

Elaboration du Projet de Santé Réunion – Mayotte

Groupes de travail – Schéma Régional de Santé

7 juin 2017

Les publics démunis (PRAPS)

Les éléments repris dans cette présentation sont issus d'un atelier ouvert à l'ensemble des acteurs intéressés; ils ne constituent pas un engagement d'inscription par l'ARS Océan Indien au futur PRS.

Introduction

La loi définit trois volets constitutifs du futur Projet de Santé 2018 - 2027

COS Cadre d'Orientations Stratégiques à 10 ans

Définit les résultats attendus en termes de :

- Amélioration de l'état de santé de la population
- Lutte contre les inégalités de santé

SRS Schéma Régional de Santé à 5 ans

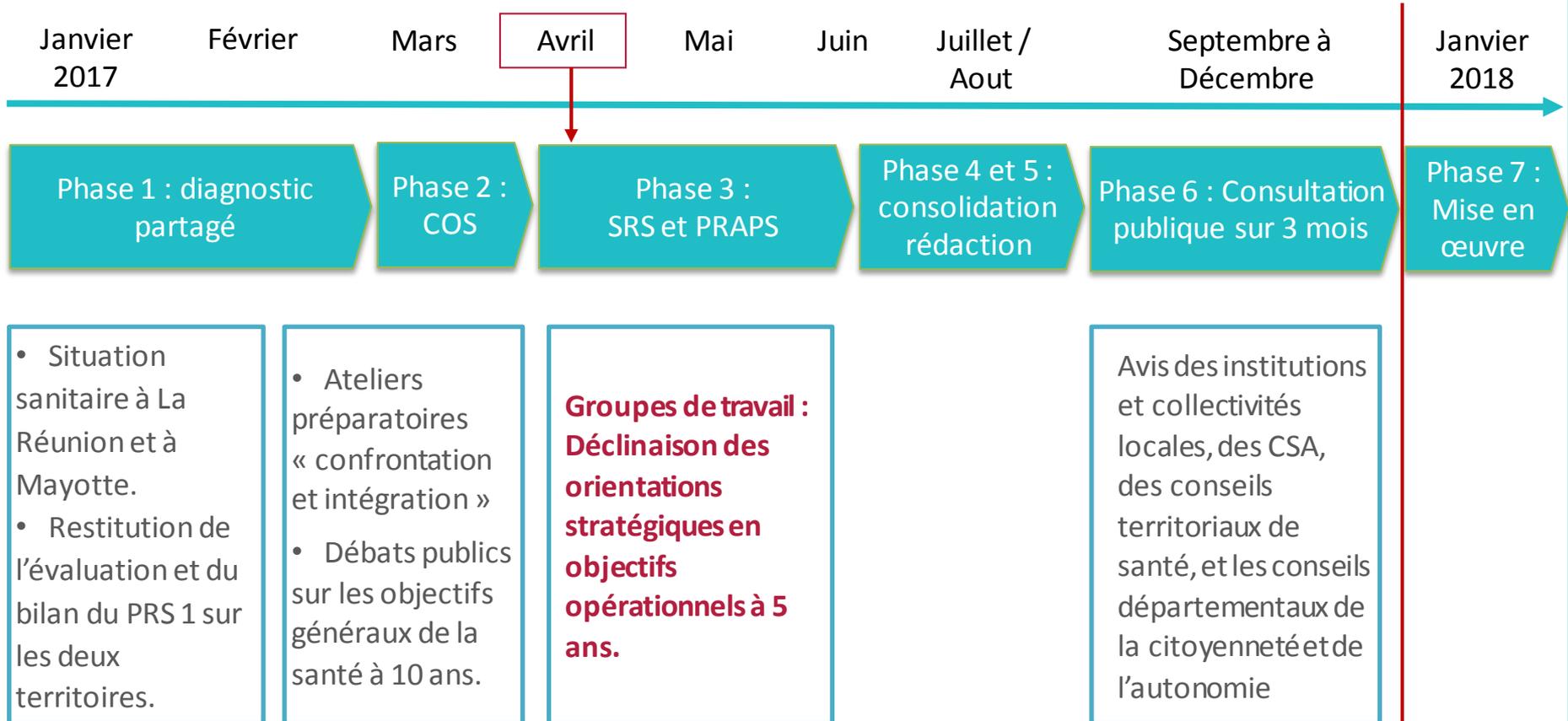
Comporte des objectifs opérationnels visant à :

- Développer la prévention et la promotion de la santé
- Améliorer les parcours, la coordination et la coopération en santé
- Préparer le système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

PRAPS Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins

Comporte un plan d'actions concrètes pour favoriser l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement des personnes les plus démunies

L'élaboration du Projet de Santé se déroule en 6 phases pour être adopté au 1^{er} janvier 2018



Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

Cadre réglementaire et définitions

Les objectifs du PRAPS

Les objectifs selon la loi santé 2016 :

1. Améliorer l'espérance de vie des personnes les plus démunies
2. Développer un système de soins et de santé accessible à tous
3. Promouvoir l'égalité devant la santé

Rappel des orientations du précédent PRAPS pour la Réunion

- **Axe stratégique 1 : La promotion de la santé et l'éducation pour la santé en faveur des personnes en situation de précarité**
 - ❖ Promouvoir les recommandations en matière de nutrition et faciliter l'accès à une alimentation de qualité
 - ❖ Promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique
 - ❖ Améliorer la qualité de l'habitat
 - ❖ Faciliter l'accès et le recours au dépistage
- **Axe stratégique 2 : 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
 - ❖ Améliorer l'accès effectif aux droits
 - ❖ Renforcer le partenariat et la complémentarité entre les professionnels du champ social et sanitaire
- **Axe stratégique 3 : L'accès aux soins et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité**
 - ❖ Renforcer les capacités d'intervention des PASS
 - ❖ Améliorer l'accès aux soins en addictologie
 - ❖ Développer le recours aux lits halte soins santé
- **Axe Réunion/Mayotte : 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

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

Éléments de diagnostic

La santé des plus démunis

La pauvreté à la Réunion

Principaux constats issus du diagnostic de la situation sanitaire

- **Presqu'un réunionnais sur 2 en situation de pauvreté** : en 2010, 343 000 Réunionnais vivent avec moins de 935 euros par mois et par unité de consommation (UC), ce qui correspond au seuil de pauvreté national. Ainsi, 42,0 % des Réunionnais sont en situation de pauvreté contre 13,7 % des Métropolitains. La moitié de ces personnes pauvres vivent à La Réunion avec moins de 692 euros par mois et par UC.
- **Le taux d'illettrisme à la Réunion est trois fois plus important qu'en Métropole** : 116 000 personnes sont concernées par l'illettrisme (enquête INSEE/Information Vie Quotidienne) soit 22,5 % des 16-25 ans ayant été scolarisés à la Réunion, soit 3 fois plus qu'en France Métropolitaine.
- **Renoncement aux soins** : Un tiers des Réunionnais renoncent aux soins au moins une fois par an, tous soins confondus (chiffre comparable aux données nationales)
- **Plus d'un réunionnais sur 3 bénéficiant de la CMU-C** : La part des personnes n'ayant aucune couverture maladie est marginale (inférieure à 1% de la population), en revanche la part des bénéficiaires de la CMU-C est plus importante qu'en métropole (5 fois plus). En 2015, 312 083 réunionnais ont bénéficié de la CMU-C, soit 36,9% de la population. Rôle important du bénéfice de la CMU-C dans l'accès aux soins (cf. études sur la consommation de soins à La Réunion)

La santé des plus démunis

Focus : Les jeunes en mission locale

Sélection de constats issus de l'étude sur l'état de santé des primo-inscrits en Missions locales à la Réunion

Sur les 982 jeunes interrogés par questionnaire par l'ORS dans le cadre de l'étude de 2011 sur les jeunes inscrits en mission locale :

- 11% sont déjà parents
- 63% des jeunes n'ont aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat
- Une solidarité familiale importante avec près de 9 jeunes sur 10 habitant chez leurs parents
- Près des $\frac{3}{4}$ ne reçoivent aucune ressource financière
- 57% sont bénéficiaires de la CMU
- 20% des jeunes ont déjà renoncé à des soins médicaux, principalement par manque de temps ou par raison financière
- Les pathologies les plus régulièrement citées sont l'asthme (12%) et les allergies (10%)
- 44% des jeunes ont mal aux dents en 2010 et un tiers d'entre eux n'a pas consulté de dentiste
- Un jeune sur 5 déclare souffrir d'une maladie chronique
- 8% des jeunes sont obèses et 15% sont en insuffisance pondérale

La santé des plus démunis

Focus : Les personnes sans domicile fixe

Sélection de constats issus de l'étude sur les personnes sans domicile fixe usagères des services d'aide à la Réunion

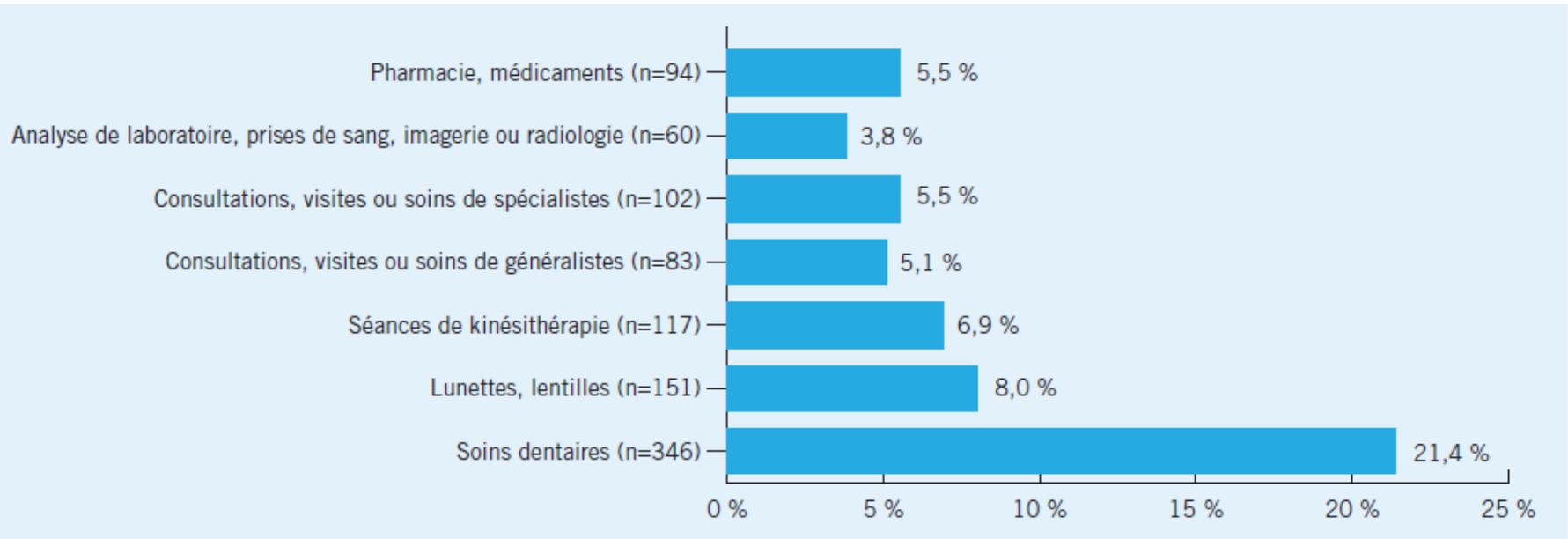
Sur 368 personnes rencontrées recourant aux services d'aides pour personnes sans domicile fixe :

- 87% sont des hommes dont la majorité ont entre 35 et 64 ans
- Les jeunes en difficulté sont de plus en plus nombreux à connaître la rue et la marginalité. A noter : des phénomènes de ruptures sont observés à la sortie du dispositif ASE à l'âge 21 ans.
- 2 personnes SDF sur 3 rencontrées le jour de l'enquête sont originaires de l'île.
- La majorité (56%) des personnes rencontrées bénéficiaient du RSA.
- Selon les déclarations recueillies, les problèmes familiaux (ruptures, problèmes conjugaux, séparation, ...) constituent l'élément déclencheur prédominant à cette situation de SDF.
- Les problèmes financiers sont évoqués par près de 20% des personnes ;
- La perte d'emploi représente le principal motif de perte du logement pour moins de 10% de personnes ;
- Pour 8% des personnes, les problèmes de santé sont à l'origine de leur situation : problèmes d'addictions, troubles psychiatriques, etc.)

La santé des plus démunis

Focus : Le renoncement aux soins

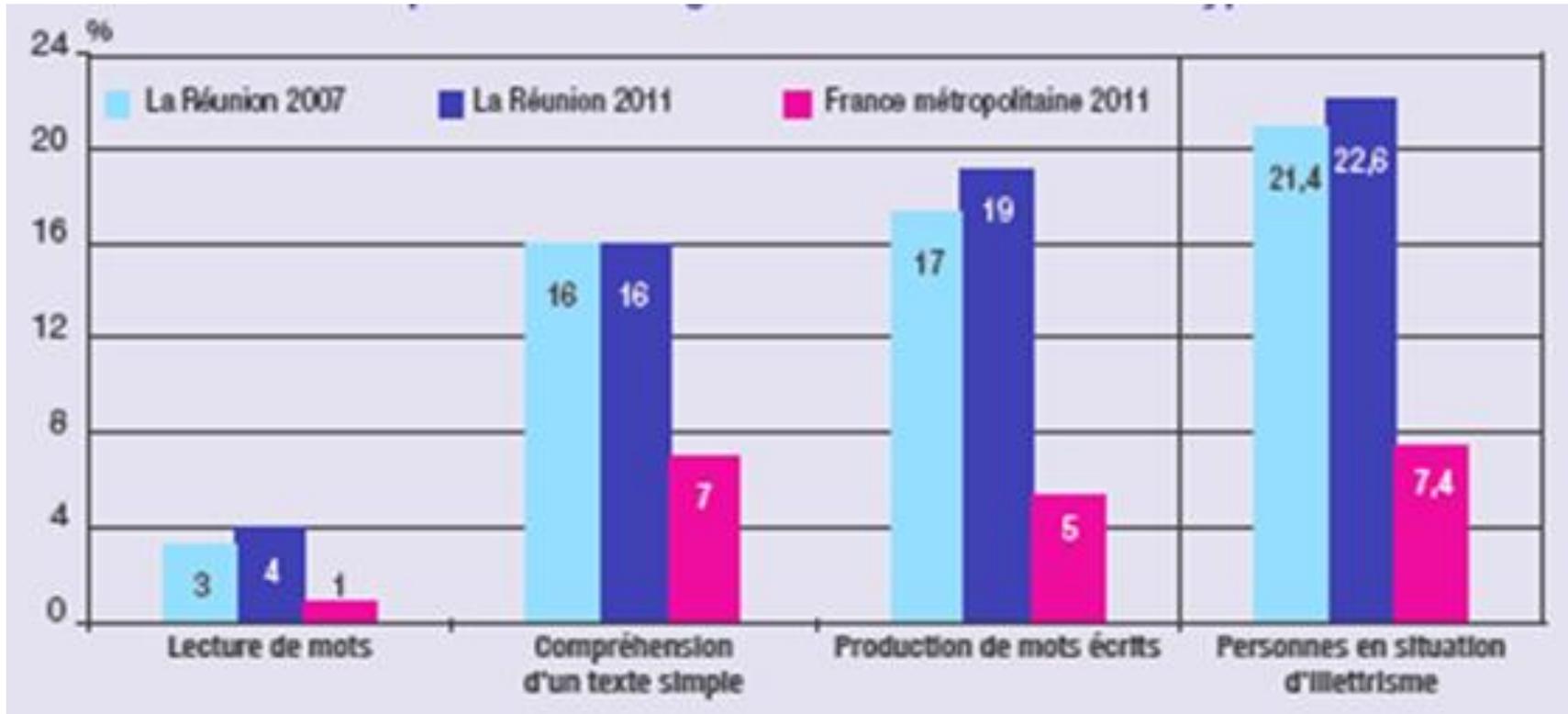
Taux de renoncement par type de soins et pour tous motifs confondus



La santé des plus démunis

Focus : L'illettrisme

Part des personnes en grande difficulté selon le type d'exercice



La santé des plus démunis

Questionnements et objectifs proposés

Rappel des publics cibles identifiés

Constats partagés

- **Public cible** : jeunes sortis du système scolaire sans qualification, sans emploi, faible niveau d'information, faible accès aux soins ; jeunes qui sortent du dispositif ASE, jeunes des missions locales.
- **Public cible** : grossesses chez les mineures (400 à 600 par an) ; question du suivi pour un public fragilisé ; il existe 2 permanences d'accès aux soins de santé de périnatalité mais peu connues – elles ont une mission de repérage et de prise en charge. Elles ciblent les grossesses à risque en lien avec la PMI (peu d'orientation de la part des sages-femmes libérales).
- **Public cible** : les plus de 65 ans en situation de précarité et d'isolement peu touchés par les CCAS et autres structures de sociabilité. Seniors illettrés qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins.
- **Public cible** : personnes précarisés sans domicile fixe, personnes vieillissantes sans domicile. pour ces personnes il faut des démarches d'aller-vers (équipes mobiles psychiatrie, addictologie)
- **Public cible** : personnes en situation irrégulière (30% de la file active au niveau des permanences d'accès aux soins). 150 cas lourds en situation irrégulières hospitalisés à la Réunion chaque année (situation à éclaircir au regard des transferts sanitaires en provenance de Mayotte)

Propositions d'actions issues du 1^{er} atelier

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<p>Portes d'entrées :</p> <ul style="list-style-type: none">○ <u>Les missions locales</u> – à noter les besoins importants de formation des agents intervenant en mission locale.○ <u>Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)</u> généralistes sont également des portes d'entrée pour les personnes en situation de précarité. Les PASS se déplacent dans les accueils de jour (situés dans les centres urbains).○ <u>Les clubs de sport</u> : associations sportives qui font du repérage auprès des parents (fond de dotation qui finance éducateurs APA par exemple).○ <u>Les équipes mobiles</u> : 1 équipe mobile psychiatrie (sud non couvert sauf permanence spécifique à Saint-Pierre), 2 équipes mobile addictologie	<ol style="list-style-type: none">1. Renforcement des permanence d'accès aux soins de santé de périnatalité2. Porter des approches innovantes - éducation par les pairs, mobilisation communautaire – à travers le PRAPS3. Consolider l'intégration du volet « santé » dans le dispositif de coordination des Acteurs du Premier Accueil autour des personnes les plus démunies (en lien avec la plateforme territoriale d'appui)4. Renforcer la coordination institutionnelle et la co-construction des politiques publiques.

Propositions d'actions issues du 1^{er} atelier

Constats partagés	Leviers d'action identifiés
<ul style="list-style-type: none">• Public en situation irrégulière issue de la zone océan indien : cumul des situations de précarité (accès aux droits, barrière de langue, etc.) – problématique à prendre en charge ces publics sans financement (prise en charge sur les fonds propres des structures hospitalières)• Recours aux familles d'accueil pour les personnes issues de l'immigration ?• Expérimentation : service d'accueil familial thérapeutique (10 familles pour accueillir enfants étrangers isolés sans autorité parentale)• Différents publics : personnes étrangères, français de Mayotte n'ayant pas accès à la CMU-C (affiliation à la CSSM)• Les quartiers prioritaires dans le cadre des politiques de la ville doivent être priorités : la mairie de St-Denis a initié la mise en place de quartiers de santé (projets ANRU)?	<ol style="list-style-type: none">1. Développer l'accueil familial pour les enfants étrangers isolés2. Prioriser l'action sur les quartiers prioritaires dans le cadre des politiques de la ville.

PRAPS 2 : une approche en 3 axes

Une stratégie en 3 axes s'est dessinée lors de ce premier atelier :

Les publics cibles et leurs besoins spécifiques à comprendre et à identifier

- Les jeunes en rupture et exclus du système scolaire
- Les personnes sans domicile : troubles psychiques, troubles addictifs
- Les personnes vieillissantes, isolées et précarisées
- Les personnes en situation irrégulière venues pour des raisons de santé
- Les femmes victimes de violences
- Les sortants de prison

Les portes d'entrées à identifier et à investir

- Les missions locales
- Les maisons des adolescents
- Les urgences hospitalières
- Les permanences d'accès aux soins
- Les clubs de sports
- Les équipes mobiles (addictologie, santé mentale)
- Les accueils de jour
- Les associations (Allons dehors)

Les approches innovantes à développer

- L'éducation par les pairs
- Aller-vers
- Mobilisation communautaire (exemple : Ateliers Imagine)
- Maillage territoriale entre les acteurs
- Approches complémentaires Réunion/Mayotte

La santé des plus démunis

Les publics prioritaires

Les jeunes en rupture d'hébergement et/ou exclus du système scolaire

Actions à mettre en œuvre	Projet ou dispositif déjà existant	Acteurs à mobiliser
<ol style="list-style-type: none">1. Mettre en place un suivi spécifique pour les jeunes sortant de l'ASE.2. Favoriser l'accès au logement : La sortie du logement est un facteur déclenchant d'exclusion et de précarité. L'accès au logement est une problématique majeure. Faire un zoom sur les 18-24 ans3. Intégrer les questions de santé dans les différents dispositifs	<ul style="list-style-type: none">• Le parcours santé jeunes (CGSS) pour les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire : ateliers santé pour travailler sur l'accès aux droits (orientations, suivi individualisé)• Accueil pour les jeunes majeurs de 18 à 21 ans (Conseil Départemental)• La garantie jeunes a doublé ses moyens d'accueil• Journées portes ouvertes (missions locales) visant à motiver les jeunes pour les accrocher dans un parcours.• Le PASEA (missions locales)• Prévention Pei avec éducateurs de rue (financés par les bailleurs) qui vont vers les publics	<ul style="list-style-type: none">• Missions locales• Ecoles de la seconde chance• CGSS• Conseil Départemental : ASE

Les personnes sans domicile atteintes de troubles psychiques ou addictifs (cumul de fragilités)

Actions à mettre en œuvre	Projet ou dispositif déjà existant	Acteurs à mobiliser
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer la possibilité d'accéder au logement de manière inconditionnelle (exemple : housing first) 2. Développer l'accompagnement individualisé des personnes atteintes de troubles psychiques, notamment les cas complexes (de type gestion de cas MAIA) 3. Développer des systèmes de pair-aidance qui permettrait de renforcer les capacités des personnes : des expérimentations existent dans le domaine de la santé mentale. Les personnes doivent être formées et deviennent des « médiateurs » (peuvent être rattachées aux associations ou aux institutions de soins). Le pair aidant a une expérience du dispositif et a été formé. <ul style="list-style-type: none"> • Point de vigilance vis-à-vis de l'aller vers : stratégies d'évitement de la part des publics 	<ul style="list-style-type: none"> • Le CCAS a un rôle d'identification des SDF sur le territoire ; • L'équipe mobile psychiatrique a un cadre d'intervention tourné vers l'accès aux soins de droit commun ; • Action de structuration de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé à travers un comité de pilotage : construction de partenariats/procédures avec les partenaires du réseau. Dans l'Ouest, coordination des acteurs du primo-accueil autour de la PASS. Dans le Sud, plus forte utilité des consultations externalisées. Les réponses sont différentes en fonction du territoire. • Les cas complexes demandent une coordination entre les acteurs du sanitaire et du médico-social. Cette coordination demande une implication de la personne. Le SIAO organise des réunions de cas complexes auxquelles les bénéficiaires sont invités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe mobile addictologie du réseau OTE (Nord-Sud) • Equipe mobile psychiatrie (Nord, Est, Ouest) rattachée à l'EPSMR • La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (Médecin, AS, infirmier) • Boutiques solidarités • Antennes locales de la croix rouge • CCAS • Association Allons Dehors • Bailleurs • Service sociale du Centre Hospitalier • Le SIAO • EMMAUS Grand Sud • LHSS et CHRS/CHAU

Les personnes vieillissantes, isolées et précarisées (cumul de fragilités)

Actions à mettre en œuvre	Projet ou dispositif déjà existant	Acteurs à mobiliser
<ol style="list-style-type: none"> 1. Développer l'hébergement temporaire d'urgence pour les SDF en perte d'autonomie 2. Développer l'aller vers pour les personnes âgées isolées au niveau communal (personnes âgées non identifiées par la commune qui atterrissent subitement aux urgences) 3. Mobiliser les jeunes dans le cadre des politiques d'insertion pour faire du repérage et des visites au domicile des personnes âgées isolées et précarisées 4. Lutter contre l'habitat insalubre et l'inadaptation des logements 5. Développer la coordination autour des sorties d'hospitalisation pour faciliter les retours au domicile (coordination, adaptation du logement, etc.) et mobiliser des familles d'accueil en sortie d'hospitalisation 6. Lutter contre la maltraitance chez les personnes âgées isolées : maltraitance physique, maltraitance financière, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • La MAIA est porté par France Alzheimer à la Réunion (une 4^{ème} MAIA sur le territoire EST a partir d'aout) - Méthode d'action et d'intégration dans le champ de l'autonomie. Déclenchement de gestion de cas pour les cas complexes. Organisation des tables tactiques et stratégiques. • Dispositif PROXIVIGIE avec la Poste (CCAS Saint-Benoit) : le « facteur alerte » fait des visites à domicile chez les personnes isolées ; Egalement VAD auprès des PHandicapées. Portage de repas. • CGSS : prestation unique de sortie d'hospitalisation – programme expérimenté avec le CHU Sud. • A Mafate, visites à domicile d'accès aux droits. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 MAIA en lien avec les professionnels : infirmiers libéraux, hôpitaux, ESSMS, PASS... • CCAS • Conseil départemental

Santé sexuelle et reproductive

Les femmes victimes de violence et les grossesses chez les mineurs

Actions à mettre en œuvre	Projet ou dispositif déjà existant	Acteurs et approches
<ol style="list-style-type: none">1. Nécessité de mettre en place un accompagnement spécifique pour les jeunes mères : enjeu de réinsertion sociale.2. Généralisation d'actions locales autour de la parentalité.	<ul style="list-style-type: none">• Dans le cadre du Plan pluriannuel de la lutte pauvreté et de l'inclusion sociale, le CCAS de Saint-Benoit mène une action sur la grossesse chez les mineurs. Action expérimentale pour les 12-15 ans dans le cadre des politiques de la ville : travail sur la libération de la parole dans le contexte intrafamilial. Action menée dans le cadre des ateliers parentalité, ateliers de santé.• Lycée de Bellevue a ouvert des crèches pour les mères mineurs	<ul style="list-style-type: none">• CCAS• DJSCS• Lycées• CAF• AFET • Prévention primaire • Ateliers parentalité

Les sortants de prison

Public non prioritaire pour le PRAPS

Actions à mettre en œuvre	Projet ou dispositif déjà existant	Acteurs à mobiliser
<ul style="list-style-type: none">• Accès aux soins facilité pendant l'incarcération : la difficulté se situe à la sortie de l'incarcération.• Selon les participants, les sortants de prison ne constituent pas nécessairement un public cible du PRAPS. Il faut renvoyer aux dispositifs existants.• Nécessité de faire un état des lieux des problématiques de santé rencontrées par ce public.	<ul style="list-style-type: none">• Accueil et accompagnement de ce public par le CCAS• Conventions SPIP/SIAO/ «Allon Deor » pour faciliter l'accès à l'hébergement	<ul style="list-style-type: none">• CCAS• Services communaux• SPIP• DJSCS• SMPR• UCSA• Association « Allon Deor »

Personnes migrantes pour raisons de santé

Public non prioritaire pour le PRAPS

Constats Actions à mettre en œuvre	Projet ou dispositif déjà existant	Acteurs à mobiliser
<ul style="list-style-type: none">• Populations peu rencontrées par les services (Equipe Mobile)• Personnes en situation régulière qui viennent de l'Océan Indien et personnes irrégulière (Mayotte, Comores, Maurice, Madagascar, etc.)• Barrière de la langue, de l'hébergement, barrière culturelle : accompagnement qui n'est pas toujours adapté.• Patients avec des durées de séjours longues en hospitalisation du fait des problématiques de retours : nécessité d'un état des lieux• Environ 1000 EVASAN par an.• Problématique des mineurs étrangers isolés• Le PASS accueille de nombreuses personnes en situation irrégulière.	<ul style="list-style-type: none">• Hébergement extra-hospitalier dans le cadre d'une convention CH/Associations : financement de nuitées/repas pour des publics EVASAN (situation régulière ou irrégulière) passage de 20 à 100 places d'ici la fin de l'année.• Mobilisation de familles d'accueil mahoraises pour accueillir des patients mahorais.	<ul style="list-style-type: none">• PASS• CCAS• CH