

# PRAPS

PROGRAMME  
RÉGIONAL  
POUR L'ACCÈS  
À LA PRÉVENTION  
ET AUX SOINS  
DES PERSONNES  
LES PLUS DÉMUNIES

2018 ► 2023

# LE PROJET RÉGIONAL POUR L'ACCÈS A LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS) :

## UNE ATTENTION PARTICULIÈRE APPORTÉE AUX PERSONNES LES PLUS EN DIFFICULTÉ

---

Le Projet régional de santé (PRS) prend en compte la santé de l'ensemble des habitants de la région, y compris celle des publics en situation d'exclusion : il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ces enjeux sont repris dans le Cadre d'orientation stratégique (COS) et dans le Schéma régional de santé (SRS). C'est ainsi que les enjeux majeurs de prise en compte de la littératie en santé ou de médiation en santé, gages de meilleures relations entre les usagers et les professionnels, sont inscrits dans le SRS. En effet, la plupart du temps, ce qui bénéficie aux plus fragiles est positif pour l'ensemble de la population.

Le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est intégré au Projet régional de santé (PRS). Il permet un éclairage spécifique sur la situation des personnes les plus en difficulté vis-à-vis de la santé. Il compile dans un même document les questions spécifiquement relatives à un accès plus équitable à la prévention, aux droits, aux soins et aux accompagnements médico-sociaux des publics les plus éloignés des dispositifs de droit commun. Il existe depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998 et a connu un développement

qualitatif au fur et à mesure de ses renouvellements. Il constitue désormais le seul programme obligatoire au sein du Projet régional de santé (PRS).

Comme l'ensemble du PRS, il est par nature très transversal et intersectoriel. L'exigence de complémentarité et d'articulation des politiques publiques est encore plus grande car les ruptures de parcours impactent plus durement les publics en situation de précarité tout au long de leur vie. Ainsi, le PRAPS doit être porté par l'ensemble des directions de l'ARS et par l'ensemble des partenaires concernés, institutionnels, professionnels de santé, du secteur social, médico-social, usagers...

Son élaboration s'est appuyée sur un travail de bilan des PRAPS précédents et a fait l'objet de nombreuses concertations : séminaires de travail, rencontres bilatérales avec les principaux acteurs, rencontres avec des représentants d'usagers... mais il est impératif que sa mise en œuvre et son suivi soient également très collaboratifs.

Ses axes d'intervention prioritaires sont les suivants :

- Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités sociales de santé
  - Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous
  - Prendre en compte les personnes vulnérables dans chaque parcours de santé
  - Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers
-



# SOMMAIRE

<b>1. LE PÉRIMÈTRE DU PRAPS</b> .....	p. 4
■ Place du PRAPS dans le PRS	
■ Précarité et pauvreté	
■ Les publics du PRAPS	
<b>2. BILAN DES PRÉCÉDENTS PRAPS ET STRUCTURATION DU PRAPS 4</b> .....	p. 5
<b>3. LES AXES PRIORITAIRES DU PRAPS</b>	
<b>3.1</b> Un enjeu prioritaire de complémentarité et d’articulation des politiques publiques.....	p. 6
■ Mettre en œuvre des stratégies transversales	
■ Mieux observer les inégalités et évaluer le PRAPS	
<b>3.2</b> Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités sociales de santé .....	p. 10
<b>3.3</b> Faciliter l’accès aux droits et au système de santé pour tous .....	p. 12
■ L’accès aux droits	
■ L’accès au système de santé par des dispositifs passerelles : les PASS	
■ Le soutien des professionnels pour améliorer l’accès aux soins : les dispositifs de coordination	
■ Favoriser l’accès aux accompagnements médico-sociaux	
<b>3.4</b> Prendre en compte les personnes les plus vulnérables dans chaque parcours de santé et de vie.....	p. 21
■ Le parcours périnatalité et développement de l’enfant	
■ Le parcours de santé des enfants et des jeunes	
■ Le parcours psychiatrie et santé mentale	
■ Les parcours maladies chroniques	
■ Le parcours cancers	
<b>3.5</b> Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers .....	p. 33
■ Les personnes sans abri, hébergées ou mal logées	
■ Les personnes placées sous main de justice	
■ Les personnes migrantes	
■ Les gens du voyage	
■ Les personnes en situation de prostitution	
<b>GLOSSAIRE</b> .....	p. 44

# 1

## LE PÉRIMÈTRE DU PRAPS

### PLACE DU PRAPS DANS LE PRS

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 identifie spécifiquement les PRAPS au sein des PRS. En tant que programme transversal, le PRAPS 4 normand s'inscrit pleinement dans le PRS normand par des objectifs du PRAPS 4 convergents avec les objectifs opérationnels du Schéma régional de santé (SRS). Le PRAPS 4 est également décliné dans l'ensemble des parcours de santé et de vie prioritaires.

### PRÉCARITÉ ET PAUVRETÉ

La précarité est un processus de fragilisation économique, sociale et familiale, susceptible d'entraîner un glissement vers des situations plus durables de grande pauvreté ou d'exclusion (HCSP, 2009). La précarité est donc multidimensionnelle, avec un caractère relatif, progressif et réversible.

Ce caractère mouvant et multidimensionnel explique qu'il soit difficile de figer la notion de précarité au regard d'un champ unique de l'existence, les fragilités pouvant se cumuler (économique, sociale, culturelle...). La précarité englobe la notion de pauvreté, expliquant en partie « l'utilisation interchangeable dans le langage courant pour désigner les publics en difficultés sociales ou économiques » (Potvin L, 2010). Les concepts sont pourtant différents.

La définition européenne de la pauvreté adoptée par le Conseil des ministres de l'Union Européenne du 19 décembre 1984 considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vies minimaux acceptables ».

Ces définitions indiquent bien que le critère financier n'est pas le seul à intervenir, y compris dans la définition de la pauvreté.

### LES PUBLICS DU PRAPS

Les publics du PRAPS sont les personnes les plus précaires de notre société dont les personnes en situation de pauvreté. Les personnes ciblées par le PRAPS sont les plus éloignées du système de santé et de ce fait, présentent un état de santé plus dégradé que les personnes moins défavorisées.

Ce sont les personnes en situation de précarité :

- Contextuelle : quartiers politique de la ville, zones de revitalisation rurale à forte défavorisation sociale.
- Financière : bénéficiaires d'aides sociales (RSA, AAH, FSV) bénéficiaires des dispositifs légaux obligatoires en matière d'accès aux soins, personnes sous mandat de protection.
- Liée à leurs conditions de vie : sans abri, hébergées ou en situation de mal logement.
- Liée à l'emploi : difficultés d'accès à l'emploi (liée à une carence éducative, de qualification ou de diplôme), précarité professionnelle (contrats précaires et chômeurs de longue durée).
- Sociale : isolement social, fragilité sociale liée à l'âge ou croisement avec d'autres catégories.
- Spécifique : migrants, personnes placées sous main de justice, gens du voyage, personnes en situation de prostitution.

Les publics PRAPS, cumulant fréquemment des difficultés médico-psycho-sociales, sont des personnes en situation complexe entravant leur accès à la santé (principalement par un faible empowerment en santé, le renoncement aux soins et aux droits, le refus de soins).

La vulnérabilité particulière de certains publics se retrouve dans l'ensemble des parcours prioritaires de santé et de vie, populationnels et pathologiques chroniques.



# 2

## BILAN DES PRÉCÉDENTS PRAPS ET STRUCTURATION DU PRAPS 4

Les bilans des PRAPS de 3<sup>e</sup> génération des deux anciennes régions de Basse et de Haute-Normandie ont permis d'identifier des éléments à maintenir et à améliorer dans le PRAPS 4 normand. Ce sont des éléments de complémentarité, des éléments communs toujours d'actualité, et des éléments relevant de l'intersectorialité et de l'opérationnalité des PRAPS qui n'ont pas bien fonctionné. Sur la base de ces éléments, une nouvelle structuration du PRAPS 4 est proposée.

ÉLÉMENTS DE BILAN DES PRÉCÉDENTS PRAPS 3 BAS ET HAUT-NORMANDS	RÉPONSES APPORTÉES DANS LA NOUVELLE STRUCTURATION DU PRAPS 4 NORMAND
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de co-pilotage de certains axes de travail (en interne ARS et en externe) et un manque de communication avec certains partenaires</li> <li>• Structurations des PRAPS trop peu intégrées au reste des PRS normands</li> <li>• Lisibilité des PRAPS insuffisante et déclinaison opérationnelle parfois difficile</li> <li>• Objectifs ambitieux et trop nombreux, indicateurs imprécis ou difficiles à atteindre</li> </ul>	Axe 1 - Un enjeu prioritaire de complémentarité et d'articulation des politiques publiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des complémentarités sur « la prévention, promotion de la santé »</li> </ul>	Axe 2 - Agir sur les déterminants de santé et réduire les inégalités sociales de santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des complémentarités sur les droits (PLANIR, outils adaptés...) et l'accès aux soins (PASS, EMPP, coordination d'appui...)</li> <li>• Freins identifiés à l'accès aux droits et aux soins financiers et culturels</li> <li>• Méconnaissance des dispositifs existants d'accès aux droits et aux soins par le public concerné et par les professionnels</li> <li>• Multiplicité des acteurs, complexité des prises en charge, difficulté de coordination, méconnaissance par les professionnels des spécificités de certains publics</li> <li>• Mise en œuvre inégale des dispositifs</li> <li>• Les limites de l'accompagnement</li> </ul>	Axe 3 - Faciliter l'accès aux droits et au système de santé pour tous
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloisonnement des politiques, des acteurs institutionnels, associatifs et multiplicité des plans et des schémas des politiques publiques et locales</li> <li>• Des complémentarités sur la transversalité de l'approche santé avec les autres politiques publiques et locales</li> <li>• Les limites de l'accompagnement</li> <li>• Des complémentarités sur la formation des professionnels du social et de la santé</li> <li>• Complexité de la prise en charge et du parcours notamment pour les jeunes en grande difficulté et les personnes en souffrance psychique</li> </ul>	Axe 1 - Un enjeu prioritaire de complémentarité et d'articulation des politiques publiques Axe 4 - Prendre en compte les personnes les plus vulnérables dans chaque parcours de santé
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les populations spécifiques visées par le PRAPS (les personnes sans abri, mal logées ou hébergées, les personnes placées sous main de justice, les personnes migrantes, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution)</li> </ul>	Axe 5 - Prendre en compte les contraintes spécifiques de certains usagers

# 3

## 3. LES AXES PRIORITAIRES DU PRAPS

### 3.1 UN ENJEU PRIORITAIRE DE COMPLÉMENTARITÉ ET D'ARTICULATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

#### 3.1.1 METTRE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES TRANSVERSALES

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 1. DÉCLOISONNER LES POLITIQUES PUBLIQUES EN LIEN AVEC LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ AU PROFIT DES PUBLICS LES PLUS VULNÉRABLES

**Enjeu(x)** développer le partenariat et rendre efficient le travail en réseau :

- en région (articulation entre les différentes politiques publiques, sociales et de santé),
- sur les territoires de proximité par l'intermédiaire des coordinations (PTA, PTSM, ASV, CLSM, MAIA, MADO...)

**Levier(s)** les parcours de santé doivent faire le lien avec les déterminants sociaux (articles 158 et 162 de la Loi de modernisation de notre système de santé - LMSS)

##### 2. DÉVELOPPER LA MÉDIATION EN SANTÉ ET L'INTERPRÉTARIAT

**Enjeu(x)** « aller vers » et « faire avec » les populations pour leur redonner le pouvoir d'agir sans prendre leur place

**Levier(s)**

- médiation sanitaire et interprétariat linguistique reconnus par la loi (article L.1110-13 de la LMSS) qui sont des outils d'aide à l'accès aux droits, aux soins, à la prévention et aux accompagnements de publics vulnérables (obstacles linguistiques et culturels, isolement, précarité, crainte ou méconnaissance du système de soins...),
- référentiels de bonnes pratiques par la HAS dans les deux domaines.

**Frein(s)** crainte des professionnels concernant le secret médical, manque de professionnalisation des acteurs en médiation et interprétariat linguistique

##### 3. SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS DES DIFFÉRENTS CHAMPS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL À LA QUESTION DE LA PRÉCARITÉ

**Enjeu(x)** soutenir une culture commune sur les spécificités de certains publics et précarité en formation initiale et continue

**Levier(s)**

- contractualisation entre l'ARS et des structures pour mettre en place des formations adaptées aux problématiques d'accès à l'éducation en santé, à la prévention et l'accompagnement vers le soin,
- mobilisation des acteurs par les organismes sociaux avec PLANIR de l'Assurance maladie (Cf. 3.3.1.).

**Frein(s)** représentations à l'égard de certains publics

- L'amélioration de la santé, et notamment des personnes les plus démunies, les plus éloignées du soin, passe par des interactions entre les professionnels de santé de ville, les établissements hospitaliers, les services sociaux et médico-sociaux... Un parcours cohérent nécessite une coordination des professionnels de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en lien avec les autres services de l'Etat, et organismes de protection sociale. C'est le décloisonnement des équipes et de leurs pratiques qui, avec une meilleure synergie, garantira au mieux, et pour chacun des usagers, des passerelles lisibles et efficaces.
- Les parcours de santé mettent l'accent sur la prise en charge globale et coordonnée prenant en compte les déterminants sociaux comme l'éducation, le logement, la culture, le chômage. Le PRAPS doit faciliter voire mettre en œuvre ce décloisonnement par la prise en compte des différentes politiques publiques (plans nationaux, politique de la ville...).
- Pour chacun des territoires ou des spécificités des publics visés, cela suppose un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel, géographique). Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels (rencontres, interconnaissances, formations communes, etc...), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social et social.



## PLAN D' ACTIONS

### Action 1 (objectif 1) :

**Mettre en place une gouvernance intersectorielle et opérationnelle :**

- former une équipe PRAPS transversale au sein de l'ARS (temps d'échanges réguliers de l'équipe, axes de travail co-pilotés par différentes directions de l'ARS),
- mettre en place un comité de pilotage du PRAPS chargé de déterminer et de prioriser les axes communs pour la lutte contre les inégalités d'accès à la santé et favoriser des modalités de pilotage communes et cohérentes entre les différents acteurs institutionnels (ex. plans départementaux pour le logement des personnes défavorisées, schémas domiciliation...),
- mettre en place un comité technique pour formaliser un partenariat privilégié dans le cadre du PRAPS (participation de la DRDJSCS et des DDCS(PP) à l'élaboration et au suivi du PRAPS, participation de l'Assurance maladie et des conseils départementaux à l'élaboration et au suivi de certains axes du PRAPS) et participation des représentants des usagers,
- améliorer le partage régulier d'informations avec les partenaires,
- actualiser les objectifs et plans d'actions en fonction de l'évolution des contextes, des politiques et des évaluations des expérimentations.

### Action 2 (objectif 1) :

**Communiquer sur les axes du PRAPS auprès des acteurs de la région et de la démocratie sanitaire**

- Organiser des temps d'animation du réseau avec la coordination régionale (échanges de pratiques et d'outils, dynamiques territoriales, parcours pour les personnes...).

### Action 3 (objectif 1) :

**Impliquer les acteurs dans la mise en œuvre des axes du PRAPS en territoire de proximité notamment au travers des Contrats locaux de santé (CLS), des contrats de ville (en lien avec les conseils citoyens), des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), des projets sociaux de territoire...**

### Action 4 (objectif 2) :

**Communiquer sur les référentiels des bonnes pratiques en médiation et interprétariat en santé**

### Action 5 (objectif 2) :

**Soutenir les projets par des cofinancements qui mettent en avant les bonnes pratiques en matière de médiation et d'interprétariat en santé**

### Action 6 (objectif 3) :

**Développer avec les acteurs de la formation initiale et continue des professionnels de santé et du social des modules « Santé et Précarité »**

### Action 7 (objectif 3) :

**Développer les plaidoyers et les formations communes pluri institutionnelles et disciplinaires en faveur de la promotion de la santé dans le cadre des contrats locaux de santé, des contrats ville**

### Action 8 :

**Poursuivre la priorisation de l'allocation de ressources en prévention et promotion de la santé par l'ARS pour les publics en situation de précarité**

## MODALITÉS D'ÉVALUATION

### Indicateurs phares

- Nombre de réunions de travail transversales par an (internes, avec les copilotes notamment DRDJSCS et Assurance maladie)
- Évolution du nombre d'objectifs communs et co-animés avec des partenaires sur la durée du PRAPS
  - Évaluation à mener dans le cadre du bilan annuel établi pour le comité de pilotage du PRAPS
  - *Pilotes : ARS/DRDJSCS/DDCS*
- Part des Contrats locaux de santé (CLS) intégrant la prise en compte des publics en situation de précarité
  - Évaluation sur la base des programmes d'actions après signature
  - *Pilote : ARS*
- Nombre de participants (par an, par territoire et par type d'acteurs) à des formations croisées « Santé et Précarité »
  - *Pilotes : ARS, DRDJSCS et organismes de formation*

# 3

## 3. LES AXES PRIORITAIRES DU PRAPS

### 3.1. UN ENJEU PRIORITAIRE DE COMPLÉMENTARITÉ ET D'ARTICULATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

#### 3.1.2. MIEUX OBSERVER LES INÉGALITÉS ET ÉVALUER LE PRAPS

#### CONTEXTE

Les bilans des précédents PRAPS normands mettent en exergue des évaluations difficiles à mener et à réaliser du fait d'indicateurs de processus et de résultats imprécis ou difficiles à atteindre d'une part, et des plans, programmes, schémas redondants ou se chevauchant avec des indicateurs non cohérents entre eux d'autre part.

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 4. RENFORCER LA PRISE EN COMPTE DES PRIORITÉS DU PRAPS DANS L'OBSERVATION RÉGIONALE

- Enjeu(x)**
- s'appuyer sur la plateforme régionale d'observation sanitaire, médico-sociale et sociale en cohérence avec l'ensemble des travaux d'observation existants en région, en intégrant une réflexion plus globale des inégalités sociales et territoriales de santé,
  - décliner l'observation des milieux et des publics PRAPS dans tous les parcours prioritaires populationnels et pathologiques,
  - territorialiser l'observation en privilégiant la plus fine échelle géographique possible.

- Levier(s)**
- existence d'une plateforme régionale d'observation,
  - travaux d'adéquation entre les plans de la DRDJSCS, DDCCS(PP) et PRAPS menés dans le cadre de la convention ARS-DRDJSCS-DDCCS(PP), travaux d'observation menés pour le PRS, observatoire fragilité CARSAT, projet « Observatoire de la santé des jeunes », projet plateforme sanitaire, médico-sociale et sociale, observations des CPAM et de la MSA sur le recours aux soins...

##### 5. METTRE EN PLACE UN RECUEIL D'INDICATEURS SPÉCIFIQUES AU PRAPS

- Enjeu(x)**
- partager avec les partenaires les données d'observation, de suivi et d'évaluation du PRAPS,
  - communiquer auprès des partenaires au niveau régional et territorial,
  - adapter les programmes d'actions,
  - formaliser des documents territoriaux à l'échelle des Conseils territoriaux de santé (CTS), supports de travail de la déclinaison du PRAPS par territoire de démocratie sanitaire.

- Frein(s)**
- dispersion des données,
  - absence de données à un niveau territorial fin.





## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 1) : Décliner l'observation des milieux et du public PRAPS et développer une réflexion sur le gradient social dans les travaux d'observation de la plateforme régionale**

**Action 2 (objectif 1) : Distinguer les possibilités de recueil en routine ou la nécessité d'explorations spécifiques pour chaque indicateur**

**Action 3 (objectif 1) : Territorialiser l'observation pour observer au plus juste les populations :**

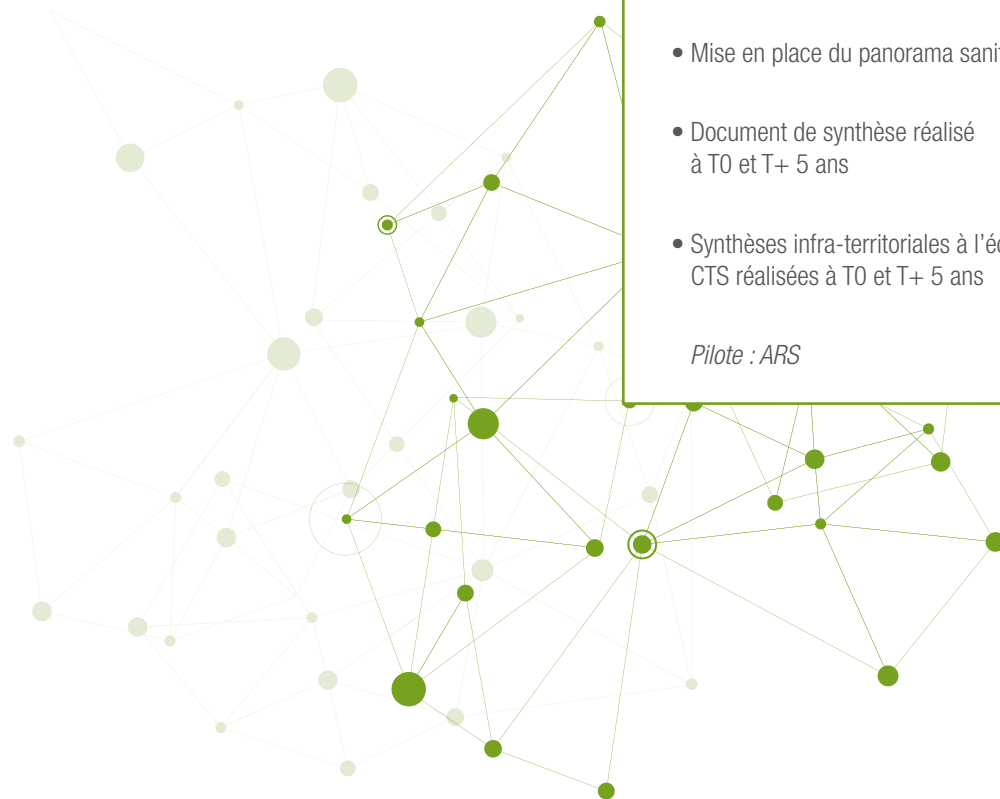
- premières échelles d'analyse infrarégionale (les départements, les territoires de démocratie sanitaire, les intercommunalités),
- à chaque fois que possible, viser les territoires de proximité ou lieux de vie.

**Action 4 (objectif 2) : Réaliser un tableau de bord global présentant :**

- le panorama sanitaire et social des populations PRAPS à T0, T+ 5 ans,
- l'état de l'offre sanitaire, médico-social et social et des dispositifs spécifiques PRAPS et des personnes en difficulté spécifique (PDS) à T0, T+ 5 ans,
- au regard de l'analyse de l'adéquation « offre/besoins », établir le listing des indicateurs les plus pertinents, d'observation, de suivi et d'évaluation, renseignés et ajustés à T0, T+ 5 ans.

**Action 5 (objectif 2) : Réaliser un document de synthèse pour la communication à T0 et T+ 5 ans**

**Action 6 (objectif 2) : Réaliser des synthèses infra-territoriales à l'échelle des CTS à T0, T+ 5 ans**



### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Intégration d'un volet PRAPS et plus largement inégalités sociales et territoriales de santé dans la plateforme régionale sanitaire, médico-sociale et sociale

*Pilotes : ARS - DRDJSCS*

- Mise en place du panorama sanitaire et social

- Document de synthèse réalisé à T0 et T+ 5 ans

- Synthèses infra-territoriales à l'échelle des CTS réalisées à T0 et T+ 5 ans

*Pilote : ARS*

## 3.2. AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

### CONTEXTE

Le PRAPS est une composante d'un modèle global de réduction des Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Il existe un gradient social de santé (plus le niveau de précarité des personnes augmente plus l'état de santé se dégrade) : pour répondre à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, il faut donc mettre en œuvre une politique de santé proportionnelle au niveau de précarité ou de défavorisation (HCSP, 2009).

Le PRAPS est un outil parmi d'autres, indispensable mais insuffisant pour réduire ces inégalités. Ne mettre l'accent que sur les publics ciblés par le PRAPS ne répondrait pas à l'objectif, risquerait de stigmatiser les personnes et d'oublier ceux qui sont « cachés dans les moyennes », d'où la stratégie régionale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui repose sur la combinaison des deux orientations : universalisme proportionné et PRAPS (cf. COS et SRS).

Réduire les inégalités sociales de santé, revient à prioriser la prévention et à accroître l'action sur les déterminants de santé, en privilégiant une approche territoriale : 80 % des inégalités sociales de santé sont expliquées par les déterminants liés aux milieux de vie (influençant directement ou indirectement les déterminants de santé individuels comportementaux), il est nécessaire de recourir à l'approche intersectorielle développée par les acteurs de la promotion de la santé, en l'accentuant sur les territoires prioritaires et les publics PRAPS.

### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

#### 6. MAILLER LES TERRITOIRES PRIORITAIRES DE RESSOURCES EN PRÉVENTION - PROMOTION DE LA SANTÉ

**Enjeu(x)** contribuer à la réduction des ISTS

**Levier(s)** politique de la ville, contrats de ruralité dans les Zones de revitalisation rurales (ZRR) à forte défavorisation sociale, articulation avec les politiques de transport des collectivités

#### 7. RENFORCER LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE SANTÉ PRÉDOMINANTS POUR ET AVEC LES PUBLICS PRAPS

**Enjeu(x)** contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

**Levier(s)** plans ou dispositifs existants (ex. P2RT, dispositif nutrition-précarité)

#### 8. ACCOMPAGNER LE DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES INTERSECTORIELS ET PARTICIPATIFS DE PRÉVENTION - PROMOTION DE SANTÉ POUR LES PUBLICS PRAPS POUR ET AVEC LES PUBLICS PRAPS

**Enjeu(x)** contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

**Levier(s)** programmes existants (ex. PJJ promotrice de santé, programme d'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution), conventions existantes (ex. PJJ, DRDJSCS)

**Frein(s)** cloisonnement institutionnel, manque de coordination des acteurs

#### APPROCHE PAR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les déterminants de santé les plus fortement impactés par les inégalités sociales et qui impactent donc le plus la santé du public PRAPS sont de trois ordres :

- Comportementaux : nutrition/activités physiques et addictions
- Environnementaux non physiques : logement et emploi
- Systémiques : l'accès au système de santé

#### APPROCHE INTERSECTORIELLE ET PARTICIPATIVE EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Il est indispensable de travailler de concert avec les autres politiques actrices sur les déterminants sociaux des inégalités de santé sur lesquels l'ARS n'a pas de levier d'action.

Certaines stratégies comme les approches intersectorielles et participatives, qui permettent la prise en compte des savoirs que les personnes en situation de vulnérabilité ont de leur propre condition, sont souvent mentionnées comme potentiellement pertinentes pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 1) : Assurer un accompagnement en promotion de la santé dans les territoires prioritaires (quartiers politiques de la ville, Zones de revitalisation rurale (ZRR) à forte défavorisation sociale)**

**Action 2 (objectif 2) : Renforcer les actions réduisant les pratiques addictives à risque :**

- par l'appropriation et l'emploi de méthodologies adaptées à ces publics et validées (données probantes, par exemple, développement de l'empowerment, des compétences psychosociales, de la littératie, d'« aller vers » et de médiation sanitaire),
- veiller à intégrer l'accès aux soins et aux accompagnements dans les stratégies de prévention (ex. P2RT, Moi(s) sans tabac).

**Action 3 (objectif 2) : Renforcer les actions relatives à la nutrition / activité physique**

- par l'appropriation et l'emploi de méthodologies adaptées à ces publics et validées (données probantes : par exemple, développement de l'empowerment, des compétences psychosociales, de la littératie), d'« aller vers » et de médiation sanitaire),
- par l'intégration de l'accès aux soins et aux accompagnements dans les stratégies de prévention. Ex. Dispositif nutrition - précarité.

**Action 4 (objectif 2) : Développer le plaidoyer du lien santé - logement - emploi - mobilité**

**Action 5 (objectif 3) : Diffuser et accompagner l'appropriation de référentiels de programmes intersectoriels et participatifs de prévention-promotion de la santé adaptés aux publics PRAPS**



### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Nombre et pourcentage de programmes d'actions de réduction des pratiques addictives spécifiquement dédiés au public PRAPS

*Pilotes : ARS – MILDECA*

Partenaires : associations dont celles des usagers, IREPS

- Nombre et pourcentage de programmes d'actions de nutrition/activité physique spécifiquement dédiés au public PRAPS

*Pilotes : ARS – DRDJSCS – DRAAF*

Partenaires : associations dont celles d'usagers, IREPS

## 3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

### 3.3.1. L'ACCÈS AUX DROITS

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 9. CONFORTER LE PASSAGE D'UNE LOGIQUE DE « GUICHET » À CELLE D'ACCOMPAGNEMENT POUR ATTEINDRE LES PUBLICS VISÉS DANS PLANIR (PLAN LOCAL D'ACCOMPAGNEMENT DU NON RECOURS, DES INCOMPRÉHENSIONS ET DES RUPTURES) - PILOTAGE DCGDR

**Enjeu(x)** mettre en œuvre une démarche « d'aller vers » et lutter contre les inégalités d'accès aux droits et les inégalités de traitement pour l'accès aux soins y compris dans le cadre de la domiciliation

**Levier(s)**

- la démarche PLANIR, élément central de la stratégie de l'Assurance maladie, a pour objectif de faciliter l'accès effectif des assurés à leurs droits et donc aux soins,
- la convention du 14 mars 2017 entre les organismes d'Assurance maladie et l'ARS,
- les schémas départementaux de la domiciliation relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable.

**Frein(s)**

- le cloisonnement et la pluralité des organismes sociaux (régime général, agricole, spéciaux). La complexité et la lenteur des procédures constituent des éléments déterminants du non accès aux droits,
- la difficulté de concertation des acteurs dans le cadre de la domiciliation pour assurer une couverture territoriale cohérente et une adéquation entre les besoins et l'offre.

##### 10. RENDRE EFFECTIVE LA MOBILISATION DES PARTENAIRES DANS LES ACTIONS DE PLANIR (PILOTAGE DCGDR)

**Enjeu(x)** décroïsonner et mobiliser les partenaires de PLANIR

**Levier(s)**

- la dynamique du plan permet, au travers de parcours orientés, d'aller vers des publics spécifiques en mobilisant des partenariats pour mettre en place des actions adaptées,
- outil opérationnel « Espace collaboratif partenaires » de la CPAM de l'Eure à régionaliser avec sa note d'organisation globale de la démarche,
- mobilisation des agents d'accueil physique, des Délégués à l'accès aux soins (DCAS), du (de la) conciliateur(ice), la CARSAT et de l'UC-IRSA (institut inter-régional pour la santé).

**Frein(s)** pluralité des opérateurs et des actions à mener de front

##### 11. EVALUER LES ACTIONS DE « PLANIR » ET PFIDASS (PILOTAGE DCGDR ÉLARGI À LA MSA), SELON LES INDICATEURS PRIORISÉS POUR CHACUN DES PUBLICS CIBLES

**Enjeu(x)** diminuer le non recours aux droits et le renoncement aux soins. Agir pour la réduction des dépenses d'Assurance maladie par la prévention et le soin au meilleur moment

**Frein(s)** complexité des actions à évaluer des acteurs

#### ACCÈS AUX DROITS ET PRÉCARITÉ

L'ignorance ou la méconnaissance des droits, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures constituent des éléments déterminants du non accès aux droits.

#### LA DÉMARCHE PLANIR

PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours, des Incompréhensions et des Ruptures), contribution de l'Assurance maladie au Plan Pauvreté et pour l'Inclusion Sociale, a permis de mettre en évidence des difficultés récurrentes rencontrées par les usagers dans :

- le non-recours (aux droits, aux services, aux soins),
- les incompréhensions (devant la complexité des démarches et des informations médico-administratives),
- les ruptures (générées par le fonctionnement du service public),
- le renoncement aux soins.

**Une Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS)**, expérimentée par 21 CPAM se voit étendue à la Normandie de décembre 2016 à fin 2018. Elle a pour objectif de détecter les assurés sociaux ayant renoncé aux soins et de leur proposer un accompagnement.

Tous les assurés en situation de renoncement et ayant la volonté d'être accompagnés seront ainsi contactés par un Délégué à l'accès aux soins (DCAS) pour un accompagnement personnalisé : étude des droits, accompagnement dans le système de soins et prise de rendez-vous, suivi de la réalisation des soins, montage d'un dossier d'aide financière si nécessaire.

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 9) : Cibler les actions labellisées « PLANIR », « les rendez-vous prestations » ou les « Instants santé » de la MSA au profit :**

- des jeunes avec une priorité vers les 16-25 ans inscrits en Centre de formation pour apprentis (CFA) ou se présentant dans les Missions locales jeunes (MLJ), les bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance (ASE),
- des personnes sous mandat de protection et handicapées,
- des personnes placées sous main de justice,
- des personnes âgées de 59 ans et plus bénéficiaires des minima sociaux,
- des consultants des permanences d'accès aux soins et de la santé (PASS),
- des gens du voyage.

**Action 2 (objectif 10) : Favoriser une bonne collaboration entre les acteurs pour mettre en œuvre les schémas départementaux de domiciliation en matière de droits de santé**

**Action 3 (objectifs 9 et 10) : Lutter contre le renoncement aux soins et en assurer leur effectivité au travers de PFIDASS (Plate-Forme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé) : déclinaison par l'Assurance maladie**

**Action 4 (objectif 10) : Concrétiser et pérenniser les partenariats à mobiliser (UC-URSA, Missions locales jeunes (MLJ), Centres de formation d'apprentis (CFA), écoles de la 2<sup>e</sup> chance et Établissements publics d'insertion de la Défense (EPIDE), Foyers de jeunes travailleurs (FJT), Conseils départementaux, CCAS -y compris pour les gens du voyage-, MDPH, CLIC....) pour chacun des publics cibles :**

- déterminer les partenaires pertinents,
- définir des axes d'amélioration à mettre en œuvre pour chacun des publics cibles et suivre les actions,
- formaliser les conditions du partenariat (convention...).

**Action 5 (objectif 11) : Évaluer les futures actions labellisées**

**Action 6 (objectif 11) : Prioriser les indicateurs de PLANIR ET PFIDASS pour chacun des publics cibles et présenter cette évaluation au comité de pilotage du PRAPS**



## 3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

### 3.3.2. L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ PAR DES DISPOSITIFS PASSERELLES : LES PASS

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 12. CONSOLIDER LA COORDINATION RÉGIONALE NORMANDE DES PASS

**Enjeu(x)** rendre lisible et opérationnel ce dispositif régional sur le territoire pour qu'il constitue un réel appui auprès des acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne et participe à l'équité de traitement des usagers sur le territoire

**Levier(s)** moyens alloués à la coordination, instances de pilotage

##### 13. POURSUIVRE LA STRUCTURATION DES PASS SOMATIQUES

**Enjeu(x)** positionner chaque PASS comme acteur d'un réel accès aux soins et facilitant l'accès au droit commun, en lien avec le réseau professionnel de chaque territoire, qu'il soit urbain ou rural

**Levier(s)**

- modélisation régionale,
- inscription dans les objectifs de chaque établissement, notamment dans le CPOM.

**Frein(s)** pluralité des opérateurs et des actions à mener de front

##### 14. STRUCTURER LES PASS DENTAIRES

**Enjeu(x)** répondre à un premier niveau de prise en charge et orienter vers le droit commun

**Levier(s)** 3 structures existantes (Le Havre, Rouen et Caen)

**Frein(s)** difficultés générales de démographie des chirurgiens-dentistes compliquant l'accès au droit commun

##### 15. MIEUX ARTICULER LE RÉSEAU DES PASS AVEC LA PSYCHIATRIE

**Enjeu(x)** mutualiser des outils de fonctionnement pour éviter les ruptures entre le somatique et psychique

**Levier(s)** réseau des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et des PASS psychiatriques

**Frein(s)** inégalités entre les territoires

##### 16. EXPÉRIMENTER DES DISPOSITIFS D'APPUI EN MILIEU RURAL

**Enjeu(x)** évaluer les expérimentations en cours pour envisager les modalités de couverture du territoire normand

**Levier(s)**

- deux expérimentations d'appui mobile à Bernay et Neufchâtel en Bray,

- contexte réglementaire favorable à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

#### LES PASS (PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ)

##### • Définition

La PASS est constituée d'une équipe pluridisciplinaire intra-hospitalière ou externalisée facilitant l'accès aux soins des personnes démunies. Les PASS doivent évaluer les situations, orienter et prendre en charge lorsque c'est nécessaire. Elles ont recours à un travail en réseau institutionnel ou associatif pour recouvrir, activer des droits comme pour définir un parcours de santé et aider aux démarches administratives.

##### • Contexte normand

En Normandie, 27 établissements disposent d'un financement PASS en 2017 (6 dans le Calvados, 3 dans la Manche et 4 dans l'Orne, 7 en Seine-Maritime, 5 dans l'Eure), 2 PASS psychiatriques (Alençon et Evreux) et 3 PASS dentaires en cours de structuration (Rouen, Le Havre et Caen).

Une expérimentation d'appui mobile aux PASS en milieu rural est en cours à l'ouest du département de l'Eure et au nord-ouest du département de Seine-Maritime.

La coordination régionale des PASS anime le réseau des PASS.

## PLAN D' ACTIONS

### Action 1 (objectif 12) : Animer le réseau régional des PASS

- organiser des temps d'animation du réseau avec la coordination régionale (échanges de pratiques et d'outils, dynamiques territoriales, parcours pour les personnes...).

### Action 2 (objectif 13) : Assurer un suivi régulier des PASS

- rencontrer l'ensemble des PASS en 2018 pour évaluer la mise en place de la modélisation,
- veiller à l'effectivité des comités de pilotage annuels,
- évaluer les PASS en lien avec les DDCS (notamment la qualité du partenariat mobilisé pour faciliter le repérage et la prise en charge des patients).

### Action 3 (objectif 14) : Améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en difficulté sociale

- engager une réflexion avec l'Union régionale des professionnels de santé (chirurgiens-dentistes),
- favoriser des actions de prévention auprès des publics précaires, notamment les familles.

### Action 4 (objectif 15) : Mieux articuler les PASS et les EMPP

- mettre en place des passerelles entre la coordination régionale des PASS et le Réseau régional action psychiatrie précarité (RRAPP) pour consolider une fonction-ressource régionale en matière de santé mentale et précarité (en lien avec les autres acteurs),
- veiller à l'interconnaissance et à l'existence d'un travail partenarial entre PASS et EMPP sur chaque territoire concerné.

### Action 5 (objectif 16) : Évaluer les deux expérimentations d'appui en milieu rural

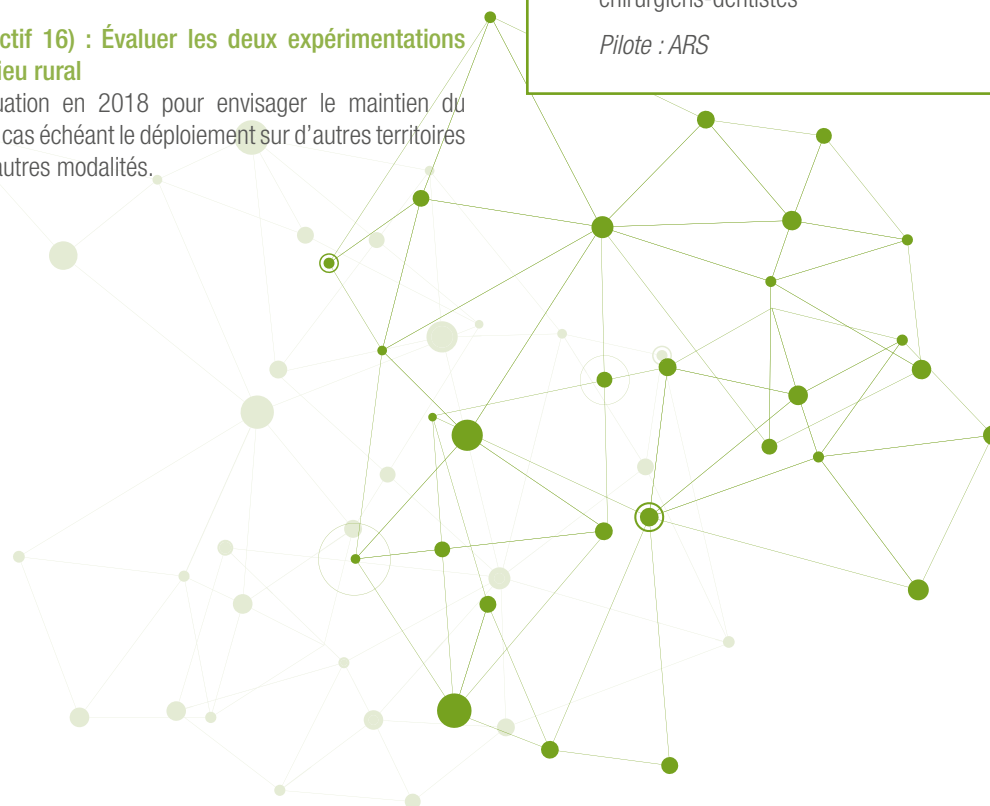
- mener l'évaluation en 2018 pour envisager le maintien du dispositif et le cas échéant le déploiement sur d'autres territoires ou suivant d'autres modalités.

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Evaluations partenariales des PASS menées (exhaustivité visée sur la durée du PRAPS)
- Nombre de réunions de coordination (au moins 4 par an) et participation (représentation de l'ensemble des territoires)
- Formalisation d'une concertation avec l'URPS chirurgiens-dentistes

*Pilote : ARS*



## 3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

### 3.3.3. LE SOUTIEN DES PROFESSIONNELS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS : LES DISPOSITIFS DE COORDINATION

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 17. AIDER LES PROFESSIONNELS À MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES SITUATIONS COMPLEXES GRÂCE AUX DISPOSITIFS DE COORDINATION

**Enjeu(x)** limiter les ruptures de parcours et le renoncement aux soins dus aux incompréhensions et/ou à l'insuffisante coordination entre professionnels

**Levier(s)** dynamique nationale favorable au déploiement des Plateformes territoriales d'appui (PTA), à articuler avec les dispositifs existants

**Frein(s)** couverture du territoire, lisibilité des dispositifs

##### 18. INFORMER ET FORMER LES PROFESSIONNELS

**Enjeu(x)**

- permettre aux usagers de bénéficier des dispositifs existants par une meilleure appropriation de l'état des lieux de chaque territoire,
- permettre de lever des préjugés et/ou des craintes de certains professionnels vis-à-vis de publics en difficulté.

**Levier(s)**

- dispositifs de formation continue,
- sites professionnels.

**Frein(s)** disponibilité des professionnels de santé

#### LES PTA, NOUVEAU LEVIER POUR SIMPLIFIER LA MISSION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

##### Trois missions :

- information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales, et médico-sociales du territoire
- appui à l'organisation du parcours des patients
- appui aux pratiques professionnelles

→ Les PTA ne constituent pas un dispositif dédié aux publics du PRAPS mais ses caractéristiques permettent d'améliorer la prise en charge des publics cumulant des difficultés





## PLAN D' ACTIONS

### OBJECTIF : ALLER VERS LES PUBLICS LES PLUS ÉLOIGNÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ

#### Action 1 (objectif 17) : Venir en appui des professionnels de première ligne en soutenant le déploiement des plateformes territoriales d'appui

- mettre en place les premières PTA, les évaluer et poursuivre la montée en charge pour couvrir l'ensemble du territoire,
- intégrer au sein de la PTA les structures sanitaires, sociales et médico-sociales qui ont des missions de coordination : réseaux de santé, MAIA, CLIC, HAD, équipes mobiles, PASS, PFIDASS, etc.
- favoriser un conventionnement de ces coordinations avec les opérateurs du secteur de la précarité

#### Action 2 (objectif 17) : Conforter les équipes mobiles psychiatrie précarité

#### Action 3 (objectif 17) : Conforter les MAIA

#### Action 4 (objectif 17) : Soutenir le déploiement des parcours santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

#### Action 5 (objectif 18) : Définir un plan de communication et de formation des professionnels de santé à la prise en compte des problématiques de santé des personnes en situation de précarité et aux dispositifs de soutien existants

- définir des socles de contenus de formation et les adapter à chaque territoire,
- confier à des opérateurs l'ingénierie et la réalisation de formations adaptées par territoire,
- mettre en place un plan de diffusion d'information en continu (information actualisée) auprès des principaux relais (notamment les sites professionnels : Union régionale des médecins libéraux (URML)...).

#### MODALITÉS D'ÉVALUATION

##### Indicateurs phares

- Couverture territoriale complète  
*Pilote : ARS, URML*
- Nombre de professionnels formés  
*Pilote : ARS*



## 3.3. FACILITER L'ACCÈS AUX DROITS ET AU SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUS

### 3.3.4. FAVORISER L'ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

**OBJECTIF : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX ACCOMPAGNEMENTS MÉDICO-SOCIAUX DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ, PRIORITAIREMENT LES USAGERS DU DISPOSITIF « AHI » (ACCUEIL, HÉBERGEMENT, INSERTION)**

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

Au nom du principe de réduction des inégalités de santé, l'enjeu porte sur l'intégration des publics dans l'organisation territorialisée des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

#### 19. ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX (ESMS) POUR DÉFINIR DES MODALITÉS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES PUBLICS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

**Enjeu(x)** garantir la mobilisation des acteurs et des dispositifs médico-sociaux de droit commun dans la structuration du parcours de santé et de vie des personnes en situation de précarité

**Levier(s)**

- intégration des enjeux des publics dans les diagnostics et projets de territoire des MAIA,
- mobilisation des services d'intervention à domicile au sein des structures du dispositif « AHI »,
- expérimentations probantes d'adaptation des projets d'établissements (EHPAD notamment).

**Frein(s)**

- contraintes administratives et budgétaires rendant complexe l'accueil de personnes précaires,
- réticences liées aux représentations du public en situation de précarité.

#### 20. ORGANISER L'EXAMEN ET LA RÉOLUTION DES SITUATIONS LES PLUS COMPLEXES CUMULANT PROBLÉMATIQUES SOCIALES ET DE SANTÉ

**Enjeu(x)** permettre l'accès des personnes en situation de précarité aux dispositifs de droit commun

**Levier(s)**

- existence de diverses instances de discussion des situations complexes,
- expérimentations probantes concernant l'adaptation de l'offre médico-sociale de droit commun pour permettre l'accueil des personnes du dispositif « AHI ».

**Frein(s)**

- multiplicité et défaut de coordination entre les instances existantes,
- méconnaissance réciproque des acteurs des champs de la santé et du social.

#### 21. DÉVELOPPER LES RÉPONSES APPORTÉES PAR LES DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

**Enjeu(x)** répondre aux risques de rupture dans les accompagnements de droit commun

**Levier(s)**

- définition d'une stratégie régionale avec les partenaires institutionnels et les acteurs de terrain,
- présence en région d'opérateurs en capacité d'appuyer la mise en œuvre de cette stratégie.

**Frein(s)** contraintes liées à l'allocation de ressource nationale.

#### LHSS- LAM-ACT

##### • Définition

Le secteur dit des « Personnes en difficultés spécifiques » fait l'objet d'un ONDAM (Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie) propre, dont relèvent des établissements proposant un accompagnement médico-social destiné aux personnes en situation de précarité :

- les Lits halte soins santé (LHSS) accueillent temporairement des personnes sans domicile fixe ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue ;
- les Lits d'accueil médicalisés (LAM) accueillent des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies lourdes et chroniques, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures ;
- les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) proposent un hébergement temporaire pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant un suivi médical, assurent la coordination des soins, l'observance des traitements et l'accompagnement psychologique et social.

L'action de ces établissements s'inscrit dans une stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux..

L'action de ces établissements s'inscrit dans une stratégie régionale d'accès des personnes en situation de précarité aux accompagnements médico-sociaux.

##### • Contexte normand

La région Normandie compte : 71 places de LHSS - 20 places de LAM 91 places d'ACT

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 19) : Appropriation par les différents acteurs de procédures et de modalités partagées de repérage, d'évaluation et d'orientation**

- **via les dispositifs d'évaluation, de coordination et d'orientation de droit commun** : guichet intégré installé dans chaque territoire MAIA, dispositif d'orientation permanent des MDPH, Plateforme territoriale d'appui (PTA)...
- **via les dispositifs de coordination de l'AHl** : SIAO (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) et les instances locales déployées en soutien (ex. Commissions de traitement des situations individuelles complexes).

**Action 2 (objectif 20) : Renforcement des interventions des structures d'accompagnement dans les lieux de vie (CHRS, foyers de migrants...)**

- SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés,
- SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale,
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile,
- SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile,
- CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

**Action 3 (objectif 20) : Mise en œuvre de modalités d'accompagnement adaptées au sein des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées**

- généralisation des réponses adaptées en EHPAD via l'enveloppe complémentaire déléguée par la CNSA,
- prise en compte des besoins et spécificité d'accompagnement dans les projets d'établissement pour les personnes en situation de handicap, notamment dans le cadre des CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens).

**Action 4 (objectif 21) : Renforcement de l'offre des dispositifs spécifiques selon les critères de la stratégie régionale définie avec les partenaires institutionnels et de terrain**

- renforcement de l'offre de Lits Halte Soins Santé (LHSS), de Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) et d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) en assurant un équilibre territorial,
- participation à l'expérimentation nationale du dispositif « ACT domicile »,
- candidature à l'obtention d'un dispositif « un chez soi d'abord ».

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Pourcentage de structures du dispositif « AHl » bénéficiant d'un partenariat opérationnel après sollicitation de l'intervention d'une structure médico-sociale

*Pilote : ARS (co-pilotage Départements, DRJSCS et DDCS)*

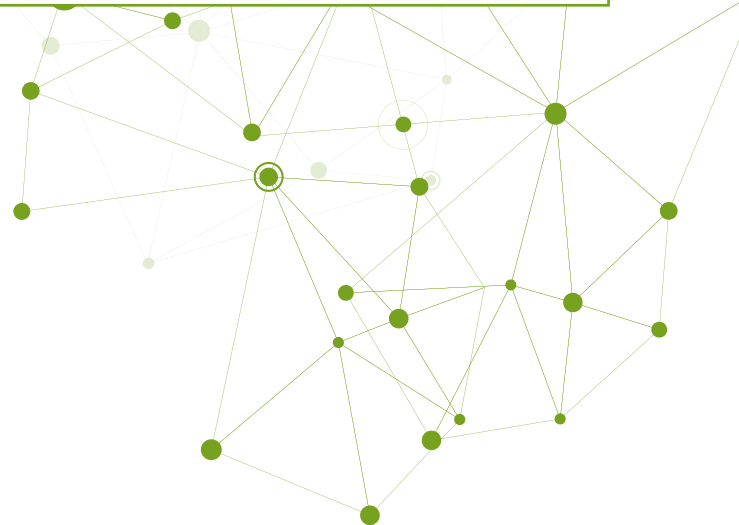
- Évolution du nombre d'usagers issus du dispositif AHl accueillis en ESMS

- Pourcentage de CPOM incluant cet objectif

*Pilote : ARS (co-pilotage Départements)*

- Nombre de places LHSS, LAM et ACT créées

*Pilote : ARS*





## 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

Cet axe décline les modalités de prise en compte des personnes en situation de précarité dans les parcours de santé et de vie prioritaires définis dans le PRS. En complément de l'objectif précédent, les spécificités relatives aux parcours des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie sont traitées dans la partie consacrée aux conséquences sur les acteurs du secteur médico-social dans le Schéma régional de santé.

### 3.4.1. Le parcours périnatalité et développement de l'enfant

### 3.4.2. Le parcours de santé des enfants et des jeunes

### 3.4.3. Le parcours psychiatrie et santé mentale

### 3.4.4. Les parcours maladies chroniques

### 3.4.5. Le parcours cancers



En savoir plus : Le PRS sous l'angle des parcours...

## 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

### 3.4.1. LE PARCOURS PÉRINATALITÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 22. PERMETTRE AUX PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DE MIEUX CONNAÎTRE ET MIEUX UTILISER LES MOYENS DE CONTRACEPTION ADAPTÉS À LEUR SITUATION

**Enjeu(x)** la promotion d'une vie affective et sexuelle favorisant le respect mutuel, l'estime de soi, l'accès à une contraception choisie et adaptée; diminuer la nécessité d'un recours à l'IVG

**Levier(s)** centres de planification et d'éducation familiale, plannings familiaux, professionnels de la périnatalité libéraux et hospitaliers, associations du secteur social

##### 23. DÉPISTER PRÉCOCEMENT LES HANDICAPS

**Enjeu(x)** limiter les effets du handicap chez les enfants; favoriser l'intégration des enfants dans tous les lieux de vie; renforcer les compétences psychosociales des enfants et des parents

**Levier(s)** formations, sensibilisation des professionnels de la périnatalité libéraux et hospitaliers

**Frein(s)** angoisse parentale, peur du jugement, manque d'estime de soi

##### 24. PRÉVENIR LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

**Enjeu(x)** lutter contre les risques associés à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse

**Levier(s)** entretien prénatal précoce systématique, professionnels de la périnatalité libéraux et hospitaliers, réseaux de périnatalité, PMI, PASS, professionnels du social

**Frein(s)** mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce très variable et pas toujours utilisé comme un outil de repérage

##### 25. COMMUNIQUER, INFORMER ET SENSIBILISER LES MÈRES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL

**Enjeu(x)** permettre aux femmes de faire un choix éclairé et objectif sur les modes d'allaitement en particulier concernant l'allaitement maternel

**Levier(s)** programme national nutrition santé (PNNS), professionnels libéraux et hospitaliers, réseaux de périnatalité, PMI

**Frein(s)** pratique peu intégrée dans les formations initiales des professionnels

##### 26. ACCOMPAGNER LES FAMILLES À LA PARENTALITÉ

**Enjeu(x)** donner aux parents les moyens d'exercer leur rôle et renforcer la confiance dans leurs capacités éducatives et de communication auprès de leurs enfants

**Levier(s)** professionnels libéraux et hospitaliers, PMI, réseaux de périnatalité, programmes validés favorisant la parentalité

**Frein(s)** manque de lisibilité des actions

##### 27. PRÉVENIR LES VIOLENCES LIÉES À LA GROSSESSE OU À LA NAISSANCE, PRÉVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

**Enjeu(x)** renforcer les compétences des parents et des enfants; diminuer les risques de maltraitance envers l'enfant

**Levier(s)** professionnels libéraux et hospitaliers, suivi de grossesse

**Frein(s)** manque de suivi de grossesse

Les conditions de vie (logement, emploi...), les comportements (consommation d'alcool, de drogue...) et enfin le manque voire l'absence de suivi pendant la grossesse constituent des facteurs de risques importants, d'autant plus graves s'ils sont cumulés.

La plupart des handicaps ou déficiences d'origine périnatale peuvent être détectés dans les trois premières années de l'enfant, notamment le handicap moteur, les déficiences neurosensorielles et les troubles envahissants du développement.

Les comportements à risques tels que les pratiques addictives ou les conditions de vie pendant la grossesse sont susceptibles de favoriser la prévalence des handicaps.

La pratique de l'allaitement apparaît plus importante chez les femmes de 30 ans, plus diplômées et catégories socio-professionnelles supérieures, a contrario des femmes en situation de précarité où on note une différenciation des pratiques.

Les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile exposent tout particulièrement les femmes aux risques de violence, notamment sexuelle et d'absence totale de contraception.

80 % des violences sexuelles ont lieu sur des enfants âgés de 0 à 14 ans.

## PLAN D' ACTIONS

### Action 1 (objectif 22) : Promouvoir une contraception adaptée

- former et sensibiliser les structures accueillant des femmes en âge de procréer en situation de précarité à la nécessité de disposer d'une contraception adaptée,
- disposer de programmes d'éducation pour la santé sexuelle intégrant les répercussions sociales et économiques des grossesses,
- proposer des interventions sur ce thème au sein des missions locales.

### Action 2 (objectif 23) : Dépister et prendre en compte le handicap

- communiquer sur les espaces de répit existants pour les parents d'enfants présentant des troubles du comportement,
- agir sur les délais de rendez-vous pour les familles en situation de précarité,
- former et sensibiliser les professionnels de santé aux différentes formes de handicap, surtout invisible; ainsi qu'aux modalités d'annonce du diagnostic,
- rédiger, avec les réseaux de périnatalité, un parcours de suivi et de prise en charge des enfants dont le test de dépistage de la surdité permanente néonatale en maternité n'est pas concluant et accompagner les familles en situation de précarité vers le diagnostic et la prise en charge.

### Action 3 (objectif 24) : Prévenir les addictions

- intégrer dans les programmes d'éducation à la sexualité, les risques alcool et tabac durant la grossesse,
- aborder systématiquement les addictions lors de l'entretien prénatal du 4<sup>e</sup> mois.

### Action 4 (objectif 25) : Rendre possible l'allaitement maternel

- sensibiliser les femmes en situation de précarité à la possibilité d'allaitement maternel dès leur entrée en maternité,
- valoriser l'offre d'ateliers d'allaitement dans les centres de PMI ou centres sociaux,
- mieux communiquer sur le rôle des PMI auprès des personnes en situation de précarité,
- veiller à la sensibilisation des professionnels sociaux et médico-sociaux quant à l'allaitement maternel durant leur formation initiale ou continue,
- mieux informer les structures d'hébergement.

### Action 5 (objectif 26) : Prendre en compte la parentalité

- renforcer les liens entre PASS et maternités,
- donner les outils aux professionnels des maternités pour repérer les femmes sortantes de maternité sans hébergement sécurisé afin de mieux accompagner leur sortie,
- poursuivre le déploiement du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité.

### Action 6 (objectif 27) : Prévenir les violences

- sensibiliser et former le personnel socio-sanitaire,
- intégrer dans les réseaux violences intra-familiales (VIF) des représentants du réseau périnatalité,
- renforcer les actions en direction des enfants victimes de violences sexuelles,
- former les professionnels à la prévention, le repérage et la prise en charge des mutilations sexuelles féminines.

## MODALITÉS D'ÉVALUATION

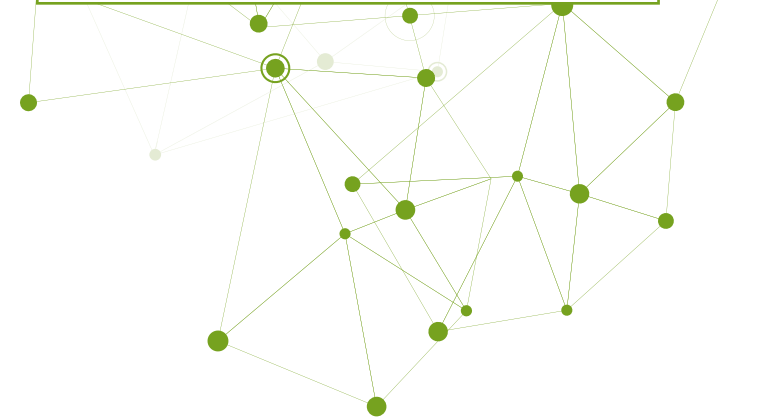
### Indicateurs phares

- Effectivité d'un protocole régional facilitant le dépistage précoce en maternité et en crèche

*Pilote : ARS, les deux réseaux de périnatalité normands*

- Augmentation du nombre d'entretiens du 4<sup>e</sup> mois en population générale et auprès des femmes en situation de précarité
- Nombre d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels socio-sanitaires à la prévention et à la prise en charge des violences
- Nombre de réseaux VIF intégrant des représentants de la périnatalité

*Pilote : ARS*



## 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNERABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

### 3.4.2. LE PARCOURS DE SANTÉ DES ENFANTS ET DES JEUNES

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 28. ADAPTER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FONCTION DES DIFFICULTÉS DES ENFANTS ET DES JEUNES LES PLUS VULNÉRABLES

**Enjeu(x)** rendre accessibles les programmes de prévention et de promotion de la santé aux enfants et aux jeunes les plus vulnérables : quartiers en politique de la ville, enfants scolarisés en « REP plus », jeunes de SEGPA, enfants pris en charge par l'ASE (dont mineurs étrangers non accompagnés), jeunes suivis en mission locale, jeunes suivis par la PJJ

**Levier(s)** conventions partenariales, structures ressources (IREPS, RTPS, ASV, ANPAA...), programmes de réussite éducative (PRE), subventions supplémentaires pour les établissements scolaires en REP plus, commission santé regroupant des représentants des différents services des PJJ, le dispositif Garantie Jeunes

**Frein(s)** manque de formation des différents professionnels pouvant intervenir afin qu'ils adaptent leurs interventions, mauvaise lisibilité des actions menées par l'ensemble des institutions (PMI, CAF, éducation nationale, centres sociaux), manque de formation en promotion de la santé permettant que tous les acteurs se sentent concernés

##### 29. DÉVELOPPER UNE PRISE EN CHARGE CONCERTÉE AVEC LES ACTEURS INSTITUTIONNELS, ASSOCIATIFS ET USAGERS SUR LES TERRITOIRES PRIORITAIRES EN POLITIQUE DE LA VILLE ET EN ZONES RURALES

**Enjeu(x)** permettre aux enfants et aux jeunes les plus vulnérables de bénéficier d'un accompagnement et d'un suivi adaptés à leur besoin de santé et coordonnés

**Levier(s)** structures ressources (IREPS, OR2S et ORS-CREAI, RTPS, ASV...), plateformes territoriales d'appui (PTA), expérience de formations sur l'accès à la prévention et aux soins

**Frein(s)** méconnaissance des dispositifs et des missions des différents acteurs, manque de coordination des acteurs, rupture du parcours, notamment manque de suivi à la suite d'un dépistage par manque d'offre adéquate sur le territoire (dentiste, ophtalmo...), la mobilité des familles et des jeunes et le manque de ressources locales. Pour les enfants et jeunes migrants : barrière de langue, absence de logement, isolement et absence de suivi à la suite d'un dépistage réalisé par la PMI ou le service de promotion de la santé

#### • Définition

Agir précocement en prévention, induit une intervention dès le plus jeune âge en agissant de manière globale notamment sur le milieu de vie de l'enfant.

Cela est d'autant plus important lorsque l'enfant ou le jeune se trouve dans une situation de précarité. L'enjeu est double : améliorer sa qualité de vie, réduire les inégalités sociales de santé qui se construisent dès la naissance.

#### • Contexte normand

En 2012, le pourcentage de familles monoparentales régional était inférieur au niveau métropolitain (12,9 % vs 14,3 % en 2012) mais avec de fortes disparités inter départementales (10,7 % dans l'Orne à 14,2 % en Seine-Maritime).

60 établissements scolaires en zone d'éducation prioritaires dont 17 en REP + la moitié des ES en ZEP se situe en Seine-Maritime (dont 12 REP +)

- 16,7 % des jeunes de 15-24 ans sortis sans diplôme
- 47 803 jeunes 16/25 ans suivis dans les missions locales
- dont 4 834 bénéficient du dispositif Garantie Jeunes au 31/10/2017
- 5 095 jeunes dont 801 filles sont suivis par les services de la PJJ
- 10 387 enfants accueillis à l'ASE au 31 décembre 2015



## PLAN D' ACTIONS

### Action 1 (objectif 28) : Mieux observer

- poursuivre l'enquête santé dans les missions locales et mettre en place de nouvelles enquêtes spécifiques notamment dans le cadre de la PJJ et de l'ASE,
- réaliser un état des lieux des actions menées par les différents institutions : CAF, PMI et éducation nationale.

### Action 2 (objectifs 28 et 29) : Former les acteurs

- sensibiliser et former l'ensemble des acteurs afin qu'ils adaptent leurs interventions aux enfants et aux jeunes de la PJJ, de l'ASE, des missions locales...
- développer des animations et des outils avec ces acteurs suite à la formation,
- former les acteurs de la PJJ, des missions locales, de l'ASE, des centres sociaux à aborder les questions de santé et à orienter si besoin vers les professionnels de la santé.

### Action 4 (objectif 29) : Coordonner les acteurs

- poursuivre le travail de réseau des Ateliers santé ville (ASV) et des Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) dans les territoires en politique de la ville et en zones rurales,
- inciter à l'élaboration des protocoles de prise en charge privilégiés à la suite d'un bilan de santé en s'appuyant sur les PTA.

### Action 5 (objectif 29) : Prendre en compte la santé mentale des enfants et des jeunes

- construire un lien effectif et une reconnaissance entre les acteurs œuvrant en direction des enfants et des jeunes (PJJ, missions locales, PRE, PMI, ASE...) et les professionnels de la santé mentale.

### Action 6 (objectif 28) : Développer les partenariats institutionnels

- développer un partenariat sous la forme d'une convention avec chacun des cinq départements de Normandie, pour notamment travailler sur les actions destinées aux jeunes enfants en situation de précarité dans le cadre de la PMI et de l'ASE.

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

- Résultat de l'enquête pour les missions locales
- Mise en place de l'enquête au sein des PJJ et l'ASE
- Nombre de personnes formées par structures ciblées/institutions

*Pilotes : ARS, Départements, PJJ, association régionale des missions locales*



## 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

### 3.4.3. LE PARCOURS PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 30. CONSOLIDER ET HARMONISER LE FONCTIONNEMENT DES ÉQUIPES MOBILES PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP)

- Enjeu(x)**
- assurer un maillage de l'ensemble du territoire par les EMPP,
  - faciliter le parcours de soins psychiatrique en lien avec les dispositifs de droit commun,
  - clarifier le fonctionnement et la place des « PASS psychiatriques ».

**Levier(s)** circulaire de novembre 2005, le plan 2016/2019 sur le déploiement des parcours en psychiatrie et santé mentale

**Frein(s)** couverture territoriale inégale des EMPP

##### 31. MIEUX ARTICULER LES PASS, LES EMPP ET LES AUTRES DISPOSITIFS

- Enjeu(x)**
- améliorer la coordination des différents dispositifs du somatique et de la psychiatrie pour un appui à la prise en charge globale des personnes en grande précarité vers le droit commun,
  - soutenir l'activité des équipes mobiles territoriales : partage d'expérience, de modalités de coordination / d'orientation des patients, organisation de formations, favoriser les liens avec la médecine générale...

**Levier(s)**

- support existant (Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité),
- coordination régionale des PASS.

##### 32. REPOSITIONNER LE RÉSEAU RÉGIONAL ACTION PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (RRAPP)

- Enjeu(x)**
- renforcer les missions d'animation et d'appui du RRAPP envers les EMPP,
  - étendre le RRAPP à l'ensemble de la Normandie.

**Levier(s)** support existant du Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité Haute-Normandie

Les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) sont destinées à favoriser l'accès aux soins et à la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion, en souffrance psychique exprimée ou non.

#### Elles sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire,
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion.

En 2017, la Normandie compte 7 EMPP inégalement réparties avec des structururations disparates et un périmètre d'action différent.

- UMAPPP de Rouen portée par le CHS du Rouvray
- Équipe mobile RESPIRE portée par le CHS de Navarre à Evreux
- Équipe mobile portée par le Groupement hospitalier du Havre
- Équipe mobile porté par le Centre hospitalier de Dieppe
- Équipe mobile de Cherbourg en Cotentin portée par la Fondation Bon Sauveur
- Équipe mobile du Sud Manche portée par le CH l'Estran à Pontorson
- Équipe mobile de Caen portée par l'EPSM

Le Conseil local de santé mentale (CLSM) permet, sur un territoire, de croiser les regards des élus, des professionnels de différents horizons et des citoyens (notamment les usagers de la psychiatrie et leurs aidants) sur les problématiques de santé mentale et de psychiatrie. L'un des volets d'un CLSM peut aider les collectivités à mieux repérer et accompagner les situations complexes sanitaires et sociales pour une meilleure intervention des acteurs sur un territoire.

## PLAN D' ACTIONS

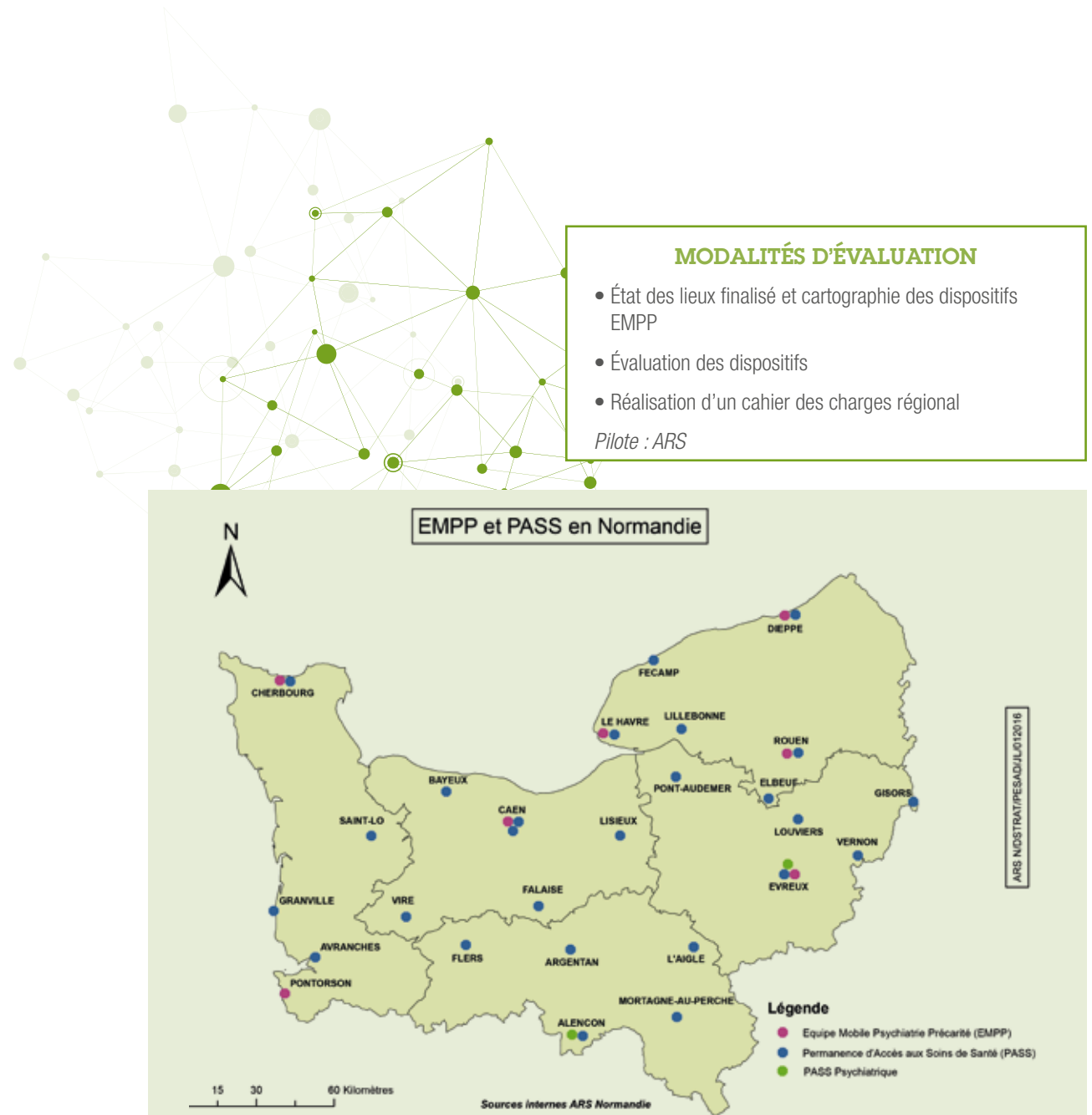
### Action 1 (objectif 30) : Harmoniser le fonctionnement des EMPP et des PASS psychiatriques de la région

- faire un état des lieux et une analyse du fonctionnement des équipes, de leur rayonnement, de leurs difficultés et de leurs besoins (EMPP et PASS psychiatriques),
- modéliser dans un cahier des charges régional le fonctionnement des EMPP en prenant en compte la couverture territoriale, en évaluant notamment la pertinence et la faisabilité d'une couverture effective et généralisée en milieu rural.

**Action 2 (objectif 31) : Poursuivre le travail de partenariat des EMPP avec les secteurs de psychiatrie, les PASS, les plateformes territoriales d'appui, les médecins libéraux et les travailleurs sociaux afin d'améliorer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le social, entre les zones territoriales.**

**Action 3 (objectif 31) : Élargir et structurer le réseau RRAPP à l'ensemble de la Normandie en lien avec la coordination régionale des PASS pour apporter une « fonction ressource régionale » sur les questions de santé mentale des personnes précaires :**

- dans le cadre de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, prendre en compte les articulations nécessaires entre les acteurs pour structurer le parcours des personnes en situation de précarité.



## 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNERABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTE ET DE VIE

### 3.4.4. LES PARCOURS MALADIES CHRONIQUES

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

**33. DIFFUSER ET ADAPTER LES ACTIONS DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ (TABAC, ALCOOL NUTRITION, ACTIVITÉS PHYSIQUES, QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR...)**

**Levier(s)** s'appuyer sur des dispositifs existants

**Frein(s)** méconnaissance des professionnels des conditions de vie du public

**34. POURSUIVRE ET AMPLIFIER LA DYNAMIQUE D'ÉLABORATION DE PROGRAMMES D'ETP VERS LES PUBLICS PRAPS**

**Enjeu(x)** augmenter le nombre de programmes adaptés

**Levier(s)** possibilité réglementaire pour les associations du secteur social de porter un programme

**Frein(s)** formation obligatoire, personnel pluridisciplinaire insuffisant, procédure de mise en place compliquée et difficile à pérenniser

**35. SENSIBILISER LES MÉDIATEURS EN SANTÉ ET ACTEURS DE PREMIÈRE LIGNE SUR L'INTÉRÊT DE L'ETP DANS LES QUARTIERS POLITIQUES DE LA VILLE ET ZONES RURALES PRIORITAIRES.**

**Enjeu(x)** augmenter le nombre de patients en situation de précarité dans les programmes en place et favoriser l'élaboration de programmes adaptés en proximité

**Levier(s)** CLS, ASV, nouveaux contrats ruraux

**Frein(s)** changements fréquents d'équipes

**36. DÉFINIR UN INDICE OU INDICATEUR COMMUN POUR IDENTIFIER LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ DANS L'ENSEMBLE DES PROGRAMMES ETP DE LA RÉGION**

**Enjeu(x)** disposer d'un indice simple et fiable pour identifier le niveau de précarité

**Levier(s)** des outils d'évaluation existent

**Frein(s)** procédure ETP complexe et indices testés souvent jugés comme alourdissant la procédure

**37. VALORISER LES PROGRAMMES EN ETP CIBLANT LES PUBLICS OU TERRITOIRES PRIORITAIRES**

**Enjeu(x)** multiplier les programmes accessibles à tous et en proximité

**Levier(s)** programmes déjà autorisés, site multiples de dispensation, lieu d'accueil de ce public

**Frein(s)** peu de flexibilité dans sa mise en place

**38. INTÉGRER OU RELAYER L'ETP DANS LES PASS**

**Enjeu(x)** profiter du passage à la PASS pour engager le travail en ETP

**Levier(s)** présence des professionnels de santé

**Frein(s)** suivi à long terme qui peut être compliqué mais intérêt d'une collaboration avec les autres programmes et des programmes polyopathologies

**39. ÉVITER LES RETARDS DE DIAGNOSTIC OU DE PRISES EN CHARGE AINSI QUE LES RUPTURES DANS LE PARCOURS DE SOINS DES PERSONNES MALADES CHRONIQUES, EN PRIVILÉGIANT LES ARTICULATIONS ENTRE LES ACTEURS DU SOIN ET DU SECTEUR SOCIAL**

#### MALADIES CHRONIQUES ET PRÉCARITÉ

- Chaque année, 15 millions de personnes âgées entre 30 à 69 ans meurent d'une maladie non transmissible plus de 80 % de ces décès « prématurés » surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (source : OMS, juin 2017).
- Il y a un lien étroit entre la pauvreté et les maladies chroniques. En effet, de par la fréquence d'exposition aux facteurs de risque et l'accès limité aux services de santé, les personnes en situation de précarité sont plus souvent atteintes, et les complications de ces maladies sont plus fréquentes et plus graves. De plus, ces conditions de santé dégradées vont également avoir un impact négatif sur les conditions socio-économiques.
- Presque toutes les maladies chroniques montrent des gradients sociaux d'incidence et de mortalité. Les principaux indicateurs s'améliorent au fur et à mesure que l'on augmente dans l'échelle sociale ; c'est le cas de l'espérance de vie à 35 ans.
- Les individus habitant les communes les plus défavorisées sont plus nombreux à être porteurs de polyopathologies.

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 33) : Harmoniser la stratégie régionale de communication sur la prévention des maladies chroniques en adaptant la communication pour les personnes en situation de précarité**

**Action 2 (objectif 33) : Sensibiliser et/ou former les professionnels du secteur social aux enjeux et aux outils de prévention des maladies chroniques, en particulier sur les thématiques alimentation, activité physique et tabac-alcool (déterminants majeurs fortement soumis aux effets des inégalités)**

**Action 3 (objectif 34) : Conforter le développement de l'ETP en milieu pénitentiaire**

- Développer la formation et l'accompagnement des équipes pour la mise en place de programmes ou d'actions d'ETP sur l'ensemble de la région

**Action 4 (objectif 34) : Expérimenter des dispositifs dédiés**

- Soutenir la mise en place, suivre et évaluer les programmes spécifiques (association l'ABRI, programme polypathologies de l'association la Passerelle...)

**Action 5 (objectif 35) : Augmenter la participation aux programmes des publics les plus éloignés de l'ETP**

- intégrer le développement de l'ETP dans les outils de contractualisation qui visent les publics les plus éloignés (CLS, ASV, nouveaux contrats ruraux...),
- associer les usagers concernés (patients experts, pairs, travailleurs pairs...).

**Action 6 (objectif 39) : Développer la sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnels de santé aux besoins des patients en grande précarité**

**Action 7 (objectif 35) : sensibiliser et former les acteurs des champs social et médico-social à l'ETP**

- faire connaître les programmes existants, leur localisation et leurs spécificités,
- faire participer les personnes (professionnels et patients) à l'évaluation de ces programmes,
- former les relais pour un adressage des patients et des collaborations avec les structures mettant en place des programmes ETP dans la région.

**Action 8 (objectif 36) : Choisir et mettre en place un indicateur**

- élaborer un indice spécifique,
- le tester avec quelques équipes,
- diffuser et intégrer dans le cahier des charges des demandes d'autorisation des programmes,
- suivi spécifique de l'utilisation de l'outil au sein des programmes.

**Action 9 (objectif 37) :**

- déploiement des programmes UC-IRSA et MSA sur les territoires prioritaires,
- faire le lien avec les structures territoriales de coordination de l'ETP pour une meilleure prise en compte.

**Action 10 (objectif 38) :**

- sensibiliser les PASS à l'ETP,
- communiquer sur l'existant pour favoriser l'adressage,
- favoriser les programmes polypathologies pour ces publics.

**Action 11 (objectif 39) :**

- sensibiliser les structures d'hébergement social (CHRS, LHSS...) sur les possibilités d'intervention d'HAD

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Nombre de personnes formées et ouverture géographique, diffusion régulière de l'information, nombre d'acteurs ou de patients en situation de précarité ayant été associés à l'élaboration de programmes

*Pilote : ARS*

- Elaboration ou choix de l'indice, intégration dans le cahier des charges et l'évaluation annuelle d'activité

*Pilote : ARS*

## 3.4. PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES DANS CHAQUE PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE

### 3.4.5. LE PARCOURS CANCERS

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 40. PRÉVENIR LES CANCERS

**Enjeu(x)** diffuser et adapter les messages de prévention des cancers (thématique addiction, nutrition, activités physiques, expositions professionnelles...)

**Levier(s)** : s'appuyer sur des organisations, dispositifs existants (PASS, ASV, GHT, PSLA...), culture commune entre les différents acteurs travaillant avec un public précaire

**Frein(s)** méconnaissance du public par certains professionnels de santé, conditions de vie du public, isolement de la personne

##### 41. OPTIMISER LES DÉPISTAGES

**Enjeu(x)** améliorer les taux de participation des personnes les plus éloignées du système de santé aux campagnes de dépistages organisés des cancers et des autres cancers (mélanomes, ORL...)

**Levier(s)** actions ciblées des structures de gestion en lien avec les associations accueillant et prenant en charge les publics en situation de précarité, promouvoir l'« aller vers »

**Frein(s)** incompréhension des messages, maillage territorial insuffisant, difficultés d'accès aux rendez-vous

##### 42. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ET ÉVITER LA RÉCIDIVE

**Enjeu(x)** éviter les ruptures dans le parcours de soins des personnes atteintes de cancer

**Levier(s)** s'appuyer sur des réseaux existants et sur les dispositifs tels que PTA, PSLA, HAD pour les personnes en situation de précarité, le travailleur social dans les réunions de RCP, la médecine du travail, la CARSAT

**Frein(s)** manque de coordination des acteurs, méconnaissance des droits, difficultés de compréhension des traitements et d'accès aux soins de supports

#### CANCER ET PRÉCARITÉ

La France fait partie des pays ayant les meilleurs indicateurs globaux de santé, mais elle présente aussi un gradient social de mortalité prématurée parmi les plus marqués d'Europe. Le cancer est l'une des pathologies qui contribue le plus à ce gradient et la réduction des inégalités sociales de santé est une priorité transversale du Plan cancer 2014-2019.

On considère que près de 15 000 cas de cancers pourraient être évités en France chaque année par l'amélioration des conditions de vie et la promotion de la santé des populations les plus défavorisées (source BEH février 2017). Les principaux facteurs de risque des cancers sont le tabac et l'alcool (respectivement le 1<sup>er</sup> facteur de risque et responsable de 18 % et l'alcool de 8 % des nouveaux cancers). Viennent ensuite les habitudes alimentaires 8 à 9 %, et enfin les expositions professionnelles et d'agents infectieux et la pollution atmosphérique. Ces facteurs de risque sont plus fréquents chez les personnes en situation de précarité.

Par ailleurs, quelle que soit la localisation cancéreuse concernée, la survie est toujours moins bonne dans les catégories sociales défavorisées. Les déterminants en cause des inégalités sociales de survie sont de l'ordre de la prise en charge et de l'organisation des soins.

#### Contexte Normand

La mortalité par cancers en Normandie est plus forte qu'au niveau national, notamment, par une présence plus fréquente des principaux facteurs de risque (rapport état de santé 2017, FNORS).



## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 40) :** Harmoniser la stratégie régionale de communication sur la prévention des cancers en adaptant la communication pour les personnes en situation de précarité

**Action 2 (objectif 40) :** Sensibiliser et/ou former les professionnels du secteur social aux enjeux et aux outils de prévention du cancer, en particulier sur les thématiques : alimentation, activité physique et tabac-alcool

**Action 3 (objectif 41) :** Mieux caractériser la nature des freins au dépistage en fonction des publics et établir un état des lieux territorial des ressources pour mieux adapter les stratégies de dépistage et mettre en place des actions ciblées, évaluables et inscrites dans la durée (en lien avec les projets de recherche en cours)

**Action 4 (objectif 41) :** Former les acteurs du dépistage et les professionnels de santé concernés aux recommandations de bonnes pratiques pour des actions de réduction des inégalités d'accès au dépistage (approche positive, traduction ou adaptation des messages, méthodes participatives, actions intégrées à l'existant, lien entre sensibilisation au dépistage et accompagnement concret, approche personnalisée...)

**Action 5 (objectif 41) :** Développer la sensibilisation et la formation initiale et continue des professionnels de santé au premier repérage de signes spécifiques en dehors de l'expression d'un besoin par le patient en grande précarité ((en particulier le lien entre la consommation d'alcool et les cancers ORL)

**Action 6 (objectif 42) :** Accompagner les personnes en situation de précarité dans leur prise en charge afin d'éviter les retards de prise en charge et les ruptures dans leur parcours de soins :

- en proposant des modalités spécifiques d'accompagnement, en associant les professionnels concernés (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux) à des moments clés du parcours (diagnostic, annonce, traitement...),
- en assurant un lien entre service social hospitalier et/ou PASS et structures sociales de droit commun (CARSAT, CCAS, CMS, CHRS...) et avec les dispositifs médico-sociaux spécifiques destinés aux personnes sans domicile (LHSS, ACT, LAM (cf. axe 3.3.4. du PRAPS),
- en assurant un lien avec les plateformes territoriales d'appui si nécessaire,
- en assurant des modalités d'accès facilitées aux soins de support,
- En sensibilisant les structures d'hébergement social (CHRS, LHSS...) sur les possibilités d'intervention d'HAD et des équipes mobiles de soins palliatifs.

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Évolution du nombre de professionnels formés et type de professionnels touchés (pour les trois types de formations décrites)

*Pilote : ARS*





## 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

---

- 3.5.1. Les personnes sans abri, hébergées ou mal logées
- 3.5.2. Les personnes placées sous main de justice
- 3.5.3. Les personnes migrantes
- 3.5.4. Les gens du voyage
- 3.5.5. Les personnes en situation de prostitution



## 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

### 3.5.1. LES PERSONNES SANS ABRI, HÉBERGÉES OU MAL LOGÉES

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 43. PRÉVENIR ET TRAITER LES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ EN LIEN AVEC LE MAL LOGEMENT

**Enjeu(x)** les actions de prévention sur les déterminants environnementaux, en particulier relatifs à la lutte contre l'habitat indigne, les actions de sensibilisation sur le bon usage du logement et le développement de l'activité de conseil en environnement intérieur sont traitées dans le plan régional santé environnement 3 (PRSE 3).

Il s'agit également de mieux repérer les difficultés d'accès aux soins des personnes qui se trouvent dans des logements dégradés signalés auprès des pôles de lutte contre le logement indigne et de proposer une première évaluation et une orientation vers les dispositifs de santé ou d'accompagnement médico-sociaux.

**Levier(s)** acteurs sociaux (PASS notamment) et médico-sociaux

##### 44. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS, À LA PRÉVENTION, AUX SOINS ET À UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ADAPTÉ DES PUBLICS SANS ABRI, MAL LOGÉS, HÉBERGÉS OU EN LOGEMENT TEMPORAIRE D'INSERTION

**Enjeu(x)** prendre en compte les difficultés spécifiques liées aux situations précaires de ces publics (mobilité importante, difficulté à se repérer dans les démarches...).

**Levier(s)**

- les plateformes d'intervention départementales pour l'accès aux soins et à la santé de l'Assurance maladie / PFIDASS (Cf. fiche PRAPS 3.1.),
- schémas départementaux de la domiciliation.

**Frein(s)** incompréhension des messages, le maillage territorial insuffisant, difficultés d'accès aux rendez-vous

##### 45. AMÉLIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION

**Enjeu(x)** prendre en compte les contraintes spécifiques de ces publics dans l'élaboration des stratégies régionales de prévention

**Levier(s)**

- allocation de ressources ARS différenciée,
- réseau d'acteurs de la prévention et du secteur social,
- centres de santé UC IRSA.

##### 46. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

**Enjeu(x)** prendre en compte les difficultés spécifiques de ces publics (renoncement aux soins, refus de soins, prises en charge tardives ou chaotiques, lisibilité des dispositifs...)

**Levier(s)**

- mobiliser et poursuivre le déploiement des ressources spécifiques et/ou passerelles (cf fiche 4),
- communication spécifique et déploiement d'une stratégie d'information et de formation des professionnels de santé,
- collaboration régulière entre le comité régional des personnes accueillies et accompagnées et l'ARS.

##### 47. AMÉLIORER L'ACCÈS À UN ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL ADAPTÉ (CF. PRAPS PARTIE 3.3.4.)

Les liens entre les conditions de vie et l'état de santé des personnes sans domicile, en habitat de fortune, hébergées (accueil d'urgence et de stabilisation, hébergement d'insertion, hôtels...) ne sont plus à démontrer. Il en va de même pour les personnes mal logées, les ménages contraints d'habiter des logements insalubres, humides ou très dégradés, avec toutes les conséquences connues sur le plan sanitaire (saturnisme, affections respiratoires, risques d'accidents domestiques).

Les stratégies d'intervention s'appuient sur :

- les actions du plan régional santé environnement 3 – PRSE3 /axe « agir pour des bâtiments et un habitat sains », co-piloté par l'État, la Région et l'ARS,

- les Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD) qui visent à définir les objectifs et les moyens pour aider les personnes fragilisées, sans abri ou mal logées, à accéder à des hébergements ou des logements adaptés à leurs besoins et à construire des parcours leur permettant de s'y maintenir durablement. Ces plans sont co-pilotés par l'État et chaque conseil départemental.

Les PDALHPD recensent des impacts du mal-logement sur la santé multiples et d'intensités variables (pathologies diverses, handicaps, ou troubles) que ce soit sur le plan de la santé physique ou mentale, mais aussi du bien-être.

En Normandie, il existe :

- 32 CHRS pour 2 168 places soit 9 943 personnes accueillies en 2016 (source ENC), dont 71,15 % en Seine-Maritime, 9,20 % dans la Manche, 8,90 % dans l'Eure, 6,20 % dans le Calvados et 4,5 % dans l'Orne,

- 918 places d'hébergement d'urgence, plus de 46 400 nuitées hôtelières en 2017, 11 structures d'accueil de jour et 11 équipes mobiles.

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 43) :** Élaborer des outils utilisables par les non professionnels de santé pour repérer les difficultés de santé des personnes vivant dans des logements dégradés (agents des collectivités, travailleurs sociaux...)

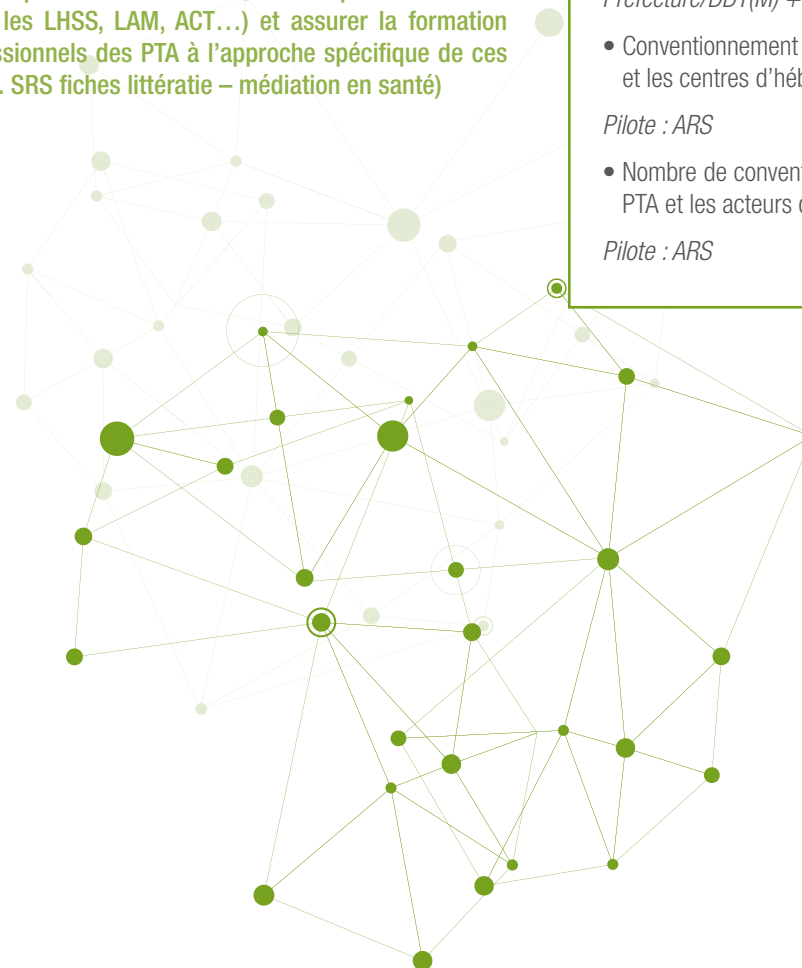
**Action 2 (objectif 43) :** Proposer un premier niveau d'évaluation des besoins de santé, via les PASS, pour les personnes en difficulté d'accès aux soins

**Action 3 (objectif 44) :** Mieux connaître les situations d'incurie pour mieux mobiliser les ressources en matière d'expertise et d'évaluation médicale et mieux prendre en charge les occupants

**Action 4 (objectif 45) :** Mieux informer sur les ressources existantes en prévention et former les professionnels du secteur accueil hébergement insertion à l'approche des déterminants de santé principaux (nutrition / activité physique / tabac / alcool)

- intégrer dans le programme d'activité IREPS et autres opérateurs de prévention (centres de vaccination, structures de dépistage, pôles de prévention compétents en addictologie...)
- mettre en place une communication régulière et adaptée en direction des établissements et des usagers du secteur hébergement insertion
- favoriser le conventionnement avec les centres d'examen de santé UC-IRSA

**Action 5 (objectif 46) :** Assurer la bonne information des Plateformes territoriales d'appui (PTA) sur les dispositifs existants, s'assurer de la bonne articulation sur les territoires (notamment par le biais de conventions de partenariat avec les PASS, les LHSS, LAM, ACT...) et assurer la formation des professionnels des PTA à l'approche spécifique de ces publics (cf. SRS fiches littérature – médiation en santé)



### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Nombre de traitements de situations d'incurie

*Pilote : ARS + Services de l'État partenaires des PDLHI : Préfecture/DDT(M) + Conseils Départementaux*

- Conventionnement entre les centres d'examen de santé et les centres d'hébergement

*Pilote : ARS*

- Nombre de conventions de partenariat passées entre les PTA et les acteurs du secteur de l'hébergement

*Pilote : ARS*

## 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

### 3.5.2. LES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE (PPSMJ)

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 48. MIEUX CONNAÎTRE LES BESOINS DE SANTÉ DES PPSMJ DÉTENUES PAR UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES ENTRANTS

**Enjeu(x)** adapter l'offre de santé aux besoins

**Levier(s)** observatoires régionaux de santé

**Frein(s)** compatibilité des systèmes d'information

##### 49. DÉVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTÉ

**Enjeu(x)** créer des environnements favorables à la santé des PPSMJ, des personnels pénitentiaires et de la PJJ, et renforcer leur capacité d'agir pour leur santé

**Levier(s)** comités de pilotage éducation et promotion de la santé, comités de vie sociale ou de consultation des détenus des établissements, programme de réduction du tabagisme et Moi(s) sans tabac, soutien de l'IREPS et/ou l'ANPAA, convention PJJ-ARS pour la promotion de la santé des mineurs

**Frein(s)** surpopulation et vétusté de certains établissements, cloisonnements inter-institutionnels

##### 50. POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DES DÉPISTAGES ET REPÉRAGES POUR TOUTES LES PPSMJ

**Enjeu(x)** prévenir la violence, réduire le risque suicidaire, les transmissions infectieuses, améliorer le repérage des addictions et faciliter la réinsertion

**Levier(s)** formations au repérage de la crise suicidaire, introduction des TROD, projet de repérage des addictions, maillage territorial (structures de dépistage, maisons des adolescents...)

**Frein(s)** facteurs socio-culturels

##### 51. AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DES PPSMJ

**Enjeu(x)** transformer le temps de détention, de prise en charge éducative ou de placement en opportunité pour la santé

**Levier(s)** télé-médecine, partenariats CPAM et UC-IRSA pour accès aux droits et aux bilans de santé

**Frein(s)** démographie médicale déficitaire

##### 52. ORGANISER LA CONTINUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE LORS DES SORTIES DE DÉTENTION ET DES LEVÉES DE MESURE DE JUSTICE

**Enjeu(x)** inscrire la prise en charge dans un parcours de soins se poursuivant à la levée d'écroû ou en fin de mesure PJJ

**Levier(s)** Commission pluridisciplinaire unique (CPU) ou réunion locale de concertation, renforcement des liens entre services intra et extra-carcéraux, travail avec la famille pour les mineurs et transmission des démarches santé engagées

**Frein(s)** sorties de détention ou de placement non prévues / manque de structures d'aval / effectivité des droits sociaux (dont AME)

##### 53. FAVORISER LA COOPÉRATION DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE SANTÉ DES PPSMJ

**Enjeu(x)** décroïsonner les institutions et favoriser les échanges d'expériences et le partage d'outils entre les sites

**Levier(s)** organisation par de réunions entre acteurs

**Frein(s)** manque d'effectif et turn over des personnels

Les personnes placées sous-main de justice (PPSMJ) sont :

- les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire (personnes détenues, personnes en aménagement de peine, personnes suivies au titre d'une mesure de milieu ouvert),
- l'ensemble des mineurs et jeunes majeurs suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (détenus, placés ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert).

#### • Contexte normand

Au 1<sup>er</sup> mai 2017, les 10 établissements pénitentiaires accueillent 3 879 détenus (dont 107 femmes) pour 4 009 places (avec une surpopulation croissante dans les 5 maisons d'arrêt dont la capacité va de 46 à 649 places théoriques).

Sur les 3 753 personnes condamnées, 515 sont en aménagement de peine dont 499 sont suivies en milieu ouvert.

La majorité des mineurs est suivie en milieu ouvert (23 sont détenus au 1<sup>er</sup> mai 2017). Ils sont pris en compte dans le volet 3.4.2 « Parcours de santé des enfants et des jeunes » du PRAPS.

#### • Éléments de diagnostic

L'état de santé des PPSMJ détenues est marqué par une surreprésentation des pathologies psychiatriques, infectieuses (VIH, hépatites B et C, tuberculose) et des addictions, un taux de suicide élevé et un état dentaire dégradé.

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 48) :** Enquête en continu auprès des entrants en détention, intégrée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'OR2S

**Action 2 (objectif 49) :** Soutien méthodologique de tous les professionnels justice et santé pour une implication commune en promotion de la santé au sein des COPIL et des comités de vie sociale

**Action 3 (objectif 49) :** Création d'un référentiel d'intervention en santé sexuelle (notamment prévention et réduction des risques) en milieu pénitentiaire pour tous les professionnels, y compris associatifs

**Action 4 (objectif 50) :** Renforcement des collaborations entre structures pénitentiaires, PJJ et acteurs de prévention et d'accès aux soins en milieu libre (centres de santé et de bilans de l'Assurance maladie, CeGIDD, CSAPA, CAARUD, CMP, maisons des adolescents) pour le suivi des PPSMJ non détenues

**Action 5 (objectif 51) :** Actions de renforcement de l'attractivité de l'exercice en milieu carcéral et de fidélisation des professionnels de santé sur les établissements pénitentiaires en impliquant les acteurs et valorisant l'activité de soins en milieu pénitentiaire

**Action 6 (objectif 51) :** Accompagnement de la création d'une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et poursuite de la mise aux normes des chambres sécurisées pour améliorer l'offre de soins hospitaliers

**Action 7 (objectif 51) :** Développement des projets de télémédecine et optimisation des systèmes d'information

**Action 8 (objectif 51) :** Structuration de la prise en charge régionale coordonnée des Auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS), dans le respect des rôles propres à chaque acteur

**Action 9 (objectif 52) :** Renforcement des collaborations pour favoriser l'accès aux droits et à une prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire adaptée

**Action 10 (objectif 52) :** Amélioration des réponses aux besoins d'accès aux soins pour les sortants, formulés par les SPIP

**Action 11 (objectif 53) :** Organisation d'échanges et de rencontres entre les partenaires santé justice, poursuite de formations communes santé justice, valorisation et diffusion des expériences de terrain innovantes

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Nombre d'établissements et type de professions engagés, élaboration de programmes de promotion de la santé incluant les différentes actions

*Pilote : ARS*

- Turn-over et nombre de postes vacants (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes...)

*Pilotes : ARS – Etablissements de santé*

- Nombre de téléconsultations, de téléexpertises

*Pilotes : ARS – Etablissements de santé*

- Formalisation du protocole « cas complexe »

*Pilotes : ARS – Etablissements de santé – SPIP*

- Nombre de formations communes, de journées d'échanges

*Pilote : ARS – DISP - PJJ*

## 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

### 3.5.3. LES PERSONNES MIGRANTES

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 54. RENDRE PLUS LISIBLES LES DIFFÉRENTS STATUTS DES PERSONNES MIGRANTES POUR UN ACCÈS À LA SANTÉ

**Enjeu(x)** améliorer la prise en charge des personnes migrantes

**Levier(s)** pas d'épidémie particulière recensée en dehors de cas de gale, de tuberculose et de traumatismes du parcours

**Frein(s)** difficulté des acteurs de la santé à comprendre les différents statuts / modes d'entrée en France

##### 55. FACILITER L'ACCÈS RAPIDE DES PRIMO-ARRIVANTS À LA SANTÉ PAR L'INTERMÉDIAIRE DES PASS, DES EMPP ET DES CENTRES D'EXAMEN DE SANTÉ

**Enjeu(x)** rejoindre le droit commun par la mise en œuvre du « Protocole de prise en charge sanitaire des migrants accueillis en Normandie »

**Levier(s)** peu de difficultés sanitaires spécifiques pour les demandeurs d'asile (accès au droit commun)

**Frein(s)** contraintes de prise en charge liées le cas échéant à la traduction, la médiation culturelle, notamment en matière de santé mentale (traumatismes liés aux parcours) et des difficultés spécifiques aux migrations signalées par les acteurs en particulier sur les secteurs de Cherbourg, Ouistreham, Dieppe

##### 56. AMÉLIORER L'ACCÈS À LA SANTÉ DES PERSONNES PRIMO-ARRIVANTES ET ISSUES DE L'IMMIGRATION

**Enjeu(x)** le cumul des difficultés (langues, non observance des traitements, barrière culturelle, traumatismes, précarité sociale et financière) vient aggraver les situations sanitaires ordinaires des personnes migrantes ou issues de l'immigration même après des années de vie sur le sol français

**Levier(s)** référentiels HAS de bonnes pratiques en médiation en santé et en interprétariat)

##### 57. POURSUIVRE, APRÈS ÉVALUATION, LES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LES FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS OU RÉSIDENCES SOCIALES

**Enjeu(x)** mieux appréhender un parcours de santé de ce public vers le droit commun

**Levier(s)** une bonne connaissance du public, un atout pour les professionnels

**Frein(s)** problèmes culturels et identitaires, isolement communautaire

Il convient de distinguer les primo-arrivants des migrants issus d'une migration plus ancienne (notamment immigration économique des années 60 / population maintenant vieillissante). Il existe une multiplicité de statuts impactant l'accès aux droits et à la santé (situation régulière ou pas, type de titre de séjour...).

#### • Contexte normand

La région Normandie compte 20 Centres d'accueil de demandeurs d'asiles (CADA) avec 2 160 places et 931 places en Centres d'accueil et d'orientation (CAO) en décembre 2017.

ADOMA gère 23 Foyers de travailleurs migrants et Résidences sociales (FTM/RS) soit 1 700 places situées en Seine-Maritime et l'Eure. COALLIA gère 7 foyers et résidences sociales en Seine-Maritime.

Les FTM/RS accueillent un public essentiellement masculin et disparate.

#### • Éléments de diagnostic

Même après des années de vie sur le sol français, le cumul des difficultés (langue, non observance des traitements, barrière culturelle, précarité sociale et financière) vient aggraver les situations sanitaires ordinaires des personnes migrantes ou issues de l'immigration.

Les maladies chroniques, en particulier les maladies cardiovasculaires liées au changement d'habitudes de vie mais sans adaptation de l'alimentation sont les principales problématiques avec les souffrances psychiques.



## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 54) :** Organiser des sessions de formation pluri-institutionnelles et disciplinaires pour l'accompagnement des migrants en lien avec les DDCCS/OFI/ Organismes sociaux d'Assurance maladie

**Action 2 (objectifs 55 et 54) :** Permettre aux PASS d'être des lieux ressources de proximité sur les questions de statuts et de santé (assurer l'actualisation des connaissances des professionnels des PASS)

**Action 3 (objectif 55) :** Favoriser le conventionnement entre les structures d'accueil et les centres d'examen de santé UC-IRSA

**Action 3 (objectifs 56) :** Évaluer et adapter la mise en œuvre des protocoles d'accueil des migrants sur chacun des territoires

**Action 4 (objectif 56) :** Développer et structurer les ressources en matière d'interprétariat au regard du référentiel des bonnes pratiques édité par l'HAS avec les PASS, EMPP ou CMP de secteur

**Action 5 (objectif 57) :** Développer l'accès à la santé par l'approche de la médiation transculturelle en santé et notamment en psychiatrie et de la santé communautaire particulièrement pour les personnes ayant vécu des violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles

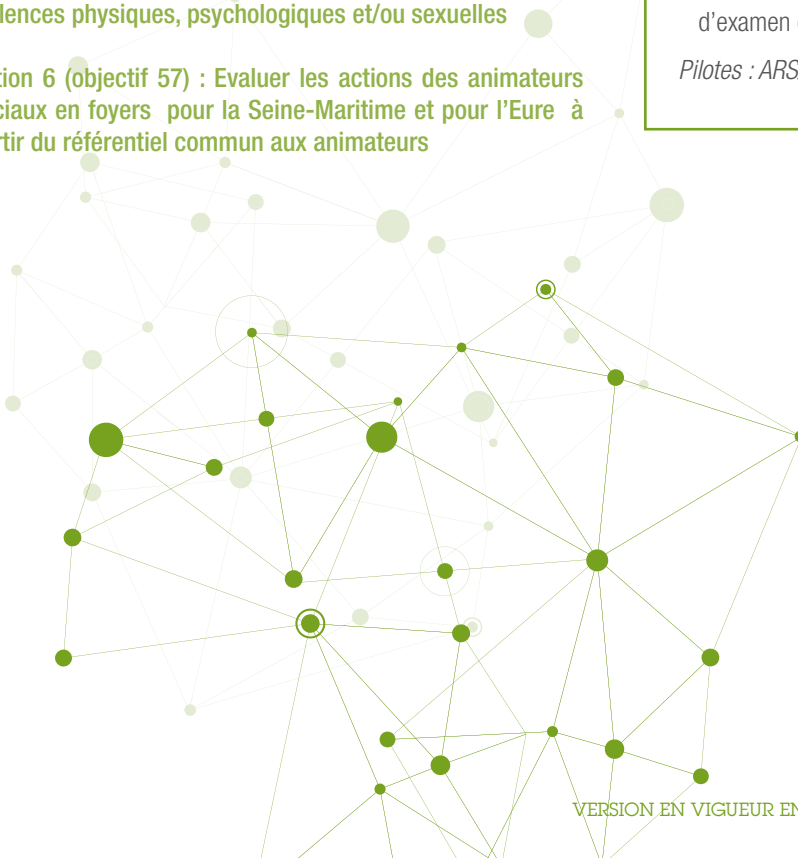
**Action 6 (objectif 57) :** Evaluer les actions des animateurs sociaux en foyers pour la Seine-Maritime et pour l'Eure à partir du référentiel commun aux animateurs

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Nombre de formations et types de professionnels formés
- Couverture territoriale en ressources d'interprétariat et de médiation transculturelle
- Nombre de conventions passées avec les centres d'examen de santé

*Pilotes : ARS/DDCS*



## 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

### 3.5.4. LES GENS DU VOYAGE

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 58. DÉVELOPPER LES CONNAISSANCES ET LES CAPACITÉS DES GENS DU VOYAGE POUR UN ACCÈS AUTONOME AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE DROIT COMMUN

**Enjeu(x)** rendre plus autonomes les gens du voyage en matière de santé

**Levier(s)** deux expérimentations de médiation santé en Seine-Maritime et dans le Calvados

**Frein(s)** représentations négatives et craintes de certaines familles envers les institutions

##### 59. MOBILISER LES ACTEURS DE SANTÉ ET FAVORISER LEUR MISE EN RÉSEAU

**Enjeu(x)** contribuer à une meilleure connaissance du public ciblé avec un accueil et un suivi adaptés

**Levier(s)** • deux expérimentations de médiation santé en Seine-Maritime et dans le Calvados,  
• intervenants spécialisés.

**Frein(s)** représentations négatives de nombreux professionnels

##### 60. RÉDUIRE LES RISQUES SANITAIRES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET À L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DES PERSONNES

**Enjeu(x)** améliorer l'état de santé des gens du voyage en lien avec leur activité professionnelle et leurs conditions de vie

**Levier(s)** • instances locales de coordination des politiques publiques en faveur des gens du voyage,  
• schémas départementaux des gens du voyage en cours de révision, Plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD), Plans territoriaux de l'insertion (PTI) des Conseils départementaux avec les référents RSA,  
• intervenants spécialisés.

**Frein(s)** • conditions de vie très contraintes de nombreuses familles  
• nature des travaux effectués, activités professionnelles pratiquées

En droit, les personnes sont dites « gens du voyage » lorsque leur habitat traditionnel est constitué de résidences mobiles installées sur des aires d'accueil ou des terrains prévus à cet effet. En 2012, la Cour des comptes regrettait l'absence de « données statistiques fiables et actualisées » avant d'estimer le nombre de gens du voyage entre 250 000 et 300 000 a minima sur le territoire national. Pour leur permettre de séjourner, il existe des aires d'accueil et des aires de grand passage. Nombre de familles sont installées sur des terrains à usage privatif. Une partie de ces personnes ne se déplace plus ou peu. Les représentations encore souvent négatives qui leur sont associées sont source de nombreuses discriminations.

#### • Contexte normand

Selon l'analyse des schémas départementaux d'accueil des gens du voyage, on comptabilise environ 1 217 places sur les différentes aires d'accueil sans compter celles des aires de grands et petits passages. Si l'on considère qu'il y a en moyenne 3 à 4 personnes par ménage, on peut estimer qu'environ 4 900 personnes a minima vivent en permanence sur le territoire.

#### • Éléments de diagnostic

Plusieurs freins peuvent être identifiés chez les gens du voyage en termes de santé :

- Obstacles environnementaux
- Complications administratives
- Discriminations
- Méconnaissance du dispositif de santé
- Manque d'autonomie (illettrisme, manque de mobilité...)





## PLAN D' ACTIONS

### OBJECTIF : PRENDRE EN COMPTE LES QUESTIONS DE SANTÉ DES GENS DU VOYAGE

#### Action 1 (objectif 58) : Développer la médiation en santé

- évaluer les deux expérimentations existantes en Normandie en lien avec les acteurs concernés,
- mettre en place un COPIL commun,
- établir un état des lieux régional et déterminer les territoires à couvrir en priorité,
- établir une stratégie régionale pour déployer l'action sur d'autres sites,
- communiquer sur le dispositif,
- promouvoir un mode d'intervention basé sur le « aller vers », notamment en matière d'accès aux droits (Cf. Fiche PRAPS 3.1. Accès aux droits).

#### Action 2 (objectif 59) : Mieux informer les professionnels sur les facteurs de vulnérabilité liés à l'habitat mobile et aux spécificités de ce public

- établir un plan de communication et de formation en direction des professionnels de santé en établissement de santé et médico-sociaux et exerçant en libéral (via les URPS), en lien avec les acteurs spécialisés.

#### Action 3 (objectif 59) : Mieux prendre en compte ces publics dans la déclinaison des plans d'actions en prévention (nutrition, addictions, santé sexuelle, santé mentale...)

- intégrer un axe dans les plans d'actions des réseaux territoriaux de promotion de la santé et/ou des ateliers santé ville concernés,
- encourager la prise en compte de ce public dans les contrats locaux de santé concernés.

#### Action 4 (objectif 60) : Mieux prévenir les incidences environnementales et sanitaires liées à l'habitat mobile et les accidents dus aux modes de vies spécifiques des gens du voyage

- prévention des accidents domestiques, d'intoxication au monoxyde de carbone et du saturnisme,
- règles de sécurité au travail (notamment dans le cadre de travaux d'élagage, de ferrailage...):
  - en diffusant une information adaptée aux usagers (recherche d'outils, des relais et des modes d'intervention les plus efficaces),
  - en portant un message de prévention dans les instances départementales et locales de pilotage des politiques en direction des gens du voyage (COPIL des aires notamment).

#### MODALITÉS D'ÉVALUATION

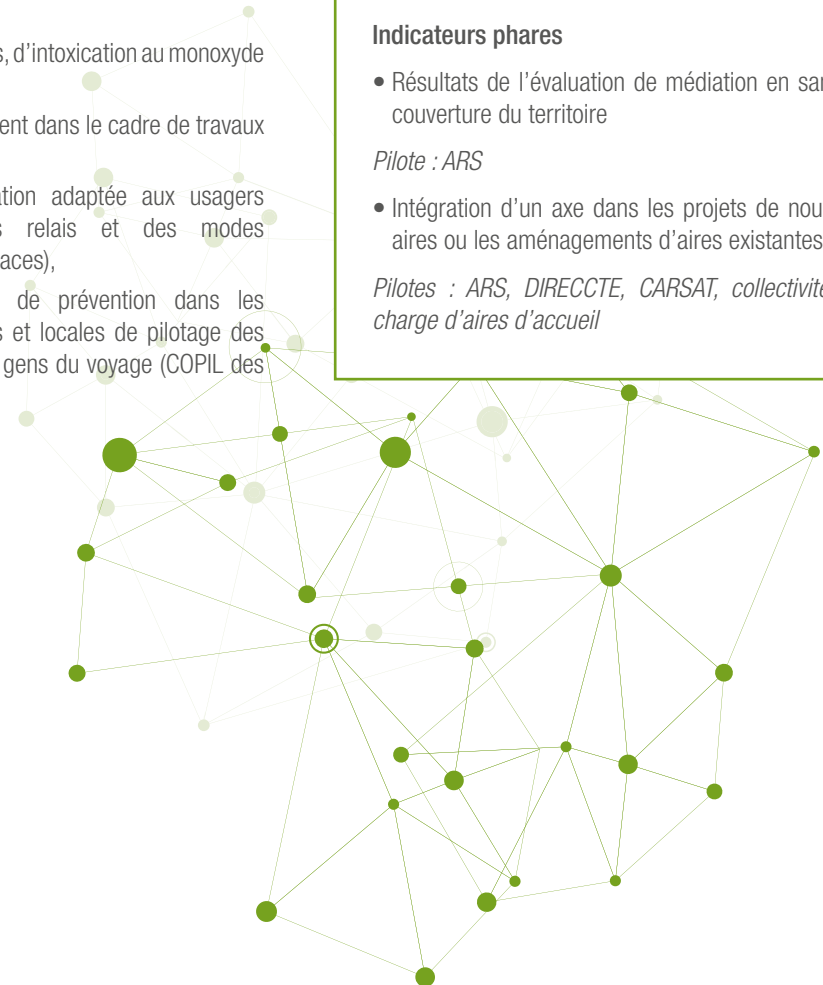
##### Indicateurs phares

- Résultats de l'évaluation de médiation en santé et couverture du territoire

*Pilote : ARS*

- Intégration d'un axe dans les projets de nouvelles aires ou les aménagements d'aires existantes

*Pilotes : ARS, DIRECCTE, CARSAT, collectivités en charge d'aires d'accueil*



## 3.5. PRENDRE EN COMPTE LES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES DE CERTAINS USAGERS

### 3.5.5. LES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION

#### OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

##### 61. INFORMER, ORIENTER ET ACCOMPAGNER LES PERSONNES VERS LES DISPOSITIFS DE DROIT COMMUN DANS LES CHAMPS DE LA SANTÉ/SOCIAL/MÉDICO-SOCIAL, EN TENANT COMPTE DE LEURS SPÉCIFICITÉS

**Enjeu(x)** permettre à toute personne victime de prostitution, de proxénétisme et d'exploitation sexuelle de bénéficier d'un accompagnement en santé vers une prise en charge globale ouvrant sur des alternatives à la prostitution

**Levier(s)** projets existants d'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution à Rouen et à Caen

**Frein(s)** : linguistiques, psychologiques (crainte des personnes en situation irrégulière, peur des représailles), juridiques (situation administrative), géographiques (mobilité)

##### 62. PROMOUVOIR LA DÉMARCHE DE RÉDUCTION DES RISQUES DANS LE CADRE DES INTERVENTIONS

**Enjeu(x)** privilégier une approche globale des situations sociales et de santé des personnes par le « aller vers » et la santé communautaire

**Levier(s)** un collectif de partenaires formé à cette démarche, dont des personnes issues de la prostitution

**Frein(s)** les références culturelles et barrières linguistiques

##### 63. FAVORISER LA PROMOTION, L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ET L'ACCÈS AU DÉPISTAGE (VIH, IST, HÉPATITES, CANCERS)

**Enjeu(x)** s'appuyer sur la réduction des risques afin de créer une alliance vers la prévention

**Levier(s)** structures de dépistage sur le territoire coordonnées et membres du comité technique du projet « accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution sur l'agglomération caennaise » (camion du CAARUD mobile équipé avec un espace d'accueil et un espace d'entretien permettant la confidentialité), outils de convivialité, d'information et d'éducation pour la santé traduits et adaptés, matériel de communication, d'hygiène, de réduction des risques

**Frein(s)** mobilité du public, barrières linguistiques

##### 64. SENSIBILISER LES PROFESSIONNELS, DANS LES CHAMPS DE LA SANTÉ, DU SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL, QUI ACCOMPAGNENT LES PERSONNES

**Enjeu(x)** lutter contre la stigmatisation, la discrimination

**Levier(s)** appui méthodologique de Médecins du monde

**Frein(s)** représentations et tabous des acteurs à l'égard de cette population

Le rapport d'information sur la prostitution en France déposé à l'Assemblée nationale le 13 avril 2011 dénombre 20 000 à 40 000 personnes (selon les chiffres donnés par l'Office contre l'exploitation de l'être humain). 80 % de l'ensemble des personnes en situation de prostitution étaient de nationalité étrangère en métropole, 90 % des personnes exerçaient leur activité dans la rue.

La mise en œuvre de l'art. L. 1181-1. de la loi du 13 avril 2016 propose une politique de réduction des risques en direction des personnes prostituées qui consiste à prévenir les infections sexuellement transmissibles ainsi que les autres risques sanitaires, sociaux et psychologiques liés à la prostitution.

#### • Contexte normand

En Normandie, la prostitution est difficile à quantifier dans la mesure où c'est un public diffus. De plus, les réseaux déplacent les personnes concernées dans différentes villes afin d'éviter qu'elles puissent instaurer des liens avec leur environnement et notamment avec les travailleurs sociaux, qu'elles enclenchent une démarche de socialisation et de réinsertion qui mettent en danger le réseau.

Deux projets, portés l'un dès 2015 par Médecins du monde sur Rouen et l'autre par l'EPSM depuis 2017 sur l'agglomération caennaise, ont permis d'aborder la santé avec ce public et notamment la question de la gestion et réduction des risques.

#### • Éléments de diagnostic

Il est noté que ces personnes ont pour point commun une souffrance physique et psychique, des situations de violence et de mal-être profond, des problématiques de santé mal prises en compte.

## PLAN D' ACTIONS

**Action 1 (objectif 61) : Analyser la transférabilité de l'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution, pour garantir la pérennité de l'action :**

- en s'appuyant sur les ressources locales caennaises,
- en élaborant un modèle selon des phases d'interconnaissance Rouen/Caen, d'identification de critères de transférabilité, d'acculturation, d'accompagnement formatif,
- en soutenant méthodologiquement Médecins du monde par l'IREPS,
- en collectant, adaptant et développant des outils d'information des acteurs et/ou des personnes sur les dispositifs de droit commun en santé et social (cartes en plusieurs langues, avec pictogrammes...).

**Action 2 (objectif 61) : Évaluer l'expérimentation d'accompagnement sanitaire et social des personnes en situation de prostitution de l'agglomération caennaise**

**Action 3 (objectif 62) : Proposer du matériel adapté de réduction des risques et orienter pour les risques liés à l'hygiène, aux infections sexuellement transmissibles et aux consommations de substances psycho-actives**

- en proposant des accès à des points d'eau,
- en organisant la récupération des déchets dont les déchets d'activités de soins à risques infectieux, un accès à la contraception gratuite, dont la contraception d'urgence, l'IVG et au traitement post-exposition en lien avec les dispositifs existants,
- dans certaines situations, en orientant vers la prophylaxie pré-exposition,
- en assurant une posture de réduction des risques vis-à-vis du public basée sur le non-jugement, l'écoute active et la prise en considération de la réalité des conditions de vie et de travail des personnes).

**Action 4 (objectif 63) : Mettre en œuvre des actions de prévention-promotion de la santé adaptées aux besoins, à la demande et au contexte :**

- par des entretiens individuels et collectifs,
- en collectant, adaptant et développant des outils d'éducation pour la santé spécifiques,
- en favorisant la participation active et libre des personnes concernées pour développer des réponses de santé et un accès effectif à leurs droits, pour se rendre par exemple, vers les structures proposant le dépistage, notamment par TROD, en y associant un accompagnement adapté des personnes ayant un dépistage positif,
- en accompagnant vers les dispositifs de dépistage de droit commun en fonction des risques identifiés et de la demande des personnes,
- en organisant un accès à un suivi gynécologique en lien avec les dispositifs existants.

**Action 5 (objectif 64) : Développer des sessions de sensibilisation des professionnels santé / social aux problématiques spécifiques des personnes en situation de prostitution :**

- en construisant, renforçant et en animant un réseau de professionnels santé / social sensibilisés aux questions spécifiques des personnes en situation de prostitution,
- en développant la connaissance du réseau santé / social de proximité par les équipes allant à la rencontre des personnes en situation de prostitution.

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

#### Indicateurs phares

- Réalisation du modèle d'intervention

*Pilotes : Médecins du monde et IREPS*

- Nombre de sessions de formation et type de professionnels formés

*Pilotes : ARS/IREPS*



# GLO SSAI RE

## A

**AAH**  
Allocation adultes handicapés

**ACT**  
Appartement de coordination  
thérapeutique

**AHI**  
Accueil hébergement insertion

**AME**  
Aide médicale d'État

**ANPAA**  
Association nationale de prévention en  
alcoolologie et addictologie

**ARS**  
Agence régionale de santé

**ASE**  
Aide sociale à l'enfance

**ASV**  
Atelier santé ville

## C

**CAARUD**  
Centre d'accueil et d'accompagnement  
à la réduction des risques des usagers  
de drogues

**CADA**  
Centre d'accueil de demandeurs  
d'asile

**CAO**  
Centre d'accueil et d'orientation

**CARSAT**  
Caisse d'assurance retraite et de la  
santé au travail

**CCAS**  
Centre communal d'action sociale

**CFA**  
Centre de formation pour apprentis

**CeGIDD**  
Centre gratuit d'information, de  
dépistage et de diagnostic des  
infections par le VIH, les hépatites  
virales et des infections sexuellement  
transmissibles

**CHRS**  
Centre d'hébergement et de  
réinsertion sociale

**CHS**  
Centre hospitalier psychiatrique

**CLIC**  
Centre local d'information et de  
coordination

**CLS**  
Contrat local de santé

**CLSM**  
Conseil local de santé mentale

**CMP**  
Centre médico-psychologique

**CMS**  
Centre médico-social

**CNSA**  
Caisse nationale de solidarité et  
de l'autonomie

**COS**  
Cadre d'orientation stratégique

**COTECH**  
Comité technique

**CPAM**  
Caisse primaire d'assurance maladie

**CPOM**  
Contrat pluriannuel d'objectifs et de  
moyens

**CPU**  
Commission pluridisciplinaire unique

**CSAPA**  
Centre de soins d'accompagnement et  
de prévention en addictologie

**CTS**  
Conseils territoriaux de santé

**D****DCAS**

Délégué à l'accès aux soins

**DCGDR**

Direction de la coordination de la gestion du risque

**DDCS**

Direction départementale de la cohésion sociale

**DDCSPP**

Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

**DISP**

Direction inter-régionale des services pénitentiaires

**DRAAF**

Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt

**DRDJSCS**

Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

**E****EHPAD**

Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EMPP**

Équipe mobile psychiatrie précarité

**EPIDE**

Établissement public d'insertion de la défense

**EPSM**

Établissement public de santé mentale

**ETP**

Éducation thérapeutique du patient

**F****FNORS**

Fédération nationale des observatoires de santé

**FJT**

Foyer de jeunes travailleurs

**FSV**

Fonds de solidarité vieillesse

**FTM/RS**

Foyers de travailleurs migrants et résidences sociales

**G****GHT**

Groupement hospitalier de territoire

**H****HAD**

Hospitalisation à domicile

**HCSP**

Haut conseil de la santé publique

**I****IREPS**

Instance régionale d'éducation et de promotion santé

**IRSA**

Institut inter-régional pour la santé

**ISTS**

Inégalités sociales et territoriales de santé

**IVG**

Interruption volontaire de grossesse

**L****LAM**

Lit d'accueil médicalisé

**LHSS**

Lit halte soins santé

**LMSS**

Loi de modernisation de notre système de santé

**M****MADO**

Maison des adolescents

**MAIA**

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

**MDPH**

Maison départementale des personnes handicapées

**MIG**

Mission d'intérêt général

**MILDECA**

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

**MLJ**

Mission locale pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes

**MSA**

Mutualité sociale agricole

O

**OFII**

Office français de l'immigration et de l'intégration

**OMS**

Organisation mondiale de la santé

**ONDAM**

Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie

**ORS-CREAI**

Observatoire régional de la santé - Centre régional d'études, d'actions et d'informations

**OR2S**

Observatoire régional de la santé et du social

P

**PNRT**

Plan national de réduction du tabagisme

**P2RT**

Plan régional de réduction du tabagisme

**PAERPA**

Programme pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie

**PASS**

Permanence d'accès aux soins de santé

**PDALHPD**

Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

**PDLHI**

Pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne

**PDS**

Permanence des soins

**PFIDASS**

Plate-forme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé

**PJJ**

Protection judiciaire de la jeunesse

**PLANIR**

Plan local d'accompagnement de non recours des incompréhensions et des ruptures

**PMI**

Protection maternelle et infantile

**PNNS**

Programme national nutrition santé

**PPSMJ**

Personnes placées sous main de justice

**PRAPS**

Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

**PRE**

Programme de réussite éducative

**PRS**

Projet régional de santé

**PRSE**

Projet régional santé-environnement

**PSLA**

Pôle de santé libéral et ambulatoire

**PTA**

Plateforme territoriale d'appui

**PTSM**

Projet territorial de santé mentale

R

**RCP**

Réunion de concertation pluridisciplinaire

**REP**

Réseau d'éducation prioritaire

**RRAPP**

Réseau régional action psychiatrie précarité

**RSA**

Revenu de solidarité active

**RTPS**

Réseau territorial de promotion de la santé

S

**SEGPA**

Section d'enseignement général et professionnel adapté

**SAMSAH**

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

**SAVS**

Service d'accompagnement à la vie sociale

**SIAO**

Service intégré d'accueil et d'orientation

**SPASAD**

Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

**SPIP**

Service pénitentiaire d'insertion et de probation

**SRS**

Schéma régional de santé

**SSIAD**

Service de soins infirmiers à domicile

T

**TROD**

Test rapide d'orientation diagnostique

U

**URPS**

Union régionale des professions de santé

**URML**

Union régionale des médecins libéraux

V

**VIF**

Violences intra-familiales

Z

**ZEP**

Zone d'éducation prioritaire

**ZRR**

Zone de revitalisation rurale





Agence régionale de santé de Normandie  
Espace Claude Monet  
2 place Jean Nouzille – CS 55035  
14050 CAEN Cedex 4  
Tél. : 02 31 70 96 96

Courriel : [ars-normandie-contact@ars.sante.fr](mailto:ars-normandie-contact@ars.sante.fr)  
Site : [www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr)  
Compte twitter : @ars\_normandie