



**PROGRAMME REGIONAL D'ACCES À LA
PREVENTION ET AUX SOINS EN FAVEUR DES
PERSONNES LES PLUS DEMUNIES – PRAPS -**

Nov 2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Historique des PRAPS	3
Bilan des PRAPS Antérieurs	4
Définition et typologies repérées des freins à l'accès aux droits et aux soins	6
Spécificité de la Région Guadeloupe	7

Axe 1 : FACILITER L'ACCES AUX DROITS COMMUNS

<i>Action 1 : Fluidifier le circuit d'ouverture des droits et d'accès aux soins en particulier des détenteurs de CMU, CMU-C et AME</i>	9
<i>Action 2 : Optimiser et finaliser le dispositif des PASS</i>	10
<i>Action 3 : Soutenir le CISS dans son rôle d'information des usagers et favoriser l'accès aux informations</i>	11

Axe 2 : PRIORISER LES ACTIONS MENEES PAR L'ARS SOUS L'ANGLE DE LA LUTTE CONTRE LES INEGALITES

<i>Action 4 : Orienter les actions menées plus spécifiquement en direction des publics précaires et des problématiques qui les concernent directement.</i>	13
<i>Action 5 : Organiser et renforcer l'offre de soins</i>	18

TABLEAU DE SYNTHESE	21
----------------------------	-----------

INTRODUCTION

Historique des PRAPS

Les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (P.R.A.P.S.) favorisent, au sein de chaque région, une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

Créés par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, rendus obligatoires par celle du 9 août 2004 relative à la santé publique, les PRAPS ont vocation à s'intégrer dans les Projets régionaux de santé.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dispose que :

Le projet régional de santé est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région,
- de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale,
- de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Selon le décret du 18 mai 2010, relatif au PRS, les programmes (notamment les PRAPS) prévoient les **actions et les financements**. Ils déterminent les **résultats attendus**, les **indicateurs** permettant de mesurer leur réalisation et le **calendrier** de mise en œuvre des actions prévues. Ils fixent également les **modalités de suivi et d'évaluation** de ces actions (art. R. 1434-7 du code de la santé publique).

Le PRAPS traverse l'ensemble du PRS. Il ne doit pas être compris comme la déclinaison du seul schéma régional de prévention puisqu'il s'attache au parcours de santé des personnes précaires.

Il doit permettre de dégager des solutions visant à lutter contre les inégalités de santé en facilitant l'accès aux droits, aux soins et à la prévention aux personnes qui en sont les plus éloignées.

Bilan des PRAPS antérieurs

La première génération de PRAPS : période 2000-2002.

L'analyse critique de la mise en œuvre de ce premier PRAPS repose sur la recherche de la pertinence de ce dispositif par rapport aux publics ciblés, aux professionnels concernés et aux actions en adéquation avec les objectifs.

Pertinence du PRAPS au regard des publics ciblés :

Points forts : la mise en œuvre du PRAPS a permis de mobiliser très fortement l'ensemble des acteurs locaux sur les publics en grande marginalité en Guadeloupe. Mobilisation notamment à travers une convention-cadre de lutte contre les exclusions, signée entre l'Etat et les partenaires institutionnels locaux.

Le plan d'action qui en découle a permis de mobiliser tous les acteurs du champ social et sanitaire ;

Points faibles : les autres publics ont été délaissés. A titre d'exemples, certaines actions spécifiques aux jeunes n'ont pas été poursuivies : actions de soins bucco-dentaires (1997-2000), fermeture de « Point Ecoute Jeunes » de Basse-Terre ; il n'y a pas eu de suivi particulier des publics vulnérables quant à l'emploi et aux droits sociaux.

Pertinence du PRAPS par rapport aux professionnels :

Points forts : réelle sensibilisation des acteurs du social et mobilisation du monde associatif concrétisées, notamment, par la réalisation de l'annuaire régional des acteurs locaux du sanitaire et du social participant à la lutte contre les exclusions ; outil ayant permis l'accès à l'information de tous les professionnels et bénévoles.

Points faibles : difficulté à mobiliser les structures sanitaires, en particulier les centres hospitaliers et les professionnels de santé. La coordination entre les acteurs de terrain et le travail en réseau des professionnels du sanitaire et du social pour une meilleure efficacité d'une prise en charge de la personne a été quasi inexistante

Pertinence des actions par rapport aux objectifs :

L'accès aux droits : la Couverture Maladie Universelle (CMU) : les difficultés d'accès aux droits soulevées lors de la préparation du PRAPS 1 ont trouvé une réponse dans la mise en œuvre de la CMU à compter du 1^{er} janvier 2000 et de la CMU complémentaire. Cependant, les délais de traitement (du jour de la réception de la demande à sa date de traitement) par la CGSS étaient de 58 jours en mai 2002. Par ailleurs, de nombreuses personnes demeuraient encore exclues du dispositif, à savoir : les étrangers, les personnes en situation d'illettrisme, les sans domicile fixe et les détenus sortant de prison.

L'accès à la prévention et aux soins : la mobilisation du secteur associatif a permis de créer des espaces offrant aux populations exclues des conditions d'accès aux soins et à la prévention. Cependant, l'absence de volonté des acteurs concernés n'a pas rendu possible la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) au sein des centres hospitaliers de Pointe-à-Pitre /Abymes, de Basse-Terre et de Saint-Martin.

Cohérence entre le PRAPS et les dispositifs existants :

Les objectifs du PRAPS préconisaient que la prise en compte des plus démunis puisse apparaître dans les SROS, dans certains PRS (VIH/SIDA, alcool) et plans départementaux tels que le schéma des personnes handicapées, le programme de lutte contre la toxicomanie. Or, il a été observé davantage une juxtaposition des dispositifs, sans articulation ni liens entre eux. En conséquence, les acteurs sont sollicités pour plusieurs dispositifs simultanément et s'essouffent en voulant y participer. Par ailleurs, le Comité Régional des Politiques de Santé n'a pu asseoir son autorité de garant de la cohérence des politiques de santé dans la région.

Le PRAPS de deuxième génération : période 2003-2006.

Le plan d'action a été élaboré en tenant compte, d'une part, des résultats du questionnaire d'évaluation du PRAPS 2000-2002 et, d'autre part, des orientations et des propositions faites par trois groupes de travail composés des différents acteurs et partenaires institutionnels, associatifs issus du milieu sanitaire, social et médico-social.

Décliné autour de trois axes : Adapter les services de soins, de prévention et de promotion de la santé aux besoins des personnes en situation de précarité – Améliorer les conditions d'accès aux droits – Développer les démarches de prévention, créer les conditions d'une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les plus démunis.

Les réalisations positives ont été :

- la création des PASS du CHBT et de l'hôpital de Saint Martin
- la création d'un réseau social santé par la CGSS afin de faciliter l'accès à la CMU
- Le suivi social individualisé de jeunes en grande déshérence
- Le dispositif PARADS (pôle d'accueil en réseau pour l'accès aux droits sociaux)
- Les journées santé précarité regroupant les acteurs de la précarité
- Les formations spécifiques à la problématique précarité
- La réalisation d'outil spécifique à destination des populations précaires

Les points faibles ont été :

- Le financement partiel, ponctuel ou inexistant permettant la mise en place ou la poursuite des actions engagées
- L'essoufflement des acteurs sur la durée
- La non participation des usagers

Trois observations principales pourraient être faites suite à la réalisation partielle de ce PRAPS :

- Il est indispensable de mettre en adéquation le programme d'actions et les moyens de financement possibles
- le PRAPS devrait être transversal par rapport à l'ensemble des PRS : comment s'assurer que les personnes exclues sont en capacité d'accéder à la prévention et aux soins dans chaque PRS ? Quels sont les moyens à mettre en œuvre dans chaque PRS pour leur permettre d'y accéder ?

Définition et typologies repérées des freins à l'accès aux droits et aux soins :

Définition du public précaire ou démun : groupe non homogène allant de la personne totalement désocialisée à la personne renonçant à des soins pour des raisons financières ou qui se voit refuser l'accès aux soins de la part de certains professionnels.

La personne démunie ou précaire est donc celle qui cumule les désavantages en terme de revenus, de logement, d'emploi et qui voit ainsi diminuer sa capacité à accéder au système de soins de droit commun.

L'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale donne une définition de la précarité : « La précarité, c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment ».

Les freins liés aux conditions de vie et aux évènements de vie des personnes :

Pour les personnes en difficulté sociale et/ou économique, la santé n'est pas une priorité et passe après d'autres problèmes plus immédiats comme le logement ou les difficultés financières.

Les freins économiques à l'accès aux soins et à la prévention

La méconnaissance de la part des personnes sur les droits sociaux est accentuée chez les personnes en situation de précarité et peut conduire à un refus de soins.

Les freins liés aux professionnels

Le déficit en professionnels de santé sur certains territoires en particulier médecins libéraux rend plus difficile l'accès aux soins de premier recours.

Les freins liés aux dispositifs institutionnels

Le manque de connaissance réciproque des acteurs sociaux et de santé sur un territoire et du périmètre de leur intervention diminue l'efficacité de l'action de chacun d'entre eux auprès du public en difficulté.

Certains dispositifs gagneraient à être regroupés limitant ainsi les difficultés d'accès dû aux problèmes de transports.

Spécificité de la région Guadeloupe

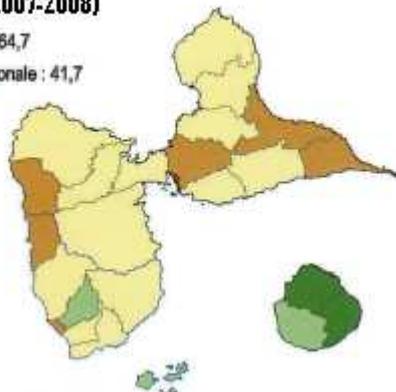
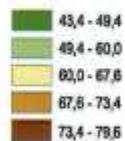
Le système de santé est porteur à 20% de l'état de santé de la population. Le reste dépend de facteurs environnementaux ou individuels. La Guadeloupe cumule les indicateurs négatifs influant directement sur l'état de santé de la population.

Cartographie de certains marqueurs de précarité

Nombre d'allocataires pour 100 ménages, toutes allocations confondues (2007-2008)

Taux Guadeloupe : 64,7

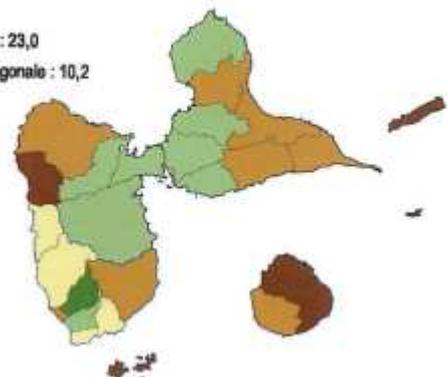
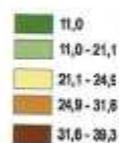
Taux France hexagonale : 41,7



Sorties du système scolaire pas ou peu diplômés pour 100 personnes de 20 à 29 ans en 2006

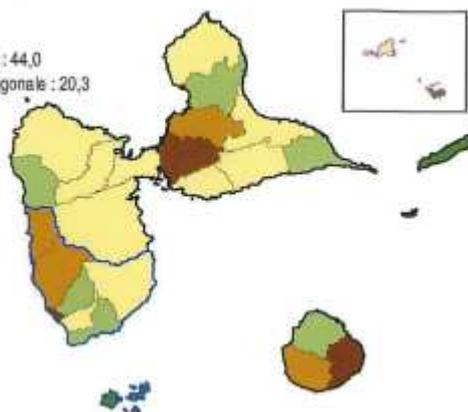
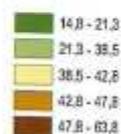
Taux Guadeloupe : 23,0

Taux France hexagonale : 10,2



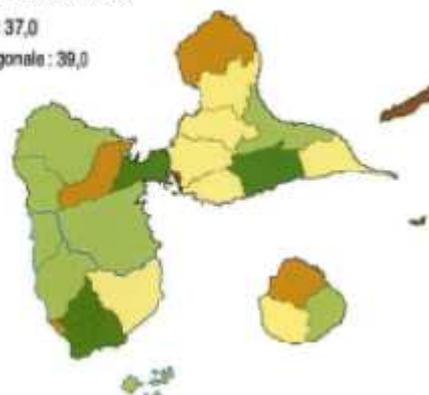
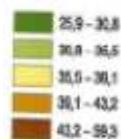
Familles monoparentales ayant des enfants de 0 à 24 ans en 2006

Taux Guadeloupe : 44,0
Taux France hexagonale : 20,3



Nombre de personnes de 75 ans ou plus vivants seules à domicile pour 100 en 2006

Taux Guadeloupe : 37,0
Taux France hexagonale : 39,0



Ces quelques indicateurs montrent la spécificité d'un territoire ou le PRAPS concerne plus de la moitié de la population et l'intégralité du territoire. (Données complètes sur le site de l'ORSaG: <http://www.orsag.org/index.php/Etudes#>)

Aussi, le PRAPS 2012 - 2016 s'attachera à couvrir l'ensemble du territoire et de la population en privilégiant les actions structurantes et transversales, en mettant en lumière l'ensemble des dispositifs portés par les différents schémas du PRS qui ont vocation à répondre aux besoins spécifiques des populations les plus démunies.

Axe 1 : Faciliter l'accès aux droits communs

Action 1 : Fluidifier le circuit d'ouverture des droits et d'accès aux soins en particulier des détenteurs de CMU, CMU-C et AME.

Action 1 – 1 Fluidifier le circuit d'ouverture des droits

Contexte et enjeux

La convention d'objectifs et de gestion (COG) entre la CNAMTS et l'Etat pour la période 2010-2013 constitue le cadre de référence privilégié de la coopération de l'assurance maladie avec l'Etat pour relever des défis importants et en particulier garantir à tous l'accès aux soins.

La COG prévoit en effet que l'Etat et l'Assurance Maladie veilleront à permettre à tous d'accéder à des soins de qualité. Aujourd'hui, certains patients rencontrent des difficultés d'accès aux soins tant pour des raisons financières que pour des raisons inhérentes à la répartition territoriale de l'offre de soins.

Malgré l'attention portée aux assurés les plus fragiles, en particulier les mécanismes destinés à augmenter le taux de couverture complémentaire (la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 1999 et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2004), ceux-ci rencontrent encore des difficultés d'accès aux droits et des difficultés financières d'accès aux soins.

Modalité de mise en œuvre

- Mise en place d'un comité de suivi : composé de l'ARS et la CGSS
- Calendrier : Mise en place courant deuxième semestre 2012 – Prévoir une réunion par trimestre
- Objectif : Recueillir les points de blocage auprès des usagers et des offreurs de soins afin de protocoliser les solutions à apporter – Développer l'information dans les établissements de santé pour aider à l'ouverture de droits – Renforcer la collaboration entre la CGGS – l'ARS et les offreurs de soins
- Indicateurs de résultat :
 - 2013 : Installation du comité de suivi + tenue des réunions
 - 2014 et années suivantes : nombres de protocoles ou de situation débloquée.
- Financement : sans objet

Action 1 – 2 Faciliter l'accès aux professionnels libéraux pour les détenteurs de la CMU, CMU-C et AME.

Contexte et enjeux

Chez certains professionnels, les dépassements d'honoraires élevés et leur caractère difficilement prévisible peuvent parfois constituer de véritables barrières à l'accès aux soins. La persistance des renoncements aux soins démontre la nécessité de poursuivre les efforts en la matière.

Modalité de mise en œuvre

- Formaliser les rencontres URPS, CGSS et ARS et intégrer cette question dans les échanges.
- Calendrier : Rencontres des URPS dès le premier trimestre 2012
- Objectif : Mettre à jour les freins à la prise en charge des personnes précaires par les professionnels libéraux.
- Indicateur de résultat :
 - 2012 : Recensement avec les URPS des freins à la prise en charge des détenteurs de carte CMU , CMU-C et AME.
 - 2013 et années suivantes : Plan d'action à dérouler
- Financement : sans objet

Action 2 : Optimiser et finaliser le dispositif des PASS

Contexte et enjeux

Conformément à la loi d'orientation n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions des permanences d'accès aux soins de santé existent dans toutes les régions. Ainsi « les établissements publics de santé et les établissement de santé privés assurant une ou plusieurs missions de service public, mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès aux soins de santé et à la accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ».

Modalité de mise en œuvre

- Réaliser un bilan évaluation des PASS du CHBT et de l'Hopital de Saint Martin à intégrer au programme d'inspection et contrôle (PRICE) de l'ARS.
- Installer la PASS du CHU
- Financement déjà prévu dans le cadre des MIGAC

Action 3 : Soutenir le CISS dans son rôle d'information des usagers et favoriser l'accès aux informations

Action 3-1 Soutenir le CISS dans son rôle d'information des usagers

Contexte et enjeux

L'état des lieux qui a présidé à la définition des priorités du PRS a mis en lumière à de nombreuses reprises un défaut de connaissance par les usagers de leurs droits et de l'offre de soins existants.

Le CISS, collectif interassociatif sur la santé a pour objet:

- D'informer les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- De former des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- D'Observer en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes, et ce quelle que soit la structure.

Ce collectif s'est nouvellement créé en Guadeloupe, il rassemble fin 2011, 15 associations.

Modalité de mise en œuvre

Dans le cadre d'une convention, l'ARS viendra soutenir l'action de ce collectif dans le but d'améliorer auprès de l'ensemble des usagers mais plus particulièrement en direction des publics précaires la connaissance des dispositifs existants.

Pour 2013 :

- Faire connaître le CISS au grand public
- Faire connaître le numéro d'appel national (prix d'un appel local) dans un premier temps aux professionnels des CCAS permettant d'obtenir l'intégralité des informations juridiques concernant les droits existants.
- Financement du CISS prévu sur l'enveloppe prévention de l'ARS (30 000 € annuel)

Action 3 – 2 Favoriser l'accès pour les usagers aux informations

Contexte et enjeux

Notre archipel est confronté à plusieurs entraves à la bonne circulation de l'information :

- La barrière de la langue en particulier sur Saint Martin mais pas exclusivement.
- La nécessité parfois de créoliser les supports afin de permettre une appropriation
- Le problème de l'analphabétisme

Modalité de mise en œuvre

- Faciliter l'accès à l'interprétariat aux structures recevant du public.
- Poursuivre l'édition de certains supports en langue anglaise, espagnole pour Saint martin, Créole et créole haïtien pour la Guadeloupe continentale.
- Financement : intégré au contrat d'objectif de l'IREPS.

Axe 2 : Prioriser les actions menées par l'ARS sous l'angle de la lutte contre les inégalités

Actions 4 : Orienter les actions menées plus spécifiquement en direction des publics précaires et des problématiques qui les concernent directement.

Certaines thématiques sont plus que d'autres associées au fait d'être en situation de précarité.

C'est le cas pour :

4 – 1 : Action spécifique Précarité et obésité

Contexte et enjeux

L'obésité représente aujourd'hui un problème de santé publique majeur et commun à de nombreux pays et tout particulièrement en Guadeloupe. Cette maladie augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies et a un fort retentissement sur le bien-être psychosocial des individus. Elle résulte le plus souvent d'interactions entre des facteurs génétiques, des facteurs liés au développement *in utero* et des facteurs environnementaux, comportementaux et psychosociaux.

Modalités de mises en œuvre

- Former, sensibiliser les acteurs de la banque alimentaire, les responsables de la restauration scolaire dans les collectivités locales, des professionnels du champ social, CCAS, de la politique de la ville CUCS sur le lien entre précarité et obésité.
- Développer des actions d'éducation nutritionnelle et de promotion de l'activité physique tels les écoles carambole et les parcours sportifs santé sécurisés, plus particulièrement avec les intervenants agissant auprès des populations précaires.
- Calendrier :
Dès 2012 : début du déploiement des écoles carambole sur les cycles CM1-CM2 sur l'ensemble du territoire – Assurer une formation sur le lien alimentation précarité – accompagner la mise en place des parcours sportifs.
2013 et suivants : poursuite des actions.

- Financement : 160 000 € / an pendant 4 ans pour le déploiement des écoles carambole sur l'enveloppe prévention de l'ARS – Financement formation alimentation précarité intégré au contrat d'objectif de l'IREPS (15 000 € annuel) – Accompagnement parcours sportifs (50 000 € en 2012).

4 – 2 : Action spécifique Précarité et santé sexuelle

Contexte et enjeux

Dans une étude publiée en février 2010, « Processus de décision en matière de procréation chez les femmes vivant avec le VIH dans les territoires français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin »¹ il est mis en évidence que la prévention, la prise en charge des femmes pendant et en dehors de la grossesse, et le suivi de leurs enfants se heurtent encore à plusieurs obstacles :

- la précarité administrative et socio-économique d'un grand nombre de patientes étrangères, renforcée par une législation d'exception et des pratiques administratives discriminatoires,
- l'exclusion sociale des personnes atteintes, qui freine l'accès au dépistage, l'accès aux soins, la prévention et la négociation de pratiques sexuelles à moindre risque,
- une inégalité des rapports de genre, qui ne permet pas aux femmes infectées ou non infectées de maîtriser leur vie sexuelle et reproductive ni de négocier l'utilisation du préservatif.

Modalités des mises en œuvre :

- Réactiver la commission régionale de la naissance
- Réactiver le réseau périnatalité
- Renforcer la coordination grâce à la Commission de Coordination des Politiques de Prévention
- Former et sensibiliser les professionnels travaillant dans les MECS et Mission locale à la santé sexuelle et au rapport de genre.
- Travailler avec les médecins et sages femmes libéraux pour améliorer le repérage des femmes en situation de précarité et nécessitant une prise en charge renforcée voire coordonnée avec le service de la PMI.
- Calendrier :

Dès 2012 : Réactivation de la CRN et du réseau – Début des formations des professionnels des MECS et Mission Locale dans le cadre du pôle de compétence.

¹ DFA Carde E., Pourette D., « Processus de décision en matière de procréation chez les femmes vivant avec le VIH dans les territoires français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin », Rapport de recherche, Fondation de France/ANRS, LISST-CERS, février 2010.

2013 et suivantes : programme à construire en fonction des recommandations qui seront faites par la CRN en particulier.

- Financement : formations faites dans le cadre du pôle de compétence, pas de surcoût de mise en œuvre – Financement du réseau sur l’enveloppe FIR gérée par l’Agence de Santé.

4 – 3 : Action spécifique Précarité et psychiatrie

Contextes

Les 2 équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) au CHU et CHM – dont le cadre d’action a été défini par la circulaire du 23 novembre 2005 – ont pour particularité « d’aller vers » leurs publics, puisqu’elles interviennent directement au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les accompagnent. Leur première mission vise l’identification des besoins non repérés ou non pris en charge dans les dispositifs de droit commun, afin d’envisager l’orientation, les modalités d’accueil et l’aménagement de compétences spécifiques en faveur de ces publics. Elles peuvent ainsi suivre dans leurs parcours de soins les personnes défavorisées, mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale des personnes qu’ils accompagnent.

Modalités des mises en œuvre :

- Faire un bilan des actions menées jusqu’alors.
- Etablir ensuite les modalités de recueil et de suivi des actions mises en œuvre.
- Financement : Intégré au contrat d’objectif ARS / ORSaG pour le point du bilan ; enveloppe soins pour le financement des EMPP.

4 – 4 : le problème spécifique des personnes incarcérées

Contexte et enjeux

Les données épidémiologiques nationales disponibles sur les populations incarcérées montrent plusieurs problèmes majeurs à considérer en priorité dans la politique sanitaire ou sociale en milieu fermé : la santé mentale, les addictions, les maladies infectieuses, la santé bucco dentaire et la question de la couverture sociale à la sortie de détention.

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la médecine en prison relève du ministère de la santé et non plus du ministère de la justice, à l'exception de la direction de 2 grands hôpitaux pénitentiaires.

Deux structures se partagent la responsabilité de la médecine en prison, chacune rattachée à un service ou à un pôle hospitalier de proximité : Les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) et les Services Médico Psychologiques Régionaux (SMPR)

Les UCSA : prennent en charge les problèmes somatiques. Leur mission s'organise autour de quatre grands axes : Les soins en milieu pénitentiaire c'est à dire l'ensemble des prestations de médecine générale, les visites et consultations médicales y compris la visite médicale d'entretien, l'organisation des soins en milieu hospitalier, la préparation du suivi sanitaire à la sortie, en coordination avec le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé en coordination avec les partenaires concernés (ARS, conseil général, CSAPA centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, associations...), les actions de prévention permettent entre autres, le dépistage des maladies transmissibles, les vaccinations.

Le SMPR assure la prise en charge psychiatrique.

En Guadeloupe, l'ouverture du centre pénitentiaire de Baie Mahault a permis d'appliquer la réforme de 1994, rattachant les soins aux détenus au régime général de la sécurité sociale et créant :

- Deux UCSA chargées des soins somatiques qui sont des unités fonctionnelles du CHU et du CHBT.

Pour le centre pénitentiaire de Baie Mahault : l'UCSA est rattaché au service des urgences du CHU

Pour la maison d'arrêt de Basse Terre : l'UCSA rattaché au service de médecine B du CHBT

Il est à noter que plusieurs personnels soignants ont suivi la formation du D.U. de toxicologie organisée par le CHU de Fort de France.

- Un SMPR : sa mission est d'assurer les soins psychiatriques.

Cette unité intra carcérale du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a été créée par arrêté du préfet de Guadeloupe en février 1997. Elle est rattachée au centre hospitalier de Montéran,

Le SMPR est l'une des unités fonctionnelles du pôle de psychiatrie légale du centre hospitalier de Montéran composé de :

L'unité de consultation de Baie Mahault

L'antenne de la maison d'arrêt de Basse Terre

L'Unité d'hospitalisation de jour (en attente de personnel pénitentiaire pour ouverture)

L'espace d'accompagnement psycho légal, consultation extra pénitentiaire permettant le relais à la libération avec les secteurs de psychiatrie générale, de recevoir les familles de personnes détenues et de réaliser certaines missions relatives aux injonctions et obligations de soins.

Le centre de ressources des auteurs de violences sexuelles (ouverture prévue décembre 2011)

D'une part, il existe un réel besoin de connaissance de la santé des détenus et

D'autre part, les faiblesses des coordinations entre l'administration pénitentiaire (SPIP), Les UCSA et le SMPR et les intervenants extérieurs nuisent à la prise en charge des personnes détenues.

Modalités des mises en œuvre :

- Mettre en œuvre une étude sur la santé observée en détention
- Définir des modalités de coordination et d'organisation afin de clarifier les rôles des différents intervenants pour une prise en charge sanitaire adaptée des personnes détenues. Cf. L'instruction 2010/390 du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention.
- Concernant les personnes détenues, leur affiliation au régime général d'assurance maladie doit intervenir le plus rapidement possible lors de l'incarcération, afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » prévoit des actions pour optimiser les conditions d'accès aux droits au début de la détention et mettre en place, avant la sortie, les modalités nécessaires pour éviter les situations de ruptures de droit et assurer la continuité de la prise en charge. Une procédure a d'ores et déjà été mise en place par la CGSS, il conviendra de la poursuivre.
- Financement : ces services sont d'ores et déjà financés dans le cadre des enveloppes hospitalières.

Actions 5 : Organiser et renforcer l'offre de soins

Il s'agira d'optimiser les structures et services déjà existants dans les champs du soins, du médico-social et de la prévention.

5 - 1 : les lits halte soins santé (LHSS)

Les LHSS offrent une prise en charge médico-sociale temporaire globale à des personnes sans domicile qui ont besoin de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation. Les LHSS sont des établissements médico-sociaux au sens du 9° du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ils ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. Au cours du séjour, une solution pour la sortie doit être recherchée : logement ordinaire, appartement de coordination thérapeutique, maison relais, centre d'hébergement et de réinsertion sociale. La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie et de la possibilité d'une solution pour la sortie.

Financés sur l'ONDAM médico-social, 900 lits ont été créés au 31 décembre 2010. Il est prévu la création de 100 lits supplémentaires en 2011

8 LHSS ont été autorisés mais non installés à l'association Saint Vincent de Paul.

Modalités des mises en œuvre :

- Il conviendra d'accompagner l'association dans sa recherche de site d'implantation.
- Financement : crédit prévu sur l'enveloppe médico-social gérée par l'Agence régionale de Santé

5 - 2 : Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a permis de pérenniser le dispositif national des appartements de coordination thérapeutique qui permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins des malades du SIDA, mais aussi à des personnes atteintes de pathologies chroniques sévères (cancers, hépatites chroniques évolutives...) qui ne pouvaient en bénéficier auparavant.

Il existe 12 lits pour la Guadeloupe continentale et 8 pour les îles du Nord.

Modalités des mises en œuvre :

- Evaluation du dispositif actuel, taux d'occupation...
- Il conviendra d'ouvrir ces lits pour l'instant dédiés aux personnes atteintes du VIH à d'autres pathologies.
- Financement : crédit prévu sur l'enveloppe médico-social gérée par l'Agence régionale de Santé

5 – 3 : Les services médico- sociaux en charge des addictions

- Créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les **CSAPA** (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psycho actives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Ils assurent :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation,
- la réduction des risques associés à la consommation de substances psycho actives,
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

- Créés par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et dont les missions ont été fixées par décret du 19 décembre 2005, les **CAARUD** (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) sont des établissements médico-sociaux dont les missions sont de prévenir ou de réduire, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho actives (alcool, médicaments...). Ils visent ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques.

Modalités des mises en œuvre :

- A l'instar de ce qui est préconisé pour l'ensemble des services médico – sociaux intégrer dans les dialogues de gestion et/ou les contrats d'objectifs et de moyens, l'obligation de mener des actions aux titres de la prévention
- Financement : crédit prévu sur l'enveloppe médico-social gérée par l'Agence régionale de Santé.

5 – 4 : Le centre de santé du CHRS Saint Vincent de Paul

Le centre d'Hébergement et de réinsertion sociale de saint Vincent de Paul implanté à Pointe à Pitre reçoit en moyenne 2 000 personnes précaires par an. Le CHRS a, depuis 2006 dans le cadre du PRSP, bénéficié d'un accompagnement financier qui lui a permis d'offrir une prise en charge médicale de premier niveau et de travailler à l'ouverture des droits communs à un peu plus de 50 % de sa file active. Pour autant malgré un effort important de télétransmission à la CGSS, les nouveaux bénéficiaires et le temps d'ouverture de droits nécessitent un appui financier pour éviter toute rupture de prise en charge.

Modalités des mises en œuvre :

- Dans le cadre du travail CGSS – ARS, veiller à optimiser le temps d'ouverture des droits des usagers du CHRS, thématique pouvant être élargi à d'autres structures recevant des publics identiques.
- Financement : participation de l'ARS au centre de santé du CHRS pour l'accompagnement social d'ouverture de droits et coûts des actes de soins dans l'attente de cette ouverture.

Tableau non exhaustifs des actions pouvant être menées dans le cadre de la mise en œuvre du PRS et du PRAPS

Libellé	Partenaires	Financement	Indicateurs
Action 1 - 1 Fluidifier les circuits d'ouverture des droits	CGSS CRSA CISS Pole Offre de soins - Gestion du risque et Santé Publique ARS	Sans Objet	Installation groupe de travail Rencontres trimestrielles Compte rendu annuel d'activité
Action 1 -2 Faciliter l'accès aux professionnels libéraux	URPS CGSS Pole Offre de soins - Ambulatoire et Santé Publique ARS	Sans Objet	Installation groupe de travail Rencontres trimestrielles Compte rendu annuel d'activité
Action 2 Optimiser et finaliser le dispositif PASS	CHBT CH St Martin CHU Pole Offre de soins et Santé Publique ARS	Financement inscrit dans le cadre des MIGAC	Evaluation des deux PASS en activité Installation de la PASS du CHU
Action 3 – 1 Soutenir le CISS	CISS CRSA Pole santé publique ARS	30 000 € annuel fonds FIR - ARS	Suivi des actions menées par le CISS *
Action 3 – 2 Favoriser l'accès aux informations	CISS IREPS Pole santé publique ARS	Intégré au COM de l'IREPS	Suivi du contrat d'objectif passé + *
Action 4 – 1 Action spécifique précarité - obésité	Education nationale Collectivités DAAF – DJSCS - Associations ARS	160 000 € annuel Carambole + Appels à projets ciblées personnes précaires	Suivi de l'avancement du déploiement Carambole Nbr de bénéficiaires d'actions

<p>Action 4 – 2</p> <p>Action spécifique Précarité et Santé sexuelle</p>	<p>PJJ MECS Mission Locale URPS CRN – Réseau Périnat Pole Offre de soins et Santé Publique ARS</p>	<p>Formation rapport de genre – santé sexuelle : COM IREPS Pole de compétence</p>	<p>Suivi du contrat d’objectif passé avec l’IREPS et Pole de compétence + Réactivation effective CRN</p>
<p>Action 4 – 3</p> <p>Action spécifique Précarité et santé mentale</p>	<p>EMPP ORSAG Pole Offre de soins et Santé Publique ARS</p>	<p>Bilan population et actions menées dans la cadre du COM de l’ORSaG</p>	<p>Etude menée Modalités de recueil et de suivi établis</p>
<p>Action 4 – 4</p> <p>Actions spécifiques en direction des personnes incarcérées</p>	<p>UCSA SMPR SPIP Maison d’arrêt Centre pénitentiaire Pole Offre de soins et Santé Publique ARS</p>	<p>Etude sur la santé observée en détention COM ORSaG</p>	<p>Etude réalisée Protocolisation des coordinations entre les acteurs</p>
<p>Action 5 – 1</p> <p>Accompagner la mise en place des Lits halte soins santé</p>	<p>Saint Vincent de Paul Pole Offre de soins Médico Social ARS</p>	<p>Financement prévu sur l’enveloppe médico-sociale de l’ARS (297 000 € /an)</p>	<p>Ouverture effective</p>
<p>Action 5 – 2</p> <p>Renforcer le suivi des Appartements de coordination thérapeutiques</p>	<p>AIDES st MARTIN ARVHG Pole Offre de soins Médico Social ARS</p>	<p>Financement prévu sur l’enveloppe médico-sociale de l’ARS (environ 420 000 €/an)</p>	<p>Evaluation du dispositif et ouverture à d’autres pathologies chroniques que le VIH</p>
<p>Action 5 – 3</p> <p>Renforcer la coopération entre les Services médico-sociaux en</p>	<p>CSAPA CAARUD Pole Offre de soins Médico Social ARS</p>	<p>Financement sur l’enveloppe médico-sociale + FIR</p>	<p>Nombre d’actions de coopération entre services Mise au point d’une filière de prise en charge coordonnée</p>

charge des addictions			
Action 5 – 4 Poursuivre le soutien du Centre de santé du CHRS SVP	SVP CGSS Pole Santé Publique ARS	Financement 45 000 € / an enveloppe prévention ARS	Augmentation de la file active avec droits communs ouverts Augmentation de la télétransmission des actes à la CGSS

Soit 13 actions structurantes qui ont vocation à être déployées sur la durée du PRS.

Ces actions seront enrichies de celles menées par d'autres institutions, qui, dans le cadre de la commission de coordination des politiques de prévention pourront faire connaître leurs actions à destination de ces publics et permettre ainsi une meilleure visibilité de ce qui se fait et reste à faire.

Enfin, dans le cadre des échanges menés annuellement avec les conférences de territoires, la CRSA, des propositions d'actions pourront être faites afin d'enrichir ce programme.