au paiement des fournitures d'eau. Cependant, l'ordonnance pour la création à Mayotte du fonds de solidarité pour le logement prévu par la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement n'a pas encore été prise.

• *Situation nutritionnelle spécifique*

L'ensemble des acteurs intervenant sur le terrain de la santé est quotidiennement confronté aux effets de la malnutrition et de la dénutrition sur la santé des nourrissons, des jeunes et des adultes. Il est à rappeler l'épidémie de béri-béri survenue en 2004 et l'apparition d'une maladie rare en 2008, le marasme.

Et les études disponibles reflètent parfaitement ces constats de terrain :

- L'étude sur l'alimentation, l'état nutritionnel et l'état de santé dans l'île de Mayotte (étude NutriMay, 2006) montre que l'alimentation à Mayotte est peu diversifiée, que le niveau d'activité est faible chez les femmes, et que la prévalence de l'obésité (IMC 30,0) est élevée (femmes : 32 %, hommes : 8 %). L'étude met également en avant des situations de dénutrition : 7 % des enfants sont maigres (poids pour taille) et 6 % ont un retard de croissance staturale (taille pour âge),

LE DIAGNOSTIC

- Une étude réalisée par la Cire Réunion-Mayotte visait à déterminer la prévalence du diabète et des autres facteurs de risque cardio-vasculaires sur l'île de Mayotte (Etude Maydia 2008). Elle a montré que 35 % des hommes et 32 % des femmes étaient en surpoids, et que 17 % des hommes et surtout 47 % des femmes étaient obèses. La prévalence du diabète de 10,5 % entre 30 et 69 ans, confirmant ainsi la menace que fait peser cette maladie sur la santé publique à Mayotte.
- Une étude plus récente, déjà citée plus haut, réalisée par le service de Médecine scolaire du Vice-Rectorat sur 331 élèves du CP (du 16 janvier au 17 février 2012) a montré que 85 d'entre eux, soit 26% était en situation de sous-nutrition, dont la quasi-totalité provenait de Kawéni village.

L'alimentation, dont les aspects qualitatifs et quantitatifs relèvent en grande partie du pouvoir d'achat des ménages, revêt donc une importance toute particulière à Mayotte.

SOURCES UTILISEES :

- [1] Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins – guide méthodologique mars 2011 – CNP du 21 mars 2011
- [2] Tableau de bord la précarité à La Réunion – mars 2010 – Observatoire Régional de la Santé
- [3] Tableau Economique de La Réunion – édition 2011 – Insee
- [4] La lettre de l'Institut d'émission – n°227 – avril 2011 – IEDOM
- [5] Enquête Emploi DOM 2011 (situation T2) – Insee
- [6] La situation économique à La Réunion – Comité d'administration du 08 mars 2012 – DIECCTE
- [7] Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population
- Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008 – Questions d'économie de la santé n°173 février 2012 – IRDES
- [8] Flash Infos Mayotte – jeudi 8 mars 2012
- [9] Personnes âgées – démographie et conditions de vie – Economie de la Réunion n°137 – Insee
- [10] Tableau Economique de Mayotte – Edition 2010 – Insee
- [11] Territoires de Santé – Dossiers statistiques – ARS OI
- [12] Plan stratégique de santé de La Réunion et de Mayotte – approuvé par le Conseil de Surveillance du 21 avril 2011
- [13] La Réunion, Koman i lé ? Les constructions socio-territoriales de santé à l'île de la Réunion – Zoé Vaillant – Thèse Université Paris X Nanterre U.F.R. Sciences sociales et administratives
- [14] Actualité et dossier en santé publique n°73 décembre 2010 – dossier Les inégalités sociales de santé – La documentation française
- [15] Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique – Questions d'économie de la santé n°170 novembre 2011 - IRDES
- [16] Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique – Questions d'économie de la santé n°169 octobre 2011 - IRDES
- [17] Les personnes âgées à La Réunion : anticiper les risques et les besoins – Assemblée plénière du 28 juin 2011 – Conseil Economique Social et Environnemental Régional – Conseil Régional de La Réunion
- [18] Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 – 2009 – n°765 juin 2011 - Drees Etudes et Résultats– Conseil Régional de La Réunion
- [19] Les résultats départementaux de la JAPD entre 2004 et 2009 – Agence Nationale de Lutte Contre l'Illettrisme.



LE SUIVI ET L'ÉVALUATION



Le PRAPS est particulièrement porteur d'enjeux de transversalité au sein de l'ARS-OI et avec les partenaires. Pour les publics dits « précaires », l'accès à la prévention et aux soins repose en grande partie sur des dispositions visant à accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins, et à ce titre, la déclinaison et la mise en œuvre du PRAPS devra s'appuyer sur des partenariats interministériels et intersectoriels étroits.

— Le pilotage du PRAPS

Le PRAPS sera piloté par l'Agence Régionale de Santé Océan Indien en charge :

- d'assurer la déclinaison du programme dans le respect des objectifs énoncés ;
- d'assurer l'interface et l'articulation du PRAPS avec les autres programmes de santé (dont des programmes interministériels) ;
- d'accompagner sur les territoires et localement la mise en œuvre du PRAPS ;
- de mobiliser et fédérer les compétences et les moyens financiers ;
- d'accompagner la déclinaison du système de veille et d'observation dans le champ de la santé-précarité ;
- d'assurer un suivi régulier de la déclinaison du PRAPS ;
- de l'évaluation du programme.

A La Réunion, le pilotage et le suivi du PRAPS s'appuiera sur un comité de pilotage régional associant différents partenaires :

- les services de l'ARS-OI ;
- les services de l'Etat (DJSCS, Rectorat, DTPJJ, DAAF, DEAL...) ;
- les organismes de sécurité sociale (CGSS, RSI) ;
- le Conseil général.

Seront associés au suivi du PRAPS :

- l'Observatoire Régional de la Santé ;
- les collectivités engagées dans des démarches territoriales de santé ;
- les représentants des PASS ;
- les réseaux, acteurs et opérateurs de terrain.

Les commissions de coordination des politiques publiques (prévention et médico-sociale) participeront également au pilotage et au suivi du PRAPS.

A Mayotte, le comité de pilotage est la commission de coordination des politiques publiques de santé. Un comité technique a été créé : il est constitué des membres de la plateforme de l'IREPS. Ces deux instances ont été associées à l'élaboration du volet mahorais du présent programme.

— La mise en œuvre du PRAPS

Le PRAPS représente une programmation essentielle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé dans le cadre du PRS. Sa déclinaison doit s'appuyer sur les compétences existantes au sein des territoires dans une logique de proximité et d'intersectorialité reposant sur des acteurs locaux.

L'approche territoriale est fondée sur l'articulation entre une logique descendante, issue des mécanismes de planification et de programmation des plans nationaux et régionaux, et une logique ascendante, basée sur les dynamiques de santé inscrites sur les territoires, portés par des élus et acteurs locaux, en contact direct avec les populations.

La démarche de territorialisation du PRAPS est un enjeu fort permettant :

- une meilleure prise en compte et action auprès des populations précaires ;
- de développer des démarches de santé communautaire ;
- d'articuler le PRAPS avec des dispositifs locaux (ex : politique de la ville, CLS,...) ;
- de soutenir des dispositifs de coordination ;

LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

- de mobiliser et mettre en réseau des acteurs et des institutions, et de mettre en œuvre des coopérations (ex : ville-hôpital) ;
- de développer un système de veille et d'observation en santé sur les territoires.

— L'évaluation du PRAPS

Le PRAPS fera l'objet d'une évaluation annuelle et pluriannuelle au regard des critères suivants :

- l'analyse du processus du programme dans ses différentes composantes (modalités de pilotage, partenariats mobilisés, pertinence des objectifs et des priorités retenues, articulation/cohérence du

PRAPS avec d'autres programmes, etc.) ;

- l'évaluation des projets développés (sur les territoires, par thématiques/priorités, par publics cibles, par la prise en compte des ISS dans la construction et les méthodologies de projets développées, etc.) ;
- le repérage des bonnes pratiques et des démarches développées dans les actions et l'étude de leurs conditions de généralisation ;
- la réactualisation des priorités et l'analyse des nouveaux besoins de santé.



LES LEVIERS FINANCIERS

Le financement du PRAPS ne fait pas l'objet de fonds et/ou de budget opérationnel dédié mais s'inscrit à travers différentes sources de financement dont la mise en œuvre incombe à l'ARS-OI.

En fonction de la nature et des objectifs ciblés par les actions, différents fonds peuvent être mobilisés :

- le Fonds d'Intervention Régional (FIR) au titre de
 - la « prévention-santé publique », via des contrats d'objectifs et de moyens, des appels à projets spécifiques, des appels d'offre,... ;
 - la modernisation et la qualité des soins ;
 - la permanence des soins.
- les crédits relevant du médico-social, dans le cadre du financement des structures qui assurent l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active, l'aide à l'insertion, ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical (ex : CAARUD, CSAPA) ;

Par ailleurs, la cohérence et la déclinaison opérationnelle du PRAPS avec d'autres dispositifs pourrait notamment se manifester par un partenariat financier avec d'autres acteurs concernés (ex : Assurance Maladie, DJSCS, collectivités territoriales, politique de la ville...).



PROGRAMME D'ACTION COMMUN A LA REUNION ET A MAYOTTE



AXE STRATÉGIQUE COMMUN : L'OBSERVATION EN MATIÈRE DE SANTÉ-PRÉCARITÉ

FICHE PROGRAMME : AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ, DES BESOINS ET DES PRATIQUES DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

AXE STRATEGIQUE	L'OBSERVATION EN MATIÈRE DE SANTÉ-PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PSS : Bien connaître pour mieux agir SP : Améliorer les connaissances pour mieux agir – Développer un dispositif d'observation pluridisciplinaire.
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Une observation sur les territoires à renforcer. • Une connaissance de l'état de santé de certaines populations spécifiques à développer. • Une connaissance des dispositifs et projets développés en région à renforcer.
Public visé	Publics précaires Populations spécifiques (personnes en situation de prostitution, jeunes sous main de justice, personnes détenues, migrants...)
Objectifs opérationnels	<p>Actualiser les données santé-précarité et développer des tableaux de bord précarité sur les territoires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des outils dynamiques d'observation territoriale de santé • Développer la fonction d'observation au niveau local à travers les contrats locaux de santé • Améliorer la connaissance des comportements et besoins de santé des populations précaires afin de lutter contre les inégalités sociales de santé • Disposer d'une étude régionale sur le renoncement aux soins des personnes en raison de leur couverture sociale ou revenus • Disposer d'informations régionales sur le niveau de consommation de soins des bénéficiaires de la CMU, CMU-C, ACS, chèque santé du Département
Zone d'intervention	Départements Territoires de santé Communes
Pilotage	ARS-OI (service études et statistiques)
Partenariat	ORS, CCAS, INSEE, CAF, CGSS, CSSM, Université, Services de l'Etat, etc....
Moyens	Plate-forme d'Informations des Etudes en Santé et/ou CODESS.
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Tableaux de bord et outils d'observation locaux mis en place Etudes réalisées
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



LES AXES STRATEGIQUES

La santé doit être abordée dans une approche globale de la personne et de son environnement social, culturel, économique qui conditionne son état de santé. Ainsi, les orientations du PRAPS sont définies au regard des étapes du parcours de santé.

Il s'agit de permettre aux plus démunis d'accéder au système de santé et donc d'agir sur les points de fragilité et de rupture identifiés dans le cadre du parcours de santé des personnes en situation de précarité.

On identifie les difficultés suivantes :

- un manque de connaissance des indicateurs de santé-précarité et des déterminants sociaux de la santé ;
- un manque de sensibilisation des personnes en situation de précarité aux problématiques de santé ;
- une répartition territoriale inégale de l'offre de soins et de prévention ;
- l'existence de conditions de vie défavorables à la santé ;
- un manque d'information des personnes les plus démunies sur leurs droits et les conditions d'accès ;
- un manque de mobilisation des personnes quant à leur situation de santé ;
- des difficultés financières qui peuvent entraver l'accès aux soins ;
- le manque de coordination des professionnels intervenant autour des populations les plus démunies (santé et social).

Le PRAPS est organisé autour de 3 axes stratégiques qui se déclinent en objectifs spécifiques aux publics précaires tout au long du parcours de santé :

Axe stratégique n°1 : La promotion de la santé et l'éducation pour la santé en faveur des personnes en situation de précarité

Fiche programme n°1 :

Promouvoir les recommandations en matière de nutrition et faciliter l'accès à une alimentation de qualité

Fiche programme n°2 :

Promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique

Fiche programme n°3 :

Améliorer la qualité de l'habitat

Fiche programme n°4 :

Faciliter l'accès et le recours au dépistage

Axe stratégique n°2 : Les conditions d'entrée dans le système de santé des personnes en situation de précarité

Fiche programme n°5 :

Accompagner les assurés bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Fiche programme n°6 :

Améliorer l'accès effectif aux droits

Fiche programme n°7 :

Renforcer le partenariat et la complémentarité entre les professionnels du champ social et sanitaire

Axe stratégique n°3 : L'accès aux soins et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité

Fiche programme n°8 :

Renforcer les capacités d'intervention des PASS

Fiche programme n°9 :

Améliorer l'accès aux soins en addictologie

Fiche programme n°10 :

Développer le recours aux lits halte soins santé

Fiche programme n°11 :

Améliorer l'accès aux soins psychiatriques

Fiche programme n°12 :

Développer l'accompagnement psychologique de 1^{er} recours des enfants et parents au sein des programmes de réussite éducative

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



LES FICHES PROGRAMMES

Fiche programme n° 1 :

Promouvoir les recommandations en matière de nutrition et faciliter l'accès à une alimentation de qualité

Fiche programme n° 2 :

Promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique

Fiche programme n° 3 :

Améliorer la qualité de l'habitat

Fiche programme n° 4 :

Faciliter l'accès et le recours au dépistage

Fiche programme n° 5 :

Accompagner les assurés bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

Fiche programme n° 6 :

Améliorer l'accès effectif aux droits

Fiche programme n° 7 :

Renforcer le partenariat et la complémentarité entre les professionnels du champ social et sanitaire

Fiche programme n° 8 :

Renforcer les capacités d'intervention des PASS

Fiche programme n° 9 :

Améliorer l'accès aux soins en addictologie

Fiche programme n° 10 :

Développer le recours aux lits halte soins santé

Fiche programme n° 11 :

Améliorer l'accès aux soins psychiatriques

Fiche programme n° 12 :

Développer l'accompagnement psychologique de 1^{er} recours des enfants et parents au sein des programmes de réussite éducative

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 1 : PROMOUVOIR LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE NUTRITION ET FACILITER L'ACCÈS À UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ

AXE STRATEGIQUE	LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PSS : Diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes enfants – Agir sur les déterminants de santé pour prévenir l'apparition de certaines maladies chroniques. SP : Promouvoir les recommandations en matière de nutrition - Favoriser une alimentation équilibrée et encourager la pratique d'une activité physique régulière.
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Relation importante entre situation socio-économique, santé et nutrition. • Forte prévalence de l'obésité à La Réunion. • Difficultés d'accès à une alimentation équilibrée (coût, qualité de l'aide alimentaire). • Niveau de compréhension des messages de prévention et d'information nutritionnelle et fragilité devant la pression de l'environnement alimentaire et l'incitation publicitaire. • Structuration récente d'un réseau réunionnais d'aide alimentaire, coordonné par la Banque Alimentaire des Mascareignes.
Public visé	Publics précaires Bénéficiaires de l'aide alimentaire
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle adaptées aux populations précaires • Promouvoir l'activité physique et en faciliter l'accès aux populations précaires • Faciliter l'accès à une offre alimentaire de qualité tout en valorisant les produits locaux • Sécuriser l'organisation régionale de l'aide alimentaire, en favorisant le recours aux productions locales et l'intégration des recommandations d'équilibre et de diversification de l'alimentation • Renforcer les compétences des personnes intervenant auprès des populations précaires
Zone d'intervention	Région / Quartiers prioritaires
Pilotage	ARS-OI (service prévention)
Partenariat	DJSCS, DAAF, Rectorat, CG, communes, associations, membres du réseau réunionnais d'aide alimentaire
Moyens	CLS / CUCS / ASV / financements sociaux
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre et nature des actions d'information et d'éducation nutritionnelle mises en œuvre Nombre et nature des actions de promotion et d'accès à l'activité physique mises en œuvre Nombre de bénéficiaires de l'aide alimentaire Indicateurs relatifs à la qualité nutritionnelle de l'aide alimentaire Indicateurs relatif au recours aux productions locales
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	PRogramme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS) Programme Régional pour l'Alimentation (PRALIM) Plan Départemental de lutte contre l'Obésité (PDLO)

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 2 : PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE PSYCHIQUE

AXE STRATEGIQUE	LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PSS : Promotion de la santé mentale et prévention des conduites à risque. SP : Prévenir les phénomènes de stigmatisation – promouvoir la santé mentale auprès des groupes vulnérables.
Constat et enjeux	Les personnes en situation de précarité et qui se retrouvent confrontées à l'exclusion sont davantage exposées au risque de souffrance psychique. De graves difficultés financières, le chômage de longue durée, le manque de réseau social et l'incertitude concernant l'avenir peuvent avoir un impact négatif sur le bien-être et la santé des personnes. Il est donc essentiel d'agir le plus tôt et le plus en amont possible avant que les atteintes de la santé ne deviennent, par leur intrication, très compliquées à traiter.
Public visé	Publics précaires Personnes en situation d'exclusion
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des actions de promotion de la santé mentale dans les programmes territoriaux de santé et dans les lieux de vie collectifs • Repérer les situations de souffrance psychique et prévenir l'apparition de troubles mentaux • Améliorer la coordination des acteurs locaux en lien avec les secteurs de psychiatrie et favoriser les démarches locales de coopération (développement des conseils locaux de santé mentale) • Développer les compétences des professionnels intervenant auprès des populations en situation de précarité
Zone d'intervention	Territoires défavorisés Lieux de vie collectifs (prisons, CHRS)
Pilotage	ARS-OI (service prévention)
Partenariat	CG, DJSCS, DTPJJ, communes, associations, professionnels de santé/social/médico-social, établissements de santé, CHRS
Moyens	CLS / CUCS / ASV
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre et nature des actions de promotion de la santé mentale mises en œuvre Nombre et nature des projets intégrés dans des programmes territoriaux de santé et CLS Nombre de CLSM
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 3 : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE L'HABITAT

AXE STRATEGIQUE	LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PSS : L'espace de vie et l'environnement urbain – Prévenir et ou réduire les facteurs de risque pour la santé dans l'espace de vie. SP : Améliorer la qualité des milieux de vie - Promouvoir un habitat sain.
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Un fort taux de logements précaires ou insalubres (11% du parc régional) et de nombreuses opérations de RHI. • La lutte contre l'habitat indigne et la mise en place du Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne. • Les risques sanitaires liés à la qualité de l'habitat et de l'air intérieur.
Public visé	Publics cibles du PDALPD
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les situations de logements précaires ou indignes • Favoriser autant que possible le maintien dans les lieux par des améliorations ciblées • Promouvoir les bonnes pratiques de prévention des risques sanitaires dans les logements (aération,...) • Développer la fonction de conseiller en environnement intérieur • Accompagner les familles vers la sortie de l'habitat indigne, par une information sur les droits et dispositifs existants (coercitif pour les locataires, auto-amélioration, aides à la pierre)
Zone d'intervention	Région Quartiers ayant des habitations insalubres
Pilotage	ARS-OI (service santé-environnement)
Partenariat	DEAL, DJSCS, CG, CAF, associations, communes, EPCI...
Moyens	
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre de projets soutenus visant à promouvoir un environnement intérieur sain Nombre de conseillers en environnement intérieur Nombre de logements indignes repérés (source : Plans communaux et intercommunaux de lutte contre l'habitat indigne, signalements, étude «marchands de sommeil»)
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	Plan Régional Santé-Environnement 2 (PRSE2) Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) PCLHI, PDLHI

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 4 : FACILITER L'ACCÈS ET LE RECOURS AU DÉPISTAGE

AXE STRATEGIQUE	LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN FAVEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PSS : Promouvoir l'accès des populations à risque à une prévention personnalisée et au dépistage. SP : Faciliter l'accès et le recours au dépistage pour les personnes vulnérables et les plus à risque.
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de risque plus importants • Populations les plus éloignées des pratiques de dépistage • Existence de freins à la participation au dépistage (culturels, prise en charge, accessibilité des structures...)
Public visé	Publics précaires
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Etudier les freins et leviers au recours au dépistage et identifier les publics et les territoires en situation de sous-dépistage (cf. fiche n°1) • Développer des actions d'information et de sensibilisation ciblées sur les territoires en situation de sous-dépistage et au plus près des publics visés • Relayer des supports d'information adaptés • Travailler avec les populations concernées sur les freins et leviers individuels • Favoriser l'émergence de personnes relais parmi les populations ciblées et les former • Favoriser les actions hors les murs des structures de prévention médicalisées
Zone d'intervention	La Réunion Quartiers prioritaires
Pilotage	ARS-OI (service prévention)
Partenariat	CG, CGSS, RSI, Rectorat, communes, associations, professionnels de santé/social/médico-social, structures de prévention médicalisées, établissements de santé
Moyens	CLS / CUCS / ASV
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre et nature des actions mises en œuvre Nombre et nature des projets intégrés dans des programmes territoriaux de santé
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 5 : ACCOMPAGNER LES ASSURÉS BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C ET DE L'ACS

AXE STRATEGIQUE	LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	SP : garantir un accès égal pour tous au système de santé
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Large couverture de la population par la CMU, CMU-C et l'ACS • Persistance de personnes, notamment en situation d'exclusion ou d'errance, sans couverture maladie effective • Persistance d'une méconnaissance des dispositifs existants • Difficulté des bénéficiaires à constituer leur dossier
Public visé	Publics précaires
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter les personnes potentiellement éligibles à initier leurs démarches de CMU-C ou d'ACS <ul style="list-style-type: none"> - améliorer la satisfaction des assurés - informer sur l'attribution potentielle du droit - améliorer la prise en charge des personnes en difficulté - informer sur les dispositifs existants et les démarches à réaliser pour constituer les dossiers • Délivrer le droit pour l'accès aux soins <ul style="list-style-type: none"> - améliorer le délai d'instruction des dossiers - apporter une information sur les droits et obligations des bénéficiaires - prendre en charge la situation globale des assurés • Améliorer les relations entre l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et les bénéficiaires <ul style="list-style-type: none"> - diminuer les refus de soins - positionner l'offre de service
Zone d'intervention	La Réunion
Pilotage	CGSS
Moyens	Supports d'information disponibles pour les usagers et les professionnels de santé Outils statistiques de la CGSS
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Satisfaction des bénéficiaires Délai d'instruction des dossiers Conventions de partenariat
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D'ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 6 : AMÉLIORER L'ACCÈS EFFECTIF AUX DROITS

AXE STRATEGIQUE	LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	SOS-PRS : - la lutte contre l'exclusion sociale - les soins dispensés aux personnes détenues SP : garantir un accès égal pour tous au système de santé
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Large couverture de la population par la CMU et CMU-C • Persistance de personnes, notamment en situation d'exclusion ou d'errance, sans couverture maladie effective (cf. enquête ORS « Les personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à la Réunion », Août 2010) • Tous les établissements de santé disposant d'un service d'urgence sont dotés d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé, dont les missions contribuent à l'accès effectif aux droits des personnes en situation de précarité. • Dans le cadre des règles de protection sociale, un protocole « sortants de prisons » a été signé entre les établissements pénitentiaires de la Réunion, les services déconcentrés de l'Etat et les organismes de sécurité sociale ; il organise la continuité des droits au moment de la sortie de détention. • Certaines missions locales ont développé des programmes en santé en direction de leur public, incluant un accompagnement à l'ouverture des droits à la couverture maladie, l'initiation d'un bilan de santé, et le financement alternatif des premiers soins.
Public visé	Publics précaires Populations spécifiques (personnes en situation de prostitution, jeunes sous main de justice, personnes détenues)
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le dispositif de domiciliation des personnes sans domicile fixe • Soutenir les compétences d'accompagnement social des structures et services de premier accueil • Evaluer l'organisation des PASS, et adapter les financements (cf. fiche programme n°9) • Evaluer et animer le protocole « sortants de prison » • Doter chaque mission locale d'un programme d'action en santé
Zone d'intervention	La Réunion
Pilotage	DJSCS pour la domiciliation, les structures et services de premier accueil ARS-OI (Pôle Offre de Soins) pour les PASS et le protocole « sortants de prison » ARS-OI (service prévention) pour les interventions en santé des missions locales DIECCTE pour les missions locales
Moyens	Règlementation (domiciliation) Financements MIG Financements d'actions de prévention/promotion de la santé
Indicateurs de suivi et d'évaluation	% des communes couvertes par un dispositif de domiciliation Synthèse annuelle des rapports d'activité des services de domiciliation % de la file active des structures et services de premier accueil disposant de droits ouverts à la couverture maladie PASS : cf. fiche programme n°7 Rapport annuel d'évaluation/animation du protocole « sortants de prison » % des missions locales disposant d'un programme d'action en santé
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 7 : RENFORCER LE PARTENARIAT ET LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES PROFESSIONNELS DU CHAMP SOCIAL ET SANITAIRE

AXE STRATEGIQUE	LES CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PSS : Promotion d'un espace favorable à la santé - Améliorer le dispositif global de santé en développant l'offre et en favorisant la coordination des différents secteurs (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médico-social), l'accessibilité à des prises en charge de qualité, la formation, l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé.
Constat et enjeux	<p>Il existe une méconnaissance réciproque du champ de compétence respectif des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé sur les territoires. Seules quelques expérimentations informelles de dynamiques de réseaux tentent à travers certaines spécialités ou programmes de poser des points de contact autour de public ciblés.</p> <p>Ce hiatus s'exerce de manière régulière dans le cadre des soins ambulatoires ou hospitaliers. Une appréhension existe dans le contenu à transmettre au partenaire, chacun dans un cadre justifié par le destinataire même de l'accompagnement arguant du caractère confidentiel des informations.</p> <p>Les conséquences sont nombreuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - absence de dialogue entre les professionnels concernés par une même famille - mise en danger des personnes concernées par défaut de communication - projet contradictoire entre les différents professionnels - décision non concertée - absence de soins - délai d'accès aux soins accentué <p>Les enjeux sont donc de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - travailler sur l'efficacité d'un accompagnement socio-éducatif en relation avec un suivi spécialisé - discuter des enjeux communs et délimiter les temps de ruptures et de mise en danger afin d'améliorer la prise en charge du patient
Public visé	Professionnels de santé Professionnels sociaux
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre des échanges sur la connaissance réciproque de chacun des partenaires • Assurer la formation de tous sur des thématiques diverses et propres au champ du médico-social • Construire des éléments de culture commune à partir de la connaissance des expérimentations existantes • Travailler sur l'efficacité des parcours d'accompagnement et de soins des personnes en situation de souffrance psychique
Zone d'intervention	La Réunion
Pilotage	DJSCS
Partenariat	ARS-OI, Centre de formation en travail social, EPSMR, Collectivités territoriales, CNFPT, OPCA, Université
Moyens	Formation multi partenariale des acteurs Séminaires
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Participation des services concernés Nombre de formations et de séminaires élaborés en concertation avec les acteurs Nombre de participants aux différentes formations et séminaires Évaluation qualitative des formations et des séminaires par les participants
Calendrier prévisionnel	Année 2012/2013
Articulation avec programmes et plans régionaux	Plans de formation élaborés par les différents acteurs

PROGRAMME D'ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 8 : RENFORCER LES CAPACITÉS D'INTERVENTION DES PASS

AXE STRATEGIQUE	L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	<p>SP : garantir un accès égal pour tous au système de santé – améliorer l'accès à la prévention et aux soins</p> <p>SOS-PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lutter contre l'exclusion sociale - les soins dispensés aux personnes détenues SOMS : - soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de la politique d'accès aux soins est de permettre aux personnes en situation de précarité ou démunies de bénéficier de l'offre de soins de droit commun, par l'organisation de passerelles et la mise à disposition d'accompagnements spécifiques médico-sociaux, tenant compte des besoins d'accessibilité et de compensation ; il ne vise nullement au développement de filières de soins distinctes, instituant un système de santé « à deux vitesses ». • Au travers des Missions d'Intérêt Général (MIG), les établissements de santé peuvent disposer de ressources pour accompagner vers les soins les personnes en situation de précarité : <ul style="list-style-type: none"> - permanences d'accès aux soins de santé, déployées dans chacun des établissements de santé disposant d'un service d'urgence - consultations en dehors de l'hôpital, et consultations au sein de l'hôpital à destination des publics en situation de précarité
Public visé	<p>Publics précaires</p> <p>Populations spécifiques (personnes en situation de prostitution, jeunes sous main de justice, personnes détenues,...)</p>
Objectifs opérationnels	<p>Redéfinir, avec les référents des PASS et en lien avec les acteurs de lutte contre l'exclusion, le contenu des prestations attendues et le schéma cible d'organisation des PASS</p> <p>Elaborer un rapport d'activité type des PASS permettant d'assurer l'adéquation des moyens aux missions, et de repérer les besoins non-satisfaits d'accès aux soins</p> <p>Revoir l'allocation de ressources aux PASS au regard du schéma cible d'organisation et des rapports d'activité, en assurant prioritairement la dotation de temps médicaux dédiés</p> <p>Reconnaître, au travers des PASS, les projets de consultations précarité intra-hospitalières</p> <p>Veiller à l'intégration des PASS aux dispositifs de coordination de l'urgence et de l'insertion (SIAO) et à la filière d'admission en lits halte soins santé</p> <p>Soutenir l'activité de soins, à l'extérieur des établissements de santé, des équipes hospitalières auprès des publics en situation de précarité, sans substitution aux missions d'accompagnement social des autres services et opérateurs</p>
Zone d'intervention	La Réunion, par territoire de santé
Pilotage	ARS-OI (Pôle Offre de Soins)
Partenariat	établissements de santé, CSAPA, SIAO, UCSA, associations gestionnaires des LHSS et de l'ALT, établissements médico-sociaux...
Moyens	MIG
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Rapports d'activité des PASS
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 9 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN ADDICTOLOGIE

AXE STRATEGIQUE	L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	<p>SP : garantir un accès égal pour tous au système de santé – améliorer l'accès à la prévention et aux soins</p> <p>SOS-PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la lutte contre l'exclusion sociale - les soins dispensés aux personnes détenues <p>SOMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en addictologie - soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de la politique d'accès aux soins est de permettre aux personnes en situation de précarité ou démunies de bénéficier de l'offre de soins de droit commun, par l'organisation de passerelles et la mise à disposition d'accompagnements spécifiques médico-sociaux, tenant compte des besoins d'accessibilité et de compensation ; il ne vise nullement au développement de filières de soins distinctes, instituant un système de santé « à deux vitesses ». • L'organisation de la prévention et de la prise en charge des addictions a été profondément renouvelée par l'introduction des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA, nouvelle catégorie d'établissements et services sociaux et médico-sociaux) ; les CSAPA, en cours de déploiement à la Réunion, ont vocation à couvrir l'ensemble des territoires de santé (cf. SOMS). Leur mission de prévention et d'accompagnement vers les soins des personnes démunies ou en situation de précarité doit être renforcée. • La problématique des ruptures de soins, notamment en addictologie, des personnes sortantes de prisons a été identifiée à l'occasion des travaux du SOS-PRS.
Public visé	<p>Publics précaires</p> <p>Populations spécifiques (personnes en situation de prostitution, jeunes sous main de justice, personnes détenues,...)</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les consultations avancées de CSAPA dans les établissements et services en charge du premier accueil, de l'insertion et de l'hébergement des personnes en situation de précarité • Assurer la participation des CSAPA au Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO), piloté par la DJSCS • Dédier des postes au sein des CSAPA pour intervenir dans les établissements pénitentiaires en soutien des UCSA et de la continuité des soins à l'occasion de la sortie de détention • Engager une réflexion sur les modalités d'organisation de l'offre de santé pour permettre d'aller au devant de certains publics éloignés des soins • Diversifier les modes de prise en charge, notamment en liant les soins en addictologie avec l'accompagnement en hébergement ou vers le logement : mobilisation des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique, de centres thérapeutiques résidentiels, de communautés thérapeutiques, d'appartements en ALT, d'appartements relais, d'intermédiation locative
Zone d'intervention	La Réunion, par territoire de santé
Pilotage	ARS-OI (Pôle Offre de Soins)
Partenariat	PASS, établissements de santé, CSAPA, SIAO, UCSA, associations gestionnaires des LHSS et de l'ALT, établissements médico-sociaux, réseaux d'addictologie, réseaux de santé...
Moyens	Dotation régionale limitative MIG
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Rapports d'activité des CSAPA
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 10 : DÉVELOPPER LE RECOURS AUX LITS HALTE SOINS SANTÉ

AXE STRATEGIQUE	L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	<p>SP : garantir un accès égal pour tous au système de santé – améliorer l'accès à la prévention et aux soins</p> <p>SOS-PRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la lutte contre l'exclusion sociale - les soins dispensés aux personnes détenues <p>SOMS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en addictologie - soutenir l'accès aux soins des personnes en situation de précarité
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • L'objectif de la politique d'accès aux soins est de permettre aux personnes en situation de précarité ou démunies de bénéficier de l'offre de soins de droit commun, par l'organisation de passerelles et la mise à disposition d'accompagnements spécifiques médico-sociaux, tenant compte des besoins d'accessibilité et de compensation ; il ne vise nullement au développement de filières de soins distinctes, instituant un système de santé « à deux vitesses ». • Le logement/hébergement constitue un déterminant fort de l'accès aux soins et de la continuité de ceux-ci ; ceci appelle une plus grande coordination entre les services sanitaires et médico-sociaux et les dispositifs d'accompagnement social. • Les lits haltes soins santé (30 lits en cours d'installation en 2011-2012) hébergent des personnes sans domicile, ou en logements indignes, pour lesquelles les conditions de logement constituent un frein à la mise en œuvre de soins ne requérant pas une hospitalisation.
Public visé	<p>Publics précaires</p> <p>Populations spécifiques (personnes en situation de prostitution, jeunes sous main de justice, personnes détenues,...)</p>
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Installer les lits halte soins santé autorisés, à destination des personnes sans logement ou disposant d'un logement indigne : <ul style="list-style-type: none"> - 10 lits au Sud (Saint Pierre), par le CIAS de la CIVIS, pour l'ensemble du territoire Sud - 20 lits au Nord, par l'association Halte Père Etienne Grienenberger, pour les territoires Nord-Est et Ouest. • Formaliser l'intégration des lits halte soins santé dans les coordinations en cours de déploiement sur les fonctions d'accueil, orientation, insertion (SIAO urgence et SIAO insertion) (échéance : 2012) • Conforter les partenariats entre les lits halte soins santé et l'offre sanitaire (PASS, établissements de santé, équipes santé mentale et précarité...) pour garantir l'effectivité de l'accès aux soins de droit commun
Zone d'intervention	La Réunion, par territoire de santé
Pilotage	ARS-OI (Pôle Offre de Soins)
Partenariat	PASS, établissements de santé, CSAPA, SIAO, UCSA, associations gestionnaires des LHSS et de l'ALT, établissements médico-sociaux...
Moyens	Dotations régionales limitatives
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Rapports d'activité des LHSS
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 11 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

AXE STRATEGIQUE	L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	SOS-PRS : poursuivre la structuration des prises en charge spécifiques - soutenir l'accompagnement et la prise en charge du handicap psychique
Constat et enjeux	<p>Depuis 2004, le Comité interministériel de lutte contre l'exclusion a souhaité améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, par le développement d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, s'adressant à deux types de publics :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les personnes en situation de précarité et d'exclusion, pour lesquelles l'exclusion peut révéler des troubles psychiatriques sous-jacents, ou générer une souffrance psychique - les professionnels sociaux de première ligne dans les dispositifs d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de précarité et d'exclusion, qui expriment des besoins de soutien et de formation pour le repérage et la compréhension des problématiques psychiques et pour l'orientation des bénéficiaires. <p>Cette orientation, portée par la circulaire n°2005-521 du 23 novembre 2005, s'est traduite dans la publication d'un cahier des charges national des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, ou « équipe mobile santé mentale et précarité ».</p> <p>A la Réunion, les territoires Nord-Est et Ouest sont couverts par une équipe relevant de l'EPSMR. Le SOS-PRS inscrit la priorité de doter le territoire Sud d'un dispositif équivalent.</p>
Public visé	Publics précaires Personnes en situation d'exclusion
Objectifs opérationnels	Repérer les situations de souffrance psychique, prévenir l'apparition de troubles mentaux des personnes en situation d'exclusion, et développer les compétences des professionnels intervenant auprès de ces publics : <ul style="list-style-type: none"> - doter le territoire Sud d'une équipe mobile « santé mentale et précarité » - établir un rapport d'activité type des équipes mobiles « santé mentale et précarité »
Zone d'intervention	La Réunion, par territoire de santé
Pilotage	ARS-OI (Pôle Offre de Soins)
Partenariat	Professionnels de santé/social/médico-social, établissements de santé PASS, CHRS, structures de premier accueil, associations gestionnaires de l'ALT, CG, DJSCS, communes.
Moyens	Dotation annuelle de financement Psychiatrie
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre d'équipes mobiles installées Publication d'une synthèse annuelle des rapports d'activité des équipes mobiles « santé mentale et précarité »
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

LA REUNION



FICHE PROGRAMME N° 12 : DÉVELOPPER L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE 1^{ER} RECOURS DES ENFANTS ET PARENTS AU SEIN DES PROGRAMMES DE RÉUSSITE ÉDUCATIVE

AXE STRATEGIQUE	L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
Priorités PSS et schémas	PRS : articulation prévention, soins ambulatoires et médico-social. PRAPS : action qui vise à favoriser l'accès aux soins de personnes en situation précaire. PSS : Santé mentale, y compris addictions et santé des jeunes.
Constat et enjeux	<p>Le Programme de Réussite Educative (PRE) est un dispositif national de la politique de la ville financé par l'ACSé. En 2012, il fait partie des axes prioritaires à décliner sur les territoires prioritaires. Sa vocation première est d'avoir un effet levier sur les politiques de droit commun d'Etat ou territoriales. En ce sens, il existe des partenariats de niveau inégal sur le territoire national et plus précisément au niveau local.</p> <p>Ce programme a pour objectif d'accompagner des enfants et des adolescents âgés de 02 à 16 ans habitant les quartiers prioritaires au travers d'un parcours individualisé comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un suivi socio éducatif sous forme individuelle exercé par des travailleurs sociaux - des activités collectives permettant d'appréhender l'enfant dans sa relation au groupe et/ou en interaction avec son milieu familiale - des entretiens psychologiques pour les enfants ou les parents sous forme individuelle ou collective. <p>A la Réunion, 14 communes ont fait le choix de signer un CUCS et il existe 9 PRE. Les enjeux sont de pouvoir offrir un accueil et une écoute spécialisée de 1^{er} recours et d'accompagner les familles dans la reconnaissance de la nécessité d'un suivi spécialisé et ainsi préparer et permettre l'accès aux soins de droits commun.</p>
Public visé	Enfants et collégiens Parents
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir des enfants en entretien de 1^{er} recours • Permettre l'expression des parents au travers d'animation de groupes • Aider les familles à la prise de conscience de la nécessité du soin spécialisé • Accompagner les familles vers des modalités d'accompagnement de droits commun • Offrir un regard clinique spécialisé aux problématiques repérées dans le cadre des suivis du PRE
Zone d'intervention	Les territoires prioritaires ayant un PRE ou en cours d'élaboration.
Pilotage	DJSCS
Partenariat	ARS-OI, Coordonnateurs des PRE
Moyens	Vacations de professionnels (Psychologues, Art thérapeutes, Sophrologues)
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre d'enfants accompagnés / Nombre de parents accompagnés Nombre moyen de séance avant l'accès au droit commun Nombre de passages de relais de droit commun
Calendrier prévisionnel	Année scolaire 2012/2013
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS MAYOTTE



LES AXES STRATEGIQUES

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est fortement tributaire d'orientations structurelles sur le long terme. Celles relatives en particulier à l'effectif, actuellement insuffisant, de professionnels de santé ainsi qu'à la possibilité d'aménager des équipements publics ou individuels ayant un impact sur la santé. Comme dit précédemment dans la partie introductive, le cadre environnemental est un déterminant de santé très important à Mayotte, et plus encore pour les personnes les plus démunies vivant dans des quartiers non aménagés et insalubres. Agir sur ce déterminant implique en très grande partie un investissement colossal en matière d'infrastructures (réseaux d'eau potable, d'eaux pluviales, d'assainissement...), travaux qui se programment généralement sur plusieurs décennies.

Le programme régional 2012-2016 pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis est élaboré sur le moyen terme. Il peut néanmoins servir de référence pour établir une nécessaire jonction entre les actions conduites sur le moyen terme et les actions sur le long terme impliquant les pouvoirs publics à plusieurs niveaux.

La stratégie du volet mahorais du présent programme repose sur cette nécessaire articulation entre capacités d'action à court terme et pré-requis environnementaux en matière de conditions de vie et d'offre en prévention et en soins qui s'inscrivent sur le plus long terme.

Le programme est organisé autour de 3 axes stratégiques qui se déclinent en programmes spécifiques.

Axe stratégique n°1 : Réduire l'exposition au risque en agissant sur les comportements

Le département dispose d'atouts pour la réalisation de cette approche comportementale :

- la reconnaissance sur le terrain des acteurs de la prévention et une écoute de la population ;
- l'apport de groupes communautaires structurés ;
- la présence de leaders d'opinion dans les villages ;
- la part de la population scolarisée dans la population totale.

Certaines actions seront conduites en population générale ou sur un public cible général. Il s'agit d'éviter toute stigmatisation.

Axe stratégique n°2 : Renforcer l'offre de prévention et de soins

L'insuffisante offre en prévention et en soins est un facteur d'inégalité d'accès. L'action sur l'offre s'impose, en conséquence comme un objectif du programme.

L'action visant à atténuer les effets sanitaires des zones insalubres sur les populations précaires porteront plus sur la connaissance des populations les plus exposées, ou sur des actions de prévention dans la proximité.

Axe stratégique n°3 : Favoriser l'accès aux droits

Les particularités en matière de couverture sociale appellent également à articuler mesures d'amélioration à court terme et vision plus prospective.

PROGRAMME D' ACTIONS

MAYOTTE



LES FICHES PROGRAMMES

Fiche programme n° 1 :

Agir contre la malnutrition et la dénutrition

Fiche programme n° 2 :

Améliorer la couverture vaccinale

Fiche programme n° 3 :

Limiter les risques liés à la sexualité et prévenir les IST, le VIH et les Hépatites

Fiche programme n° 4 :

Lutter contre les maladies vectorielles

Fiche programme n° 5 :

Développer la formation, l'information et l'éducation préventive

Fiche programme n° 6 :

Contribuer à la résorption des zones d'insalubrité et de précarité

Fiche programme n° 7 :

Accroître les ressources mises à disposition de l'Education nationale

Fiche programme n° 8 :

Intervenir au plus près des lieux de vie ordinaires

Fiche programme n° 9 :

Accompagner le développement du rôle des communes en matière d'hygiène et de santé

Fiche programme n° 10 :

Améliorer la couverture sociale

PROGRAMME D' ACTIONS MAYOTTE



FICHE PROGRAMME N° 1 : AGIR CONTRE LA MALNUTRITION ET LA DÉNUTRITION

AXE STRATEGIQUE	RÉDUIRE L'EXPOSITION AU RISQUE EN AGISSANT SUR LES COMPORTEMENTS
Priorités PSS et schémas	Schéma de Prévention – Volet prévention et promotion de la santé
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisances de connaissances sur les comportements et les représentations de l'alimentation à Mayotte, • Entre le 4 avril et le 13 juillet 2004, signalement de 32 cas de béribéri âgés de 1 à 4 mois ont été signalés, dont 20 décès, • Etude Nutrimay de 2006 : constats d'une alimentation peu diversifiée, d'un niveau d'activité faible chez les femmes, et d'une prévalence de l'obésité (IMC 30,0) élevée (femmes : 32 %, hommes : 8 %), des situations de dénutrition : 7 % des enfants sont maigres (poids pour taille) • Etude Maydia de 2008 : 35 % des hommes et 32 % des femmes étaient en surpoids ; 17 % des hommes et surtout 47 % des femmes étaient obèses. Prévalence du diabète de 10,5 % entre 30 et 69 ans. • Etude service de Médecine scolaire du Vice-Rectorat sur des élèves du CP (2012) : 26% en situation de sous-nutrition, dont la quasi-totalité provenant de Kawéni village.
Public visé	Publics précaires. Populations spécifiques : mères isolées avec leurs enfants, personnes souffrants de maladies chroniques, fratries de jeunes faisant l'objet d'un suivi médical.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les enfants dénutris (Education Nationale, CHM, PMI), et assurer 100% des prises en charge au niveau du CHM, • Travailler sur le contenu qualitatif des goûters en restauration scolaire (appuyer dans ce sens les opérations visant à équilibrer les goûters), • Inciter à la pratique d'activités physiques pour les publics sédentaires • Informer sur les apports nutritionnels des aliments, • Lancer une étude générale sur les comportements alimentaires à Mayotte. Développer des axes d'études sur les changements de comportement et d'habitudes alimentaires • Poursuivre les programmes d'aides alimentaires en faveur des personnes atteintes de maladies chroniques très handicapantes
Zone d'intervention	Tout le département
Pilotage et partenariat	ARS-OI (service actions sanitaires) Comité Départemental de l'Alimentation (CDA) – Réseau RediabYlang – Education Nationale – CRF – MDM – Solidarité Mayotte – DAAF -
Moyens	Crédits du Programme National pour l'alimentation (pilotage DGA) Fonds d'intervention régional ARS-OI
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre d'enfants dénutris dépistés Nombre d'études réalisées Nombre de famille recevant de l'aide alimentaire
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	Déclinaison locale du Programme National de l'Alimentation, du Programme National Nutrition Santé et du Plan Obésité (en cours de réalisation)



FICHE PROGRAMME N° 2 : AMÉLIORER LA COUVERTURE VACCINALE

AXE STRATEGIQUE	RÉDUIRE L'EXPOSITION AU RISQUE EN AGISSANT SUR LES COMPORTEMENTS
Priorités PSS et schémas	SP : Promouvoir la couverture vaccinale
Constat et enjeux	La couverture vaccinale se détériore. L'étude de la CIRE, réalisée en 2010 avait mis en évidence que le taux de couverture vaccinale pour les 1-59 mois était globalement satisfaisant et moindre pour les rappels effectués dans les dispensaires et le secteur privé. Les campagnes de rattrapage vaccinal organisées par le Centre Hospitalier de Mayotte en 2011 pour les plus de 6 ans et en 2012 pour les enfants nés entre février et décembre 2011 démontrent une insuffisante couverture. De même, une récente étude du service de santé scolaire démontre que 25 % des élèves de Kaweni-village connaissent un retard de vaccination versus 10 % pour les 6 écoles de l'échantillon. L'avis du Haut Conseil de la santé publique en date du 2 février dernier établit un certain nombre de recommandations en matière de politique vaccinale pour Mayotte.
Public visé	Population générale avec une priorité sur les enfants
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir le fonctionnement pérenne des dispositifs actuels de vaccination (CHM PMI) ; • Optimiser le calendrier vaccinal ; • Multiplier les occasions de suivi du carnet vaccinal ; • Organiser dans un cadre validé la capacité pour de nouveaux acteurs (institutionnels et professionnels) de pratiquer la vaccination ; • Inciter la population à se faire vacciner ; • Organiser des campagnes de rattrapage si besoin.
Zone d'intervention	Tout le département
Pilotage et partenariat	ARS-OI PMI CHM Santé en faveur de l'élève Services de médecine de prévention CSSM DJSCS CAF Associations relevant de la jeunesse et des sports
Moyens	Fonds d'intervention régional ARS-OI Crédits d'assurance maladie Système d'informations de remontée des statistiques de suivi des carnets de vaccination Procédures de délégation de compétences dite article 51 de la loi HPST.
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Taux de couverture vaccinale
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	CPOM ARS-ETAT

PROGRAMME D' ACTIONS MAYOTTE



FICHE PROGRAMME N° 3 : LIMITER LES RISQUES LIÉS À LA SEXUALITÉ ET PRÉVENIR LES IST, LE VIH ET LES HÉPATITES

AXE STRATEGIQUE	RÉDUIRE L'EXPOSITION AU RISQUE EN AGISSANT SUR LES COMPORTEMENTS
Priorités PSS et schémas	SP Schéma départemental IST VIH SIDA Hépatites
Constat et enjeux	L'ensemble des acteurs s'accorde pour constater une sous-estimation des enjeux en la matière et pour émettre des hypothèses sur l'existence de comportements à risques. Le schéma départemental a vocation à créer les conditions d'une analyse partagée et à mettre en place les actions de prévention adaptées. Mayotte ne bénéficie plus de campagne de masse en matière de contraception. Aujourd'hui les jeunes sont peu ou pas informés en matière de sexualité. Le nombre de grossesses précoces est en augmentation. La plus jeune mère identifiée était âgée de 12 ans. 13 % des IVG concernent les moins de 18 ans.
Public visé	Population générale et public jeune en particulier.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Lutter contre la transmission des IST, notamment VIH et VHB par : La prévention, l'information, la promotion pour la santé, le suivi et la formation Le dépistage Le renforcement de la prise en charge des patients en optimisant la coordination des soins La facilitation du parcours de soins pour une prise en charge globale des patients VIH La mise en place d'un appui social et psychologique et favoriser l'insertion Le renforcement de la coopération régionale La surveillance et la connaissance épidémiologiques des IST Diminuer le nombre de grossesses précoces en : - Développant des actions de communication et d'information ; - Favorisant la contraception.
Zone d'intervention	Tout le département
Pilotage et partenariat	Professionnels et réseaux de santé Education nationale DJSCS Délégation aux droits des femmes Conseil général
Moyens	Fonds d'intervention régional ARS-OI Réseaux de santé Actions de planification familiale
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Suivi épidémiologique des IST Nombre de grossesses précoces Nombre d'IVG et âge
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS MAYOTTE



FICHE PROGRAMME N° 4 : LUTTER CONTRE LES MALADIES VECTORIELLES

AXE STRATEGIQUE	RÉDUIRE L'EXPOSITION AU RISQUE EN AGISSANT SUR LES COMPORTEMENTS
Priorités PSS et schémas	SP volet PPS
Constat et enjeux	<p>Les maladies à transmission vectorielles dans la zone Océan Indien sont favorisées par un climat tropical humide et les nombreux échanges entre les îles. A Mayotte, les déficits en matière d'assainissement, accès l'eau potable ainsi que l'habitat précaire sont autant de facteurs qui augmentent les risques de maladies vectorielles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le paludisme est endémique à Mayotte mais en diminution : 99 cas en 2011 • La dengue circule à bas bruit en 2011 (4 cas) suite à une bouffée épidémique en 2010 (120 cas) • Pas de cas de chikungunya depuis l'épidémie de 2005-2006 • La Fièvre de la Vallée du Rift circule à très bas bruit depuis 2007 chez l'humain, mais plus de 30% des cheptels de bovins sont touchés.
Public visé	<p>Les populations vivant dans des zones non aménagées au regard des règles de construction et d'urbanisme et insalubres.</p> <p>Les populations des habitats diffus situés généralement en périphérie des quartiers, des villages et des communes ou à flanc de montagne.</p>
Objectifs opérationnels	<p>Modifier les comportements pour diminuer l'exposition aux piqûres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - installer et promouvoir l'utilisation de MIILD contre le paludisme - prodiguer des messages d'éducation sanitaire pour diminuer les gîtes larvaires péri-domiciliaires (ramassage déchets, curage des caniveaux...) lors des opérations de traitements de quartiers (ETQ), - développer des partenariats avec les collectivités territoriales compétentes en matière de déchets et d'assainissement
Zone d'intervention	<p>Sur l'ensemble du département :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zones urbaines bidonvillisés pour la prévention des arboviroses - Habitations précaires isolées en zones rurales pour la lutte contre le paludisme
Pilotage et partenariat	<p>Pilotage ARS OI (service LAV et SE) Partenariat IREPS, collectivités territoriales (communes, SIVOM...) associations environnementales loi 1901, Education nationale</p>
Moyens	<p>Budget LAV (1 200 000 € en 2012) Service de 71 personnes</p>
Indicateurs de suivi et d'évaluation	<p>Nombre de cas de paludisme et d'arboviroses Nombre MIILD installées Nombre de maisons traitées en ETQ</p>
Calendrier prévisionnel	<ul style="list-style-type: none"> • 2012-2013 : Programme de distribution des MIILD et promotion la mise en place d'une offre par les distributeurs privés, • 2012 à 2016 pour les autres actions.
Articulation avec programmes et plans régionaux	<p>Plan de lutte contre les arboviroses PRSE 2</p>

PROGRAMME D' ACTIONS MAYOTTE



FICHE PROGRAMME N° 5 : DÉVELOPPER LA FORMATION, L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION PRÉVENTIVE

AXE STRATEGIQUE	RENFORCER L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE SOINS
Priorités PSS et schémas	Schéma de prévention volet Mayotte : Axe stratégique n° 1 : développer une politique de promotion de la santé
Constat et enjeux	1) Constats : - coordination insuffisante entre les acteurs de la prévention - des actions et des programmes de prévention insuffisamment suivis et évalués - absence d'un centre de ressources permettant l'accès à un recueil de données sur la santé et d'outils 2) Enjeux : - construction d'une politique locale commune aux différents acteurs institutionnels de la santé - mobilisation des acteurs de santé sur des stratégies de prévention et de promotion de la santé communes - stratégie de communication commune - formation des intervenants de proximité aux problématiques de santé
Public visé	Usagers de la santé Associations locales Acteurs et professionnels de la santé Milieu enseignant Personnes ressources en matière de promotion de la santé
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et développement d'un pôle de compétence (l'IREPS) • Elaboration de programmes de formation pluriannuels • Elaboration de programmes d'éducation à la santé • Constitution d'outils de communication • Constitution de guides méthodologiques d'intervention de professionnels de santé • Mise en place d'un recueil de données sur les grandes thématiques de santé • Faire converger les enveloppes Prévention Promotion Education à la santé vers des objectifs communs
Zone d'intervention	Tout le département
Pilotage	Pilotage : ARS-OI Partenaire : IREPS Acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé
Moyens	Fonds d'intervention régional ARS-OI Financements publics (Politique de la ville, CSSM ...)
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre de programmes de formation élaborés Nombre d'actions d'éducation à la santé conduites Nombre d'outils de communication mis en place Nombre de guides méthodologiques conçus Création d'une banque de données sur la santé
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	



FICHE PROGRAMME N° 6 : CONTRIBUER À LA RÉSORPTION DES ZONES D'INSALUBRITÉ ET DE PRÉCARITÉ

AXE STRATEGIQUE	RENFORCER L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE SOINS
Priorités PSS et schémas	SP volet PPS
Constat et enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • 41 zones de bidonvilles recensées sur l'ensemble du territoire • Pas de connaissances précises sur la typologie sociale des habitants des zones insalubres • Pas d'assainissement collectif et très peu d'assainissement non collectif. Absence de douches et de sanitaires publics • 25 % de la population vivant à Mayotte n'a pas accès à l'eau potable (données 2007 INSEE) • 33 538 abonnés pour environ 50 000 résidences principales (données SOGEA 2010) • Près de 50 % de la population paierait une facture d'eau s'élevant à plus de 10 % de son budget • Absence à Mayotte d'un service public de l'hébergement et de l'accès au logement
Public visé	Les populations vivant dans des zones non aménagées au regard des règles de construction et d'urbanisme et insalubres, notamment en périphérie des villages et des communes ou à flanc de montagne.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une étude sur la typologie sociale des personnes vivant dans les zones d'insalubrité, • Elargir le recueil des données sociales et de confort de vie lors du recensement INSEE 2012, • Faire intégrer le volet « eau potable » lors de la prochaine mise en place du Fonds de Solidarité Logement (FSL), • Inciter à l'extension des réseaux d'eau potable dans les « nouveaux quartiers », • Installer des bornes fontaines dans les quartiers dépourvus de réseaux publics, • Participer à la mise en place à Mayotte d'un Plan Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (PDAHI), • Participer à la mise en place d'un pôle de lutte contre l'habitat indigne : repérer, signaler et programmer des actions de lutte contre l'habitat indigne, • Réflexion dans ces quartiers à l'installation d'autres services de base : toilettes, laverie, douches publiques.
Zone d'intervention	Zones d'insalubrité du département
Pilotage et partenariat	ARS-OI (Service Santé-Environnement) MISEEN - SIEAM – SOGEA – DEAL – DAAF – Préfecture de Mayotte – Collectivités locales et territoriales
Moyens	Fonds d'intervention régional ARS-OI
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre de bornes fontaines installées dans les zones d'insalubrité Nombre de foyers s'alimentant à des bornes fontaines
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	PRSE 2 (en cours de réalisation) Plan de lutte contre les arboviroses Plan Départemental de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (à venir)

PROGRAMME D' ACTIONS MAYOTTE



FICHE PROGRAMME N° 7 : ACCROÎTRE LES RESSOURCES MISES À DISPOSITION DE L'ÉDUCATION NATIONALE

AXE STRATEGIQUE	RENFORCER L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE SOINS
Priorités PSS et schémas	SP
Constat et enjeux	Le public scolaire s'élève à 80 000. Il constitue une cible privilégiée des actions de prévention et d'éducation à la santé.
Public visé	Publics scolaires du premier et du second degré.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner le Vice-Rectorat dans l'établissement d'un programme biennal ; • Mobiliser les acteurs de santé pour accompagner les projets portés par le service de la santé en faveur des élèves et / ou de la communauté éducative ; • Apporter l'appui souhaité dans l'élaboration de protocoles de délégation de compétences ; • Co-promouvoir des opérations portant sur l'hygiène, la nutrition et la sexualité ; • Valoriser les responsabilités des communes par rapport aux établissements du premier degré dans des contrats locaux de santé ; • Développer le rôle de l'Éducation Nationale en matière de veille sanitaire.
Zone d'intervention	Tous établissements
Pilotage et partenariat	Vice-Rectorat ARS OI Tous les acteurs de santé Communes
Moyens	Journées techniques Education Nationale Santé Procédure de délégation de compétences dite article 51 HPST Fonds d'intervention régional ARS-OI / Vice-Rectorat Charte et convention de partenariat Circuits d'informations.
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Suivi du programme biennal.
Calendrier prévisionnel	2012-2014
Articulation avec programmes et plans régionaux	



FICHE PROGRAMME N° 8 : INTERVENIR AU PLUS PRÈS DES LIEUX DE VIE ORDINAIRES

AXE STRATEGIQUE	RENFORCER L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE SOINS
Priorités PSS et schémas	PSS : Promotion d'un espace favorable à la santé Le volet ambulatoire du SOS-PRS sera révisé sur la base du rapport de la mission d'appui auprès de l'ARS OI réalisée par l'Inspection Générale des Affaires sociales.
Constat et enjeux	L'insuffisante offre de soins de proximité accentue les difficultés d'accès à la prévention et aux soins. <ul style="list-style-type: none"> • Les 13 dispensaires et les 4 centres de référence rattachés au CHM, les centres de la PMI et des acteurs associatifs tels que Médecins du monde constituent l'offre de premier recours au plus près des populations des secteurs sanitaires de l'île. • L'apport des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux reste insuffisant compte tenu de leurs effectifs et de la cartographie de leur implantation à Mayotte. La majorité des médecins 21 généralistes se concentre à Mamoudzou. • En raison principalement d'une faible densité des professionnels de santé concernés, la médecine de proximité reste embryonnaire : en tenant compte des médecins hospitaliers généralistes (85 en 2011 source Territoires de santé ARS février 2012), la densité est 3 fois moins importante qu'à la Réunion et 10 fois moins importante qu'en métropole. • Peu de temps est consacré aux actions de prévention, de dépistage, de suivi et de protection de la population. • Les actions d'éducation à la santé conduites par des opérateurs associatifs voient leurs effets limités par les difficultés à accéder aux soins. • L'organisation des déplacements vers le CHM et des transferts sanitaires primaires restent tributaires de la consolidation d'un réseau de transports sanitaires desservant l'ensemble du territoire. • Le financement des missions de la PMI en matière de suivi de la mère et de l'enfant et de vaccination est non stabilisé et fragilise le fonctionnement du service, étant considéré que 80 % de son public est en situation irrégulière.
Public visé	Public rencontrant des difficultés d'accès aux soins
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'offre libérale en déclinant le volet ambulatoire du SOS-PRS ; • Redéfinir les projets des centres de proximité du CHM dans le cadre des procédures d'autorisation ; • Développer les consultations avancées dans les centres de référence du CHM ; • Conforter le fonctionnement de la PMI ; • Développer les équipes mobiles (bus Repama MDM et UFSBD) ; • Mieux définir les complémentarités d'activité et de financement entre les offreurs de soins.
Zone d'intervention	Tout le département
Pilotage et partenariat	ARSOI CSSM Conseil général CHM Professionnels libéraux Autres acteurs de santé
Moyens	Fonds d'intervention régional ARS-OI Mesures conventionnelles, fiscales et sociales Procédure d'autorisation des activités de soins Convention avec le Conseil général. Contrats locaux de santé
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre et densité des professionnels de santé Périmètre et conditions d'exercice des professionnels de santé
Calendrier prévisionnel	2012- 2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	

PROGRAMME D' ACTIONS

MAYOTTE



FICHE PROGRAMME N° 9 : ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DU RÔLE DES COMMUNES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET DE SANTÉ

AXE STRATEGIQUE	RENFORCER L'OFFRE DE PRÉVENTION ET DE SOINS
Priorités PSS et schémas	PSS : référence à un modèle de santé pluridimensionnel Schéma de prévention volet Mayotte : Axe 3 « Renforcer la mobilisation communautaire », mesure 2.3.1 « Favoriser les contrats locaux de santé »
Constat et enjeux	1) Constats - Faible implication des communes dans la définition et la mise en œuvre de politiques de santé - Faible taux de présence des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral dans les localités situées hors de l'agglomération de Mamoudzou - Développement du partenariat amorcé avec le dispositif politique de la ville depuis 2010 en vue de la création d'ateliers santé ville 2) Enjeux - Gestion de l'hygiène publique - Mobilisation des acteurs de santé sur des stratégies communes - Relais de campagnes de communication - Impact des actions de mobilisation sociale sur le territoire communal - Promotion de la création de structures médico-sociales, de prévention ou de soins
Public visé	Ensemble des habitants de la commune
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter aux maires un appui technique en termes d'expertises notamment en matière de santé environnement • Mettre en place des modalités d'interventions coordonnées des acteurs de santé sur le territoire communal • Associer la commune au suivi et à l'évaluation du projet de santé local
Zone d'intervention	Communes
Pilotage et partenariat	Pilotage : ARS-OI délégation de Mayotte Champ partenarial : Commune, Politique de la ville, Cohésion sociale, Vice-Rectorat, IREPS, Réseaux, associations du champ sanitaire
Moyens	Ateliers santé ville (ASV), Contrats locaux de santé (CLS)
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre d'avis et de rapports d'expertise adressés aux maires Nombre d'études thématiques communiquées aux mairies Nombre de contrats locaux de santé conclus
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Articulation avec programmes et plans régionaux	



FICHE PROGRAMME N° 10 : AMÉLIORER LA COUVERTURE SOCIALE

AXE STRATEGIQUE	FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS
Priorités PSS et schémas	PSS : Promotion d'un espace favorable à la santé
Constat et enjeux	<p>40 % de la population éligible n'est pas assurée sociale. La PMI ainsi que Médecins du Monde mettent en évidence des difficultés à instruire l'ouverture des droits.</p> <p>Le CHM bénéficie d'une présence d'un conseiller de la CSSM au service des admissions qui favorise l'accès aux droits et permet à la PASS d'avoir une ressource experte en proximité.</p> <p>Les personnes en situation irrégulière paient l'accès aux services du CHM selon les modalités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 € : pour la 1ère consultation de la semaine, les suivantes étant gratuites - 300 € : pour le suivi complet d'une grossesse - Accès aux soins gratuit pour les mineurs et les personnes atteintes d'affection de longue durée par un dispositif de bons. <p>Plusieurs rapports (MSF et MDM) mettent en évidence des dysfonctionnements dans le dispositif malgré des efforts du CHM dans l'organisation et la formation des services d'admission et de soins.</p> <p>Enfin, l'absence de CMUC et d'AME entravent le développement de l'offre de soins.</p>
Public visé	Non assurés sociaux et en particulier mineurs et personnes atteintes d'une affection de longue durée.
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Définir avec la CSSM des modalités d'organisation de permanence dans les centres de la PMI ; • Désigner pour les acteurs associatifs de soins un référent « accès aux droits » au sein de la CSSM ; • Consolider le rôle de la PASS ; • Evaluer le dispositif des bons ; • Identifier les pré-requis et mesurer les impacts de la mise en place de la CMUC et de l'AME dans le cadre d'une réflexion partagée avec les autorités nationales.
Zone d'intervention	Tout le département
Pilotage et partenariat	CSSM ARSOI Conseil Général CHM Acteurs associatifs de santé
Moyens	Permanence ou référents de la CSSM Audit du dispositif des bons Réflexion partagée avec les autorités nationales
Indicateurs de suivi et d'évaluation	Nombre d'assurés sociaux Réalisation des objectifs
Calendrier prévisionnel	2012-2014
Articulation avec programmes et plans régionaux	

1

SYNTHÈSE DES AXES STRATÉGIQUES LA RÉUNION - MAYOTTE



AXE STRATÉGIQUE COMMUN À LA RÉUNION ET À MAYOTTE

AXE STRATÉGIQUE	FICHE PROGRAMME	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
L'observation en matière de santé-précarité	Améliorer la connaissance de l'état de santé, des besoins et des pratiques de santé des personnes en situation de précarité	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser les données santé-précarité et développer des tableaux de bord précarité sur les territoires • Développer des outils dynamiques d'observation territoriale de santé • Développer la fonction d'observation au niveau local à travers les contrats locaux de santé • Améliorer la connaissance des comportements et besoins de santé des populations précaires afin de lutter contre les inégalités sociales de santé • Disposer d'une étude régionale sur le renoncement aux soins des personnes en raison de leur couverture sociale ou revenus • Disposer d'informations régionales sur le niveau de consommation de soins des bénéficiaires de la CMU, CMU-C, ACS et chèque santé du Département

AXES STRATEGIQUES – LA RÉUNION

AXE STRATEGIQUE	FICHE PROGRAMME	OBJECTIFS OPERATIONNELS
<p>La promotion de la santé et l'éducation pour la santé en faveur des personnes en situation de précarité</p>	<p>Promouvoir les recommandations en matière de nutrition et faciliter l'accès à une alimentation de qualité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des actions d'information et d'éducation nutritionnelle adaptées aux populations précaires • Promouvoir l'activité physique et en faciliter l'accès aux populations précaires • Faciliter l'accès à une offre alimentaire de qualité tout en valorisant les produits locaux • Sécuriser l'organisation régionale de l'aide alimentaire, en favorisant le recours aux productions locales et l'intégration des recommandations d'équilibre et de diversification de l'alimentation • Renforcer les compétences des personnes intervenant auprès des populations précaires
	<p>Promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer des actions de promotion de la santé mentale dans les programmes territoriaux de santé • Repérer les situations de souffrance psychique et prévenir l'apparition de troubles mentaux • Améliorer la coordination des acteurs locaux en lien avec les secteurs de psychiatrie et favoriser les démarches locales de coopération (développement des conseils locaux de santé mentale) • Développer les compétences des professionnels intervenant auprès des populations en situation de précarité
	<p>Améliorer la qualité de l'habitat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les situations de logements précaires ou indignes • Favoriser autant que possible le maintien dans les lieux par des améliorations ciblées • Promouvoir les bonnes pratiques de prévention des risques sanitaires dans les logements (aération,...) • Développer la fonction de conseiller en environnement intérieur • Accompagner les familles vers la sortie de l'habitat indigne, par une information sur les droits et dispositifs existants (Coercitif pour les locataires, auto-amélioration, aides à la pierre)
	<p>Faciliter l'accès et le recours au dépistage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etudier les freins et leviers au recours au dépistage et identifier les publics et les territoires en situation de sous-dépistage • Développer des actions d'information et de sensibilisation ciblées sur les territoires en situation de sous-dépistage et au plus près des publics visés • Relayer des supports d'information adaptés • Travailler avec les populations concernées sur les freins et leviers individuels • Favoriser l'émergence de personnes relais parmi les populations ciblées et les former • Favoriser les actions hors les murs des structures de prévention médicalisées

AXES STRATÉGIQUES – LA RÉUNION (SUITE 1)

AXE STRATÉGIQUE	FICHE PROGRAMME	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Les conditions d'entrée dans le système de santé des personnes en situation de précarité	Accompagner les assurés bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS	<ul style="list-style-type: none"> Inciter les personnes potentiellement éligibles à initier leurs démarches de CMU-C ou d'ACS Délivrer le droit pour l'accès aux soins Améliorer les relations entre l'Assurance Maladie, les professionnels de santé et les bénéficiaires Soutenir le dispositif de domiciliation des personnes sans domicile fixe Soutenir les compétences d'accompagnement social des structures et services de premier accueil Évaluer l'organisation des PASS et adapter les financements Évaluer le protocole des « sortants de prison » Doter chaque mission locale d'un programme d'action en santé
	Renforcer le partenariat et la complémentarité entre les professionnels du champ social et sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Permettre des échanges sur la connaissance réciproque de chacun des partenaires Assurer la formation de tous sur des thématiques diverses et propres au champ du médico-social Construire des éléments de culture commune à partir de la connaissance des expérimentations existantes Travailler sur l'efficacité des parcours d'accompagnement et de soins des personnes en situation de souffrance psychique
	Renforcer les capacités d'intervention des PASS	<ul style="list-style-type: none"> Redéfinir, avec les référents des PASS et en lien avec les acteurs de lutte contre l'exclusion, le contenu des prestations attendues et le schéma cible d'organisation des PASS Elaborer un rapport d'activité type des PASS permettant d'assurer l'adéquation des moyens aux missions, et de repérer les besoins non-satisfaits d'accès aux soins Revoir l'allocation de ressources aux PASS au regard du schéma cible d'organisation et des rapports d'activité, en assurant prioritairement la dotation de temps médicaux dédiés Reconnaître, au travers des PASS, les projets de consultations précarité intra-hospitalières Veiller à l'intégration des PASS aux dispositifs de coordination de l'urgence et de l'insertion (SIAO) et à la filière d'admission en lits halte soins santé Soutenir l'activité de soins, à l'extérieur des établissements de santé, des équipes hospitalières auprès des publics en situation de précarité, sans substitution aux missions d'accompagnement social des autres services et opérateurs
L'accès aux soins et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité	Améliorer l'accès aux soins en addictologie	<ul style="list-style-type: none"> Développer les consultations avancées de CSAPA dans les établissements et services en charge du premier accueil, de l'insertion et de l'hébergement des personnes en situation de précarité Assurer la participation des CSAPA au Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO) Dédier des postes au sein des CSAPA pour intervenir dans les établissements pénitentiaires en soutien des UCSA et de la continuité des soins à l'occasion de la sortie de détention Engager une réflexion sur les modalités d'organisation de l'offre de santé pour permettre d'aller au devant de certains publics éloignés des soins Diversifier les modes de prise en charge, notamment en liant les soins en addictologie avec l'accompagnement en hébergement ou vers le logement
Développer le recours aux lits halte soins santé		<ul style="list-style-type: none"> Installer les lits halte soins santé autorisés, à destination des personnes sans logement ou disposant d'un logement indigne Formaliser l'intégration des lits halte soins santé dans les coordinations en cours de déploiement sur les fonctions d'accueil, orientation, insertion (SIAO urgence et SIAO insertions) Conforter les partenariats entre les lits halte soins santé et l'offre sanitaire (PASS, établissements de santé, équipes santé mentale et précarité...) pour garantir l'effectivité de l'accès aux soins de droit commun



AXES STRATÉGIQUES – LA RÉUNION (SUITE 2)

AXE STRATEGIQUE	FICHE PROGRAMME	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
L'accès aux soins et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité	<p>Améliorer l'accès des personnes en situation de précarité aux soins psychiatriques</p> <p>Développer l'accompagnement psychologique de 1er recours des enfants et parents au sein des programmes de réussite éducative</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer les situations de souffrance psychique, prévenir l'apparition de troubles mentaux des personnes en situation d'exclusion • Développer les compétences des professionnels intervenant auprès de ces publics • Doter le territoire Sud d'une équipe mobile « santé mentale et précarité » • Etablir un rapport d'activité type des équipes mobiles « santé mentale et précarité » • Accueillir des enfants en entretien de 1er recours • Permettre l'expression des parents au travers d'animation de groupes • Aider les familles à la prise de conscience de la nécessité du soin spécialisé • Accompagner les familles vers des modalités d'accompagnement de droits commun • Offrir un regard clinique spécialisé aux problématiques repérées dans le cadre des suivis du PRE



AXES STRATÉGIQUES – MAYOTTE

AXE STRATÉGIQUE	FICHE PROGRAMME	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
	<p>Agir contre la malnutrition et la dénutrition</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les enfants dénutris (Education Nationale, CHM, PMI), et assurer 100% des prises en charge au niveau du CHM • Travailler sur le contenu qualitatif des goûters en restauration scolaire (appuyer dans ce sens les opérations visant à équilibrer les goûters) • Inciter à la pratique d'activités physiques pour les publics sédentaires • Informer sur les apports nutritionnels des aliments • Lancer une étude générale sur les comportements alimentaires à Mayotte. Développer des axes d'études sur les changements de comportement et d'habitudes alimentaires • Poursuivre les programmes d'aides alimentaires en faveur des personnes atteintes de maladies chroniques très handicapantes
<p>Réduire l'exposition au risque en agissant sur les comportements</p>	<p>Améliorer la couverture vaccinale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir le fonctionnement pérenne des dispositifs actuels de vaccination (CHM PMI) • Optimiser le calendrier vaccinal • Multiplier les occasions de suivi du carnet vaccinal • Organiser dans un cadre validé la capacité pour de nouveaux acteurs (institutionnels et professionnels) de pratiquer la vaccination • Inciter la population à se faire vacciner • Organiser des campagnes de rattrapage si besoin
	<p>Limiter les risques liés à la sexualité et prévenir les IST, le VIH et les Hépatites</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lutter contre la transmission des IST, notamment VIH et VHB par : <ul style="list-style-type: none"> – La prévention, l'information, la promotion pour la santé, le suivi et la formation – Le dépistage – Le renforcement de la prise en charge des patients en optimisant la coordination des soins – La facilitation du parcours de soins pour une prise en charge globale des patients VIH – La mise en place d'un appui social et psychologique et favoriser l'insertion – Le renforcement de la coopération régionale – La surveillance et la connaissance épidémiologiques des IST • Diminuer le nombre de grossesses précoces en : <ul style="list-style-type: none"> – Développant des actions de communication et d'information • Favorisant la contraception.
	<p>Lutter contre les maladies vectorielles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier les comportements pour diminuer l'exposition aux piqûres : <ul style="list-style-type: none"> – installer et promouvoir l'utilisation de MILD contre le paludisme – prodiguer des messages d'éducation sanitaire pour diminuer les gîtes larvaires péri-domiciliaires (ramassage déchets, curage des caniveaux...) lors des opérations de traitements de quartiers (ETQ), – développer des partenariats avec les collectivités territoriales compétentes en matière de déchets et d'assainissement

AXES STRATÉGIQUES – MAYOTTE (SUITE 1)

AXE STRATÉGIQUE	FICHE PROGRAMME	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Renforcer l'offre de prévention et de soins	<p>Développer la formation, l'information et l'éducation préventive</p> <p>Contribuer à la résorption des zones d'insalubrité et de précarité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et développement d'un pôle de compétence (l'IREPS) • Elaboration de programmes de formation pluriannuels • Elaboration de programmes d'éducation à la santé • Constitution d'outils de communication • Constitution de guides méthodologiques d'intervention de professionnels de santé • Mise en place d'un recueil de données sur les grandes thématiques de santé • Faire converger les enveloppes Prévention Promotion Education à la santé vers des objectifs communs • Réaliser une étude sur la typologie sociale des personnes vivant dans les zones d'insalubrité • Elargir le recueil des données sociales et de confort de vie lors du recensement INSEE 2012 • Faire intégrer le volet « eau potable » lors de la prochaine mise en place du FSL • Inciter à l'extension des réseaux d'eau potable dans les « nouveaux quartiers » • Installer des bornes fontaines dans les quartiers dépourvus de réseaux publics • Participer à la mise en place à Mayotte d'un PDAHI • Participer à la mise en place d'un pôle de lutte contre l'habitat indigne : repérer, signaler et programmer des actions de lutte contre l'habitat indigne • Réflexion dans ces quartiers à l'installation d'autres services de base : toilettes, laverie, douches publiques
Accroître les ressources mises à disposition de l'Education nationale		<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner le Vice-Rectorat dans l'établissement d'un programme biennal • Mobiliser les acteurs de santé pour accompagner les projets portés par le service de la santé en faveur des élèves et / ou de la communauté éducative • Apporter l'appui souhaité dans l'élaboration de protocoles de délégation de compétences • Co-promouvoir des opérations portant sur l'hygiène, la nutrition et la sexualité • Valoriser les responsabilités des communes par rapport aux établissements du premier degré dans des contrats locaux de santé • Développer le rôle de l'Education Nationale en matière de veille sanitaire
Intervenir au plus près des lieux de vie ordinaires		<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'offre libérale en déclinant le volet ambulatoire du SOS-PRS • Profiter de la procédure d'autorisation des centres de proximité du CHM pour redéfinir leur projet • Développer les consultations avancées dans les centres de référence du CHM • Conforter le fonctionnement de la PMI • Développer les équipes mobiles (bus Repama, MDM et UFSBD) • Mieux définir les complémentarités d'activité et de financement entre les offreurs de soins
Accompagner le développement du rôle des communes en matière d'hygiène et de santé		<ul style="list-style-type: none"> • Apporter aux maires un appui technique en termes d'expertises notamment en matière de santé environnement • Mettre en place des modalités d'interventions coordonnées des acteurs de santé sur le territoire communal • Associer la commune au suivi et à l'évaluation du projet de santé local
Favoriser l'accès aux droits	Améliorer la couverture sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Définir avec la CSSM des modalités d'organisation de permanence dans les centres de la PMI • Désigner pour les acteurs associatifs de soins un référent « accès aux droits » au sein de la CSSM • Consolider le rôle de la PASS • Evaluer le dispositif des bons

4

SIGLES UTILISÉS



- **AAH** : Allocation pour Adultes Handicapés
- **ACS** : Aide Complémentaire Santé
- **ACSE** : Agence de Cohésion Sociale et de l'Égalité des Chances
- **AME** : Aide Médicale de l'Etat
- **ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **ASS** : Allocation de Solidarité Spécifique
- **ASV** : Ateliers Santé Ville
- **CAARUD** : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
- **CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
- **CCAS** : Centre Communal de l'Action Sociale
- **CDAG** : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- **CDD** : Contrat à Durée Déterminée
- **CG** : Conseil Général
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- **CLS** : Contrat Local de Santé
- **CLSM** : Conseil Local de Santé Mentale
- **CMU** : Couverture Maladie Universelle
- **CMU C** : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- **CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- **CSAPA** : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **CSP** : Catégories Socioprofessionnelles
- **CUCS** : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **DAAF** : Direction de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
- **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **DEAL** : Direction de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement



- **DJSCS** : Direction de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale
- **EMPP** : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
- **INSEE** : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques
- **ISS** : Inégalités Sociales de Santé
- **IST** : Infection Sexuellement Transmissible
- **LHPST** : Loi Hôpital, Patient, Santé et territoires
- **LHSS** : Lits Halte Soins Santé
- **MILDT** : Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ORS** : Observatoire Régional de la Santé
- **PASS** : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- **PDALPD** : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
- **PDLHI** : Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne
- **PPGDR** : Programme Pluriannuel de Gestion du Risque
- **PRAPS** : Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins
- **PRE** : Programme de Réussite Educative
- **PRIAC** : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- **PRIPI** : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
- **PRS** : Projet Régional de Santé
- **PRSP** : Plan Régional de Santé Publique
- **PSS** : Plan Stratégique de Santé
- **RHI** : Résorption de l'Habitat Insalubre
- **RSA** : Revenu de Solidarité Active
- **RSI** : Régime Social des Indépendants
- **SOMS** : Schéma de l'Organisation Médico-Sociale
- **SOS-PRS** : Schéma de l'Organisation des Soins du PRS
- **SP** : Schéma de Prévention
- **SPIP** : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- **UCSA** : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
- **VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine





Projet de Santé
Réunion-Mayotte



Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis cedex 09
Tél : 02 62 97 97 00 - Fax : 02 62 97 97 18

www.ars.ocean-indien.sante.fr

