Projet Régional de Santé
Haute-Normandie
2012-2017

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Haute-Normandie

2012-2017

Agence Régionale de Santé
Haute-Normandie

Sommaire

PREAMBULE 3

I. Contexte 5

II. Place du PRAPS dans le PRS 6

1.1 Cadrage national 6
1.2 Cadrage régional 6

III. Bilan synthétique du PRAPS 2 10

IV. Les freins identifiés par les acteurs à l'accès et à la prévention aux soins13

V. Objectifs du PRAPS.....15

5.1 Accès aux droits 16

5.1.1 Objectifs régionaux 16
5.1.2 Plan d'actions…… 16
- **Action 1** : « Renouveler l'information sur le dispositif CMU, CMU-C, ACS » 16

5.2 Accès à l'éducation pour la santé et à la prévention 17

5.2.1 Objectifs régionaux 17
5.2.2 Plan d'actions en faveur des personnes démunies habitant dans les quartiers politiques de la ville.....17

- **Action 2 :** Poursuivre les actions à l'hygiène corporelle, nutritionnelle, bucco-dentaire, addictions... auprès des personnes démunies habitant dans les quartiers « politique de la ville » 17
- **Action 3 :** Améliorer l'accès à la vaccination aux personnes démunies 19
- **Action 4 :** Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique pour les habitants des quartiers « politique de la ville » 20
- **Action 5 :** Améliorer l'accès aux dépistages et repérages des cancers pour les habitants des quartiers « politique de la ville » 21

5.2.3 Plan d'actions en faveur des personnes accueillies en centres d'hébergement et en foyers de travailleurs immigrants 22

- **Action 6** : Améliorer l'accès aux dépistages et repérages des cancers pour les personnes accueillies en centres d'hébergement, en foyers de travailleurs migrants 22
- **Action 7** : Poursuivre les actions à l'hygiène corporelle, nutritionnelle, bucco-dentaire… et favoriser l'accès aux soins auprès des personnes démunies accueillies dans les structures d'hébergement, auprès des gens du voyage 23
- **Action 8** : Poursuivre, après évaluation, les actions de promotion de la santé et prévention de la perte d'autonomie dan les Foyers Migrants (FTM) ou résidences sociales… 24

5.2.4 Plan d'actions en faveur des personnes détenues et des populations vulnérables 25

- **Action 9** : Développer les actions de prévention et promotion de la santé en faveur des personnes détenues 25
- **Action 10** : Améliorer l'accès aux dépistages et repérage du VIH, des IST et des Hépatites pour les populations vulnérables 26
- **Action 11** : Améliorer l'accès aux actions de préventions et promotion de la santé des populations dans le milieu rural… 27

5.3 Accès aux soins 28

5.3.1 Objectifs régionaux 28
5.3.2 Plan d'actions 28

- **Action 12** : Agir sur les refus de soins 28
- **Action 13** : Poursuivre, après évaluation, les actions d'accompagnement social vers les soins dans les Foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales.. 29
- **Action 14** : Coordonner et harmoniser les Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS) sur l'ensemble du territoire Haut-Normand… 30
- **Action 15** : Prendre en compte la souffrance médico-psychosociale et améliorer l'accès aux soins psychiatriques…… 31

5.4 Accès aux accompagnements médico-sociaux 33

5.4.1 Objectifs régionaux 33
5.4.2 Plan d'actions 33

- **Action 16** : Connaissance mutuelle des dispositifs du champ social, médico-social et sanitaire… 33
- **Action 17** : Connaissance mutuelle des dispositifs du champ social, médico-social et sanitaire 35

VI. Modalités de suivi et d'évaluation du PRAPS 36

Annexe 1 : Ressources utiles 37

Annexe 2 : Sigles 38

Préambule

La France dispose d'un système de santé performant et accessible à tous. L'espérance de vie s'est améliorée, mais il existe une disparité importante entre les individus. Les inégalités sociales de santé ont même eu tendance à se creuser[1]. A 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie inférieure de 9 ans à celle d'un cadre.

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, l'absence de barrières à l'accès aux soins ne suffit pas à garantir l'égalité des soins.

La région Haute-Normandie se caractérise par une situation sociale dégradée avec notamment un taux de chômage supérieur au taux national, et une situation sanitaire qui, avec un taux de mortalité générale de 948 décès pour 100 000 habitants (contre 881 pour 100 000 habitants en France métropolitaine) doit être améliorée.

La situation économique de la Haute-Normandie, et notamment sa forte industrialisation, se reflète dans la structure sociale de la population.

Avec plus de 17% d'ouvriers parmi la population âgée de 15 ans ou plus, la région présente une proportion supérieure à celle observée en France métropolitaine (14%). A l'inverse, les cadres et professions intellectuelles sont moins représentées (8.4% vs 6.1%).

La part de la population scolarisée âgée de 18 à 24 ans est inférieure comparativement au niveau national et la région présente une proportion de non diplômés parmi la population non scolarisée âgée de 15 ans ou plus supérieur au niveau national (22.7% vs 19.1%). Cette situation est particulièrement marquée dans le territoire de Dieppe avec un taux de plus de 26%.

Au 31 décembre 2009, la Haute-Normandie comptait plus de 40 000 bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active socle et activité (176 000 bénéficiaires en France)[2]. Il s'agit de la 6ème région la plus touchée par les bas revenus.

Les 89 quartiers des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) de Haute-Normandie regroupent 14% de la population régionale.

26 867 personnes sont bénéficiaires de la CMU au 31/12/2010 (soit 15.5 pour 1000 habitants) mais toutes les personnes susceptibles de bénéficier de ce dispositif n'y recourent pas.

---

[1] Rapport du Haut Conseil de la santé publique, « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité », décembre 2009.
[2] Source : Cnaf- Dser

En Haute-Normandie, « l'estimation du nombre de logements potentiellement indignes utilisés en tant que résidences principales et relevant du parc privé s'élève à 46 000 logements répartis à plus de 55% en Seine-Maritime et un peu moins de 45% dans l'Eure [3]».

La part des logements sociaux dans le parc total de logement est plus importante en Haute-Normandie qu'au niveau national (22.3% vs 16.6%). La Haute-Normandie est la 4ème région la mieux dotée en nombre de logements HLM pour 1 000 habitants.

La région compte 27 foyers de travailleurs migrants et résidences sociales, soit plus de 2609 logements[4].

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) permettent également en Haute-Normandie d'accueillir un public en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychique nécessite un temps de repos ou de convalescence mais ne nécessite pas ou plus une hospitalisation.

Ce taux est très supérieur au niveau national dans les territoires de santé de Rouen-Elbeuf (24.9%) et du Havre (24.4%).

La réduction des inégalités sociales de santé en Haute-Normandie constitue donc une priorité de l'Agence régionale de santé.

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) de Haute-Normandie s'attache à répondre aux besoins des personnes les plus éloignées du système de santé et qui cumulent des facteurs de risques.

Les actions retenues concernent en grande majorité des populations relevant de dispositifs d'accueil, d'hébergement et d'insertion et les habitants des quartiers « politique de la ville ».

Leur mise en œuvre nécessite la mobilisation et la coordination de l'ensemble des acteurs institutionnels, professionnels et des usagers.

Les PRAPS sont des outils importants pour la réduction des inégalités de santé. Toutefois la lutte contre les inégalités de santé s'inscrit dans une stratégie plus globale d'actions qui dépasse leur simple niveau d'intervention.

AVERTISSEMENT : Le présent document fait la synthèse des propositions recueillies dans des réunions territoriales constituées de l'ensemble des acteurs ayant à en connaître.

[3] Sources d'information : PRSE 2, CPOM (Annexe 2 du Schéma Régional de Prévention)
[4] Données DDCS 27 et 76 / SROMS de Haute-Normandie 2012-2017

Eléments de cadrage

I. Contexte

Le PRAPS 3 vient consolider les actions engagées depuis 2002 en application de la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (article 71).

Trois grands objectifs ont été affichés au sein du PRAPS de première génération en Haute-Normandie :

- l'amélioration de la connaissance des difficultés d'accès à la prévention et aux soins et de leurs conséquences sur la santé des plus démunis,
- l'optimisation des dispositifs d'accès à la prévention, aux droits et aux soins,
- l'intégration des spécificités des problèmes de santé des plus démunis dans la politique régionale de santé.

L'évaluation du P.R.A.P.S 1ère génération a montré entre autres, un décloisonnement santé/social, une forte concentration d'actions concernant principalement l'accès aux soins et l'information, la prévention et l'éducation pour la santé en Seine-Maritime, et surtout à destination des jeunes et des professionnels.

Le PRAPS de 2ème génération (2004-2008) a retenu trois objectifs :

- mobiliser et rendre accessible les dispositifs de santé : prévention, droits et soins,
- développer la prévention et la prise en charge de la souffrance médico-psychosociale des jeunes 16-30 ans,
- articuler le sanitaire et le social afin d'assurer une réponse globale à la personne démunie.

Il a été prorogé jusqu'à la mise en place des Agences Régionales de Santé, et l'écriture du P.R.A.P.S de 3ème génération.

II. Place du PRAPS dans le PRS

1.1 Cadrage national

En application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le P.R.A.P.S constitue l'un des trois programmes obligatoires du projet régional de santé et vise, au termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».

Selon le guide méthodologique de mars 2011 validé par le conseil national de pilotage du ministère du travail, de l'emploi et de la santé, la notion de personnes « les plus démunies » vise les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en termes de revenus, de logement, d'emploi, d'utilisation des services, de lien social… Ce sont ces personnes qui, plus que tout autre, présentent des difficultés d'accès aux droits, renoncent à des soins pour des raisons financières, se voient opposer des refus de soins, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soin et de prise en charge médico-sociale, et des difficultés d'accès, notamment secondaire, aux soins ».

En définissant et organisant les actions permettant d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, le P.R.A.P.S s'inscrit dans les priorités nationales de santé :
- améliorer l'espérance de vie en bonne santé,
- développer un système de soins et de santé de qualité, accessible à tous et efficient,
- promouvoir l'égalité devant la santé.

Selon le décret du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé, les programmes prévoient les **actions et les financements** permettant la mise en œuvre du projet régional de santé. Ils déterminent les **résultats attendus**, les **indicateurs** permettant de mesurer leur réalisation et le **calendrier** de mise en œuvre des actions prévues. Ils fixent également les **modalités** de suivi et d'**évaluation** des actions mises en œuvre.

1.2 Cadrage régional

Le PRAPS a pour objectif de décliner de manière opérationnelle :

- **les trois axes stratégiques du plan stratégique régional de santé (PSRS) :**

- maintenir et renforcer l'accès à la santé :

  - o priorité 2 « faciliter l'accès des populations spécifiques au système de santé ».
    Il s'agit d'améliorer et de faciliter, par des dispositifs adaptés et une bonne articulation entre les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, l'accès aux droits, aux soins et à l'accompagnement des populations qui le nécessitent soit en fonction de besoins de santé et d'autonomie accrus de par leur âge ou leur handicap soit en fonction de leur situation socio-économique qui constitue une cause d'accroissement de la vulnérabilité de l'état de santé, y compris mentale (personnes en situation de précarité ou d'exclusion, migrants…).
    Il s'agit aussi de mieux repérer et évaluer les besoins et de faciliter les conditions d'admission et de prise en charge pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion dans les structures médico-sociales déjà existantes, notamment en EHPAD, dans les structures d'accueil pour adultes handicapés, dans les structures d'addictologie et dans les établissements de santé ;

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé avec trois priorités :

  - o agir sur les déterminants de santé par une politique territoriale et en faveur de populations ciblées, de prévention des facteurs de risque (addictions, nutrition,…)
  - o développer des programmes spécifiques d'amélioration de la santé à destination des populations les plus à risque ;

- o renforcer l'analyse pour mieux repérer les priorités de santé territoriales et suivre et évaluer les programmes de santé ;

- renforcer et garantir la qualité et l'efficience des dispositifs ainsi que la qualité des organisations ;

- **les trois priorités du schéma régional de prévention**

- Inscrire la prévention, promotion de la santé tout au long de la vie : les actions seront prioritairement organisées en direction des personnes en situation de précarité et viseront plus particulièrement:

  - o à réduire le taux d'IVG et de grossesses précoces non désirées en intervenant auprès des professionnels de santé, de l'éducation et des jeunes,
  - o à développer les compétences psychosociales des enfants et des adolescents en soutenant des projets fédérant l'ensemble des acteurs concernés (cible : évolution des pratiques addictives, du taux de suicide, de l'indice de masse corporelle),
  - o pour les adultes à poursuivre la prévention des pratiques addictives et les actions sur les expositions aux facteurs de risques environnementaux (ex : évaluation des risques sanitaires sur Le Havre (« points noirs environnementaux »), lutte contre l'habitat dégradé dans tous les territoires de santé),
  - o pour les personnes âgées et handicapées à soutenir des projets de prévention (absence de projets déposés actuellement).

- Soutenir les dispositifs de prévention majeurs pour la protection de la santé des hauts-normands : l'amélioration de la couverture vaccinale et des taux de dépistage ainsi que le développement de l'éducation thérapeutique du patient constituent des priorités nationales déclinées par le SRP :

  - o améliorer les taux de dépistage en intervenant prioritairement dans les territoires présentant les taux les plus faibles (ouest de la région, est du territoire Evreux-Vernon),
  - o améliorer la couverture vaccinale en expérimentant les équipes mobiles de vaccination,
  - o assurer une meilleure couverture en programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et intégrer l'ETP dans les projets de maisons ou pôles de santé.

- Réduire les inégalités en renforçant les actions de prévention et de promotion de la santé dans les territoires identifiés comme prioritaires : afin d'amplifier les effets des actions de prévention, promotion de la santé et compte tenu des moyens disponibles, des territoires prioritaires sont identifiés pour bénéficier de manière plus importante du soutien de l'Ars.

Les actions engagées au titre de ces trois priorités viseront prioritairement les personnes en situation de précarité.

- **les objectifs du schéma régional d'organisation des soins :**

Le SROS est l'outil de mise en œuvre des objectifs prioritaires de la politique régionale de santé dans le champ sanitaire, objectifs qui peuvent se décliner à plusieurs niveaux :

- adapter le dispositif sanitaire à la demande de soins : vieillissement de la population, maladies chroniques, cancer, santé mentale… A cette fin, il est proposé d'adapter l'offre de soins sur un plan quantitatif et qualitatif et de l'intégrer dans une approche globale de la santé.

- garantir l'accessibilité et la qualité des soins :

  - o renforcer l'offre dans les territoires déficitaires,
  - o améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs,
  - o organiser les filières et rendre lisible les parcours de soins,
  - o s'assurer du respect des bonnes pratiques médicales,
  - o développer les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

- o améliorer l'efficience,
- o regrouper les plateaux techniques et les activités,
- o favoriser les coopérations public/privé,
- o mutualiser les moyens et les compétences,
- o développer de nouveaux modes de prise en charge des malades : chirurgie ambulatoire, HAD…

- identifier les missions de service public s'inscrivant dans la lutte contre les exclusions.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont situées au sein des établissements de santé. Il s'agit de cellules de prise en charge médico-sociale destinées aux personnes en situation de précarité pour leur faciliter l'accès au système de santé et les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leur droit. Elles visent à leur « faciliter l'accès au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social, ou médico-social (LHSS)». Les PASS peuvent comporter des permanences d'orthogénie (contraception, IVG,…).

Il est essentiel, au regard du fonctionnement disparate des PASS, d'amorcer la réflexion sur la médicalisation du dispositif (consolider les équipes pluridisciplinaires par l'intégration de médecin au dispositif / groupe de travail national), surtout dans les zones médicalement déficitaires.

Des besoins restent à couvrir :

- o Seine-Maritime : envisager la possibilité de l'implantation d'une PASS dans l'hôpital de Neufchâtel. Une réflexion est également à mener sur la zone non couverte de Gournay en Bray.
- o Eure : afin de toucher la population rurale, une PASS dans l'hôpital de Bernay pourrait être envisagée.

- garantir l'accès aux soins des personnes détenues :

- o garantir la pertinence et la cohérence des différentes actions pour la mise en œuvre de la politique de santé des personnes détenues ;
- o poursuivre le dépistage au moment de l'accueil dans l'établissement ;
- o promouvoir le dépistage chez les personnes détenues pendant leur incarcération ;
- o repérage de la crise suicidaire ;
- o renforcer la continuité des soins ;
- o créer un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) référent, identifié pour chaque établissement.

- **les objectifs du schéma régional d'organisation médico-sociale**

Le SROMS a orienté son action en direction des personnes les plus démunies relevant des deux plans départementaux « accueil hébergement insertion » (PDAHI) de l'Eure et de la Seine-Maritime, afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales face à la santé.

Les réponses doivent s'inscrire dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités territoriales et le réseau constitué de la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et des Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) :

- renforcer la connaissance mutuelle des dispositifs et des acteurs du champ social, sanitaire et médico-social et définir les articulations concrètes ;
- développer une évaluation et une orientation pluridisciplinaires (sociale, médico-sociale, psychiatrique…) et réactualisées ;
- appuyer les équipes sociales et médico-sociales et apporter les garanties nécessaires pour rendre acceptable l'accueil et le maintien des personnes démunies en établissements sociaux et médico-sociaux ;
- adapter les structures sociales, sanitaires et médico-sociales afin de répondre aux besoins et projet de vie de la personne démunie.

- **le protocole ARS / DRJSCS / DDCS signé le 2 août 2011**

L'imbrication forte des problématiques sociales et de santé (difficultés d'accès à la prévention et aux soins, inégalités sociales de santé traduites notamment dans les déterminants de santé, difficultés sociales et d'insertion liées à des problématiques de santé) impose des relations étroites entre l'ARS, la DRJSCS et les DDCS.

Les collaborations privilégiées développées par l'ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports viseront notamment :

- les personnes en situation précaire ou vulnérables (personnes sans couverture maladie complémentaire, personnes sans domicile fixe, majeurs protégés, étrangers malades, personnes sortantes de prison, personnes détenues, etc.) ;
- les personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge et/ou du handicap ou d'une maladie, des personnes ayant des conduites addictives, avec des problèmes de santé mentale ;
- les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, notamment lorsque ceux-ci ont fait l'objet d'un diagnostic dans le cadre d'un atelier santé-ville (ASV) ou du volet santé d'un programme de réussite éducative (PRE) ;
- les gens du voyage ;
- les jeunes (dont ceux suivis par les missions locales et dans le cadre des maisons de l'adolescent) ;
- et les personnes pratiquant une activité physique ou sportive (prévention et lutte contre le dopage, activité physique et santé).

III. Bilan synthétique du PRAPS 2

Présentation de la mise en œuvre des principales mesures prévues par le PRAPS 2004-2008, financées par le Groupement Régional de Santé Publique.

1- Mobiliser et rendre accessible les dispositifs de santé : prévention, droits et soins

Accès aux droits

Mesures prévues	Réalisations
Renouveler l'information auprès des professionnels des champs sanitaire et social sur le dispositif CMU, CMU-C, ACS.	Mise en œuvre partielle avec une information réalisée par CPAM, le service social de la CRAM et le Conseil Général du département 76 et facilitation d'accès au dispositif mais absence d'animation régionale de cette mesure après 2007.
Développer l'information auprès des publics en situation de précarité sur les missions des PASS concernant les personnes démunies ainsi que les structures existantes (améliorer et valoriser l'activité des PASS) et renforcer le positionnement des PASS à l'intérieur de l'hôpital et développer le partenariat entre les professionnels du champ sanitaire et social en intra-hospitalier et en externe.	Mise en œuvre partielle avec la réalisation d'un document régional de cadrage des PASS avec désignation de référents au sein des PASS, mise en place ou réactivation d'un COPIL avec des partenaires externes, amélioration du travail en réseau par la mise en place de formations, évaluation mais pas d'animation régionale depuis 2007.

Accès aux soins et à l'éducation pour la santé

Mesures prévues	Réalisations
Développer des outils et des méthodologies en éducation pour la santé adaptés au public précaire.	Mise en œuvre avec un groupe de travail animé par le CRES qui a permis de créer 2 outils (QUIZZ santé et les diables de la découvertes) mais difficiles à utiliser. Nécessité d'intégrer ces outils dans un plan d'action plus global.
Améliorer l'accès aux soins par le développement de méthodologies et d'outils adaptés au public précaire.	Inabouti car si la mise en place d'un groupe de travail a permis de proposer l'expérimentation de la mise en place d'un travailleur social chargé de cette question de l'articulation sanitaire/social, l'expérimentation dans un territoire n'a pas été possible.

Mesures prévues	Réalisations
Renforcer les capacités des personnels du champ sanitaire et social à accueillir les personnes en situation de précarité sociale et développer la connaissance mutuelle, la culture commune et les temps de travail en commun entre les acteurs en y intégrant particulièrement les intervenants auprès des publics en précarité, le sanitaire et le social, l'Education Nationale, la médecine de ville.	Objectif atteint avec un bilan très satisfaisant. Mise en place de formations de professionnels dans toute la région par le CRES et EDIAS en complémentarité des formations engagées sur le champ de la santé mentale (347 personnes formées).
Mener des actions à l'hygiène corporelle, nutritionnelle, bucco-dentaire auprès des personnes démunies qui prennent en compte leurs modes de vies et leurs faibles ressources.	Objectif atteint avec le financement d'actions spécifiques d'accueil, d'accompagnement et « d'aller vers » mais couverture insuffisante du territoire : • OHN (Rouen) : évaluation positive par les travailleurs sociaux / changements de comportement des bénéficiaires des actions au regard de leur santé. • Carrefour des solidarités (Rouen) : partenaire essentiel de l'articulation santé / social. • Armée du Salut (Le Havre) : partenaire essentiel de l'articulation santé / social. • La chaloupe (Rouen) : partenaire essentiel de l'articulation santé / social. • Relais accueil gens du voyage (agglomération rouennaise) : pas de couverture des autres territoires, étendre les interventions sur la périnatalité, le vieillissement (thématique à aborder avec la CREA). • Médecins du monde (Rouen) : bon fonctionnement en réseau mais question posée de l'articulation avec les PASS. • Accueil Service (Evreux-Vernon) : préciser l'évaluation / bénéficiaires.
Développer les relais de proximité professionnalisés pour les migrants.	Mise en œuvre partielle. Financement à hauteur de 10 000€ d'un animateur social dans 3 foyers à Rouen, Petit-Quevilly, Deville et dans 3 foyers dans l'Eure (Evreux, Vernon, Gaillon). Ecriture d'un référentiel commun aux animateurs en 2010. Evaluation à conduire à moyen terme.

Mesures prévues	Réalisations
Informer et orienter les personnes en situation de précarité vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant compatibles avec leurs modes de vie et leurs faibles ressources.	3 types d'actions ont été mises en place : - Bougeons notre santé ! développer la pratique de l'activité physique modérée : action mise en œuvre par l'IRSA sur Le Havre avec le constat d'une bonne évolution des comportements à 3 mois mais peu de personnes touchées (26 sur 60 attendues. - Ateliers équilibre alimentaire / petit budget : action mise en œuvre par l'IRSA sur Le Havre avec le constat d'un impact sur le comportement alimentaire mais difficulté à transposer les connaissances dans le cadre familial (95 personnes touchées sur 120 attendues). - Nutrition santé : action mise en œuvre par le centre social Boby Lapointe (atelier de cuisine, création d'un livre de recettes, jardin familial, exposition sur prévention de l'obésité, stages de danse, VTT et découverte de sports). 130 bénéficiaires sur 150 prévus.

2- Développer la prévention et la prise en charge de la souffrance médico-psychosociale des jeunes de 16 à 30 ans

Mesures prévues	Réalisations
Diffuser l'information sur les ressources existantes sous une forme adaptée.	Objectif atteint avec la diffusion de 300 000 plaquettes adresses santé des jeunes.
Faciliter l'accès et/ou favoriser l'adaptation du fonctionnement des structures spécialisées en psychiatrie aux personnes démunies.	Action complémentaire au dispositif RAEP financé par le Conseil général de Seine-Maritime.
A l'échelon du territoire, favoriser la tenue de formation, de tables rondes, d'échanges de pratiques (santé mentale), entre tous les partenaires au contact des jeunes 16 à 30 ans précarisé et développer l'information, les formations et les rencontres interdisciplinaires entre les professionnels au contact des jeunes en souffrance médico-psychosociale à la fois à l'échelon régional et territorial.	Une journée régionale réalisée en 2007 relative aux jeunes en errance et une journée organisée en 2009 sur psychiatrie et précarité.
Structurer les lieux d'accueil et d'écoute informels de la souffrance psychosociale des jeunes (PAEJ). Réflexion sur leur fonctionnement et leurs pratiques professionnelles.	Groupe de travail mis en place pour organiser une harmonisation des cadres de fonctionnement des PAEJ. « Etude sur les PAEJ. Etat des lieux et analyse des pratiques » par l'ORS en août 2007. Certains PAEJ n'ont pas été labellisés. Financement non pérenne.
Améliorer la coordination des acteurs et le partenariat autour des jeunes, des publics en difficultés, des personnes détenues, des femmes enceintes et des jeunes parents (santé, justice, administration pénitentiaires, Education nationale, ASE, missions locales, CHRS…).	Inabouti avec un seul groupe de travail mis en place sur les jeunes en errance en 2007 et absence d'animation régionale depuis.

Mesures prévues	Réalisations
Permettre au secteur psychiatrique de développer des initiatives innovantes afin de se rendre accessible à cette population (type UMAPPP).	- Création d'un réseau régional d'action psychiatrique en faveur des personnes précaires (RRAPPP) s'appuyant sur une équipe mobile opérationnelle par territoire de santé (action non spécifique aux jeunes) : ne couvre que les grandes agglomérations et articulation avec les secteurs de psychiatrie reste souvent difficile. - Création du CASP rive droite à Rouen qui permet un accueil non programmé en CMP (pas spécifique aux jeunes)

3- Articuler le sanitaire et le social afin d'assurer une réponse globale à la personne

Mesures prévues	Réalisations
Apporter une réponse globale à la personne démunie avec le développement de l'articulation entre le sanitaire et le social par la mise en place de réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) et le travail en réseau.	11 RLPS et 5 ASV ont été mis en place couvrant 47% de la population régionale. Ces structures sont identifiées par les acteurs comme des lieux ressources (outils, soutien méthodologique, points relais documentaires) mais on constate un déséquilibre entre les territoires en terme de population et de superficie à couvrir par les RLPS. Les priorités de santé identifiées dans les diagnostics et plans d'actions des RLPS et ASV sont : santé mentale, addictions, nutrition, contraception/sexualité et hygiène.

IV. Les freins identifies par les acteurs à l'accès à la prévention et aux soins

Dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé, un groupe de travail « accès aux accompagnements médico-sociaux et aux soins somatiques et psychiques des personnes les plus démunies » s'est réuni deux fois sur les 4 territoires de santé, avec des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social.

1- Manque de fluidité du parcours

Il existe des cloisonnements et une connaissance insuffisante des dispositifs médico-sociaux par les acteurs du dispositif accueil hébergement insertion (AHI) et inversement.

Afin de rendre possible les orientations, une clarification nécessaire du rôle, du positionnement et des moyens des uns et des autres permettra d'améliorer la connaissance et la compréhension mutuelle des acteurs.

La notion de parcours de vie de la personne démunie est aujourd'hui mise en échec par la succession de dispositifs couvrant partiellement les besoins de personnes dans le cadre d'accompagnements ponctuels.
Il est sans doute nécessaire pour améliorer les passerelles de « démystifier » le sanitaire et notamment les soins psychiatriques. Cela peut commencer par le fait d'assurer des permanences au sein des CHRS.

La préparation de la sortie d'hospitalisation suffisamment en amont, doit également être un élément facilitateur. La sortie d'hôpital de la personne démunie nécessite une meilleure articulation entre les acteurs du champ sanitaire, social et médico-social.

Une sortie mal préparée ou une orientation faite dans l'urgence, entraîne des inadéquations des prises en charge des publics au sein des CHRS, FTM, établissements de soins.

Les acteurs constatent des disparités dans le fonctionnement des PASS et souhaitent que les personnes accueillies puissent bénéficier de consultations médicales au sein de toutes les PASS. Les liens sont insuffisamment développés entre les acteurs sociaux et les PASS.
Il est nécessaire de réinterroger le positionnement des PASS (conforter leur rôle de porte d'entrée vers le système de santé), d'harmoniser les organisations et les pratiques.
Il existe des disparités entre les différentes zones du territoire régional en termes d'état de santé de la population, d'offre de prévention-promotion de la santé et d'accès de la population à cette offre.

Le manque de moyens disponibles est soulevé, et les acteurs ont le sentiment qu'il n'y a pas de territoires prioritaires identifiés qui pourrait permettre de bénéficier de manière plus importante du soutien de l'ARS. Les acteurs réclament une meilleure équité territoriale.

Certains professionnels refusent de donner des rendez-vous à des personnes bénéficiaires de la CMU, ils ont donc des difficultés à obtenir un médecin référent.
L'accès au chèque santé est complexe pour une personne démunie et nécessite un accompagnement social.

La mise en place de formations communes pour ces acteurs confrontés à la précarité, pourrait être un élément facilitateur.

2- Addictions et santé mentale

L'intrication des problématiques sociales et sanitaires peut mettre en échec les équipes d'un dispositif spécialisé et faire obstacle à l'admission au sein d'une nouvelle structure, maintenant dans l'impasse professionnels et usagers. Les acteurs de la santé ou du social soulignent ainsi les difficultés voire l'incapacité à accueillir des personnes avec des « problèmes de comportement ». Derrière cette terminologie, apparaissent souvent des pratiques addictives en particulier l'alcool ou des problématiques de santé mentale, parfois les deux.

Les difficultés sont encore accrues lorsque s'ajoute une perte d'autonomie liée au handicap ou au vieillissement, souvent prématuré chez les personnes démunies.

Si le nombre de ces situations n'apparaît pas exorbitant, la complexité et l'intrication des problématiques sanitaires et sociales rendent difficiles la mise en place de solutions adaptées. Le constat d'impuissance des différents acteurs révèle plusieurs facteurs de blocage :
- la difficulté à tisser simultanément, autour d'une même personne, les différents accompagnements spécialisés dont elle a besoin ;
- la nécessité de mettre en place des stratégies d'intervention, d'admission et d'accueil adaptées pour ces quelques situations très spécifiques, notamment en termes de temporalité ;
- le poids des représentations, notamment celles liées à l'exclusion sociale et à l'alcool, ainsi que le risque de stigmatisation.

3- L'hébergement

La difficulté d'accès aux soins ne se retrouve pas que chez les grands précaires. Les personnes hébergées en EHPAD par exemple, disposent parfois d'un faible reste à vivre qui ne leur permet pas d'accéder aux soins dentaires, optiques…
Les contraintes financières pesant sur les EHPAD liées à la prise en charge des pathologies/dépendance, influencent fortement la politique d'admission.

Les acteurs souhaitent la création de structures spécifiques d'accueil, et le développement des dispositifs spécifiques existants à destination des personnes précaires, et leur inscription dans la continuité des soins.

Les professionnels de la psychiatrie constatent une « chronicisation » de situations conséquentes aux hospitalisations de longue durée. Cela entraîne une perte d'autonomie et une dépendance à la structure. Quand le sanitaire et le médico-social cherchent ensemble des solutions, cela peut permettre de réduire les coûts liés à l'hospitalisation. Les équipes mobiles psychiatriques peuvent permettre d'assurer la stabilisation des situations hors de l'hôpital pour prévenir les réadmissions.

Elles peuvent aussi apporter un soutien aux équipes sociales et médico-sociales pour maintenir les résidents dans leur institution ou dans leur logement.
Selon les acteurs, il manque un dispositif intermédiaire qui pourrait être une maison relais renforcée.

V. Objectifs du PRAPS

Afin de participer à la lutte contre les inégalités sociales de santé, 5 thématiques seront détaillées en fiches-action :

- Accès aux soins et aux droits
- Prise en compte des pratiques addictives, en particulier la problématique alcool
- Prise en compte de la santé mentale
- Accès à la prévention
- Accompagnement vers la santé

La coordination des acteurs pour la mise en œuvre des actions suivantes a vocation à être assurée par les ateliers santé-ville et les réseaux locaux de promotion de la santé de Haute-Normandie (inscription dans le programme de travail des coordinateurs et animateurs).

La région Haute-Normandie compte onze réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) cofinancés avec les collectivités locales (notamment la région) et cinq ateliers santé ville (ASV), soutenus par l'Acsé, couvrant une grande partie du territoire régional. A partir d'un diagnostic de territoire, ces RLSP et ASV permettent de proposer des plans d'actions de promotion, prévention de la santé adaptés aux problématiques de santé des territoires concernés.

Les actions retenues ciblent les publics les plus éloignés de la prévention et du soin et concernent par conséquent en grande majorité les populations suivantes :

- les habitants des quartiers « politique de la ville »;
- les personnes détenues;
- les personnes migrantes;
- les gens du voyage;
- les personnes accueillies en centre d'hébergement;
- les jeunes en situation de vulnérabilité
- les personnes éloignées du système de santé en milieu rural.

Pour la mise en œuvre de toutes les actions décrites dans ce programme, il sera nécessaire de s'appuyer sur différents acteurs institutionnels, associatifs, etc. L'ARS pourra s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre de certaines actions à travers les contrats locaux de santé par exemple.

En effet, la mise en œuvre du projet régional de santé peut s'appuyer sur des contrats locaux de santé conclus par l'agence avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.
Les contrats locaux de santé (CLS) ont été créés par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le CLS constitue donc un outil de déclinaison territoriale (niveau du territoire de proximité) de la politique régionale de santé (ensemble du champ couvert par l'ARS) devant permettre une meilleure articulation avec les politiques publiques pilotées par les collectivités territoriales mais également avec les politiques de l'Etat, en particulier la politique de la ville (territoire CUCS).

5.1 Accès aux droits

5.1.1 Objectifs régionaux

Effectivité de l'accès aux droits :

- CMU-C,
- aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS),
- aide médicale Etat et soins urgents (AME / AMESU).

5.1.2 Plan d'actions

Action 1 : Renouveler l'information sur le dispositif CMU, CMU-C, ACS

Description de l'action	• Mieux identifier les bénéficiaires potentiels • Développer des programmes en direction des populations cibles • Tenir des permanences ciblées • Développer le partenariat
Populations cibles	• Professionnels des organismes de sécurité sociale, • Professionnels des champs sanitaire, social et médico-social • Population précaire : habitants des ZUS, de zones socialement fragiles (dont zones rurales), personnes détenues, personnes migrantes, gens du voyage, usagers des PASS…
Territoires cibles	Région
Responsable de l'action	Caisses d'assurance maladie
Partenaires à mobiliser	• RLPS-ASV • CCAS • Centres sociaux • Départements • Autres professionnels du social • Le service social de la CARSAT
Financements à mobiliser	Aucun
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	• Nombre de bénéficiaires de l'ACS • Taux de bénéficiaires d'une aide complémentaire à l'ACS • Nombre de partenaires supplémentaires • Nombre de permanences

5.2 Accès à l'éducation pour la santé et à la prévention

5.2.1 Objectifs régionaux

Déclinaison des objectifs généraux et territoriaux du schéma régional de prévention

- Promotion de la santé
- Vaccinations
- Dépistages, repérages
- Education Thérapeutique du Patient (ETP)

5.2.2 Plan d'actions en faveur des personnes démunies habitant dans les quartiers politiques de la ville

Action 2 : Poursuivre les actions à l'hygiène corporelle, nutritionnelle, bucco-dentaire, addictions… auprès des personnes démunies habitant dans les quartiers « politique de la ville »

Description de l'action	**Nutrition :** • S'appuyer sur les personnes formées : diététiciennes et bénévoles de l'aide alimentaire. • Utiliser le guide de « bonnes pratiques » élaboré par l'IREPS dans le cadre du dispositif nutrition précarité de Haute Normandie pour mettre en œuvre des ateliers cuisine dans les quartiers. **Hygiène :** • Diffuser le guide créé par l'IREPS et évaluer les actions existantes pour favoriser le développement d'actions sur l'hygiène dans les quartiers qui ont identifié cette problématique dans leur diagnostic. **Bucco-dentaire :** S'appuyer sur le programme d'actions « M'Tdents » des caisses d'assurance maladie pour aborder l'hygiène bucco-dentaire dans les quartiers. • Permettre la mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie, de cette action en priorité dans les quartiers identifiés comme prioritaires dans le SRP. • Favoriser l'implication des acteurs locaux (les dentistes, les médecins de ville et la santé scolaire) dans la mise en œuvre de l'action et son suivi. • Améliorer l'accès aux consultations de dentistes. • Sensibiliser les parents en lien avec les maisons de quartiers. • S'appuyer sur les coordonnateurs des RLPS et ASV pour développer les partenariats, animer les groupes de travail et faciliter la mise en œuvre des actions. **Addictologie :** • Soutenir les interventions des acteurs de l'addictologie dans les territoires de la politique de la ville, en privilégiant leur insertion dans des actions partenariales de santé globale. • Soutenir prioritairement les projets de prévention des addictions en milieu scolaire au sein de ces territoires. • Systématiser les partenariats entre acteurs de l'addictologie et équipes de la prévention spécialisée. • Développer une information sur les conséquences de l'alcool durant la grossesse auprès des professionnels de ces quartiers.
Populations cibles	Population qui habite les quartiers « politique de la ville »
Territoires cibles	Quartiers CUCS identifiés comme prioritaires

Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• ASV / RLPS • Education nationale • DDCS 27 et 76 • DRJSCS • IREPS • CPAM • Médecins de ville • Dentistes et UFSBD • Bénévoles de l'aide alimentaire • Associations de quartier • CSAPA • LHSS • Mutualité Française • Associations de prévention • Centres médico-sociaux • PASS
Financements à mobiliser	ARS Collectivités territoriales DDCS 76 et 27 Mutualité Française
Calendrier	2012-2016 2012 : contractualisation avec les opérateurs
Indicateurs	• Nombre d'actions initiées dans les quartiers • Listes des partenaires locaux mobilisés • Nombre d'outils régionaux utilisés et modalités d'utilisation • Procédures élaborées pour faciliter les prises en charge (consultations chez les dentistes, REPOP…)

Action 3 : Améliorer l'accès à la vaccination auprès des personnes démunies

Description de l'action	• **Actions de sensibilisation durant la semaine européenne de la vaccination dans les quartiers « politique de la ville » en s'appuyant sur les ASV/RLPS.** • **Vaccination sur site dans les établissements scolaires par des équipes de vaccination des centres de vaccination de la région.** • **Organisation de séances de vaccination sur les aires d'accueil des gens du voyage.** • **Organisation de séances de vaccination dans les PASS, LHSS et CHRS.** • **Organisation de séances d'information, de vérification de carnet de vaccination et de vaccination dans les organismes de formation en lien avec les RLPS et les ASV.**
Populations cibles	• Enfants, adolescents et jeunes adultes qui habitent les quartiers prioritaires de la politique de la ville • Jeunes scolarisés • Jeunes 16/25 ans en difficulté d'insertion sociale et professionnelle • Gens du voyage
Territoires cibles	• Quartiers de la politique de la ville • Les Bassins d'Education et de Formation prioritaires et plus spécifiquement, les établissements identifiés comme prioritaires par l'Education nationale
Responsable de l'action	• ARS • Collectivités territoriales
Partenaires à mobiliser	• Les centres de vaccination de la région • Les RLPS et ASV • Association régionale des missions locales de Haute Normandie • Equipes de santé scolaire • Pôle Libéral de Santé Publique • RAGV • Médecins du monde • PMI • Prévention spécialisée • PASS • Mutualité Française
Financements à mobiliser	• ARS • Collectivités territoriales
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	• Nombre d'actions mises en place par les ASV, les RLPS et les centres de vaccination. **Pour chaque action réalisée** : • Nombre de participants. • Nombre de personnes ayant bénéficié d'une vérification du carnet de vaccination et/ou d'une séance de vaccination. Réalisation d'une grille d'observation sur les couvertures vaccinales par l'Observatoire régional de la santé, à destination de tous les partenaires impliqués dans la vaccination (éducation nationale, PMI, centres de vaccinations…). **Si des séances de vaccination sont organisées** : • Nombre de personnes vaccinées. • Ages. • Vaccins mis à jour.

Action 4: Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique pour les habitants des quartiers « politique de la ville »

Description de l'action	• Informer des personnes relais identifiées dans les quartiers aux concepts de l'éducation thérapeutique, afin d'informer les populations sur l'intérêt de l'ETP, sur les programmes autorisés accessibles et sur les programmes d'accompagnement (ex programme Sophia mis en œuvre par la CNAMTS). • Former à l'éducation thérapeutique les professionnels de santé de premier recours exerçant dans les quartiers politique de la ville, dans le cadre d'organisations pluridisciplinaires en pôle ou maison de santé. • Mettre à disposition des acteurs et des populations les coordonnées des programmes d'ETP autorisés et les modalités d'adhésion aux programmes d'accompagnement.
Populations cibles	• Population qui habite les quartiers prioritaires de la politique de la ville
Territoires cibles	• Quartiers de la politique de la ville
Responsable de l'action	• ARS, référent maladies chroniques • CPAM pour accompagnement Sophia
Partenaires à mobiliser	• IREPS • Organismes de formation en éducation thérapeutique • ASV/RLPS • PLSP • Associations d'usagers et/ou de patients • Maisons et pôles de santé pluridisciplinaires • Etablissements et professionnels autorisés à l'éducation thérapeutique • Caisses d'assurance maladie, particulièrement pour les programmes d'accompagnement • Mutualité Française
Financements à mobiliser	• Formation continue conventionnelle des professionnels de santé conventionnés • ARS
Calendrier	• 1°semestre 2012 pour l'information des personnes relais • 2012-2016
Indicateurs	• Nombre de professionnels formés • Nombre de patients habitants des quartiers « politique de la ville » bénéficiant de programmes d'éducation thérapeutique • Nombre de patients habitants des quartiers « politique de la ville » bénéficiant de programmes d'accompagnement

Action 5 : Améliorer l'accès aux dépistages et repérages des cancers pour les habitants des quartiers « politique de la ville »

Description de l'action	• Former des personnes identifiées dans les quartiers comme des relais d'information auprès de la population. • Développer des liens entre ces personnes relais et les professionnels de santé des quartiers. • Actions de sensibilisation réalisées dans le cadre d'octobre rose et de mars bleu en lien avec les personnes relais (mobilisation du public), les professionnels de santé du quartier et les associations qui effectuent les dépistages organisés.
Populations cibles	• Population qui habite les quartiers prioritaires de la politique de la ville
Territoires cibles	• Quartiers de la politique de la ville
Responsable de l'action	• ARS
Partenaires à mobiliser	• EMMA • DECAD'E • ASV/RLPS • IREPS • URPS médecins • PLSP • Travailleurs sociaux • Centres medico-sociaux • PASS • Le service social de la CARSAT • Mutualité Française
Financements à mobiliser	• ARS
Calendrier	• 1er trimestre 2012 : formation des personnes relais • 2012-2016 pour liens avec les professionnels de santé et les actions de sensibilisation réalisée dans le cadre d'octobre rose et mars bleu
Indicateurs	• Nombre de personnes relais formées • Nombre de professionnels de santé mobilisés • Bilan des actions menées lors des mois consacrés au dépistage (nombre de participants, nombre de personnes ayant réalisé un dépistage suite à la formation).

5.2.3 Plan d'actions en faveur des personnes accueillies en centres d'hébergement, et en foyers de travailleurs migrants

Action 6 : Améliorer l'accès aux dépistages et repérages des cancers pour les personnes accueillies en centres d'hébergement, en foyers de travailleurs migrants

Description de l'action	• Former des personnes identifiées dans les centres d'hébergement et les foyers de travailleurs migrants comme des relais d'information auprès de la population. • Développer des liens entre ces personnes relais et les professionnels de santé. • Réaliser des actions de sensibilisation dans le cadre d'octobre rose et de mars bleu en lien avec les personnes relais (mobilisation du public), les professionnels de santé et les associations qui effectuent les dépistages organisés.
Populations cibles	• Personnes accueillies en centre d'hébergement • Personnes accueillies dans les foyers de travailleurs migrants
Territoires cibles	• Les villes de Haute-Normandie disposant de FTM ou de résidences sociales, et de centres d'hébergement
Responsable de l'action	• ARS • DDCS
Partenaires à mobiliser	• EMMA • DECAD'E • IREPS • URPS • PLSP • Médecins du monde • FIA • La cellule de coordination et de promotion de l'action sociale et le service social de la CARSAT
Financements à mobiliser	• ARS • Collectivités territoriales
Calendrier	• 1er trimestre 2012 : formation des personnes relais • 2012-2016 pour liens avec les professionnels de santé et les actions de sensibilisation réalisées dans le cadre d'octobre rose et mars bleu
Indicateurs	• Nombre de personnes relais formées • Nombre de professionnels de santé mobilisés • Bilan des actions menées lors des mois consacrés au dépistage (nombre de participants, nombre de personnes ayant réalisé un dépistage suite à la formation).

Action 7 : Poursuivre les actions à l'hygiène corporelle, nutritionnelle, bucco-dentaire… et favoriser l'accès aux soins auprès des personnes démunies accueillies dans les structures d'hébergement, auprès des gens du voyage…

Description de l'action	Certains dispositifs du champ social et particulièrement les structures d'hébergement (CHRS) et les centres d'accueil d'urgence réalisant un accueil et un accompagnement global sont confrontés à des difficultés d'appréhension de la santé des publics reçus. En effet ceux-ci sont caractérisés par des états de morbidités relativement importants reliés en particulier à des déterminants sociaux problématiques (absence de logement, chronicisation de situation d'errance, précarisation du salariat, ….). **Les actions financées dans le cadre du PRAPS favorisent une approche sociale et sanitaire,** synergique et globale, dans l'accompagnement de ces personnes. Il s'agira de favoriser chez les personnes reçues **une culture de la prévention/promotion de la santé, de faciliter leur accès aux soins par une réponse adaptée à leurs problématiques (accès aux droits, addiction, santé mentale,...)** et ce dans le cadre d'un réseau bien identifié (PASS, équipe mobile de psychiatrie, Lits Halte soins santé, CPAM, etc…). Par ailleurs, au-delà des missions propres des structures (aller vers les populations exclus via des équipes de maraudes, favoriser l'accueil et l'orientation notamment vers les dispositifs de santé, etc.) il s'agira de s'attacher à promouvoir et développer le dépistage et la vaccination de ces typologies de publics.
Populations cibles	• Publics de CHRS / Centres d'accueil d'urgence • Gens du voyage
Territoires cibles	Le Havre, Rouen-Elbeuf, Evreux-Vernon, Dieppe
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• DRJSCS • DDCS 27 et 76 • Collectivités territoriales • PASS • Médecins du monde • RAGV • L'ABRI • La cellule de coordination et de promotion de l'action sociale et le service social de la CARSAT
Financements à mobiliser	• ARS • Collectivités territoriales • DDCS 76 et 27
Calendrier	2012-2016 2012 : contractualisation avec les opérateurs
Indicateurs	• Nombre de maraudes réalisées • Nombre de personnes caractérisées par une problématique sanitaire • Nombre de partenaires impliqués • Nombre de personnes orientées vers les dispositifs de soins, médico-sociaux, etc… • Typologie des problématiques sanitaires rencontrées • Nature des orientations réalisées (dispositifs sanitaires, médico-social…) • Nombre de personnes réellement pris en charge après orientation • Motifs de non prise en charge.

Action 8 : Poursuivre, après évaluation, les actions de promotion de la santé et prévention de la perte d'autonomie dans les Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) ou Résidences sociales

Description de l'action	Les résidents des FTM de Haute–Normandie sont confrontés à une insuffisance d'actions de prévention et à des prises en charge inadaptées, notamment, concernant leur perte d'autonomie (âge, handicap, maladie chronique). Dans le cadre d'une amélioration de l'efficience des actions existantes, les acteurs institutionnels ont eu la volonté de réaliser un référentiel global afin de rendre cohérente l'ensemble des initiatives qui seront menées. • En 2012, sera communiqué l'**état des lieux des actions** menées depuis quelques années sur certains foyers de Haute-Normandie par l'IREPS à partir du référentiel élaboré et validé par les acteurs institutionnels, comprenant un volet prévention/ promotion de la santé qui sera redéfini en fonction de cet état des lieux. • Réorientation du dispositif en fonction des conclusions et préconisations de ce document.
Populations cibles	Habitants des FTM ou des résidences sociales
Territoires cibles	Les villes de Haute-Normandie disposant de FTM ou de résidences sociales
Responsable de l'action	• ARS • DRJSCS
Partenaires à mobiliser	• IREPS/ gestionnaire des FTM ou résidences sociales • Travailleurs sociaux • PASS • La cellule de coordination et de promotion de l'action sociale et le service social de la CARSAT • RLPS/ASV • DDCS 27 et 76 • FIA • Médecins du monde.
Financements à mobiliser	• ARS • DRJSCS • ACSE (pour les territoires CUCS) • Départements
Calendrier	2012-2016 2012 : évaluation des actions menées dans les FTM
Indicateurs	A définir suite à l'évaluation.

5.2.4 Plan d'actions en faveur des personnes détenues et des populations vulnérables

Action 9 : Développer les actions de prévention et promotion de la santé en faveur des personnes détenues

Description de l'action	Les actions devront s'inscrire dans un programme élaboré dans le cadre des comités techniques pilotés par les UCSA. Les thèmes abordés seront sélectionnés par le comité technique en fonction des attentes des personnes détenues et en prenant en compte les priorités régionales de santé (dépistages, réduction des risque, vaccination, addiction et santé mentale). La mise en œuvre des actions devra se faire en lien avec les surveillants afin de faciliter la participation des personnes détenues. Les structures extérieures qui interviennent au sein de l'établissement pénitentiaire devront travailler en lien avec les équipes des UCSA afin d'envisager un suivi individuel si besoin suite aux actions réalisées.
Populations cibles	Les personnes détenues
Territoires cibles	Les établissements pénitentiaires
Responsable de l'action	• ARS • Administration pénitentiaire • PJJ
Partenaires à mobiliser	• Etablissements pénitentiaires • Etablissements de santé responsables des UCSA et du SMPR • Associations de prévention et promotion de la santé • Le service social de la CARSAT
Financements à mobiliser	• ARS • Administration pénitentiaire
Calendrier	• 1er semestre 2012 : mise en place des comités techniques dans chaque établissement pénitentiaire de la région. • 2012-2016 : programme d'actions
Indicateurs	• Existence d'un programme d'actions de prévention et promotion de la santé dans chaque établissement pénitentiaire. • Indicateurs à définir dans le cadre de l'élaboration d'un rapport d'activité standardisé.

Action 10 : Améliorer l'accès aux dépistages et repérage du VIH, des IST et des hépatites pour les populations vulnérables

Description de l'action	• Former les professionnels des structures accueillant des publics précaires à la prévention du VIH, des IST et des hépatites. • Réaliser des actions de sensibilisation au dépistage du VIH, des IST et des hépatites au sein des structures accueillant des publics précaires.
Populations cibles	• Population qui habite les quartiers prioritaires de la politique de la ville • Personnes migrantes
Territoires cibles	La région Haute-Normandie
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• AIDES • COREVIH • RLPS/ASV • IREPS • L'ABRI • LHSS • CDAG • FIA • CIDDIST • PASS
Financements à mobiliser	• ARS
Calendrier	• 2ème semestre 2012 : formation des adultes relais • 2012-2016
Indicateurs	• Nombre d'adultes relais formés • Nombre de professionnels de santé mobilisés • Bilan des actions nouvelles menées à destination des personnes vulnérables

Action 11 : Améliorer l'accès aux actions de prévention et promotion de la santé des populations en milieu rural

Description de l'action	• Mettre en place un groupe de travail chargé de formuler des propositions permettant d'intervenir au plus près de ces populations et d'identifier des relais locaux. • Diffuser et adapter les actions de prévention et promotion de la santé en milieu rural
Populations cibles	• Population qui habite en milieu rural et isolée du système de santé
Territoires cibles	Les zones rurales de Haute-Normandie
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• MSA • CARSAT • Mutualité Française
Financements à mobiliser	• ARS
Calendrier	• 2ème semestre 2012 : mise en place d'un groupe de travail notamment avec des membres de la CRSA
Indicateurs	• Nombre de réunions du groupe de travail • Indicateurs de suivi à définir au sein du groupe de travail • Nombre d'actions innovantes mises en place

5.3 Accès aux soins

5.3.1 Objectifs régionaux

Effectivité de l'accès à :
- l'offre de 1er recours
- l'offre spécialisée

5.3.2 Plan d'actions

Action 12 : Agir sur les refus de soins

Description de l'action	• S'assurer du respect de la réglementation. • Promotion du droit vers les professionnels de santé et tout professionnel en contact avec les personnes les plus démunies. • Traitement des signalements. • Mise en œuvre des sanctions.
Populations cibles	Professionnels de santé, du social et du médico-social
Territoires cibles	La région Haute-Normandie
Responsables de l'action	• Les ordres • CPAM • Commission droits des usagers CRSA
Partenaires à mobiliser	• PASS • CHRS • RLPS/ASV • URPS • Correspondant régional HALDE
Financements à mobiliser	Aucun
Calendrier	2012-2016 2012 : étude par la commission « droits des usagers » de la CRSA
Indicateurs	• Nombre de signalements • Nombre de signalements traités • Information des coordonnateurs de RLPS-ASV • Parution d'une lettre de rappel de la réglementation dans un média dédié aux professionnels de santé

Action 13 : Poursuivre, après évaluation, les actions d'accompagnement social vers les soins dans les foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales

Description de l'action	L'accès aux soins des populations migrantes hébergées dans les FTM/ résidences sociales subsiste aujourd'hui comme une problématique en Haute-Normandie. En complémentarité des actions menées en matière de prévention, l'action aura pour objectif d'identifier les freins et de favoriser les partenariats, en particulier avec les PASS.
Populations cibles	Habitants des FTM ou des résidences sociales
Territoires cibles	Les villes de Haute-Normandie disposant de FTM ou de résidences sociales
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• Le service social de la CARSAT • IREPS • PASS • DDCS • DRJSCS
Financements à mobiliser	• ARS (dans le cas d'un accompagnement global au sein de la structure, en lien avec la fiche prévention). • Conseils généraux • DRJSCS
Calendrier	2012-2016 2012 : évaluation du dispositif
Indicateurs	Nombre et caractéristiques des orientations réalisées en matière d'accès aux soins.

Action 14 : Coordonner et harmoniser les Permanences d'Accès aux soins de santé (PASS) sur l'ensemble du territoire haut-normand

Description de l'action	Les PASS sont des partenaires incontournables permettant de lutter contre les inégalités sociales de santé. Leur rôle est central aux côtés des autres partenaires œuvrant dans le champ de la précarité. • S'assurer de la mise en place effective d'un comité de pilotage dans chaque PASS • Elaborer et diffuser un référentiel régional des PASS qui permettra de définir notamment les professionnels qui doivent intervenir. • S'appuyer sur les données du rapport d'activité standardisé créé par la coordination régionale des PASS, afin de valoriser l'activité des PASS • Mettre en place le comité de pilotage régional • Etudier la faisabilité de l'implantation d'une offre complémentaire sur les territoires suivants : Bernay, Neufchâtel en Bray et Gournay en Bray.
Populations cibles	• Professionnels de la santé, du social et du médico-social en charge des publics précaires
Territoires cibles	La Région Haute-Normandie
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• Etablissements de santé • Associations œuvrant dans le champ de la précarité • ARS • DDCS • Collectivités territoriales • Le service social de la CARSAT • CPAM • RLPS/ASV • Mutualité Française
Financements à mobiliser	ARS
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	• Nombre de conventions réalisées avec les structures sociales • Amorce d'une réflexion sur la mise en place d'un rapport d'activité standardisé.

Action 15 : Prendre en compte la souffrance médico-psychosociale et améliorer l'accès aux soins psychiatriques

Description de l'action	L'état de santé mentale et l'accès aux dispositifs de soins psychiatriques des populations en situation de précarité et grande exclusion subsistent comme des problématiques récurrentes sur l'ensemble du territoire haut–normand (zones urbaines, semi-urbaines et rurales). Dans la continuité des actions amorcées dans le cadre des PRAPS de Ière et IIème génération (développement des équipes mobiles psychiatrie/précarité, développement du CASP, développement d'accompagnement psychologique), il s'agira de s'attacher à : **En faveur des jeunes de 16 à 30 ans** • Renforcer les capacités des professionnels pour qu'ils puissent repérer, aider à la formulation d'une demande, en matière de souffrance psychique et orienter vers le partenaire adéquat : développer l'information, les formations et les rencontres interdisciplinaires entre les professionnels au contact des jeunes, à la fois à l'échelon régional et à l'échelon territorial. • Diffuser l'information sur les ressources existantes en matière d'écoute psychologique et de soins sous une forme adaptée. • Faciliter l'accès aux structures spécialisées en psychiatrie. • Adapter le fonctionnement des structures fréquentées par ces jeunes en situation précaire aux caractéristiques de cette population. • Permettre au secteur psychiatrique de développer des initiatives innovantes afin de se rendre accessible à cette population. • Faciliter l'intégration des jeunes ayant une histoire familiale difficile (relevant de l'ASE et/ou de la PJJ et/ou ayant une maladie psychiatrique) dans les circuits de droit commun. **Concernant les équipes mobiles psychiatrie/ précarité** • **Consolider** ce dispositif sur l'ensemble des 4 territoires de santé, avec en priorité, le déploiement de l'équipe RESPIRE sur l'ensemble du territoire de santé d'Evreux-Vernon pour couvrir les besoins des publics. • **Favoriser leur lien** avec les dispositifs de secteurs (CMP, etc.…) • Harmoniser les pratiques de l'ensemble des équipes • Articuler ces équipes avec le dispositif d'addictologie pour la prise en charge des co-morbidités addictions / psychiatrie ; • **Renforcer les articulations** entre les équipes mobiles psychiatrie précarité et les dispositifs (structures d'hébergement, LHSS, ….) avec en priorités l'organisation d'une présence renforcée de l'équipe mobile dans les structures sociales sur le territoire de Dieppe, et la consolidation des liens entre l'UMAPPP et le CASP sur le territoire de Rouen. **Evaluer le dispositif d'accompagnement des personnes en souffrance psycho-sociale (APSP) :** • Ses articulations avec les dispositifs de psychiatrie générale, en particulier avec les CMP • Les typologies de public pris en charge.
Populations cibles	• Population en situation de précarité
Territoires cibles	La Région Haute-Normandie
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• Etablissements de santé ayant une activité de psychiatrie • Structures d'hébergement (CHRS, FTM, ….) • Structures de l'APSP • ARS • DDCS • ERASM • Les maisons des adolescents

	• L'Education Nationale
Financements à mobiliser	ARS
Calendrier	2012-2016 2012 : évaluation des APSP
Indicateurs	• Nombre de conventions réalisées avec les structures sociales • Lieux d'interventions des équipes mobiles • Délai d'attente maximum pour la prise en charge par le dispositif de psychiatrie générale.

5.4 Accès aux accompagnements médico-sociaux

5.4.1 Objectifs régionaux

Effectivité de l'accès aux accompagnements médico-sociaux

- accès aux prises en charge / addictions
- accès aux prises en charge médico-sociales (personnes âgées / personnes handicapées)

5.4.2 Plan d'actions

Action 16 : Addictions : Développer l'intervention en addictologie en amont et dans la proximité auprès des publics du PRAPS

Description de l'action	Garantir l'accès des publics du PRAPS au dispositif d'addictologie médico-social et sanitaire existant. Assurer un support des acteurs de l'addictologie aux structures du dispositif accueil, hébergement, insertion « A.H.I. », en priorité les CHRS et les places dites de « stabilisation » : • soutien aux professionnels : conseils, formation, analyses partagées des situations ; • coopération pour la mise en place simultanée des accompagnements sociaux et sanitaires (temps de présence au sein des structures du dispositif A.H.I, coordination du suivi ambulatoire en addictologie et de l'accompagnement social) ; • coopération pour l'évaluation et l'orientation et l'organisation des relais vers l'accompagnement et le soin des personnes cumulant difficultés sociales, économiques et pratiques addictives. Développer la réduction des risques auprès des publics du PRAPS : • conforter l'articulation entre CAARUD et accueils de jour au sein du dispositif de veille sociale ; • développer la réduction des risques en alcoologie, notamment auprès des publics du dispositif A.H.I. Elaborer un référentiel relatif à la gestion des pratiques addictives (en particulier l'alcool), au sein des structures du dispositif A.H.I. Associer les structures sociales dans le travail d'élaboration d'une filière de prise en charge du syndrome de Korsakoff. Renforcer les liens entre les CSAPA (consultation de proximité, intervention à domicile…) avec les réseaux du travail social : • services de la PMI ; • autres assistants de service social des Conseils généraux et des organismes d'assurance maladie ; • équipes de la prévention spécialisée. Soutenir les associations d'entraide et d'auto-support ouvertes aux publics du PRAPS. Garantir la participation des acteurs sociaux au sein du réseau régional en addictologie. Renforcer la formation de base des éducateurs spécialisés et des assistants de service social avec un module sur la prise en charge des addictions et des personnes précaires.

Populations cibles	• Public précaire souffrant d'addictions • Professionnels prenant en charge ce public
Territoires cibles	La Région Haute-Normandie
Responsable de l'action	• ARS • DDCS et DRJCSC
Partenaires à mobiliser	• CSAPA • CAARUD Associations d'entraide et d'auto-support • Association d'accompagnement social • Conseils généraux
Financements à mobiliser	• ARS • MILDT
Calendrier	2012-2016
Indicateurs	• Taux de CHRS et de centre de stabilisation bénéficiant d'une coopération avec un CSAPA (cible 100 %) • Taux de refus d'admission en structure médico-sociale ou sanitaire spécialisée en addictologie restés sans solution.

Action 17 : Connaissance mutuelle des dispositifs du champ social, médico-social et sanitaire

Description de l'action	• Création d'un outil commun d'information et communication • Favoriser les rencontres, partager les compétences entre les structures d'hébergement, les CLIC, les UTAS, la MDPH et les EMS PA, PH et addicto • Soutenir les acteurs de première ligne par des formations croisées, des réunions communes d'analyse de pratique.
Populations cibles	Population relevant du PDAHI (CHRS, résidences sociales, LHSS…)
Territoires cibles	région
Responsable de l'action	ARS
Partenaires à mobiliser	• ESMS • Etablissements de santé • Professionnels de santé libéraux • Conseils généraux • MDPH • Le service social de la CARSAT
Financements à mobiliser	ARS
Calendrier	2012-2016 2012-2013 : création de l'outil commun d'information et de communication
Indicateurs	• création du portail internet • nombre de sessions communes SIAO, CLIC, MDPH

VI. Modalités de suivi et d'évaluation du PRAPS

Les modalités de suivi et d'évaluation du PRAPS s'inscrivent dans la démarche globale d'évaluation du projet régional de santé.

L'animation du PRAPS sera réalisée au sein de l'ARS par une équipe projet composée du référent cohésion sociale de l'ARS, du référent PRAPS du pôle prévention-promotion de la santé, d'un référent pour le pôle organisation de l'offre de soins et du référent du pôle médico-social.

Un comité de suivi sera mis en place pour veiller à l'effectivité de la mise en œuvre du PRAPS. Il sera composé de représentants :

- de la DRJSCS,
- des DDCS,
- des conseils généraux,
- des unions départementales de CCAS,
- des caisses d'assurance maladie,
- des caisses de retraite,
- de la CRSA.

ANNEXE 1 : Ressources utiles

Schéma régional d'addictologie/ Région Haute-Normandie 2009-2013
http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/publications/Schema_regional_addictologie_2009-2013_haute_normandie.pdf

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011/ Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf

Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées de Seine-Maritime 2009-2013
http://www.seinemaritime.net/sm2020/media/Plandepartementaldactionpourlelogementdespersonnesdefavorisees.pdf

Plan départemental Accueil, Hébergement et Insertion 2010-2013/ Département de Seine-Maritime

Plan départemental de l'Habitat de l'Eure 2007-2013 / Département de l'Eure
http://www.cg27.fr/webdav/site/eure-en-ligne/shared/publications/pdf/PDH%2027%20-%20TOME%203%20enjeux%20et%20Plan%20d%27actions.pdf

Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

PRIPI 2010-2012
http://www.haute-normandie.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/PRIPI_2010-2012.pdf

Schéma départemental d'insertion de Seine-Maritime
http://www.seinemaritime.net/irise/IMG/pdf/Brochure_SDI.pdf

Programme départemental d'Insertion du département de Seine-Maritime / Pacte Territorial d'Insertion
http://www.seinemaritime.net/sm2020/media/Programmedepartementaldinsertion.pdf

Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'actions (rapport IGAS Mai 2011)
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000580/0000.pdf

Les inégalités sociales de santé dans l'enfance (rapport IGAS Mai 2011)
http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000581/0000.pdf

La santé des personnes sans chez soi- « plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen » V. GIRARD, P. ESTECAHANDY, P. CHAUVIN – Novembre 2009.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

« Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise » Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale- Rapport 2009-2010
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//104000099/0000.pdf

« La santé des gens du voyage. Comprendre et agir »
http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/publi_2009_sante_gdv.pdf

ANNEXE 2 : Sigles

ACS : Aide Complémentaire Santé
ACSE : Agence nationale pour la Cohésion sociale et l'Egalité des chances
AHI : Accueil Hébergement Insertion
AME : Aide Médicale Etat
AMESU : Aide Médicale Etat Soins Urgents
APSP : Accompagnement des Personnes en Souffrance Psychosociale
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASV : Atelier Santé Ville
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé
CASP : Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAG : Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit
CG : Conseil Général
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COPIL : Comité de Pilotage
COREVIH : COordination RÉgionale de lutte contre l'infection à VIH
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREA : Communauté de l'Agglomération Rouen Elbeuf Austreberthe
CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DECAD'E : Dépistage des Cancers dans l'Eure
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EDIAS : Equipe Départementale d'Initiatives, d'Aide et de Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FIA : Femmes Inter Associations
FTM : Foyer de Travailleurs Migrants
HAD : Hospitalisation à Domicile
HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
IRSA : Institut inter Régional pour la Santé
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
OHN : Œuvre Hospitalière de Nuit
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeunes
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PDAHI : Plan Départemental Accueil Hébergement Insertion
PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PLSP : Pôle Libéral de Santé Publique
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIPI : Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
PRS : Projet Régional de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
RAEP : Relais d'Aide et d'Ecoute Psychologique
RAGV : Relais Accueil Gens du Voyage
RLPS : Réseau Local de Promotion de la Santé
RRAPPP : Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité
SIAO : Système Intégré d'Accueil et d'Orientation
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco Dentaire
UMAPP : Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour les Personnes Précarisées
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZUS : Zone Urbaine Sensible

ARS de Haute-Normandie
31, rue Malouet
BP 2061
76040 Rouen Cedex

Téléphone : 02.32.18.32.18
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

www.ars.haute-normandie.sante.fr