

— PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS
À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS
(PRAPS)



Référents ARS :

Dr Anne KAMEL / Roselyne BOUST

anne.kamel@ars.sante.fr / 02 31 70 97 14

roselyne.boust@ars.sante.fr / 02 31 70 95 50

Sommaire

INTRODUCTION.....	5	
1. Contexte du PRAPS dans la loi HPST du 21 juillet 2009	5	
2. Le PRAPS au sein du PRS de Basse-Normandie	5	
3. Elaboration, pilotage, mise en œuvre et évaluation du PRAPS	5	
3.1 Elaboration	5	
3.2 Pilotage	6	
3.3 Mise en œuvre	6	
3.3.1 Animation territoriale.....	6	
3.3.2 Leviers financiers.....	6	
3.4 Suivi et évaluation	6	
4. Populations visées par le PRAPS	7	
5. Territoires ciblés	7	
6. Concepts fondamentaux en santé/social	7	
6.1 La santé	7	
6.2 Les inégalités sociales de santé	7	
6.3 La pauvreté	8	
6.4 La précarité	8	
6.5 La souffrance psychique et sociale	8	
6.6 La santé communautaire	8	
6.7 L'accompagnement en santé	8	
1^{ère} partie : ETAT DES LIEUX	11	
1. Données sociodémographiques	12	
2. Inégalités sociales de santé	12	
3. Bilan sur l'état de santé des populations en situation de vulnérabilité.	13	
3.1 Les grands exclus	13	
3.2 Les jeunes	14	
3.3 La population étrangère (issu de l'immigration, immigrée ou en situation irrégulière).....	15	
3.4 Les femmes en situation de vulnérabilité (victimes de violence, à faible revenu).....	15	
3.4.1 Femmes en situation de précarité.....	15	
3.4.2 Femmes victimes de violence.....	16	
3.5 Les personnes en situation de prostitution	16	
3.6 Les personnes âgées isolées	17	
3.7 Les personnes sous mandat de protection (tutelle ou curatelle).....	17	
4. Plans, Programmes et dispositifs existants	17	
4.1 Programmes contribuant à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus vulnérables avec articulation nécessaire avec le PRAPS	17	
4.1.1 Plan Régional Santé Environnement (2ème génération).....	17	
4.1.2 Politique de la Ville.....	17	
4.1.3 Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées (PRIPI).....	18	
4.1.4 Plans Départementaux d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI).....	18	
4.1.5 Plan National de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes.....	20	
4.1.6 Plan National Nutrition Santé (PNNS) et Programme National pour l'Alimentation (PNA).....	20	
4.1.7 Programmes de santé gérés par la Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) à destination des jeunes délinquants.....	20	
4.1.8 Programmes gérés par les Conseils généraux.....	21	
4.1.9 Dispositifs associatifs.....	22	
4.2 Dispositifs d'accès aux droits, et aux soins et médico-sociaux	23	
4.2.1 Dispositifs d'accès aux droits en matière de santé : La CMU, l'ACS, la CMUC, et l'AMÉ et les soins urgents.....	23	
4.2.2 Dispositifs sanitaires.....	24	
4.2.3 Dispositifs médico-sociaux.....	25	

2 ^{ème} partie : IDENTIFICATION DES FREINS à l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des populations relevant du PRAPS.....	27	FICHE PROGRAMME N°5 : Développement des actions de prévention /santé communautaire en proximité.....	43
1. Accès non effectif aux droits	28	FICHE PROGRAMME N°6 : Renforcement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS).....	45
2. Accès non effectif à la prévention	28	FICHE PROGRAMME N°7 : Renforcement de la couverture territoriale des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)	47
3. Accès non effectif aux soins	29	FICHE PROGRAMME N°8 : Coordination des soins en situation de rue ou de précarité habitée.....	48
3.1. Freins financiers	29	FICHE PROGRAMME N°9 : Interprétariat pour l'accès aux soins	49
3.2. Frein culturel (représentations de la santé, santé perçue/santé réelle), linguistique	29	FICHE PROGRAMME N°10 : Soutien des équipes relais ou d'acteurs	50
3.3. Refus de soin par certains professionnels	30	FICHE PROGRAMME N°11 : Rencontre et connaissance réciproque sur le territoire de proximité	51
3.4. Freins liés à la connaissance et à la lisibilité des dispositifs	30	FICHE PROGRAMME N°12 : Prise en compte des déterminants sociaux par rapport aux problématiques d'accès aux droits à la santé dans les structures de soins de proximité	53
3.5. Freins liés aux cloisonnements entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux	30	FICHE PROGRAMME N°13 : Travail en réseau sur le territoire de proximité.....	54
3.6. Freins liés au développement et/ou à la mise en œuvre insuffisante de certains dispositifs	31	FICHE PROGRAMME N°14 : Dispositifs de coordination en santé mentale sur le territoire de proximité.....	55
4. Limites de l'accompagnement vers les dispositifs prévention et de soins	32	FICHE PROGRAMME N°15 : Formation des professionnels de santé et du social sur la santé des populations vulnérables	56
5. Complexité de la prise en charge des jeunes en grande difficulté	33	FICHE PROGRAMME N°16 : Formation interinstitutionnelle et soutien des acteurs de première ligne (santé/social)	57
6. Difficulté du parcours des personnes précaires en souffrance psychique ou ayant des troubles psychiatriques	33	FICHE PROGRAMME N°17 : Journées Santé/Social	58
3 ^{ème} partie : FICHES PROGRAMME.....	35		
FICHE PROGRAMME N°1 : Connaissance des fonctionnements des publics	36		
FICHE PROGRAMME N°2 : Information sur l'accès aux droits	37		
FICHE PROGRAMME N°3 : Information sur l'accès aux soins (préventifs et curatifs).....	39		
FICHE PROGRAMME N°4 : Développement des relais et passerelles.....	41		

Introduction

1. Contexte du PRAPS dans la loi HPST du 21 juillet 2009

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ont été élaborés lors de l'application des dispositions de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998. Deux générations ont été mises en œuvre par les DRASS et leurs partenaires (ARH, DDASS, caisses établissements, collectivités, associations, etc.).

Prévus par l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, les PRAPS visent à mettre en œuvre des actions en vue de protéger les personnes qui vivent dans une situation précaire et qui connaissent des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé.

La loi du 4 mars 2002 prévoit dans plusieurs articles l'égalité et la continuité d'accès à la prévention et aux soins pour tous, sans discrimination.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fait de la santé des plus vulnérables un objectif prioritaire.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) mentionne le PRAPS comme l'un des programmes obligatoires du projet régional de santé concernant les personnes les plus démunies.

Le PRAPS prévoit, selon le décret du 18 mai 2010 relatif au PRS, des actions et des financements avec des indicateurs et des résultats attendus pour la mise en œuvre du PRS dans le cadre des trois priorités transversales du Projet Stratégique Régional 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.

Ces actions s'adressent aux personnes les plus démunies, cette terminologie étant relativement large : les personnes les plus démunies sont celles qui présentent, plus que les autres, des difficultés d'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

2. Le PRAPS au sein du PRS de Basse-Normandie

En Basse-Normandie, deux « générations » de PRAPS ont successivement été développées et mises en œuvre : 1999-2002, puis 2003-2006. De 2006 à ce jour, les priorités identifiées dans cette deuxième génération de PRAPS ont été préconisées dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique.

Lors de la mise en œuvre de la loi HPST, le PRAPS constitue un des programmes d'actions transversaux du PRS. Ces programmes ont pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas (art. L.1434-2 du Code de Santé

Publique). Le décret du 18 mai 2010 précise qu'un même programme peut prévoir des mesures relevant de plusieurs schémas.

Le PRAPS se construit en application du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et des trois schémas (prévention, sanitaire et médico-social).

De plus, le PRAPS de Basse-Normandie s'intègre dans le cadre des priorités régionales définies au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ARS de Basse-Normandie/Etat, dont un des objectifs est la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, qui concerne l'ensemble des déterminants de santé sur la totalité du gradient social de santé, est un objectif transversal des schémas organisationnels du PRS. Ainsi, la prise en compte des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des populations à revenus modérés, du fait d'un reste à charge important, ou des personnes isolées en milieu rural, du fait de problématiques d'isolement et/ou de transport, relève de l'ensemble du PRS.

Par ailleurs, l'accès à la prévention et aux soins de ces personnes, et ceci tout particulièrement dans le cadre de cumuls de vulnérabilités (handicap, âge, précarité financière, isolement...) mérite une attention particulière dans la mise en œuvre des schémas médico-sociaux du handicap et des personnes âgées. Un volet du SROS porte sur les modalités d'accès à la santé des personnes en détention. Les spécificités des gens du voyage seront, quant à elles, prises en compte dans le volet santé des schémas départementaux des gens du voyage, pilotés par les Conseils Généraux et les Préfectures, auxquels les ARS sont associées.

L'articulation avec l'ensemble des partenaires extérieurs concernés et les différents dispositifs socio-sanitaires est cruciale pour accompagner et faciliter la cohérence du parcours de vie et de soins pour les populations les plus démunies.

3. Elaboration, pilotage, mise en œuvre et évaluation du PRAPS

3.1 Elaboration

En Basse-Normandie, les travaux permettant le développement du PRAPS ont débuté par une phase de diagnostic, réalisé de février à mai 2011 au travers de la rencontre des acteurs et des partenaires et d'une revue des documents existants (données quantitatives et qualitatives, rapports d'activité, textes réglementaires...). La rédaction d'un document de diagnostic a constitué la base des travaux du PRAPS.

Ce document a été présenté à la première réunion du comité de pilotage du PRAPS, le 23 juin 2011, aux partenaires concernés par le développement et la mise en œuvre

du PRAPS (cf. paragraphe sur le pilotage). Cette réunion a été suivie d'une phase de développement des fiches programmes en groupes de travail élargis à d'autres acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Parallèlement, des échanges et réflexions entre les pilotes des schémas et ceux du PRAPS ont permis de partager des éléments d'organisation et / ou des actions concernant plus spécifiquement les populations vulnérables pour permettre une réelle transversalité de ce programme.

Ces travaux ont abouti à une proposition de programme, présentée à la deuxième réunion du comité de pilotage le 27 mars 2012, puis soumis aux instances de démocratie sanitaire.

3.2 Pilotage

Le pilotage du PRAPS devra s'appuyer sur des approches transversales, au sein comme en dehors de l'Agence Régionale de Santé et donc sur la mise en place et l'animation de partenariats interministériels et intersectoriels étroits.

Le PRAPS sera piloté par l'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie, avec l'appui du comité de pilotage.

L'ARS sera en charge :

- d'assurer la promotion du programme auprès des acteurs de terrain et des acteurs institutionnels
- de veiller à la déclinaison du programme dans le respect des objectifs énoncés
- de garantir l'interface et l'articulation du PRAPS, en interne, avec les schémas et les autres programmes du Projet Régional de Santé ainsi qu'avec les plans et programmes de santé nationaux
- d'assurer l'interface et l'articulation du PRAPS, en externe, avec les programmes et plans nationaux, régionaux et départementaux des autres acteurs institutionnels concernés
- d'accompagner sur les territoires la mise en œuvre du PRAPS
- de mobiliser et de fédérer les compétences et les moyens financiers
- d'assurer un suivi régulier de la déclinaison du PRAPS (degré de mise en œuvre des actions et de renforcement des dispositifs, partenariats développés)
- de piloter l'évaluation intermédiaire et finale du PRAPS

Le pilotage du PRAPS s'appuiera sur un comité de pilotage associant les services de l'Etat (DRJCS/DDCS, DREAL, DRAAF, DRDFE, DRAM, DIRECCTE, DTPJJ, rectorat), les partenaires institutionnels comme les collectivités territoriales (région, départements, communes sièges d'ateliers santé ville), les caisses d'assurance maladie, les CAF et les partenaires non institutionnels (URPS, URML, représentants des usagers et associatifs).

En fonction des problématiques à traiter, des groupes de travail émanant de ce comité pourront être constitués.

3.3 Mise en œuvre

3.3.1 Animation territoriale

L'animation territoriale est un enjeu fort de la mise en œuvre du PRAPS, qui s'appuie sur les compétences déjà acquises dans les territoires dans la déclinaison des politiques de santé et le travail intersectoriel.

L'animation territoriale du PRAPS permettra ainsi :

- Une démarche de diagnostic partagé des problématiques de santé prioritaires des populations les plus vulnérables sur les territoires de proximité
- Le développement de démarches de santé communautaire
- Des rencontres et une connaissance réciproque des acteurs du secteur sanitaire et du secteur social sur les territoires
- La mobilisation et la mise en réseau des acteurs et des institutions autour des problématiques identifiées
- L'articulation du PRAPS avec les dispositifs locaux (ex : politique de la ville, Ateliers Santé Ville, Contrats Locaux de Santé, conférences de territoire...)

3.3.2 Leviers financiers

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

Par ailleurs, la cohérence et la transversalité qui sont les enjeux forts du PRAPS pourront se traduire par un partenariat financier avec d'autres acteurs concernés (ex : assurance maladie, conseil général, crédits de la politique de la ville...).

3.4 Suivi et évaluation

Le Comité de pilotage du PRAPS sera garant de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du programme. Des tableaux de bord seront développés permettant le suivi des indicateurs proposés dans chacune des fiches programmes du PRAPS. Ces tableaux de bord seront présentés annuellement au comité de Pilotage du PRAPS.

Les journées annuelles santé précarité représenteront également, outre leur rôle fédérateur et de communication, un outil de suivi du PRAPS.

Une évaluation intermédiaire sera organisée en 2014, permettant un ajustement des stratégies, des objectifs et des actions par le comité de pilotage du PRAPS.

Dans le cadre de l'évaluation du PRS, une évaluation finale du PRAPS analysera, au-delà du suivi des indicateurs par le tableau de bord :

- l'impact du programme sur l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
- la gouvernance et les moyens mis en œuvre au niveau régional
- les dynamiques territoriales de mise en œuvre du PRAPS

4. Populations visées par le PRAPS

Le PRAPS, comme l'indique le guide méthodologique proposé par le Ministère de la Santé aux ARS en mars 2011 est « centré sur les « plus démunis » [...] Il agit sur un certain nombre de déterminants de la santé pour les individus les plus éloignés du système de santé. Il contribue ainsi, par une action favorable sur le bas de l'échelle sociale à réduire certaines inégalités de santé [...]. Mais le PRAPS ne peut résumer à lui seul la réduction des inégalités de santé, qui doit inspirer l'ensemble de la programmation régionale et qui s'appuie essentiellement sur d'autres mesures visant à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé (sociaux, environnementaux) tout au long du gradient social ».

Il est donc important de rappeler que le PRAPS a pour objectif d'améliorer l'accès à la santé des populations les plus démunies, pour lesquels l'accès à la santé se situe au plus bas du gradient social de santé. La prise en compte des difficultés rencontrées par les personnes qui se situent, de manière plus globale, dans la partie inférieure de cette échelle relève des priorités nationales de « promotion de l'égalité devant la santé » qui doivent être prise en compte dans l'ensemble du Projet Régional de Santé.

Selon le guide méthodologique du PRAPS, la définition de la population « des plus démunis » n'est pas équivoque car elle ne préjuge pas de là où s'arrête la limite supérieure le long du gradient social de ce groupe, par nature très hétérogène, dont la composition dépendra des indicateurs retenus et des contextes locaux. Il est toutefois clair que la notion de démunis vise les personnes situées au plus bas de l'échelle sociale, caractérisées par des désavantages majeurs en terme de revenus, de logement, d'emploi, d'utilisation des services, de lien social etc.

Ce sont des personnes qui, plus que toutes autres, présentent des difficultés d'accès aux droits, renoncent à des soins pour des raisons financières, se voient opposer un refus de soins de la part de certains professionnels, ont des difficultés de repérage dans le parcours de soins et de prise en charge médico-sociale, et des difficultés d'accès, notamment aux soins.

Les personnes fragiles du fait de leur handicap ou de leur âge ne constituent pas, a priori un public « démunis » au sens du PRAPS. Cependant, parmi les personnes âgées ou en situation de handicap, des déterminants de précarité financière ou institutionnelle conduisent souvent à une accumulation de vulnérabilités.

Les orientations du PRAPS pour les personnes les plus défavorisées, s'articulent donc avec les schémas médico-sociaux pour les personnes âgées et handicapées, mais tiennent également compte des fragilités liées à l'âge et au handicap dans les actions visant à promouvoir l'accès à la prévention et aux soins.

5. Territoires ciblés

Dans le cadre des travaux de l'Atlas de santé du PRSP, 4 territoires ont été identifiés comme présentant des résultats sur les déterminants sociodémographiques préoccupants et une mortalité prématurée et/ou liée à des comportements à risque importante : territoire carentanais, territoire cherbourgeois, territoire deauvillais, territoire aiglon.

Les territoires sur lesquels pourront être développés prioritairement les actions d'articulation médico-sociale de proximité du PRAPS seront les [territoires de proximité inclus dans les 4 territoires prioritaires de l'Atlas de Santé de Basse-Normandie \(territoires carentanais, territoire cherbourgeois, territoire deauvillais, territoire aiglon\)](#). En outre, une étude menée par l'IREPS en 2012, en lien avec l'ARS et la DRJSCS porte sur les 4 ateliers santé ville bas-normands : Cherbourg, Hérouville Saint Clair, Argentan et Flers ainsi que sur les territoires de la politique de la ville de Lisieux et d'Alençon. Ces territoires ciblés par l'étude de l'IREPS seront intégrés dans les priorités du PRAPS.

6. Concepts fondamentaux en santé/social

6.1 La santé

La création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946 marque une rupture avec le modèle biomédical de la santé, considérée jusque là exclusivement comme l'absence de maladie. L'OMS propose ainsi une définition de la santé à laquelle on continue de se référer aujourd'hui : « La santé est un état de complet bien-être physique, social et mental et ne consiste pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ».

En 1986, lors de l'adoption de la Charte d'Ottawa, l'OMS va moduler cette définition pour mettre l'accent sur la notion de processus et de construction sociale : « pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé, son ambition est le bien-être complet de l'individu ».

6.2 Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont définies comme « les écarts de santé socialement stratifiées. Les inégalités sociales touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux » (source : « réduire les inégalités sociales en santé, INPES, 2010 »). Au sens exact des termes, ces inégalités sont donc

mesurées au travers du gradient social de santé, qui observe la correspondance entre la position sociale des individus et leur état de santé.

Ces inégalités sont liées à trois grandes familles de déterminants : les comportements, les facteurs socio-économiques et le système de santé.

6.3 La pauvreté

La pauvreté présente plusieurs facettes, mesurées par différents indicateurs :

- La pauvreté monétaire, mesurée par le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté (fixé à 60% du niveau de vie médian national par Eurostat, soit 908 € mois en 2007 pour une personne seule)
- La pauvreté institutionnelle, mesurée par le nombre de bénéficiaires des minima sociaux
- La pauvreté des conditions de vie, mesurée par l'absence ou la difficulté d'accès à des biens ou à des consommations d'usage ordinaire (confort du logement, endettement, équipement, ...)

La pauvreté multidimensionnelle se caractérise par l'accumulation de handicaps, de déficits résultant d'inégalités qui tendent à se renforcer réciproquement.

6.4 La précarité

Selon Joseph Wresinski (Grande pauvreté économique et sociale, 1987), « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

Elle ne peut être mesurée qu'en référence à l'instabilité des situations. Elle a de multiples dimensions : l'irrégularité des revenus (y compris dans les revenus sociaux), les situations familiales, les conditions de logement, le rapport à l'école et à la formation, l'emploi, la santé.

6.5 La souffrance psychique et sociale

L'apparition et le développement de problèmes de santé mentale qui ne relèvent pas de la maladie mentale reconnue par les psychiatres, sont à l'origine du concept de « souffrance psychique ». Comme l'évoque Jean FURTOS, « souffrir n'est pas une maladie, la souffrance psychique n'est pas la maladie, mentale. Mais (...) la souffrance psychique ou la souffrance d'origine sociale peut, selon les situations, être « bien vécue », ou alors empêcher de vivre, voire empêcher de souffrir ; il peut s'ensuivre une pathologie, définie

comme ce qui empêche de vivre, voire une aliénation ». La souffrance psychique, selon le rapport Parquet, (septembre 2003), « produit une altération plus ou moins grave des compétences, du désir de vivre ensemble et nécessite une prise en charge en santé mentale (...). Elle ne se retrouve pas seulement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité mais revêt chez elles une importance considérable car elle gêne leurs efforts de réinscription dans la société ». Ses modalités d'expression sont très diverses, mais c'est l'accumulation de manifestations qui la caractérise : les états anxieux, l'incapacité à se projeter dans l'avenir et l'inscription dans l'immédiateté, couplés avec la solitude affective, sociale et relationnelle, l'incapacité à demander de l'aide, les conduites agressives, d'évitement ou de repli, la baisse de l'estime de soi, les conduites addictives de compensation, le déni de sa propre souffrance et de celle des proches, les troubles dépressifs...

6.6 La santé communautaire

A travers la Charte des pratiques communautaires de santé, l'Institut Renaudot, à l'instar notamment de l'Organisation Mondiale de la Santé propose la santé communautaire comme une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa (OMS-1986). La santé communautaire a pour principales caractéristiques :


- Une base collective (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif communs) pour une action ou des actions à construire ;
- Un repérage collectif des problèmes, des besoins, et des ressources (le diagnostic communautaire) ;
- La participation ouverte à tous les acteurs concernés : usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques... ce qui signifie :
 - l'implication de la population (dans l'identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l'ensemble du processus),
 - le décloisonnement professionnel, transdisciplinarité, pluridisciplinarité,
 - le décloisonnement institutionnel,
 - le partenariat,
 - le partage de savoirs et de pouvoirs.

Il est à noter que cette démarche est fondamentalement différente d'une approche communautariste de la santé qui serait réservée à une catégorie spécifique de la population.

6.7 L'accompagnement en santé

Les situations de vulnérabilités s'associent souvent à des représentations de la santé, de la maladie et de la médecine spécifiques, étroitement associées au vécu de la personne et à la nature de ses précarités.

L'entrée dans une démarche de soins peut alors être compliquée par une position de repli



sur soi, une perception du corps biaisée et une estime de soi diminuée. Ces difficultés à entrer dans une démarche positive de santé sont par ailleurs souvent accentuées par des freins culturels et linguistiques.

L'amélioration de la santé relève donc d'un accompagnement spécifique prenant en compte la personne accompagnée dans sa globalité, avec les difficultés qu'elle rencontre, ses potentiels, compétences et capacités.

Accompagner les personnes, c'est les aider à éviter de nouvelles ruptures et surtout créer du lien. L'accompagnement intègre la notion de « passage ». C'est-à-dire que le professionnel fait avec la personne et la soutient dans son parcours, psychologiquement et physiquement (accompagnement dans les prises de rendez-vous, dans les déplacements...). Il ne s'agit aucunement de faire à la place de l'utilisateur mais au contraire de tout mettre en œuvre pour faciliter la mise en place du projet de la personne.





1^{ÈRE} PARTIE : ÉTAT DES LIEUX

1. Données sociodémographiques

La mesure de la **pauvreté monétaire** place la région Basse-Normandie à la 11^{ème} place parmi l'ensemble des régions de France métropolitaine, avec un taux de 13,5 %, la tendance notée en 2007 sur la région étant à la hausse (+ 0,3 points en un an). La situation bas-normande masque cependant de fortes disparités territoriales : le département du Calvados affiche une proportion de personnes considérées comme pauvres plus faible que la moyenne nationale, soit 12,8 % alors que 13,7 % des habitants de la Manche sont confrontés à la pauvreté. Quant à l'Orne, territoire à tradition agricole forte, il enregistre un taux de pauvreté de 14,6 %.

Les familles monoparentales sont les plus exposées au risque de pauvreté : 1 famille monoparentale sur 3 vit en dessous du seuil de pauvreté en Basse-Normandie comme dans l'hexagone (source : La pauvreté : de l'Union européenne à la Basse-Normandie, DRJSCS Basse-Normandie, 2010). En Basse-Normandie, les familles monoparentales qui vivent sous le seuil de précarité représentent le quart des ménages à revenu précaire (source : « Les différentes facettes de la précarité en Basse-Normandie », 2006).

La pauvreté monétaire touchant les enfants se répartit aussi de façon inégale sur le territoire : l'Orne est le département le plus touché par la pauvreté infantile, avec un taux supérieur de 3,5 points à la moyenne régionale (26,5 % des enfants bénéficiaires des allocations CAF ou MSA vivent en dessous du seuil de pauvreté). La pauvreté infantile se concentre également dans les pôles urbains et les pôles d'emploi ruraux (source « territoires ruraux et pauvreté en Basse-Normandie », réseau étude SGAR, Insee, juillet 2010).

En ce qui concerne la **pauvreté « institutionnelle »**, la part des allocataires de l'Allocation Adulte Handicapés en 2008 parmi la population âgée de 20 à 59 ans est de 2,9 % sur la région (2,6 % pour la France), ce taux étant plus élevé sur la Manche. Les allocataires du RMI représentent 2,6 % de la population 20-59 ans bas-normande (3,9 % sur la France) avec une concentration particulière sur l'Orne. Quant à la part des bénéficiaires de l'Allocation Parent Isolé (API) sur l'ensemble des familles monoparentales de la région, le taux bas-normand se situe également légèrement en dessous de la moyenne nationale (7,6 % vs 8,5 %) (source Atlas ARS/ORS/INSEE). Il est à noter que, depuis le 1er juin 2009, la mise en œuvre de la loi sur le Revenu de Solidarité Active (RSA) modifie les modalités d'attribution et la structuration de ces minimas sociaux, le RSA remplaçant le RMI, et incluant (via le RSA majoré) l'API.

Enfin, concernant la **pauvreté des conditions de vie**, la part des logements bas-normands ne disposant ni de baignoire, ni de douche, ni de salle de bain parmi les résidences principales est de 3,6 % contre 5,8 % sur la France métropolitaine (source Atlas ARS/ORS/INSEE).

La promotion de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des plus démunis et la lutte contre les inégalités sociales de santé passent par la prise en compte de l'ensemble de ces déterminants.

2. Inégalités sociales de santé

L'analyse des inégalités sociales de santé va au delà de l'analyse de l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus démunies, qui est l'objet du PRAPS. En effet, si le projet régional de santé, dans sa globalité, décline la priorité nationale que représente la réduction des inégalités de santé, le PRAPS concerne plus particulièrement l'accès à la santé des populations les plus démunies.

Il paraît utile de rappeler ici quelques données nationales mesurant les inégalités sociales de santé : selon les données INSEE de l'enquête décennale de santé, à 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une **espérance de vie** de 47 ans, soit 6 ans de plus que les ouvriers. L'examen de la mortalité selon le niveau d'étude montre que c'est le cancer, et plus particulièrement le cancer du poumon et celui des voies aérodigestives supérieures, qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, comparativement aux titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur (source : « réduire les inégalités sociales en santé », INPES, 2010). **L'état de santé perçu** reflète également clairement ces inégalités : les bénéficiaires de la CMU-C sont quatre fois plus nombreux que les autres adultes à déclarer un mauvais ou très mauvais état de santé, 40 % d'adultes de plus à déclarer souffrir d'un problème de maladie chronique et deux fois plus nombreux à être limités dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois (source : Enquête santé protection sociale IRDES 2008)

Quant aux bénéficiaires de l'AME interrogés, 2 personnes sur 10 déclarent leur état de santé comme mauvais à très mauvais et 4 sur 10 déclarent souffrir d'un problème de maladie chronique ou être limités dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois (source : DREES 2010).

Les inégalités sociales de santé existent dès l'enfance avec une prévalence plus importante, chez les enfants de ménages modestes, de problèmes dentaires, de surpoids et d'obésité (source : la santé des enfants scolarisés en CM2 2004 2005, premiers résultats, DREES, Etudes et Résultats n°623, Avril 2008).

Parmi les déterminants des inégalités sociales de santé, **l'accès à tous à une alimentation satisfaisante**, permettant d'atteindre un état nutritionnel favorable à la santé, est encore loin d'être assuré en France. L'étude ABENA (Alimentation et Etat Nutritionnel des bénéficiaires de l'Aide Alimentaire), menée en 2003, indique que l'état sanitaire des bénéficiaires de l'aide alimentaire comparé à celui de la population générale est significativement dégradé, associant des apports alimentaires globalement insuffisants, des carences multiples simultanées à des taux élevés de pathologies telles que l'hypertension artérielle ou l'obésité.

D'après le Baromètre Santé Nutrition 2002 de l'INPES, la prévalence de l'obésité est environ 3 fois plus élevée chez les personnes dont le revenu du foyer est inférieur à 900 euros par mois que chez celles vivant dans un foyer disposant de plus de 1500 euros par mois.

Si on étudie plus précisément les facteurs liés au système de santé, l'étude du [renoncement aux soins](#), permet de révéler la persistance d'obstacles financiers aux recours aux soins. En 2008, selon le rapport de la commission des comptes de la santé (Comptes Nationaux de la santé 2010), le renoncement aux soins pour raison financière concerne 15,4 % de la population adulte, en hausse de 1,2 points par rapport à 2006. Le taux de renoncement aux soins est particulièrement élevé pour les soins dentaires ou optiques. Il est plus important chez des personnes vivant dans des ménages d'employés ou d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie (CMUc ou complémentaire privée) (source : Enquête santé protection sociale IRDES 2008).

Les inégalités dans le recours au système de soins apparaissent dès l'enfance, les enfants des ménages à bas revenus étant plus nombreux à ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours de l'année précédente (+ 4 %) (Source : la santé des enfants scolarisés en CM2 2004 2005, premiers résultats, DREES, Etudes et Résultats n°623, Avril 2008).

Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût. Ainsi parmi les 22 % de femmes de 50 à 75 ans qui disposent des revenus les plus élevés (quatrième et cinquième quintile de revenu), seulement 8,2 % n'ont pas eu de mammographie dans les 3 dernières années, mais ce taux est de 24,6 % pour les 25 % qui disposent des plus bas revenus (premier quintile de revenus) (source : Enquête santé protection sociale IRDES 2008).

Et, au-delà des pathologies et de leur prise en charge, les conséquences des problèmes de santé s'avèrent d'autant plus graves pour [l'insertion sociale et professionnelle](#) des personnes atteintes qu'elles sont au départ dans des situations socio-économiques moins favorables.

3. Bilan sur l'état de santé des populations en situation de vulnérabilité

3.1 Les grands exclus

Comme le rappelait la conférence de consensus sur les sans abri de 2007, « quel que soit le terme utilisé (« sans domicile fixe », « sans abri », « grands-exclus » ou « gens de rien »), les personnes sans domicile forment une population très hétérogène aux contours extrêmement variés, faiblement définis juridiquement et difficilement quantifiable ». En 2001, selon l'INSEE, 63 500 adultes accompagnés de 16 000 enfants vivaient sans

disposer d'un domicile. Environ 800 000 personnes auraient connu par le passé au moins un épisode de vie sans domicile personnel. La définition adoptée par l'INSEE pour dénombrer le nombre de personnes sans domicile laisse à l'écart les personnes qui n'utilisent pas les services d'aide, estimées de 10 à 15, % des sans abris par une enquête complémentaire de l'INED, et rend le dénombrement sensible au volume de l'offre.

En Basse-Normandie, en 2004, plus de 30 % des personnes hébergées dans les dispositifs d'hébergement d'urgence sont des femmes. La proportion des jeunes de 18 à 25 ans est particulièrement préoccupante, puisqu'elle représente 23 % des personnes hébergées alors qu'ils ne sont que 9 % de la population totale.

Dans le Calvados, en 2007, le service d'extrême urgence du 115 a enregistré 29 909 appels 31 910 appels en 2008), dont 2/3 pour des demandes d'hébergement. 85 % d'entre elles ont donné lieu à un hébergement, mais, du fait de la saturation du dispositif d'extrême urgence, le 115 oriente beaucoup de personnes vers des hôtels (78 158 nuitées d'hôtel en 2009) (source PDAHI Calvados).

Dans la Manche, en 2007, le 115 a enregistré 1 244 appels. La demande concerne l'hébergement pour 73 %. La majorité des appels proviennent du Nord Cotentin, notamment en période hivernale, avec une progression récente des appels en provenance du Sud du Département (Avranches-Granville) (source PDAHI Manche).

Dans l'Orne, selon le rapport d'activité de la veille sociale, 626 personnes ont été hébergées en urgence en 2007, avec une augmentation importante de l'accueil des jeunes en rupture familiale et/ou ayant un long parcours institutionnel, voire pour certains dans l'errance, mais également une hausse de l'accueil des travailleurs pauvres, se trouvant dans une urgence pérenne associée à une précarité extrême (source PDAHI Orne).

Dans l'enquête des « sans domicile usagers des services d'aide » de l'Insee en 2001, 16 % de cette population s'estime en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale). Les maladies les plus souvent déclarées sont les maladies respiratoires (14 % des personnes sans domicile) ou digestives (10 %) mais également les troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie, 9 %) et des maladies de peau (7 %). Parmi les hommes, 15 % citent des séquelles d'accident ou de maladies graves (comme des handicaps ou des amputations). Près d'un tiers des personnes se plaignent de troubles graves du sommeil (qu'ils expliquent ou non, par les conditions de vie nocturne) et près d'un quart d'entre eux déclarent se sentir dépressifs (source : « La santé des personnes sans chez soi, plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, par Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, Novembre 2009 »).

Cette morbidité déclarée est sensiblement différente de la morbidité médicalisée, ce qui témoigne, entre autre, des problématiques de perception de la santé et de recours aux soins pour cette population. Les données compilées par la consultation médicale de l'espace santé solidarité insertion du Samu social de Paris observent, en effet, auprès de ses 1 503 consultants en 2008, une prépondérance des problèmes d'addiction (16 %) et dermatologiques (16 %), les problèmes psychiatriques représentant 6 % des motifs de consultation.

Les données épidémiologiques publiées dans la littérature scientifique traitant spécifiquement de maladies somatiques chroniques chez des personnes sans domicile restent très rares en France.

En ce qui concerne la santé mentale, et selon le rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale 2009-2010, la fréquence des troubles psychotiques est dix fois plus importante qu'en population générale et celle des troubles dépressifs quatre fois plus élevée. Près d'un tiers des personnes présentent un trouble psychiatrique sévère. Une personne sur cinq présente un trouble de la personnalité ou du comportement, et plus d'une personne sur dix (13 %) un risque suicidaire moyen ou élevé. Les addictions (dépendance ou consommation régulière) concernent 29 % des sans domicile, une sur cinq est dépendante à l'alcool et 16 % consomment régulièrement du cannabis.

Dans les trois départements de la région Basse-Normandie, la fréquence des troubles psychologiques et/ou psychiatriques et des conduites addictives dans les problèmes de santé rencontrés dans le dispositif d'hébergement d'urgence, est relevée. Dans la Manche, en 2006, 24 % à 80 % des résidents accueillis en CHRS, selon les établissements, étaient concernés par des problèmes psychologiques et/ou psychiatriques (source PDAHI Manche).

Face à cette sur morbidité chez les personnes en grande exclusion, l'accès aux droits et aux soins est freiné par de multiples facteurs, dont la représentation de la santé et la complexité des dispositifs de couverture sociale et d'offre de soins.

3.2 Les jeunes

Les jeunes de moins de 25 ans représentent une population particulièrement vulnérable face au marché de l'emploi et à la crise du logement. **1 jeune sur 5 vit en dessous du seuil de pauvreté et le taux de chômage des 15-24 ans est deux fois supérieur à la moyenne nationale** (source Insee). Lorsque s'ajoutent à ces vulnérabilités des ruptures parfois cumulées, scolaires et familiales, ces jeunes sont de plus en plus nombreux à connaître l'errance et la marginalité.

Les profils de ces jeunes en grande difficulté sont divers. Pour les plus jeunes (adolescents jusqu'à 18 ans), les situations de vulnérabilité peuvent être prises en charge dans les

dispositifs de la Protection Judiciaire de la Jeunesse pour les jeunes au pénal ou de l'Aide Sociale à l'Enfance pour les jeunes en danger. La fin de prise en charge dans ces dispositifs, à 18 ans, confronte ces jeunes à la nécessité d'une vie autonome qu'ils n'ont pas les moyens d'assumer.

Les contrats jeunes majeurs ou les ordonnances de placement jeune majeur permettent aux jeunes de 18 à 21 ans qui en font la demande d'obtenir un soutien matériel social et éducatif à l'issue de leur majorité. Mais l'entrée dans ces dispositifs reste conditionnée à une démarche volontaire de ces jeunes, souvent problématique dans leur parcours, et l'interruption de prise en charge intervient, quoi qu'il en soit à 21 ans.

Les jeunes en grande difficulté peuvent également être des jeunes en errance, confrontés très tôt à des conflits ou à des formes d'abandon de la part de la famille d'origine, ou de jeunes étrangers en situation de précarité administrative. Le départ en errance peut aussi être lié à des pratiques addictives poussant le jeune à s'éloigner de son environnement. Parmi ces jeunes en errance, 10 % sont des femmes isolées pour lesquelles les facteurs de vulnérabilité sont accrus (source Etats Généraux- FNARS Ile de France 2006).

Selon le rapport de l'Observatoire National de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010, quatre jeunes en errance de 18 à 25 ans sur dix présentent un trouble psychiatrique sévère. Un jeune sur cinq est déjà dépendant de l'alcool, et un quart d'entre eux consomment régulièrement du cannabis.

Dans la Manche, le dispositif d'hébergement d'urgence note ces dernières années, une nette augmentation de la part de la population prise en charge représentée par de jeunes majeurs et des jeunes couples cumulant les ruptures familiales et scolaires, les fragilités ou les souffrances psychologiques avec l'impossibilité de concevoir un projet ou une formation permettant d'accéder à un revenu, source d'autonomie. 22 % des appels du 115 dans la Manche en 2007 concernent des jeunes de 18 à 25 ans. (PDHAI Manche, p33).

Dans l'Orne, les groupes de travail AHI ont mis en évidence la problématique des jeunes majeurs sortant de l'ASE qui arrivent dans le dispositif AHI suite à une fin de prise en charge par les services de l'ASE/PJJ : 45 % des femmes de 18 à 25 ans, accueillies au CHRS La Clarté en 2005 provenaient de l'ASE ou d'une structure médico-sociale (source PDAHI Orne).

La relation au corps, pour ces jeunes en difficulté, est souvent complexe, surtout marquée par le « détachement ». La demande de soins est souvent non formulée, et n'intervient que lorsque les symptômes sont insoutenables. La consommation de drogues illicites et d'alcool est une composante préoccupante de la santé de ces jeunes. D'autres problèmes de santé sont rencontrés fréquemment : obésité, pathologies bucco-dentaires, défauts de lunettes, dyspraxies ou dyslexies...

3.3 La population étrangère

(issue de l'immigration, immigrée ou en situation irrégulière)

Le diagnostic concernant la situation générale des personnes immigrées s'appuie sur le travail et la présentation du PRIPI (Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées) de Basse-Normandie 2010-2012. Il existe, de fait, très peu de données sur la population étrangère en situation irrégulière, non visée par le PRIPI.

Avec 36 000 immigrés en 2006, la Basse-Normandie compte peu de personnes immigrées, à l'image des régions de l'ouest de la France. Ils représentent **2,47 % de la population bas-normande contre 8,13 % au niveau national**. Ils sont, de façon majoritaire, d'origine européenne et africaine

Jadis, majoritairement composée d'hommes, la population immigrée continue à se féminiser progressivement. Le nombre d'immigrés a en effet progressé plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Plus d'un immigré sur trois nouvellement arrivé en Basse-Normandie (qui résidait à l'étranger 5 ans auparavant) est diplômé de l'enseignement supérieur.

L'Orne est le département qui, proportionnellement à son nombre de résidents, accueille le plus de populations immigrées. L'Aigle est l'aire urbaine qui accueille le plus de personnes immigrées, en 1999 comme en 2006, en proportion de sa population totale.

Le pourcentage de population immigrée par aires urbaines bas-normandes a augmenté à l'exception de celle d'Argentan qui garde le même taux. La différence la plus significative entre 1999 et 2006 se trouve sur l'aire urbaine de Flers qui passe de 3,5 % à 4,3 % de population immigrée comparée à la population totale.

Par ailleurs, il ne paraît pas possible de considérer que la population immigrée se concentre dans les seules zones d'intervention de la politique de la ville. En effet, une grande partie de la population immigrée n'habite pas les unités urbaines en CUCS (contrat urbain de cohésion sociale).

Dans la région, le CCAS de Caen a constaté une proportion importante de femmes immigrées sans domicile fixe avec un risque accru de dérive (prostitution, violences...). L'accès aux droits de ces femmes est en général compromis par leur manque de documents administratifs. Bien que la majorité soit en situation régulière, elles voient leurs papiers d'identité confisqués par des proxénètes ou même par leur compagnon. Il est souligné que la situation d'immigrée exacerbe les conditions faites aux femmes et en particulier aux jeunes filles.

Cette population issue de l'immigration ou récemment immigrée, en situation régulière devient vieillissante et parmi elle, des veuves très démunies, ne maîtrisant pas la langue, se trouvent particulièrement isolées. En effet, la barrière de la langue n'était pas un

problème quand l'enfant ou le conjoint pouvait traduire les pensées et envies de sa mère mais, lorsqu'ils ne sont plus là, ces femmes se retrouvent dans un désarroi important. Ce phénomène est accentué dans les zones rurales.

Sur le plan de la santé, le cumul des difficultés (langues, non observance des traitements, barrière culturelle, précarité sociale et financière) vient aggraver les situations sanitaires ordinaires. Les maladies chroniques et cardio-vasculaires dues au changement d'habitudes de vie mais sans adaptation de l'alimentation sont les principales problématiques avec les souffrances psychiques (en particulier les souffrances post-traumatiques).

Pour les personnes en demande d'asile, l'accès à la CMU-C et, pour les personnes résidant en Centre d'accueil pour Demandeur d'Asile (CADA) permet la levée de certaines barrières administratives et financières à l'accès aux soins.

Pour les personnes en situation irrégulière, la précarité de la situation administrative et les difficultés d'accès aux droits et aux soins (en particulier par peur d'être arrêtés) sont des facteurs supplémentaires d'aggravation de l'état de santé.

3.4 Les femmes en situation de vulnérabilité

(victimes de violence, à faible revenu)

3.4.1 Femmes en situation de précarité

Parmi les populations les plus vulnérables, les femmes accumulent souvent les facteurs de vulnérabilité. En France, à tous les âges de la vie, les femmes sont davantage concernées par les situations de pauvreté que les hommes. Fin décembre 2006, le taux de chômage bas-normand est de 8,2 %, mais il est plus élevé chez les femmes (9,5 %) que chez les hommes (7,1 %) (Sources ANPE, DRTEPF). En décembre 2010, les femmes représentaient, en Basse-Normandie, 51,4% des demandeurs d'emploi toutes catégories alors qu'elles ne représentent que 46,6% de la population active (source DIRECCTE, DEFM décembre 2010).

Les familles monoparentales sont les plus exposées au risque de pauvreté. Or 84,7 % des chefs de familles monoparentales de Basse-Normandie sont des femmes (source Insee, recensement).

Il existe peu d'études, en France, sur l'état de santé des femmes en situation de vulnérabilité. Une étude menée par le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et la Ligue contre le Cancer en 2005, pour mieux connaître leur profil des femmes non participantes au dépistage organisé du cancer du sein, estime que les femmes à l'écart des soins sont surtout représentées par les femmes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, les femmes isolées en milieu rural, les femmes souffrant d'un handicap, notamment sensoriel ou mental et les femmes en situation de grande exclusion.

Le rapport 2009 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde note que 11,5 % des femmes reçues dans les centres d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) étaient enceintes et que 94 % d'entre elles ne disposaient d'aucune couverture maladie le jour de la consultation. Les acteurs sanitaires et sociaux rencontrés sur la région signalent, pour ces femmes « en situation difficile » et en particulier les femmes en situation monoparentale, des problèmes de santé concernant surtout le domaine gynécologique et obstétrique (accès à la contraception, à l'IVG, suivi gynécologique), la santé mentale (anxiété, dépression) souvent liée à l'isolement, l'addiction (alcool), le suivi des maladies chroniques et les soins dentaires. Un grand nombre de ces acteurs notent que, pour ces femmes, la santé et le bien être de leur enfant sont le plus souvent largement prioritaires par rapport à la prise en charge de leur propre santé.

3.4.2 Femmes victimes de violence

La santé des femmes est également impactée par les violences qu'elles peuvent subir, au sein ou en dehors de leur couple. En 2000, l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France métropolitaine (ENVFF) montrait que 10 % des femmes avaient été victimes de violence conjugales au cours des 12 derniers mois, ce taux montant à 13,7% pour les femmes en situation de chômage ou allocataires du RMI. En 2010, 2 932 faits de violence faites aux femmes ont été constatés en Basse-Normandie (soit plus de 2,08 % par rapport à 2009) et 1 162 faits de violences conjugales (soit + 37,67 % par rapport à 2009) (source DDSPP et région de gendarmerie). Le taux de révélation des violences conjugales est estimé par l'Observatoire National de la Délinquance à 9 %. Environ 75 000 femmes sont victimes de viol chaque année, seules 8 000 plaintes sont déposées. 2,9 % des jeunes filles de 15 à 25 ans déclarent avoir été victimes de rapports sexuels forcés.

Pour les femmes en grande exclusion, la vulnérabilité aux violences est particulièrement sensible : en 2004, dans l'enquête SAMENTA conduite dans l'agglomération parisienne, 2,1 % des femmes sans domicile fixe enquêtées déclarent avoir été victimes d'agression sexuelle dans les 12 derniers mois et 27,7 % ont subi des agressions physiques.

3.5 Les personnes en situation de prostitution

Le rapport d'information sur la Prostitution en France déposé à l'Assemblée nationale le 13 avril 2011 distingue plusieurs formes prostitutionnelles :

- la prostitution de rue visible : 10 000 à 12 000 personnes (selon les chiffres donnés par l'Office Contre l'Exploitation de l'Être Humain),
- la prostitution dite « discrète » difficile à quantifier (bars à hôtesse et salons de massage, prostitution par internet),
- la prostitution étudiante,
- la prostitution masculine et transgenre.

Le rapport d'information s'intéresse notamment aux facteurs déterminants d'entrée et de maintien dans la prostitution. Avec la traite des êtres humains, c'est la vulnérabilité sous toutes ses formes, sociale, financière et psychologique, qui constitue l'autre grand ressort de l'entrée dans la prostitution. Les personnes prostituées sont très majoritairement des personnes vulnérables, victimes de violences dont principalement sexuelles, en rupture familiale, en situation d'exclusion sociale, de précarité économique, de dépendance toxicomaniaque. Ce sont parfois des personnes qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité ponctuelle dans une période psychologique ou sociale difficile. Selon la même source, la prostitution masculine représenterait entre 10 % et 20 % de la prostitution de rue. Plus de 90 % des personnes prostituées sur la voie publique sont aujourd'hui de nationalité étrangère.

La violence de l'univers prostitutionnel, les conditions de vie et d'exercice (rapports non protégés, violences sexuelles, humiliations, manque d'hygiène, etc.), l'usage de drogues et d'alcool afin de supporter la pratique prostitutionnelle portent gravement atteinte à la santé physique et psychique des personnes prostituées : IST, VIH, problèmes gynécologiques, infections pulmonaires, plaintes somatiques récurrentes, souffrance psychique, stress post-traumatique, etc., ont été relevés par la mission d'information.

En Basse-Normandie, la prostitution est difficile à quantifier : deux associations connues et bien identifiées travaillent au plus près des personnes en situation de prostitution : Safe Way sur le secteur de Cherbourg et l'antenne départementale du « Mouvement du Nid » dans l'agglomération caennaise.

Deux catégories de personnes en situation de prostitution peuvent être différenciées : un petit nombre de personnes dites « travailleuses du sexe » et une grande majorité de personnes d'origine étrangère (Afrique et Europe de l'Est), victimes des réseaux de traite et d'exploitation sexuelle. Cette situation leur est imposée, sous peine de représailles sur elles-mêmes ou sur leur famille restée au pays. On dénombre 140 femmes dans l'agglomération caennaise, dans les camionnettes et dans les rues (Promenade Sévigné, abords de la gare de Caen, etc.). De nouveaux sites apparaissent (Forêt de Balleroy).

Il est constaté localement, l'émergence de la prostitution et de l'esclavage de jeunes filles ou de garçons qui acceptent le gîte et le couvert en échange de relations sexuelles (étudiants, jeunes en errance, etc.) ou de personnes qui utilisent cette source économique pour régler, de façon ponctuelle, leurs fins de mois.

La prévention des risques sexuels est souvent négligée en raison du coût des préservatifs, des exigences des clients (refus du préservatif), d'une méconnaissance des risques sur la santé, de la pression du réseau et de la crainte des représailles.

L'accès aux soins se heurte à plusieurs freins :

- linguistique : barrière de la langue,
- psychologique : crainte des personnes en situation irrégulière d'être signalées, peur des représailles,
- juridique : situation administrative,
- géographique : mobilité.

C'est un public diffus. Les réseaux se chargent de déplacer les femmes dans d'autres 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 et mettent en danger le réseau.

3.6 Les personnes âgées isolées

En Basse-Normandie, 9,6 % de la population est âgée de plus de 75 ans. 39,7 % de ces personnes âgées vivent seules à leur domicile (source Atlas ARS/ORS/INSEE).

L'isolement de ces personnes âgées est un facteur de souffrance psychique qui s'intrique aux pathologies chroniques et à celles dues au vieillissement.

Pour ces personnes âgées isolées, l'accès à la santé est limité, surtout en milieu rural, par des freins liés à la mobilité, à la proximité des acteurs de la santé (soins et prévention). La précarité financière peut parfois accentuer ces limites dans l'accès à la santé.

3.7 Les personnes sous mandat de protection (tutelle ou curatelle)

L'accès à la prévention et aux soins des personnes sous mandat de protection représente une réelle difficulté. En effet, ces personnes, généralement peu autonomes dans leur démarche de soins, sont parfois peu suivies par leurs mandataires en ce qui concerne leur santé. Leur accès à la prévention ciblée (vaccination et dépistage) et au suivi des maladies chroniques est le plus souvent limité, du fait d'un cadre réglementaire mal connu, d'une information insuffisante et d'une mobilisation faible des mandataires.

4. Plans, Programmes et dispositifs existants

4.1 Programmes contribuant à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus vulnérables avec articulation nécessaire avec le PRAPS

4.1.1 Plan Régional Santé Environnement (2^{ème} génération)

Le plan national santé environnement de 2^{ème} génération (PNSE2), adopté le 24 juin 2009, se décline en région avec un pilotage conjoint de l'ARS, de la Région, et des principaux services de l'Etat concernés (DREAL et DIRECCTE).

L'axe prioritaire de lutte contre l'habitat indigne constitue un enjeu fort pour la santé des populations les plus vulnérables.

Dans le cadre des pôles de lutte contre l'habitat indigne mis en place en Basse-Normandie, un certain nombre d'actions sont en cours ou programmées dans chacun des départements :

- Mise en place d'un réseau d'échange d'expériences en matière de lutte contre l'habitat indigne
- Développement d'actions d'informations en matière de risques sanitaires dans l'habitat et d'obligations réglementaires pour les professionnels de l'immobilier
- Contribution à l'amélioration du repérage et du traitement de l'habitat indigne
- Pérennisation d'actions de lutte contre la précarité énergétique

4.1.2 Politique de la Ville

L'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (l'Acisé), créée par la loi du 31 mars 2006, est chargée de mettre en œuvre les orientations gouvernementales en matière de politique de la ville, de lutte contre les discriminations et d'égalité des chances. Elle gère donc la majeure partie des crédits consacrés par l'État à ces priorités. En outre, ses missions s'étendent à la gestion du Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance (FIPD). Elle anime les programmes de la politique de la ville, à laquelle concourent l'ensemble des ministères, conduits pour les habitants des quartiers.

Les préfets sont les délégués de l'Acisé dans les départements et les régions. Ils animent les programmes menés dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), signés avec les villes et autres partenaires locaux afin d'impulser ou de soutenir des actions locales dans les quartiers en géographie prioritaire dans les domaines de l'emploi, la santé, l'éducation, l'habitat, la culture, la prévention de la délinquance, l'accès aux droits et le lien social. En matière de santé, les CUCS prolongent les enjeux du PRAPS avec la création de l'Atelier Santé Ville pour favoriser l'association des habitants des quartiers et des professionnels aux choix et aux décisions prises en termes d'actions afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et à la prévention santé. Selon la circulaire DIV du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des Ateliers Santé Ville, ces derniers ont pour objectifs :

- d'identifier au niveau local des besoins spécifiques des publics en difficulté et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- de faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création de réseaux médico-sociaux ;
- de diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;
- de rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- de développer la participation active de la population à toutes les phases (diagnostic, définition des priorités, programmation, mise en œuvre, évaluation) ;
- de développer la concertation avec les professionnels des différentes institutions sanitaires et sociales.

Les Ateliers Santé Ville concernent des territoires infra-communaux (les quartiers), communaux ou intercommunaux suivant l'échelle pertinente.

La coordination des acteurs permet l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter, l'adoption et de la mise en œuvre d'un programme d'actions concertées, leur réalisation et l'évaluation régulière des résultats obtenus.

Les Ateliers Santé Ville ont vocation à améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires de la politique de la ville, qu'elles soient menées par les institutions, le monde associatif ou les acteurs de santé du service public.

La Basse-Normandie compte 13 ateliers santé dont 4 identifiés par une coordination (Hérouville St Clair, Cherbourg, et Flers et Argentan).

Les programmes financés par l'Acsé dans les quartiers relevant de la politique de la ville comprennent également la déclinaison locale de programmes nationaux sur la thématique de l'éducation : programme de réussite éducative, programme d'accès à la réussite et à l'excellence, programme de soutien à la parentalité. Dans le cadre de ces programmes, la dimension « santé » est prise en compte, comme composante de la réussite éducative et de la parentalité. Ces programmes, dont les actions sont développées en proximité, et parfois de façon personnalisée, permettent un accompagnement vers la santé d'enfants en difficulté.

Le programme adulte relais, financé également dans le cadre de la politique de la ville, permet, dans les quartiers CUCS, de renforcer le lien social et, dans certains cas, de favoriser un accompagnement vers les droits et la santé.

Des programmes ayant pour thématique l'emploi, le logement, la culture, le lien social, l'accès aux droits et la prévention des discriminations ont, sans être spécifiquement orientés vers des objectifs de santé, un impact évident sur les déterminants de santé.

4.1.3 Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées (PRIPI)

La loi n°2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale instaure l'élaboration en région d'un Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées. Il s'agit d'une programmation d'actions concourant notamment à l'accueil, à la promotion sociale, culturelle et professionnelle et à la lutte contre les discriminations pour les personnes immigrées. Ce programme est piloté par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale et associe différents acteurs régionaux dans une dynamique interministérielle et partenariale.

Au regard du diagnostic en Basse-Normandie, le PRIPI 2010-2012 portera ses efforts en direction des publics suivants :

- les femmes des quartiers prioritaires et notamment celles d'entre elles qui ne sont pas ou plus parents d'élèves ;
- Les jeunes filles victimes de violence ;
- Les publics analphabètes pour lesquels les dispositifs de remédiation linguistique ne sont pas adaptés ;
- Les primo-arrivants âgés entre 16-18 ans et 18-25 ans ;
- Les ressortissants de l'union européenne anglophones ;
- Les populations rurales.

Si les actions proposées dans le PRIPI ne concernent pas spécifiquement le champ de la santé, elles participent à une démarche de santé globale concernant les populations immigrées notamment par :

- l'action sur les déterminants (emploi, éducation, accès à l'information) ;
- la prévention et la lutte contre la discrimination et les violences à l'encontre des femmes et des jeunes filles issues de l'immigration ;
- le travail sur l'exercice de la parentalité.

Le PRAPS devra permettre, en s'appuyant sur cette démarche, de favoriser la prise en compte des spécificités liées à la situation des personnes immigrées dans l'accès à la santé. L'approche par la santé communautaire permettra une meilleure prise en charge vers le droit commun.

4.1.4 Plans Départementaux d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (PDAHI)

Les plans départementaux d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile organisent la planification territoriale de l'offre d'hébergement dans la perspective de l'accès au logement.

Pilotés par l'Etat (pilotage par les Directions Départementales de la Cohésion Sociale et coordination par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale), ces plans sont des outils structurants de mise en œuvre de la « Stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées 2009-2012 ».

Chaque département doit proposer un PDAHI, élaboré en cohérence avec les PDALPD (Plans Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées) afin d'assurer la continuité du parcours d'insertion des personnes vers le logement.

Les PDAHI visent trois objectifs stratégiques :

- prévenir la mise à la rue
- mettre en place un service public de l'hébergement et de l'accès au logement
- réorienter la prise en charge sociale des personnes en difficulté en privilégiant les actions facilitant l'accès au logement

Les PDALPD inscrivent par ailleurs les femmes victimes de violences comme public prioritaire.

En Basse-Normandie, les trois départements ont élaboré, en 2009-2010, des PDAHI avec, pour l'Orne, le développement d'un Plan Départemental d'Insertion par l'Hébergement et le logement (PDIHL) pour 2010-2014, représentant la fusion des PDAHI et PDALPD du département. Une synthèse régionale a été réalisée en juin 2010 et est actuellement en cours de révision.

Dans le cadre de ces PDAHI, plusieurs composantes participent, de manière plus ou moins directe, à l'accès à la prévention et aux soins des populations les plus vulnérables : équipes mobiles, dispositifs de veille sociale, d'accueil et d'hébergement d'urgence.

Par ailleurs, un certain nombre de propositions visant à améliorer la coordination et l'articulation entre le secteur de la santé et celui de l'hébergement et de l'accès au logement sont en cours d'élaboration par la Délégation Interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL).

4.1.4.1 Les équipes mobiles (maraudes)

Si chaque mairie est invitée à s'organiser, notamment en période hivernale, afin de mettre en place des tournées de vigilance ou de maraude, chargées de repérer les personnes « à la rue » et de les accompagner, si besoin, vers l'hébergement, certaines villes ont développé des équipes mobiles plus structurées.

A Cherbourg, le fonctionnement d'une équipe mobile est assuré par les bénévoles de l'association « Conscience humanitaire » en collaboration avec l'ADSEAM et appuyé par deux contrats aidés en période hivernale. Elle est accompagnée une fois par semaine par un infirmier de l'hôpital psychiatrique de la FBS de Picauville.

A St Lô, Granville et Coutances, les CCAS pilotent l'organisation de cette veille.

A Caen, l'équipe mobile portée par le service Trait d'Union de l'ACSEA assure une mission de lien, d'accompagnement, d'intervention et d'accueil auprès des personnes en grande difficulté dans leur milieu de vie (essentiellement dans la rue). Un infirmier de l'association Revivre accompagne cette maraude plusieurs fois par semaine. Ce même infirmier intervient également dans les centres d'hébergement d'urgence et travaille en partenariat avec la PASS, permettant ainsi le lien et l'accompagnement vers le soin des personnes rencontrées.

4.1.4.2 Les dispositifs de veille sociale, d'accueil de jour et d'hébergement d'urgence

Les lieux d'accueil des personnes sans domicile fixe sont diversifiés et peuvent varier selon les territoires : Centre d'accueil et d'Orientation (CAO), lieu d'accueil de jour, CCAS, CHRS, foyers, équipe mobile, 115, structures caritatives, bénévoles, structures hospitalières.

Sans représenter réellement un dispositif d'accès aux soins, ces structures d'accueil permettent un repérage et une évaluation des dangers encourus par les personnes rencontrées, le plus souvent en situation de survie précaire, et, le cas échéant et si la personne adhère aux propositions faites, un accompagnement vers l'hébergement et/ou le soin.

Pendant le séjour en CHRS, le rythme de vie régulier, la mise en place d'un dialogue, l'attention portée au résident, la mise en place d'ateliers revalorisant les savoir-faire doivent permettre un début de restauration de l'image de soi, préalable à l'instauration de démarches de soins. Dans la Manche, le taux de bilans de santé réalisés pendant le séjour en CHRS varie de 15 à 38 % selon les établissements, et le nombre de bénéficiaires de la couverture sociale en sortie est, dans tous les cas, largement supérieur à celui constaté à l'entrée (78 % vs 13 % au CHRS le Prépont, 42 % vs 12 % au CHRS Le Cap) (source PDAHI Manche)

4.1.4.3 Les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO)

Par une circulaire du 8 avril 2010, le Secrétaire d'Etat chargé du logement et de l'urbanisme présentait les enjeux du SIAO. Ce service est une mise en réseau du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accès au logement des personnes sans abri, risquant de l'être ou mal logées. Ce service doit fonctionner sans interruption et pouvoir être saisi par tout travailleur social (polyvalence, structure, prison, établissement de santé...). Lors de la première évaluation de la personne, la circulaire du 8 avril 2010 précise que les composantes médicales, psychiques et sociales de la personne doivent être prises en charge.

Les modalités précises de cette prise en compte de la santé dans l'évaluation et des modalités d'orientation qui en découleront ne sont pas encore bien définies mais les débuts de la mise en œuvre du dispositif SIAO, en cours actuellement sur la région, peuvent être l'occasion d'un travail partenarial de prise en compte de l'ensemble des difficultés de la personne, y compris celles ayant trait à sa santé.

4.1.4.4 Les logements adaptés : maison relais – résidences accueil

Les maisons relais et résidences accueil sont des formes de logement adapté destinées à assurer l'accueil de publics, en alternative au logement « de droit commun », pour des publics présentant des problématiques particulières pour lesquelles l'hébergement insertion n'apporte aucune plus-value. La maison-relais permet l'admission d'une typologie de public assez large pourvu que le niveau d'autonomie soit suffisant et ne nécessite pas une prise en charge trop lourde. La résidence accueil s'adresse plus spécifiquement à des populations présentant des souffrances psychiques dont la prise en charge ne justifie pas l'admission à titre permanent de l'usager en établissement de soins spécialisés.

Dans le Calvados, il existe actuellement deux maisons relais de 30 places à Colombelles et de 25 places à Falaise, trois projets de résidence accueil sont en cours d'élaboration : 22 places sur Caen, 10 places à Bayeux et 35 places à Lisieux.

Dans la Manche, au 31/12/2009, il existe 22 places de maison relais (Habitat et Humanisme, Nord Cotentin) et 22 places de résidences accueil (FBS Picauville Nord Cotentin). 20 places de résidence accueil ont également été installées sur St Lô par le CCAS en 2010.

Dans l'Orne, il existe actuellement 65 places de maison relais repartis sur les trois secteurs (Alençon, Flers, L'aigle).

4.1.5 Plan National de Lutte contre les Violences Faites aux Femmes

Les deux précédents plans d'actions triennaux (2005-2007) et (2008-2010) ont permis des avancées en matière de :

- dévoilement des violences intrafamiliales ;
- d'accompagnement des femmes victimes et de leurs enfants dans leurs démarches d'autonomisation financière et d'accès au logement ;
- de formation des professionnels concernés.

Le troisième plan de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013 élargit le champ d'action à l'ensemble des violences faites aux femmes : les violences intrafamiliales, les mariages forcés, la polygamie, les mutilations sexuelles, les violences sexistes et sexuelles au travail, les viols et les agressions sexuelles ainsi que la prostitution.

Ce plan est structuré selon trois priorités d'intervention :

- la protection des victimes directes et indirectes ;
- la prévention des violences avec la réalisation d'études permettant de quantifier ces phénomènes et la formation spécifique des professionnels (magistrats, policiers, travailleurs sociaux et professionnels de santé) ;
- la responsabilisation de l'ensemble de la société grâce à des outils d'information et de sensibilisation.

La Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DRDFE) est représentée dans chaque département sous la responsabilité des préfets. Elle relève du Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Solidarité et de la Ville. Elle a pour mission la mise en œuvre, au plan régional, de la politique gouvernementale, développée en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

En référence à la feuille de route nationale, le département du Calvados dispose d'un Protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes signé en 2009 par 75 signataires et dont le suivi est effectué par la chargée de mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) du Calvados en lien fonctionnel avec la DRDFE qui assure l'impulsion d'ensemble au niveau régional.

4.1.6 Plan National Nutrition Santé (PNNS) et Programme National pour l'Alimentation (PNA)

L'importance des disparités en matière de comportements alimentaires et d'état nutritionnel liées à la précarité justifie une prise en compte spécifique des populations défavorisées dans les plans nationaux concernant la nutrition et l'alimentation.

Le Plan National Nutrition Santé, dont la déclinaison régionale est pilotée par l'ARS et le Programme National pour l'Alimentation, décliné en région avec un pilotage de la Direction Régionale de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF), permettent, de façon coordonnée, de proposer aux populations les plus démunies un meilleur accès à une alimentation suffisante et équilibrée.

En Basse-Normandie, la coordination de ces actions concernant l'alimentation est assurée par le Comité Régional pour l'Alimentation (CRALIM).

Des actions sont ainsi menées, de façon coordonnée, par des acteurs institutionnels, privés ou associatifs, comme en 2010, l'« Aide au plus Démunis », pilotée par l'Association Normande des Entreprises Alimentaires (ANEA) permettant la création d'outils tels que le guide des bonnes pratiques de l'aide alimentaire et un annuaire des associations caritatives ou des ateliers et conférences nutritionnelles pour les populations défavorisées portées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) des côtes normandes.

De nombreuses autres actions, portées par des structures associatives, telles que la Banque Alimentaire, avec, dans la Manche, un camion cuisine, ou par des acteurs institutionnels, tels que, dans le Calvados, les ateliers nutritionnels du CCAS d'Hérouville, mènent des actions, dans le cadre de ces programmes, qui tendent à améliorer l'équilibre nutritionnel chez les populations les plus vulnérables.

4.1.7 Programmes de santé gérés par la Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) à destination des jeunes délinquants

Les conclusions du rapport de l'étude sur « santé des 14-20 ans, secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après », réalisée par l'INSERM en 2005 constatent des écarts importants entre les jeunes présents dans les services de la PJJ et la population scolaire du même âge. Si les jeunes pris en charge par la PJJ s'estiment dans une très large majorité bien portants, la différence avec la population scolaire est manifeste concernant les « conduites d'échappement de la vie ordinaire » dont les absences scolaires réitérées, les fugues, les tentatives de suicide ainsi que les comportements de consommations de tabac et de substances illicites.

Parallèlement, leur expérience est fortement marquée par la violence agie mais aussi subie, notamment par des agressions sexuelles chez les filles (source : état des lieux sur l'articulation entre les services de la PJJ et la psychiatrie. Constats et recommandations).

La politique de santé à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, définie par le Ministère de la Justice en 2005, vise à construire, pour les jeunes mineurs délinquants suivis par les services publics et associatifs de la PJJ, une politique de santé publique prenant en compte les problématiques de santé globale de ces jeunes, avec des axes de prévention et de promotion de la santé, de prise en charge des troubles psychiques et des comportements de consommation de produits psycho actifs. Cette politique de santé doit se baser sur les politiques publiques de santé et l'organisation sanitaire, en particulier à l'échelon régional.

Des liens sont particulièrement à développer entre ces services et les structures de psychiatrie, d'addictologie et des dispositifs plus particulièrement dédiés à la santé des jeunes (comme les maisons des adolescents). Des commissions territoriales de santé qui permettraient de renforcer ces coopérations, sont actuellement mises en place par la DTPJJ.

4.1.8 Programmes gérés par les Conseils généraux

Les Conseils Généraux définissent et mettent en œuvre la politique d'action sociale et développent, au sein de leur politique générale, des missions de prévention déclinées dans leurs différents services comme la Protection de l'Enfance, la Protection Maternelle et Infantile, les CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale). Depuis le 1er janvier 2004, ils gèrent également l'ensemble du dispositif du RMI-RMA (Revenu Minimum d'Insertion et Revenu Minimum d'Activité). Ils partagent depuis avec l'État la responsabilité du revenu de solidarité active (RSA), qui a remplacé le RMI et le RMA au 1er juin 2009. Enfin, la loi leur a transféré également le fonds d'aide aux jeunes en difficulté (FAJ) et le fonds de solidarité logement (FSL).

Beaucoup de Conseils Généraux ont pris des initiatives dans le champ de l'action « santé précarité » en faveur de publics vulnérables, dans lequel ils peuvent jouer un rôle spécifique. En effet, le Département constitue un acteur incontournable dans le champ de l'action sociale, notamment depuis les dernières mesures de décentralisation. Cette institution a aussi la particularité de rassembler professionnels de santé, professionnels sociaux et un certain nombre de psychologues et d'éducateurs. En tant que professionnels de santé, ils peuvent parfois mener plusieurs missions, ce qui permet de faciliter les liens pour de nombreuses personnes qui vivent des situations de précarité. Toutefois, d'un département à un autre, il existe d'importantes disparités, conséquences de la décentralisation.

En plus d'importantes disparités d'effectifs de professionnels œuvrant dans le champ de l'insertion et de la protection, les départements enregistrent des différences notables d'organisation qui peuvent constituer une vraie difficulté de lisibilité des dispositifs.

4.1.8.1 Protection Maternelle et Infantile (schéma départemental)

La PMI est un service de proximité, ouvert à tous, complémentaire du réseau existant de la médecine libérale, hospitalière, scolaire.

Elle assure des missions de prévention avec une approche collective de la santé, voire de santé communautaire, auprès des populations, au travers des familles, des cohortes d'enfants ou des structures. Elle assure un rôle d'observatoire de la santé mère-enfant et famille. Elle est aussi individualisée par l'organisation des consultations de la mère et de l'enfant.

Elle réunit une équipe pluridisciplinaire médicosociale (médecins, infirmière puéricultrices, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales), ce qui permet une approche globale de la santé des mères et des enfants pour la population générale. Elle assure également des missions de suivi de santé dans le cadre de la protection de l'enfance.

Des schémas départementaux de PMI sont développés dans chacun des trois départements pour préciser les orientations et les stratégies au regard de l'évolution des besoins et des orientations nationales.

4.1.8.2 Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Les centres de Planification et d'Education Familiale sont gérés par les Conseils Généraux et sont sous la responsabilité du médecin départemental de PMI.

Ils assurent des missions de :

- maîtrise de la fécondité avec, en particulier, des consultations médicales permettant l'accès à la contraception gratuite pour les mineurs et les jeunes majeurs sans couverture sociale et la mise à disposition gratuite de préservatifs, sans obligation d'autorisation parentale
- diffusion d'informations et d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et la contraception, notamment dans les établissements scolaires
- préparation à la vie de couple et à la fonction parentale
- entretiens pré et post IVG
- dépistage des IST (depuis 1990)
- depuis la loi de décembre 2007 (décrets d'application datant de mai 2009) : IVG médicamenteuse

En lien étroit avec la PMI, les CPEF assurent également des missions de suivi de grossesse, durant et à l'issue de la grossesse, en accompagnant les femmes vers l'ouverture de droits si nécessaire et vers des services spécialisés en fonction des besoins.

Dans les cas de grossesses particulièrement signalées par les certificats de grossesse de la Caisse d'Allocations Familiales, ils assurent un suivi rapproché et individualisé de la grossesse, en prenant en compte l'ensemble des facteurs de risque identifiés.

4.1.8.3 Dispositifs en lien avec le Revenu de Solidarité Active (RSA)

À partir du 1^{er} juin 2009, le RSA (Revenu de Solidarité Active) prend le relais du RMI (Revenu Minimum d'Insertion) avec pour objectif principal de favoriser le retour à l'emploi tout en assurant à ses bénéficiaires un niveau de vie convenable. Les objectifs du Conseil Général dans le cadre de la lutte contre les exclusions sont d'encourager le travail, de faciliter le retour à l'activité, de lutter contre la pauvreté et d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des personnes momentanément en difficulté.

Ces objectifs ne sont pas directement liés à la thématique de santé mais influent sur des déterminants essentiels de la santé des bénéficiaires du RSA : logement, milieu de vie, emploi et mobilité.

Dans ce cadre, en lien avec différents partenaires (CAF, MSA, communes et intercommunes, associations, Pôle Emploi, Maison de l'emploi et de la formation, Etat,...) le Conseil Général pilote l'organisation du Revenu de Solidarité Active, du Programme Départemental d'Insertion, du Fonds de Solidarité pour le Logement, du Plan Départemental pour le Logement des Personnes Défavorisées et du Fonds d'Aide aux Jeunes. Le Fonds d'Aide aux Jeunes procure des aides ponctuelles pour assumer une formation ou l'entrée dans l'emploi. Le Fonds de Solidarité pour le Logement vise à faciliter l'accès et le maintien dans un logement décent des personnes en difficulté d'insertion sociale et/ou financière en accordant des prêts et/ou des subventions, ainsi que des mesures d'accompagnement. L'insertion sociale propose des actions de lutte contre l'illettrisme en lien avec l'Etat et le Conseil Régional et d'accompagnement socioprofessionnel sur les chantiers d'insertion. Il gère la prescription d'auxiliaires familiales ou de techniciennes en intervention sociale et familiale ainsi qu'un service d'accompagnement social pour les personnes cumulant de nombreux freins d'insertion et souffrant d'isolement dans leurs démarches administratives. D'autres aides prennent en compte la difficulté de mobilité, telles que des chèques transport, qui permettent aux personnes dont les ressources sont inférieures ou égales au RSA (bénéficiaires et ayants droit) d'utiliser les transports en commun du département.

Enfin l'insertion par la santé est aussi travaillée dans le cadre des contrats RSA, avec les partenaires tels que l'IRSA, qui propose un appui à la santé sur certains territoires. En effet, de nombreux contrats de RSA mettent en évidence des obstacles à l'insertion sociale et/ou professionnelle liés à la santé. Les obstacles les plus souvent évoqués sont le stress, l'anxiété, les phobies, le sentiment d'indignité, de honte ou de culpabilité, la perte d'estime de soi ou de confiance en soi, les conduites addictives, le déni de maladies et la mauvaise observance des traitements.

La santé est abordée par les référents tant au niveau de l'élaboration du contrat que du suivi, notamment dans le cadre de l'incidence sur le parcours d'insertion (94 % des référents lors de l'élaboration du contrat et 100 % des référents dans le cadre du suivi). Les freins rencontrés par ces référents sont le manque de connaissance des réactions

de la personne (52 %), le manque de connaissance sur la pathologie (30 %) et le manque de connaissance des dispositifs de santé (31 %) (Source : Conseil Général de la Manche).

L'appui à la santé a pour objectif de proposer un accompagnement spécialisé pour reconnaître les difficultés, envisager des solutions appropriées et reprendre une dynamique d'insertion. Cet appui peut prendre la forme d'un accompagnement (éventuellement physique), d'une médiation ou d'un relais vers les professionnels de santé, avec l'accord des bénéficiaires. Il passe également par un appui spécialisé aux travailleurs sociaux pour améliorer leur compréhension des incidences de certaines pathologies dans le quotidien et leur connaissance des dispositifs locaux. Enfin, différents outils sont proposés dans le cadre de l'accompagnement à la santé des bénéficiaires du RSA, comme les journées de santé qui visent à sensibiliser ces bénéficiaires à la prévention et à l'accès aux soins en leur proposant un examen de santé individuel pour susciter d'éventuelles démarches de soins.

4.1.9 Dispositifs associatifs

4.1.9.1 Associations de prévention et d'éducation à la santé

Un certain nombre d'associations, à portée régionale, départementale ou locale, portent des actions de prévention sur des domaines correspondant aux priorités identifiées sur la région, dans le cadre du PSRS : addiction, éducation à la sexualité, santé mentale et prévention du suicide ou nutrition et prévention de l'obésité.

Certaines d'entre elles mènent des actions visant plus particulièrement les publics les plus démunis.

D'autres associations, souvent plus locales, déclinent ces thématiques de prévention au cours d'actions ayant également vocation à renforcer le lien social au sein de population vulnérables, dans une approche de santé communautaire.

Dans le cadre des dispositifs associatifs, on peut également citer l'IRSA, qui, au travers de conventions avec les trois CPAM, propose des bilans de santé de façon rapprochée pour les populations en situation de précarité sur les trois départements.

4.1.9.2 Dispositifs associatifs à visée sociale, adultes relais, points d'accueil et écoute associatifs

Dans les dispositifs de proximité favorisant le lien entre les populations les plus vulnérables et les dispositifs de prévention et de soins, les associations tiennent une place importante. Celles-ci, souvent à projet social, permettent l'accueil, l'écoute et parfois l'accompagnement vers la prévention et le soin des populations les plus vulnérables.

Ces dispositifs sont multiples et portés par des structures plus ou moins formalisées, inégalement réparties sur les territoires de la région.

Sans pouvoir, dans ce cadre, citer l'ensemble des associations concernées, on peut ici évoquer certains dispositifs orientés vers des populations spécifiques ou mis en œuvre, de façon transversale et en proximité.

Pour les jeunes, on peut mentionner :

- les maisons des adolescents : la maison des adolescents du Calvados, basée à Caen avec des permanences à Lisieux et à Bayeux, permet un suivi ambulatoire pluridisciplinaire, médico-social et sanitaire des adolescents. Une équipe mobile est liée à cette structure et un dispositif d'hébergement est en projet. Des maisons des adolescents sont en cours de développement dans la Manche et dans l'Orne ;
- Les missions locales : avec une mission centrée sur l'insertion et l'accès à l'emploi des 16-25 ans, les missions locales peuvent également participer à l'accueil et à l'orientation vers la santé des jeunes qu'elles accueillent ;
- Les points d'accueil écoute jeunes (PAEJ) ;
- Les points information jeunes (PIV) ;
- Les services d'accueil aux jeunes en difficulté (SAJD) à Caen.

En population plus générale et implantées dans les quartiers concernés par les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), un certain nombre d'associations proposent des projets essentiellement liés à la cohésion sociale, mais permettent un accompagnement vers la santé des plus démunis.

En effet, ces associations peuvent parfois représenter le seul lien de confiance établi par des populations parfois méfiantes vis-à-vis des « institutions » et des « travailleurs sociaux » ou pour lesquelles les barrières culturelles sont importantes.

Ces associations portent des dispositifs tels que :

- des points accueil écoute « généraliste » ;
- des ateliers de rencontre, d'écoute et de renforcement du lien social ;
- des « adultes relais » : ces personnes, dont l'activité s'inscrit dans le projet associatif et financé par l'Acisé, sont des médiateurs pour l'insertion, l'emploi et la cohésion sociale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Certains médiateurs peuvent ainsi permettre l'accompagnement vers la prévention et les soins pour des personnes pour lequel l'accès est particulièrement difficile pour des questions sociales, culturelles ou psychologiques.

4.2 Dispositifs d'accès aux droits, et aux soins et médico-sociaux

4.2.1 Dispositifs d'accès aux droits en matière de santé : La CMU, l'ACS, la CMUC, et l'AME et les soins urgents

La seule CMU de base engendre les mêmes droits et obligations que l'assurance maladie : le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. En outre, il est tenu de faire l'avance des frais, il est soumis au paiement de la participation forfaitaire de 1 euro et aux franchises médicales portant sur les médicaments, les transports sanitaires, et les actes réalisés par un auxiliaire médical.

L'attribution de la CMU est soumise, comme celle d'un certain nombre de prestations, à une condition de stabilité de résidence (résidence en France depuis plus de 3 mois de manière stable et régulière). Les personnes sans domicile stable au moment de leur demande doivent élire domicile auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, ou d'un organisme agréé. Il est à noter que le délai de 3 mois n'est pas opposable aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement ou effectuant un stage dans le cadre d'un accord de coopération, aux bénéficiaires de certaines prestations et aux étrangers reconnus comme réfugiés ou ayant demandé le statut de réfugié.

La CMU complémentaire (CMU-C) est une prise en charge des dépenses de couverture complémentaire assurée par les caisses d'assurance maladie ou par des organismes complémentaires, en fonction du choix de l'assuré, sous conditions de résidence régulière en France et de ressources, qui doivent être inférieures à 634,25 euros par mois en moyenne pour une personne seule en France métropolitaine. Elle permet à l'assuré une prise en charge des soins à 100 % sans avance de frais, y compris pour le forfait journalier hospitalier. Les bénéficiaires sont exonérés du forfait de 1 euro et des franchises.

L'Aide Complémentaire Santé (ACS) consiste en une aide financière pour le paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel, accordée pour un an renouvelable. Son montant varie en fonction de l'âge des personnes, apprécié au premier janvier, composant le foyer couvert par le contrat (de 100 euros pour les personnes âgées de moins de 25 ans à 500 euros pour celles de 60 ans et plus). Le montant de l'ACS est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due.

En Basse-Normandie, en 2010, on comptait 24 000 bénéficiaires de la CMU de base et 71 800 bénéficiaires de la CMU-C (données CPAM, MSA, CMR) soit 5,1 % de la population totale, dont 35 186 sur le Calvados principalement concentrées dans les agglomérations urbaines, ainsi que dans les cantons de l'est de la région et dans le bocage virois.

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande). A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du Ministre chargé de l'action sociale. La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'assurance maladie du régime général. L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

En principe, les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier, toutefois, des décrets, à paraître, doivent préciser les conditions de prise en charge des soins.

Le droit aux prestations de l'AME est conditionné par le paiement d'un droit annuel de 30 € par bénéficiaire majeur (article 968 E du code général des impôts, somme exigible pour les demandes d'AME déposées à compter du 1^{er} mars 2011). Cette somme est acquittée par la remise d'un timbre fiscal au moment du retrait du titre d'admission à l'AME. Le droit de timbre n'est pas dû pour les bénéficiaires mineurs et les bénéficiaires de l'AME complémentaire, mineurs ou majeurs.

Il existait, en Basse-Normandie, au 31 décembre 2003, 244 bénéficiaires de l'AME, dont 68 % dans le Calvados et 25,4 % dans l'Orne. La forte majorité citadine des bénéficiaires de l'AME s'explique en partie par la localisation des associations agréées pour leur domiciliation

4.2.2 Dispositifs sanitaires

4.2.2.1 La Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS)

Dans le cadre des PRAPS, la Circulaire du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies, indique que des structures d'accueil pour les personnes en situation de précarité (PASS) seront installées dans les établissements hospitaliers participant au service public.

La PASS est une cellule de prise en charge médico-sociale intra hospitalière ou externalisée devant faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et ambulatoire, par le travail en réseau institutionnel ou associatif de soins, d'accueil et d'accompagnement médico-social.

Elle permet le repérage des personnes en situation de précarité, leur accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale, et à leur orientation vers les professionnels spécialisés, pour elles-mêmes ou pour leurs enfants (lien avec l'ASE et la PMI par le CG, lien vers un logement ou tout autre besoin de réintégration sociale). Elle a également pour mission de faciliter leur accès aux soins de santé (soins curatifs et éducation à la santé).

La PASS comprend une équipe médicosociale pour une consultation de premier recours en soin primaire, permettant une approche globale du patient pour :

- Repérer et dépister des pathologies graves ou urgentes ;
- Evaluer le risque lié à la situation économique du patient et à sa trajectoire de vie ;
- Dépister des pathologies associées : dépendances (alcool, drogues illicites, psychotropes), pathologies chroniques : VIH, hépatite B, hépatite C, tuberculose ;
- Identifier les situations de violence conjugale ;
- Evaluer les stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre ;
- Permettre au patient de redécouvrir ses capacités de s'impliquer dans une démarche de prévention et d'éducation pour la santé.

Les PASS sont financées sur l'enveloppe Mission d'Intérêt Général des établissements hospitaliers.

Les PASS se sont développées depuis 1998 sous des formes variables. Le guide des recommandations sur l'organisation des PASS établi par la Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2008 définit les bonnes pratiques et les indicateurs d'évaluation des PASS.

En Basse-Normandie, 13 établissements disposent d'un financement PASS au titre des MIG en 2010 (6 dans le Calvados, 3 dans la Manche et 4 dans l'Orne).

4.2.2.2 L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)

La circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie identifie ce dispositif comme un dispositif complémentaire, intersectoriel, situé à l'interface du dispositif de soins « de droits commun » et du dispositif social.

Selon cette circulaire, le champ d'intervention de ces équipes comprend :

- les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ;
- les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis, et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

Il s'agit donc d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre, avec une fonction d'interface au sein d'un réseau formalisé de partenaires.

Les financements prévus par cette circulaire reposent sur l'ONDAM hospitalier avec éventuellement des cofinancements à développer mobilisant des crédits d'Etat, des collectivités territoriales ou Le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

En Basse-Normandie, trois équipes mobiles psychiatrie précarité ont reçu, depuis 2006, des financements spécifiques, dont 2 dans la Manche et 1 dans l'Orne. Il n'existe pas actuellement d'équipe mobile psychiatrie précarité dans le Calvados.

Il est à noter, dans l'Orne, la création en 2009 d'une PASS spécialisée en psychiatrie au Centre Psychothérapique de l'Orne à Alençon, avec une équipe mobile sur l'agglomération d'Alençon.

4.2.2.3 Les dispositifs de prévention sélective (vaccination et dépistage)

Les actions de prévention sélective (actions « recentralisées ») sont organisées, en fonction des territoires, de façon différente : la gestion en revient à l'IRSA pour la Manche, à la Fondation de la Miséricorde pour le Calvados et au Conseil général pour l'Orne. Ces structures sont en charge des campagnes de vaccination, des actions de lutte contre la

tuberculose et les IST, en lien avec les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit reliés aux hôpitaux (dispositif sanitaire). Ils portent, au sein de leurs missions, une attention particulière aux publics les plus démunis, pour lesquels l'accessibilité à la prévention sélective doit être facilitée.

4.2.3 Dispositifs médico-sociaux

4.2.3.1 Les Lits Halte Soins Santé (LHSS)

La circulaire n°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « Lits Halte soins santé » a donné aux anciens lits infirmiers, existant à titre expérimental depuis 1993, un statut juridique et financier reconnaissant ainsi leur pertinence dans le dispositif de santé publique.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) sont destinés à assurer une prise en charge sanitaire et sociale temporaire des personnes sans domicile, quelque soit leur situation administrative, dont l'état de santé nécessite des soins mais ne justifie pas d'hospitalisation. L'admission se fait sur décision du directeur de la structure après avis médical. La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder 2 mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie. Au cours du séjour, la prise en charge doit comporter une préparation du parcours de sortie (ACT, maison relais, CHRS...).

Les modalités d'implantation des LHSS sont variables, sur sites uniques ou séparés, mais sans représenter plus de 15 % des lits d'une même structure et sans dépasser 30 lits sur un même site.

Les demandes de créations/extensions de LHSS sont centralisées et examinées par une commission nationale qui se prononce sur la notification des crédits. Le financement est assuré par l'ONDAM médico-social par lit et par jour (102 euros /lit/jour), et comprend l'hébergement la restauration et les soins des personnes accueillies. Des partenariats doivent être développés entre ces structures et les structures de soins pour assurer la prise en charge sanitaire des patients accueillis.

La Basse-Normandie dispose de 21 lits halte soins santé :

Sur le Calvados, les LHSS existants ont été installés en 2008-2009 et sont portés par l'association Revivre et comprennent 9 places. 7 places supplémentaires sur le même site sont en attente de financement par la commission nationale. Les 9 lits actuellement existants sont réservés aux hommes et les 7 lits supplémentaires devraient permettre un accueil féminin.

Sur la Manche, le CROSMS de Basse-Normandie a approuvé, en 2009, les projets portés par les CHRS Le Cap et Louise Michel, de 3 places de LHSS chacun, sur le Nord Cotentin. Il existe donc actuellement 6 places de LHSS sur le Nord Cotentin, dont 3 places (Louise Michel) pour des femmes. Le Centre et le Sud Manche ne sont actuellement pas équipés en LHSS.

Dans l'Orne, il existe actuellement 6 places de LHSS installées, accueillant des hommes ou des femmes, dont 4 à Alençon et 2 à Flers portés par l'association ARSA. 3 lits ont été autorisés et doivent être installés à Flers en juin 2011 par l'association Aurore.

4.2.3.2 Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) ont été introduits dans le cadre de la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale. Les ACT permettent un accueil et des modes de prise en charge personnalisés pour des personnes atteintes de maladies chroniques nécessitant des soins et un suivi médical, en situation de grande précarité, avec la possibilité d'accueillir aussi leurs proches.

Une coordination de soins est organisée, pour garantir l'observance des traitements et permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

La coordination comprend les actions suivantes :

- Constitution et gestion du dossier médical ;
- Relation avec les différents acteurs de santé (libéraux, hospitalier, et les réseaux ville santé) ;
- Coordination des soins (Hôpital à Domicile (HAD), Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), infirmiers libéraux, kinésithérapeutes...) ;
- Aide à l'observance thérapeutique ;
- Education à la santé et à la prévention ;
- Conseils en nutrition ;
- Prise en compte éventuelle des addictions ;
- Respect des conditions de sécurité ;
- Soutien psychologique des malades.


La coordination psychosociale est assurée par le personnel psycho socio éducatif :

- Ecoute des besoins et soutien ;
- Suivi de l'observance thérapeutique y compris lors de période d'hospitalisation ;
- Accès aux droits et facilitation des démarches administratives ;
- Aide à l'insertion sociale, professionnelle et accès au logement avec un appui sur les réseaux existants ;
- Accompagnement lors des déplacements en cas de besoin.


En Basse-Normandie, un seul ACT existe sur Caen, géré par la Croix Rouge Française depuis 2004 avec 14 places (ouverture de 5 places supplémentaires prévue fin 2012). Les personnes accueillies en 2010 sont surtout des hommes de 24 à 57 ans.

En 2010, 57 demandes d'admissions ont été formulées : 39 ont été refusées pour demandes inadaptées ou non prioritaires, 8 nouvelles personnes ont été accueillies. 4 appartements hébergeaient des personnes accompagnantes : adultes et/ou enfants).





2^{ÈME} PARTIE :
IDENTIFICATION DES
FREINS À L'ACCÈS AUX
DROITS, À LA PRÉVENTION
ET AUX SOINS DES
POPULATIONS RELEVANT
DU PRAPS



1. Accès non effectif aux droits

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.

Selon le rapport 2009 d'évaluation de la loi CMU par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, **20 % des personnes relevant théoriquement de la CMU n'en font pas la demande**. Souvent, le mode de vie et le contexte culturel de ces personnes ne leur permettent pas de surmonter, seules, la complexité des règles à suivre pour les différents systèmes d'aide. Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie ont mis en place un numéro d'information unique pour permettre d'améliorer l'information et l'accès aux dispositifs d'accès aux droits du régime général : le 3646.

Selon le rapport 2009 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde, 81 % des personnes reçues pour la première fois dans les Centre d'Accueil de soins et d'Orientation en 2009 et ayant droit à une couverture maladie n'en avaient aucune. Selon ce même rapport, la question de la domiciliation reste encore, en 2009, le principal obstacle à l'accès aux droits, cité par 29 % des consultants. Les autres obstacles les plus fréquemment cités par les patients sont la barrière linguistique (26 %), la méconnaissance de leurs droits et des structures délivrant des soins (26 %) et les difficultés administratives (24 %).

Pour les personnes relevant de l'AME, le coût du droit annuel de 30 euros, exigible depuis le 1^{er} mars 2011, représente parfois un obstacle non négligeable. Les évolutions légales et réglementaires concernant l'accès à l'AME représentent un enjeu important de santé publique, dans l'impact qu'elles peuvent avoir sur l'accès à la santé des populations les plus vulnérables.

L'objectif de généralisation de la couverture complémentaire santé n'est pas, lui non plus, complètement atteint, malgré des améliorations : en 2008, 94 % des français bénéficient d'une complémentaire santé, y compris CMU-C, contre 93 % en 2006. Pour les personnes ne bénéficiant pas de complémentaire santé, l'obstacle financier (coût de l'assurance) est avancé dans 46 % des cas. Le manque d'information sur les dispositifs d'accès aux droits, en particulier l'ACS, est également responsable d'une partie de ce nonaccès aux droits. Malgré les démarches de simplification et de dynamisation de ce dispositif entreprises depuis 2007, seules 535.000 personnes étaient bénéficiaires, en France, de l'ACS au 30 novembre 2010, sur une population cible estimée à un peu plus de 2 millions de personnes. Ceci s'explique en partie par la charge importante que représente, pour les ménages qui pourraient bénéficier de cette aide, la part de financement qui resterait à leur charge. Les caisses d'assurance maladie mettent en œuvre des dispositifs favorisant l'accès à l'ACS (information, aide complémentaire...).

Les personnes ne bénéficiant pas de complémentaire santé sont parfois aussi celles qui, bien que disposant de revenus légèrement supérieurs au seuil pour accéder à la CMU-C, voire à l'ACS, n'ont pas un budget suffisant pour financer de façon autonome une complémentaire santé.

Enfin, certaines personnes sont exclues du dispositif d'assurance maladie en raison du critère de résidence de moins de 3 mois en France, et ne bénéficient que du dispositif de soins urgents en milieu hospitalier. Ce dispositif est souvent mal adapté, par ses modalités de prises en charge et le manque de temps consacré à des personnes qui ont parfois des difficultés à s'exprimer.

Au-delà de l'accès administratif à la couverture assurance maladie, l'accès au droit dépend également de la possibilité de choisir son médecin traitant et de le déclarer (difficultés d'accès à un médecin traitant pour certaines personnes et dans certains secteurs), et de l'accès au tiers-payant (lisibilité à promouvoir chez les usagers et les professionnels de santé).

2. Accès non effectif à la prévention

L'accès à la prévention, même s'il n'est pas limité par des freins liés au coût, est souvent entravé par des freins sociaux et culturels réels.

Les actions de prévention menées par les acteurs institutionnels et associatifs sur les territoires de santé sont, le plus souvent, plus particulièrement accessibles à des populations déjà prises en compte par des dispositifs de santé, éducatifs ou sociaux.

Certaines catégories de population sont plus particulièrement concernées et touchées, en particulier les femmes, les enfants et les mères, par l'intermédiaire des actions menées dans les PMI, les associations à projet ciblé femmes et enfants ou l'Education Nationale. Les hommes, les personnes sans enfant ou dont les enfants ont grandi, les jeunes sortis du système scolaire ont peu accès aux dispositifs de prévention. En effet, ces personnes ne sont souvent pas informées des dispositifs existants, pas contactées lors de l'organisation d'activités de prévention, et pas touchées par des campagnes de prévention organisées au sein de dispositifs qu'elles ne fréquentent pas.

Les barrières culturelles ou linguistiques, voire le handicap (handicap visuel ou auditif) ou l'illettrisme sont autant de barrières à l'accès à la prévention, souvent portée par des messages écrits, en français. Les symboles ou pictographies utilisées renvoient souvent à des représentations culturelles non universelles, et dont l'interprétation peut être différente selon les populations.

L'accès à la prévention ciblée (dépistage, vaccination) ou universelle est donc souvent limitée par l'accès à l'information.

3. Accès non effectif aux soins

3.1. Freins financiers

Les freins financiers représentent un facteur majeur limitant l'accès aux soins, plus particulièrement pour les personnes non couvertes par l'assurance maladie, mais aussi pour celles ne bénéficiant pas de complémentaire santé.

L'absence de couverture complémentaire est en effet un facteur important de renoncement aux soins : 30 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé déclarent avoir renoncé à des soins, contre 14 % de celles qui disposent d'une couverture complémentaire privée et 21 % de celles bénéficiant de la CMU-C (source : Enquête santé protection sociale IRDES 2008).

Parmi les personnes disposant d'une complémentaire santé, des inégalités subsistent en particulier concernant l'accès aux soins dentaires (avec un non-remboursement de certains actes spécifiques), à la contraception (non-remboursement des pilules contraceptives de 3^{ème} génération) et à l'achat de lunettes (taux de remboursement parfois très faible).

Enfin, pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé privée (en particulier dans le cadre de l'ACS), l'obligation d'avancer les frais médicaux, et l'existence d'une franchise représentent, pour les populations dont les revenus ne sont que très faiblement supérieurs au seuil CMU-C, un obstacle insurmontable.

Par ailleurs, au-delà du coût même des soins, les frais liés au déplacement vers les structures de soins représentent, pour des personnes en situation de précarité, un frein financier parfois non négligeable.

3.2. Frein culturel (représentations de la santé, santé perçue/santé réelle), linguistique

Le recours aux soins et, de manière plus générale, les relations des personnes avec le système de soins, sont étroitement liées à un faisceau de déterminants socioculturels qui influent sur le parcours de soins des personnes.

Les conditions de vie des personnes, leur origine culturelle, leurs expériences antérieures et leur situation socioprofessionnelle influencent leur représentation du corps, de la santé mais aussi leur rapport au système de soins et aux professionnels de la santé. Le recours aux soins mais aussi le parcours, par la suite, dans le système de soin, sont donc liés à de multiples dimensions qui renvoient à des normes, des représentations, des processus identitaires et relationnels mais aussi au rapport à la société dans son ensemble.

Pour les personnes les plus démunies, ces déterminants socioculturels sont particulièrement marqués.

En effet, les acteurs travaillant avec les grands exclus notent que l'absence d'attention au corps, de représentation de celui-ci, est particulièrement prégnante pour une part des personnes reçues dans les établissements d'hébergement pour hommes (source PDAHI Manche). Le même constat est fait par les professionnels travaillant avec des jeunes en grande difficulté.

La santé perçue, la santé exprimée et la santé réelle ont donc, tout particulièrement pour ces personnes en situation de vulnérabilité, des dimensions très différentes.

Le recours aux soins est souvent fait dans l'urgence, avec un recours essentiellement hospitalier, et plus particulièrement par le service des urgences, souvent lors d'épisodes aigus sur la voie publique, de prises de risque importantes ou parfois pour des consultations qui auraient pu relever de la médecine ambulatoire. La prise en charge réalisable dans ce contexte d'urgences hospitalières, compte-tenu du temps et des ressources disponibles, permet de traiter l'épisode aigu mais n'influence le plus souvent pas les facteurs sous-jacents, les comportements ou le mode de vie ayant conduit à cet épisode. Les séjours aux urgences se succèdent donc parfois sans efficacité à long terme, et avec un sentiment d'échec et d'impuissance de la part des soignants.

L'entrée dans une véritable démarche de soins, pour ces personnes en grande exclusion, et pour les jeunes en grande difficulté, passe par une démarche de réappropriation du corps, conjointe à un travail de l'ensemble des acteurs concernés sur l'ensemble des déterminants de santé (logement, emploi, éducation....).

Il faut cependant noter que ce recours accru aux urgences hospitalières pour les personnes en situation de précarité n'est pas seulement lié à leur propre perception de la santé et à une attention moindre à celle-ci, mais aussi à la difficulté d'accès aux soins dans le secteur libéral ou aux soins spécialisés, du fait des freins administratifs, financiers ou organisationnels existants.

Pour les grands exclus, la réappropriation du corps est un préalable à toute démarche de soins, notamment lorsqu'il s'agit d'aborder des problèmes d'addiction ou de souffrance psychique. L'absence d'attention au corps, de représentation de celui-ci, est particulièrement relevée pour une part des personnes reçues dans les établissements d'hébergement pour hommes (source PDAHI Manche).

La prise en compte du contexte culturel est également déterminante dans l'accès aux soins des populations étrangères ou des gens du voyage. En effet, selon les communautés concernées et leur origine, la perception du corps, les représentations et les expressions liées à la santé sont très différentes.

La connaissance de ces représentations et de ces spécificités culturelles et leur prise en compte dans les approches visant à améliorer l'état de santé des populations d'origine culturelle différente sont donc essentiels.

Pour les populations d'origine étrangère, le frein lié à la langue est également important, non seulement dans l'accès aux droits, mais aussi dans les relations avec les professionnels de santé. Cette difficulté est ressentie aussi bien par les patients que par les professionnels de santé qui se trouvent limités dans la qualité de leur prise en charge.

Le recours à des interprètes, issus de la communauté de vie du patient, est parfois délicat pour des questions liées à l'intimité du patient et au secret professionnel. La solution la plus adéquate paraît donc celle du recours à l'interprétariat professionnel mais les coûts sont parfois très lourds pour les structures de soins concernées.

La diminution des freins socioculturels, liés aux conditions de vie des personnes et/ou à leur origine culturelle, passe donc par des mesures pratiques, permettant de surmonter les obstacles liés à la langue et aux difficultés administratives, mais aussi par la prise en compte de l'ensemble de ces déterminants dans une démarche de santé communautaire.

Par cette démarche de santé communautaire, et selon la définition de l'OMS, «les individus et à leurs familles prennent en charge leur propre santé et leur bien être comme ceux de la communauté et développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté». Cette approche permet de développer, avec les personnes concernées, des modalités d'accès à la prévention et aux soins adaptées à leurs besoins, à leurs priorités et à leur perception de la santé et des soins.

3.3. Refus de soin par certains professionnels

En janvier 2009, une enquête réalisée par « testing » à Paris, observe des taux de refus de soins, pour les bénéficiaires de la CMU-C, de 32 % pour les dentistes, 19 % pour les généralistes (9 % en secteur 1 et 33 % en secteur 2), 31 % pour les ophtalmologues, 38 % pour les gynécologues (17 % en secteur 1 et 40 % en secteur 2). (Source « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUC à Paris », Fond de Financement de la protection complémentaire de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, juillet 2009)

En mai 2009, une nouvelle enquête de « testing » (source CISS, FNATH, UNAF, « action contre le refus de soins : dossier de presse », 25 mai 2009) auprès des spécialistes de secteur 2 dans plusieurs villes de France montre que 22 % d'entre eux refusent des soins aux bénéficiaires de la CMU-C, notamment 16 % des ophtalmologues ou des dermatologues et 41 % des psychiatres.

Les raisons de ces refus de soins sont multiples : complexité des prises en charge avec une nécessité d'adaptation des pratiques, lourdeurs et retards administratifs des remboursements CMU-C, non présentation aux rendez-vous, difficulté d'identification des réseaux ressources sociaux et médico-sociaux.

3.4. Freins liés à la connaissance et à la lisibilité des dispositifs

Les acteurs de première ligne des secteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et éducatifs qui ont dans leur mission l'accueil et l'accompagnement des personnes les plus démunies ou qui se trouvent confrontées, de manière ponctuelle, dans leurs pratiques professionnelles, à des problématiques liées à la précarité ou à des vulnérabilités spécifiques, expriment tous leurs difficultés face à la multiplicité des dispositifs et au manque de lisibilité des organisations existantes.

Les professionnels, comme les usagers, n'ont le plus souvent pas accès à une information claire et actualisée sur les réseaux et dispositifs existants, les structures ressources et les conditions d'accès à ces structures et dispositifs.

Ce manque d'information et de lisibilité constitue, de façon directe, un frein important pour l'accès à la santé des usagers mais aussi une mise en difficulté des professionnels qui renforce les freins à l'accès aux soins liés au système de santé.

3.5. Freins liés aux cloisonnements entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Les acteurs des secteurs sanitaires rencontrés évoquent régulièrement, dans l'analyse des freins à l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, l'importance des déterminants sociaux et des freins liés au mode de vie ou à la situation administrative. Ils déclarent souvent être démunis face à ces difficultés, ne sachant pas, lorsqu'ils les ont identifiées, vers quels interlocuteurs les orienter. De plus, les difficultés rencontrées dans la démarche de soin du fait de ces déterminants extérieurs à la santé mettent les professionnels de santé en difficulté. Les propositions de prévention ou de soins peuvent être inadaptées à la situation du patient, à ses possibilités de compréhension, à sa perception du corps et de la santé.

En miroir de ce constat, se situe la difficulté des professionnels du secteur social, face à une problématique de santé, à identifier les dispositifs existants, les parcours de soins, les personnes ou structures ressources. Ils ont souvent la perception d'une incompréhension des professionnels de santé face aux situations qu'ils accompagnent. Le manque de connaissance et de lisibilité des problématiques de santé entraîne des difficultés d'orientation et de prise en charge importantes.

Les acteurs du secteur médico-social mentionnent les difficultés de référence vers le secteur sanitaire et les établissements de santé évoquent les difficultés à dialoguer avec les établissements médico-sociaux, en particulier pour les sorties d'hospitalisation. Au-delà des problèmes d'engorgement et de manque de place, des freins existent liés au cloisonnement de ces deux secteurs.

Une coordination entre ces acteurs, autour de la mise en place d'une coordination du parcours de santé des personnes, se révèle plus particulièrement nécessaire aux interfaces des différents segments de l'offre de soins (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social) et pour les patients en situation complexe, c'est-à-dire ceux dont la prise en charge requiert une multiplicité d'intervenants des différents champs (sanitaire, médico-social et social).

La coordination du parcours de santé a pour objectif de faire bénéficier le patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment, par le bon professionnel », de mieux synchroniser les interventions autour des patients dans une logique de « juste recours » aux soins. (voir schéma ambulatoire)

La mise en place de cette coordination des parcours de santé est un objectif premier mais également un élément constructeur du décloisonnement, de la connaissance et de la reconnaissance des acteurs participant à la santé des personnes dans son sens le plus global.

3.6. Freins liés au développement et/ou à la mise en œuvre insuffisante de certains dispositifs

Certains dispositifs sanitaires, médico-sociaux ou relevant de la politique de la ville dans ses orientations santé, se sont développés de façon inégale sur le territoire, et parfois de façon insuffisante au regard des besoins identifiés pour les populations les plus démunies.

3.6.1. Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les PASS se sont développées de façon très hétérogène sur la région (comme au niveau national), malgré les missions définies par la circulaire relative à la mission de lutte contre les exclusions sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et l'accès aux soins des plus démunis du 17 décembre 1998.

De sérieuses différences en termes d'activité, de visibilité, de missions et de ressources sont constatées, par exemple, entre la PASS de la fondation « La Miséricorde » à Caen, qui assure, dans un lieu géographique identifié en centre ville, l'accompagnement vers les droits, mais également vers les soins des patients se présentant directement dans la structure, en lien avec un réseau de partenaires bien identifié, et des PASS beaucoup plus réduites, dans d'autres établissements hospitaliers de la région, pour lesquelles les missions sont parfois limitées à un accompagnement vers l'accès aux droits pour les patients se présentant aux urgences ou certains patients hospitalisés. Certaines PASS sont actuellement en cours de restructuration et de développement, comme à Bayeux ou à Cherbourg.

Les ressources humaines disponibles sont très variables, un grand nombre de PASS reposant essentiellement sur du temps de travailleur social. Celui-ci est souvent affecté

par ailleurs, sur une autre partie de son temps, à des fonctions au sein des différents services hospitaliers. Les temps infirmiers et médicaux effectifs au sein des PASS sont limités.

La plupart des permanences d'accès aux soins et à la santé (PASS) de la région sont peu ou mal identifiées par les personnels de certains hôpitaux, par les partenaires et les usagers.

Les missions et les bonnes pratiques des PASS sont peu connues par les équipes mêmes de ces structures, qui manquent parfois de soutien et de reconnaissance au sein même de leur établissement, malgré les besoins exprimés par les partenaires. Ces équipes se trouvent souvent en difficulté face à des situations complexes, avec des pathologies multiples, somatiques et psychiatriques, mêlant souvent des problématiques d'addiction, pour lesquelles le temps médical n'apparaît pas suffisant pour poser un diagnostic et accompagner vers une démarche de soins. Ces situations posent également des difficultés aux équipes des PASS du fait de déficit de dispositifs adaptés au parcours de soin et d'hébergement de ces personnes.

Les équipes des PASS rencontrées expriment toutes un besoin crucial de coordination régionale, d'échange d'expérience et d'harmonisation des pratiques.

3.6.2. Lits Halte Soins Santé (LHSS)

L'occupation des lits installés est actuellement le plus souvent proche de 100 %, et les listes d'attente sont importantes. Les raisons de cette surcharge se situent en amont, avec une demande importante, liée, en particulier, à la diminution des durées d'hospitalisation et à l'absence de solution adaptée alternative pour la prise en charge de problèmes sanitaires chez des personnes en situation de précarité. Mais les difficultés se situent également en aval des LHSS, avec un déficit de solution d'hébergement adaptées en particulier pour des personnes souffrant de maladies chroniques, psychiatriques ou liées aux addictions.

3.6.3. Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)

Les limites du dispositif des ACT dans la région sont particulièrement liées au faible développement du dispositif, avec 14 places à Caen (19 prévues fin 2012), pour l'ensemble de la région.

Les limites sont donc celles de l'absence de fluidité du dispositif, pour des raisons proches de celles mentionnées à propos des LHSS : forte demande en amont, manque de lits d'aval.

3.6.4. Ateliers Santé Ville (ASV)

Les Ateliers Santé Ville, qui permettent une approche communautaire de la santé dans les quartiers de la politique de la ville, avec des actions de prévention répondant aux besoins identifiés localement, se sont développés dans la région de façon très inégale :

les ateliers santé ville de Cherbourg, dans la Manche et d'Hérouville St Clair, dans le Calvados, développent des actions de santé communautaire, avec une coordination active et un réseau de partenaires développé, permettant une stratégie concertée pour améliorer l'accès à la santé des quartiers concernés.

Les ateliers d'Argentan et de Flers ont également une coordination identifiée mais une structuration du réseau d'acteurs moins développée et une visibilité moindre auprès des usagers et des acteurs de la santé.

Enfin, 9 autres ateliers santé ville existant sur la région, n'ont pas de coordination identifiée.

3.6.5. Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) / PASS psychiatrie

Parmi les 3 équipes mobiles de psychiatrie ayant reçu, depuis 2006 des financements, seules 2 fonctionnent réellement, avec, le plus souvent, des moyens limités (temps partiel d'infirmier psychiatrique).

Les équipes mobiles psychiatrie précarité ainsi identifiées actuellement dépendent de la FBS de Picauville et du CH de l'Estran. L'EMPP du CH de Flers n'a pas à l'heure actuelle de fonctionnement effectif. L'EMPP du CPO d'Alençon est liée à la PASS psychiatrique du CPO.

Il n'existe pas d'équipe mobile psychiatrie précarité sur le Calvados, alors même que l'agglomération de Caen est, selon les études, particulièrement touchée par les problématiques de santé mentale en situation de précarité.

Cependant, même lorsque des équipes mobiles psychiatrie précarité sont présentes, les personnes défavorisées continuent de rencontrer un certain nombre de difficultés d'accès aux soins psychiatriques, notamment, faute d'ouverture préalable de leurs droits sociaux.

La prise en charge des troubles psychiatriques et des troubles somatiques de ces populations est par ailleurs insuffisamment coordonnée : la prise en charge en service de psychiatrie pourrait être l'occasion de poser les bases d'une prise en charge somatique ultérieure, en prenant notamment les contacts nécessaires avec les référents somatiques spécialisés concernés ou, éventuellement, avec les permanences d'accès aux soins de santé dédiées aux populations précaires des établissements de santé généraux.

La prise en charge globale (sociale et médicale) des personnes défavorisées au moment de leur entrée en service de psychiatrie est donc souvent dépendante d'une coordination des soins et d'une prise en charge sociale adaptée, qui pourraient relever, par exemple, d'une PASS psychiatrie. Il existe actuellement une seule PASS en psychiatrie sur la région, localisée au CPO d'Alençon.

Mais cette coordination globale du parcours médical et social des personnes, va au-delà de la question de chacun des dispositifs. Elle relève de la mise en œuvre, en amont et/ou

au décours d'une hospitalisation, d'une réelle coordination de l'ensemble des acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux, tout particulièrement dans les situations accumulant les vulnérabilités de santé et psychosociale.

3.6.6. Composante santé des maraudes

Actuellement, seules les équipes des maraudes organisées sur Cherbourg et Caen comportent du personnel de santé, mais de façon très limitée.

Un infirmier psychiatrique de la Fondation Bon Sauveur accompagne la maraude de Cherbourg une fois par semaine et un infirmier à temps partiel (0.65 ETP), de l'association Revivre, participe à la maraude sur Caen. Ces professionnels sont des acteurs clés de l'accès au soin des personnes sur leur lieu de vie et du lien entre les professionnels sur les situations les plus difficiles.

4. Limites de l'accompagnement vers les dispositifs prévention et de soins

Pour les personnes les plus démunies, les freins à l'accès à la prévention et aux soins sont liés de façon importante, au-delà de l'organisation du système de santé :

- au manque de connaissance des dispositifs d'accès aux droits, de prévention et de soins ;
- à la complexité des démarches (démarches administratives, prise de rendez-vous, respect des horaires et observance) ;
- à l'inégalité de la répartition territoriale de l'offre de prévention et de soins, compliquant l'accessibilité géographique pour les personnes les plus démunies ;
- aux freins culturels : représentation de la santé, perception du corps ou freins linguistiques ;
- à la difficulté à entamer de façon autonome, une démarche de soins, surtout dans les situations de souffrance psychique ou d'addiction, où le déni et le repli sur soi sont des composantes fortes de la pathologie.

Pour ces personnes, l'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins passe donc par une offre de santé proactive, « hors les murs » :

- une meilleure répartition territoriale des dispositifs de prévention et de soins, privilégiant les structures de proximité : consultations délocalisées, centres et maisons de santé, actions de prévention en milieu rural, PSLA ;
- un développement de la mobilité des dispositifs : équipes mobiles spécialisées ou pluridisciplinaires, associant des professionnels du secteur social, de la santé mentale et de la santé somatique. Ces équipes doivent avoir des missions de rencontre des personnes en difficulté par rapport à l'accès à la santé, de repérage et d'analyse des besoins, d'orientation et d'accompagnement vers des dispositifs adaptés, et de lien entre les professionnels sanitaires et sociaux autour de la personne ;

- Les médiateurs et relais : ces médiateurs peuvent être issus du milieu associatif, comme les adultes-relais financés dans le cadre de la politique de la ville, ou rattachés à des institutions. Ils peuvent, par leur connaissance d'une communauté particulière, dont ils sont généralement issus, accompagner les personnes en situation de vulnérabilité dans des démarches parfois lourdes et complexes vers leurs droits et leur santé. Afin de participer de façon plus adaptée et efficace à l'accompagnement vers la santé, ces médiateurs pourraient recevoir une formation adaptée sur l'organisation du système de santé et les dispositifs existants ;
- Les actions fondées sur une approche de santé communautaire : cette approche, fondée sur la co-construction d'une action de promotion de la santé permet un rapprochement des systèmes de santé et des communautés qu'elle concerne.

Ces dispositifs et ces approches sont encore, à l'heure actuelle, trop peu développés pour permettre un accompagnement vers la santé effective des personnes en situation de vulnérabilité.

5. Complexité de la prise en charge des jeunes en grande difficulté

Les jeunes en grande difficulté représentent une population hétérogène, aux contours souvent mal définis, pour lesquels l'accès aux soins se heurte à des difficultés multiples, souvent cumulées.

Pour les adolescents et les jeunes adultes en rupture familiale, scolaire et sociale, la première difficulté est celle du repérage, de l'accueil et de l'écoute en première ligne, et de l'accompagnement vers le soin.

En effet, ces jeunes, lorsqu'ils ne sont pas déjà suivis dans des dispositifs existants (aide sociale à l'enfance, PJJ, santé scolaire, Mission locale) sont le plus souvent réticents à faire le premier pas vers des dispositifs qu'ils identifient souvent mal et envers lesquels ils ont pu développer une certaine méfiance.

Les structures d'accueil et d'écoute des adolescents devraient pouvoir rencontrer ces jeunes sur leur lieu de vie et développer des pratiques de l'accueil innovantes et rassurantes pour ce public, afin de pouvoir construire un lien de confiance et, le cas échéant, proposer un accompagnement dans une démarche de soins. Les acteurs que sollicitent parfois les jeunes peuvent être également des acteurs non spécialisés, des professionnels de santé, des professionnels du secteur social ou des acteurs du milieu associatif.

La difficulté est alors, pour ces acteurs de première ligne, celle du repérage, de l'évaluation et de la référence vers des professionnels de la santé identifiés, dans un parcours de

soins coordonné pour des jeunes présentant souvent de multiples problématiques de santé. Or ces intervenants de premier recours sont souvent insuffisamment formés aux problématiques de santé spécifiques de l'adolescence, et en particulier de l'adolescence en difficulté.

De plus, les dispositifs de soins existant pour les principaux problèmes de santé présents chez ces jeunes en grande difficulté (santé mentale et addiction en particulier) sont souvent mal identifiés par les acteurs de première ligne.

Une autre difficulté est celle des jeunes pour lesquels les difficultés identifiées se situent à la frontière des troubles du comportement, relevant du secteur éducatif et des troubles psychiatriques, relevant du secteur sanitaire. Pour ces jeunes, souvent pris en charge dans des dispositifs éducatifs, sociaux ou médico-sociaux, les difficultés de prise en charge sont souvent liées au cloisonnement des secteurs sanitaires et socio-éducatif, avec des transferts souvent difficiles d'un secteur à l'autre, parfois mal adaptés à la situation et mettant en difficulté l'ensemble des acteurs concernés. Ces transferts se font souvent lors de situations de crises, dans un contexte d'urgence, non anticipé. Seule une coordination du parcours de ces jeunes impliquant les acteurs sanitaires, éducatifs et sociaux, permettrait d'anticiper les situations de crise et d'organiser une prise en charge et un suivi adapté de ces jeunes « frontières ». Mais ce dialogue, parfois développé sur des bases individuelles, ou mis en place de façon récente dans certains départements à l'initiative des Conseils Généraux, sous forme d'instances de régulation, peine à se mettre en place de façon plus formalisée.

Enfin, lorsque l'accompagnement vers des soins est envisagé, les jeunes se heurtent parfois à des difficultés d'accès aux soins spécifiques à leur âge :

- pour les jeunes de 15 à 20 ans, l'admission en pédopsychiatrie est souvent difficile et ces jeunes sont orientés vers des structures de psychiatrie adulte mal adaptées à leur situation ;
- pour les jeunes de plus de 15 ans (parfois plus jeunes selon les ITEP) l'admission en ITEP est difficile, car le projet de soins est plus complexe ;
- pour les jeunes majeurs de moins de 25 ans, la prise en charge sanitaire est parfois compliquée par l'absence de ressources et de couverture médicale.

6. Difficulté du parcours des personnes précaires en souffrance psychique ou ayant des troubles psychiatriques

Les difficultés de l'accompagnement des personnes confrontées à la précarité sont souvent liées à la dimension psychique de la souffrance, d'origine sociale, qui doit être prise en compte, sans la psychiatiser, et qu'il faut pouvoir distinguer d'une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge médicale.

La souffrance psychique, d'origine sociale, est une réalité difficile à appréhender et à prendre en charge. Selon l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, la santé mentale est « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement sans destructivité mais non sans révolte ».

La prise en charge de cette souffrance psychique se fait souvent par les acteurs de première ligne, sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, et passe surtout par une écoute active qui doit cependant déboucher sur une démarche d'aide appropriée. Une des difficultés rencontrées par les acteurs de première ligne est le manque de formation de ces derniers à cette approche : ils ont souvent des difficultés à appréhender ce qui, dans le discours et l'attitude de la personne traduit une souffrance psychique « gérée » par la personne et ce qui relève d'une pathologie psychiatrique ou d'une souffrance destructive devant être orientée vers un acteur spécialisé. Un soutien dans l'évaluation des situations leur est alors indispensable. Une autre difficulté est parfois le manque de solution d'aide à proposer à la personne.

Lorsqu'une pathologie psychiatrique est identifiée et qu'une orientation vers un professionnel de la psychiatrie est nécessaire, la difficulté est alors la levée du déni et l'accompagnement de la personne vers une démarche de soins. Cette situation est compliquée par les délais d'attente importants pour la prise en charge en Centre Médico Psychologique ou en établissement hospitalier de psychiatrie, si une hospitalisation en urgence ou programmée est nécessaire.

Cette référence est également compliquée pour des personnes sans domicile fixe par la question de la sectorisation. Dans le Calvados, ces personnes sont prises en charge en fonction de critères alphabétiques, mais les soins sont alors parfois proposés dans des secteurs géographiques éloignés du lieu de vie de la personne et de ses référents sociaux.

Pour les personnes en situation de précarité, les pathologies psychiatriques sont souvent intriquées avec des problèmes d'addiction, et le lien entre ces deux types de prise en charge est parfois complexe. Cette difficile articulation peut être liée au manque de connaissance des dispositifs et des structures par les acteurs de première ligne, mais aussi à une coordination à renforcer entre les acteurs de ces deux secteurs, dans le secteur sanitaire ou médico-social.

Dans le parcours de vie de ces personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiatriques, les difficultés se situent également dans l'insuffisance de modalités d'hébergement adaptées, dans le secteur médico-social en particulier, pour des personnes présentant des troubles psychiatriques ou des troubles neurologiques (en particulier des troubles cognitifs liés à l'alcool). Cette difficulté est tout particulièrement

marquée pour des personnes de moins de 60 ans pour lesquelles un hébergement en maison de retraite n'est pas possible. Ce manque de disponibilité de lits d'aval à long terme provoque une « embolisation » des structures intermédiaires telles que les ACT ou les LHSS, et parfois même de lits d'hospitalisation, avec une prise en charge mal adaptée aux pathologies et à la situation de ces personnes.



FICHES PROGRAMME



FICHE PROGRAMME N°1 : Connaissance des fonctionnements des publics

Contexte	Le travail de diagnostic a mis en évidence le manque de données et le besoin de recenser les études réalisées pour mieux connaître l'état de santé de certaines populations en situation de précarité sur la Basse-Normandie. Pour compléter l'existant ou l'actualiser voire répondre à des préoccupations très spécifiques concernant certaines populations, il est proposé dans le cadre du PRAPS de se doter avec l'aide des partenaires, d'études sur les enjeux santé/précarité/populations/territoires
Axe d'Intervention	Connaitre les fonctionnements des publics en situation de précarité en Basse-Normandie pour améliorer la connaissance des freins et des potentialités à l'accès aux droits et aux soins afin de proposer des leviers aux différents acteurs
Objectifs opérationnels	<p>1.1 Favoriser la mise en œuvre d'études/ recherches action pour développer de nouveaux programmes et/ou évaluer leur impact Axes proposés : populations isolées en milieu rural, jeunes, jeunes filles/femmes, personnes en situation de grande exclusion, personnes issues de l'immigration, gens du voyage, prostitution (de rue et invisible, prostitution étudiante, risque prostitutionnel des jeunes)</p> <p>1.2 Valoriser / diffuser les études existantes</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 1.1 Sélectionner les études/recherches-actions nécessaires (publics, territoires) par le COPIL PRAPS en lien avec les commanditaires et les professionnels de terrain Formaliser des cahiers des charges adaptés prenant en compte les problématiques spécifiques pour les études/recherches actions en lien avec les professionnels de terrain et les populations concernées Identifier un ou des financeurs/commanditaires Identifier un ou des opérateurs Suivre la mise en œuvre des études Diffuser les résultats</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 1.2 Mettre en œuvre des conventions de partenariat sur des études et sur la diffusion Etablir le circuit de veille et de diffusion des études susceptibles de collaborer au PRAPS et le formaliser (référénts, procédures)</p>
Acteurs concernés	Acteurs du CRCOM3S
Calendrier prévisionnel	1 étude par an pour le 1.1
Pilotage de l'action	ARS/DSP – CRCOM3S
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 1.1 Nombre d'enquêtes (cahier des charges et conventions) Satisfaction des membres du COPIL vis à vis des attendus de l'étude</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 1.2 Nombre de conventions ARS / institutions pour la diffusion des études Existence de procédures (nom du référent et document de procédure) pour la veille et la diffusion Diffusion effective des études aux acteurs du PRAPS concernés par l'étude</p>

Contexte	De nombreux rapports sur l'accès aux droits montrent que les personnes relevant théoriquement de la CMU, de l'AME, de l'ACS ou de la CMUc ne bénéficient pas de ces aides faute d'informations sur les ouvertures de droits, sur les démarches à engager. Souvent, le mode de vie et le contexte culturel de ces personnes ne leur permettent pas de surmonter, seules, la complexité des règles à suivre pour les différents systèmes d'aide
Axe d'Intervention	Améliorer la diffusion de l'information concernant l'accès aux droits
Objectifs opérationnels	<p>2.1 Donner aux lieux d'informations physiques et virtuels existants (points info publics, secrétariats de mairie, lieux d'hébergement et d'accueil de jour, mutuelles, structures privées, ML, PAIO, BIJ, PIJ, CAF, conseils généraux, agences postales, CROUS, équipes éducatives en milieu scolaire, CCAS...) les moyens d'être des relais efficaces pour l'information et l'orientation concernant l'accès aux droits de santé au regard d'un référentiel labellisant le relais</p> <p>2.2 Augmenter le nombre d'événements permettant la diffusion de l'information sur l'accès aux droits (Journées Défense Citoyenneté, organisation d'événements « accès aux droits de santé » dans les points infos, dans les structures d'accueil, composante « accès aux droits de santé » dans des événements existants)</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 2.1 Etablir un référentiel «relais accès aux droits de santé» (accessibilité aux documents et formulaires, disponibilité des outils d'information, personnes formées, visibilité des points relais, lisibilité des coordonnées téléphoniques (n° d'information 3646), liens internet (Améli, PAPS, Basse-Normandie santé...), connaissances des adresseurs, connaissances des dispositifs et des lieux de soins, de prévention et du social...) Identifier les lieux ressources d'accueil et d'information existants selon les publics Faire l'inventaire du maillage existant et des conventions entre les points infos du Conseil Général et les partenaires institutionnels Sensibiliser ces lieux à l'intérêt de la labellisation « relais accès aux droits de santé » Développer des outils simplifiés pour l'information sur l'accès aux droits Développer des supports adaptés (illettrisme, mal voyants, migrants) Etablir une liste « cible » de « relais accès aux droits de santé » par acteur, public, territoire (au moins 6 relais soit 2 par département) Former les personnes exerçant dans les lieux ressources d'accueil et d'information identifiés (connaissance/communication adaptée sur les questions d'accès aux droits de santé)</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 2.2 Analyser et évaluer le contenu « accès aux droits de santé » de l'outil généraliste existant (vidéo) Développer des supports adaptés et spécifiques « accès aux droits de santé » pour les Journées de la Citoyenneté (brochures, supports pour des séances d'informations...) Recenser les événements existants susceptibles de comprendre une composante « accès aux droits de santé » Développer les outils adaptés à chaque public et aux nouvelles technologies de l'information (notamment concernant la prostitution, en fonction des résultats de l'étude réalisée dans l'objectif 1.1) Former les animateurs/intervenants dans les événements identifiés</p>
Acteurs concernés	<p>Pour l'objectif opérationnel 2.1 GTT PRAPS, Caisses d'assurance maladie, Mutuelles, Structures porteuses des lieux ressources d'accueil et d'information, Pôle de compétence en éducation et promotion de la santé, Collectivités territoriales, SUMPPS, représentants des usagers</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 2.2 Ministère de la Défense, Caisses d'assurance maladie, Mutuelles, IREPS, GTT PRAPS, Structures porteuses des événements</p>

Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 2.1 2012-2013: référentiel développement des outils, réunions de sensibilisation 2014-2016 : formations</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 2.2 2013 : analyse de l'outil JDC, recensement des évènements existants 2014 : développement d'outils adaptés 2015-2016 : diffusion des outils / formation</p>
Pilotage de l'action	ARS/DSP- CPAM + pour l'objectif opérationnel 2.2 (JDC) : ministère de la défense
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 2.1 Nombre de réunions de sensibilisation Nombre de participants aux réunions de sensibilisation Nombre de personnes formées Nombre de « relais accès aux droits de santé » labellisés Auto-évaluation de l'amélioration des compétences des relais pour l'information sur l'accès aux droits Nombre d'informations « accès aux droits » données dans les relais (Vérifier les tableaux de bord existants)</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 2.2 Nombre de participants aux JDC ayant reçu une information sur l'accès aux droits de santé Nombre d'évènements incluant une information sur l'accès aux droits de santé Nombre d'intervenants formés Evaluation par les intervenants de la diffusion de l'information et de l'adaptation des outils</p>

Contexte	Les professionnels, comme les usagers, n'ont le plus souvent pas accès à une information claire et actualisée sur les réseaux et dispositifs existants, les structures ressources et leurs conditions d'accès. Ce manque d'information et de lisibilité constitue, de façon directe, un frein important pour l'accès à la santé des usagers mais aussi une mise en difficulté des professionnels qui renforce les freins à l'accès aux soins liés au système de santé
Axe d'Intervention	Améliorer la diffusion de l'information concernant l'accès aux soins (préventifs et curatifs)
Objectifs opérationnels	<p>3.1 Développer l'information des adresseurs (voir définition du schéma régional de prévention) pour l'accès à la santé physique et mentale (dispositifs existants, mode d'accès, transports adaptés en milieu rural...)</p> <p>3.2 Développer la visibilité de l'information sur les dispositifs de prévention dans les lieux de passage</p> <p>3.3 Lutter contre les situations de refus de soins de la part de professionnels de santé</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 3.1 Développer des outils d'information par thématique du PRS et par territoire Identifier les adresseurs par territoire : s'appuyer sur les paramédicaux (infirmières, SSIAD, kiné, pharmaciens), les acteurs du secteur social et associatif Informers/disséminer les outils chez les adresseurs</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.2 Développer des supports d'information et de visibilité Identifier les lieux de passage appropriés Disséminer l'outil sur les lieux identifiés</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.3 Diffuser les modes de saisine du conciliateur des caisses d'assurance maladie auprès des acteurs sociaux et du public Recenser, analyser et définir les recommandations à partir des résultats des enquêtes CPAM Travailler avec les Conseils Ordinaux sur des solutions adaptées</p>
Acteurs concernés	<p>Pour l'objectif opérationnel 3.1 ARS, DRJSCS, DDCS, Conseils Généraux, Pôle de compétences en éducation à la santé, Chargés de projet en prévention, CARSAT</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.2 ARS, Pôle de compétences en éducation à la santé, Chargés de projet en prévention</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.3 Caisses d'assurances maladie, Conseils Ordinaux, URPS</p>
Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 3.1 2012-2014 : développement des outils d'infos 2015: formation - diffusion des outils</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.2 2012-2014 : développement des supports 2015 : diffusion des supports</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.3 2013-2014 : diffusion des modes de saisine, exploitation enquêtes 2015-2016 : travail avec CDO et caisses</p>

Pilotage de l'action	ARS / DSP - DRJSCS
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 3.1 Nombre d'adresseurs identifiés, informés Nombre d'outils d'information donnés aux adresseurs</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.2 Résultat de l'analyse des lieux de passage identifiés (critères de sélection, fréquentation...) Nombre de supports d'information développés</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 3.3 Augmentation du nombre de saisine des caisses d'assurance maladie Nombre de solutions apportées Nombre de réunions avec les Conseils ordinaires Rapport des conciliateurs</p>

Contexte	<p>Le recours aux soins et le parcours de soins sont liés aux conditions de vie et à la perception du corps et de la santé. L'ignorance ou la méconnaissance des droits et des dispositifs, l'absence de toute initiative pour effectuer une démarche administrative, la complexité et la lenteur des procédures, les limites de l'accessibilité géographique constituent des freins déterminants pour l'accès à la santé</p> <p>Les personnes relais peuvent être issues du milieu associatif (comme les adultes-relais financés dans le cadre de la politique de la ville) ou rattachés à des institutions. Ils peuvent, par leur connaissance d'une communauté particulière, dont ils sont parfois issus, accompagner la personne en situation de vulnérabilité dans des démarches parfois lourdes et complexes vers leurs droits et leur santé</p>
Axe d'Intervention	Favoriser le développement des relais/passerelles
Objectifs opérationnels	<p>4.1 Favoriser l'accompagnement physique et psychique des personnes dans la durée et dans la transversalité vers les dispositifs de soins et/ou de prévention</p> <p>4.2 Favoriser les interventions de proximité comme moyen de dépistage et de prise en charge précoce</p> <p>4.3 Renforcer les liens par convention pour orienter les personnes en situation de précarité vers l'accès aux droits (CG/CPAM/CAF/CARSAT/MSA)</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 4.1 Identifier les personnes relais (accueillants de première ligne, médiateurs, travailleurs et référents sociaux, accompagnateurs au logement...) Développer des « kits formation » sur les compétences psychosociales et la connaissance du réseau local de santé Mettre en œuvre des formations et/ou intégrer des « kits formation » dans des modules existants pour les personnes relais</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 4.2 Renforcer l'intervention des représentants des caisses assurance maladie dans les milieux scolaires, insertion sociale et professionnelle Insister sur l'intérêt des visites à domicile (AS de secteur, AS de la CARSAT, AS de la MSA, professionnels de santé...) Encourager les liens entre les acteurs sociaux de proximité et les délégués conseil à l'accès aux soins (Manche), la cellule DETRES (Calvados) et le délégué à l'action sanitaire (Orne)</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 4.3 Encourager le développement des conventions</p>
Acteurs concernés	<p>Pour l'objectif opérationnel 4.1 DDCS, DRJSCS, ARS, Conseils Généraux, pôle de compétence en éducation à la santé</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 4.2 Caisses d'Assurance Maladie, Education Nationale, DDCS, DRJSCS, ARS, DIRECCTE, Conseil Régional, Conseils Généraux, CARSAT, professionnels de santé</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 4.3 Caisses d'Assurance Maladie, Conseil Général, CARSAT</p>
Calendrier prévisionnel	2012-2016
Pilotage de l'action	ARS/DSP et DT

Indicateurs	
	<p>Pour l'objectif opérationnel 4.1 Nombre de personnes relais identifiées et formées Nombre de « Kits formation » développés Nombre de « Kits formation » intégrés dans les modules existants</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 4.2 Nombre d'interventions des caisses en milieu scolaire, insertion sociale et professionnelle Analyse des liens existants et/ou développés</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 4.3 Nombre de conventions</p>

Contexte	<p>Pour les personnes les plus démunies, l'éloignement de l'offre de prévention constitue souvent, du fait des contraintes de mobilité, un frein important à l'accès aux soins</p> <p>Par ailleurs, le développement des actions de prévention par les publics concernés favorise l'accessibilité et la participation des personnes aux démarches de prévention</p> <p>La santé communautaire a pour principales caractéristiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> Une base collective (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif communs) pour une action ou des actions à construire Un repérage collectif des problèmes, des besoins et des ressources (le diagnostic communautaire) La participation ouverte à tous les acteurs concernés: usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques...
Axe d'Intervention	Promouvoir l'intégration de l'approche de la santé communautaire et la place des usagers dans les dispositifs de santé de proximité avec l'appui méthodologique du pôle de compétences, en lien avec les référents territoriaux et en cohérence avec le Schéma Régional de Prévention
Objectifs opérationnels	<p>5.1 Organiser des espaces (lieux/temps) d'échanges publics/professionnels de santé et développer des actions de prévention au sein des PSLA/ maisons de santé/réseaux de santé de proximité</p> <p>5.2 Encourager les actions de santé communautaire dans les lieux et sur les supports du lien social</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 5.1</p> <p>Organiser un groupe de travail ARS/pôle de compétence en prévention/référents territoriaux (chargés de projet) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> Définir des objectifs et des modalités des échanges publics/professionnels en proximité Etablir des modalités d'organisation de la prévention dans les structures de proximité <p>Organiser des rencontres référents territoriaux/PSLA pour sensibiliser les professionnels de santé</p> <p>Organiser les espaces d'échanges et les actions de prévention en lien avec les effecteurs de prévention concernés</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 5.2</p> <p>Organiser un groupe de travail ARS/pôle de compétence en prévention/référents territoriaux (chargés de projets) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> Adopter une définition partagée de la santé communautaire Proposer une méthodologie partagée de développement et de mise en œuvre des actions de santé communautaire Identifier pour chaque chargé de projets les lieux et supports de lien social, les outils et les modalités de mise en œuvre des actions de santé communautaire Mettre en œuvre des actions de santé communautaire
Acteurs concernés	Pôle de compétences en éducation à la santé, ARS, chargés de projet territoriaux en prévention, DRJSCS/cohésion sociale, IRSA, caisses d'assurance maladie, Conseils Généraux, CARSAT, collectivités territoriales
Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 5.1</p> <p>Groupe de travail 2013, rencontres référents territoriaux /PSLA 2014, espaces d'échanges et actions de prévention 2014-2016</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 5.2</p> <p>2013</p>
Pilotage de l'action	Pôle de compétence en prévention

Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 5.1 Nombre de structures de santé de proximité impliquées dans la démarche Nombre d'actions de prévention organisées Evolution du nombre d'actions de santé communautaire Modélisation de ces organisations</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 5.2 Nombre de lieux et supports de lien social impliqués dans la démarche Nombre d'actions de santé communautaire organisées Evolution du nombre d'actions de santé communautaire</p>
--------------------	---

Contexte	<p>La PASS est une cellule de prise en charge médico-sociale intra hospitalière ou externalisée devant faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et ambulatoire, par le travail en réseau institutionnel ou associatif de soins, d'accueil et d'accompagnement médico-social</p> <p>Elle permet le repérage des personnes en situation de précarité, leur accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale, et à leur orientation vers les professionnels spécialisés, pour elles-mêmes ou pour leurs enfants (lien avec l'ASE et la PMI par le CG, lien vers un logement ou tout autre besoin de réintégration sociale). Elle a également pour mission de faciliter leur accès aux soins de santé (soins curatifs et éducation à la santé)</p> <p>En Basse-Normandie, 13 établissements disposent d'un financement PASS au titre des MIG en 2010 (6 dans le Calvados, 3 dans la Manche et 4 dans l'Orne)</p>
Axe d'Intervention	Renforcer le dispositif PASS
Objectifs opérationnels	<p>6.1 Développer et optimiser le fonctionnement des PASS</p> <p>6.2 Faciliter la mise en réseau des PASS sur la Basse-Normandie</p> <p>6.3 Renforcer et optimiser les liens entre les PASS et les secteurs de psychiatrie</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 6.1 Réaliser des rencontres entre ARS/directeurs d'ES/PASS pour repréciser en commun les missions des PASS au regard de leur territoire Développer et mettre en place un outil de suivi de l'activité des PASS Développer des outils de visibilité pour les professionnels du secteur médico-social, social et sanitaire ayant besoin des PASS Sensibiliser les équipes des urgences au repérage des patients nécessitant une prise en charge sociale ou médico-sociale et à la prise de contact avec les services concernés dès l'arrivée aux urgences</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 6.2 Organiser une réunion annuelle régionale des PASS pour favoriser les échanges de pratiques et adopter une définition partagée des missions et des modalités de suivi adaptable selon les territoires</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 6.3 Faire un lien avec les équipes de liaison, les services sociaux des CHS, les EMPP, les conseils locaux de santé mentale existants</p>
Acteurs concernés	ARS, Directeurs d'établissement hospitaliers, équipe des PASS et des EMPP, URPS
Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 6.1 : 2012/2013</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 6.2 : 2013/2016</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 6.2 : 2014/2016</p>
Pilotage de l'action	ARS DSP / DOSA

Indicateurs	
	<p>Pour l'objectif opérationnel 6.1</p> <p>Nombre de rencontres ARS/directeurs d'ES/PASS organisées Tableau de bord de l'activité. Nombre d'outils de visibilité développés/diffusés Nombre de sensibilisations des équipes au repérage</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 6.2</p> <p>Nombre de réunions régionales des PASS Evolution vers une vision partagée, une culture commune Nombre de réunions, de conventions, d'actions communes</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 6.3</p> <p>Evolution de la typologie et de la qualité voire efficacité des liens (partenariat, contacts, rencontres, actions partagées) entre les PASS et les dispositifs de liaison de la psychiatrie</p>

FICHE PROGRAMME N°7 : Renforcement de la couverture territoriale des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Contexte	<p>Parmi les 3 équipes mobiles de psychiatrie ayant reçu, depuis 2006 des financements, seules 2 fonctionnent réellement, avec, le plus souvent, des moyens limités (temps partiel d'infirmier psychiatrique)</p> <p>Les équipes mobiles psychiatrie précarité ainsi identifiées actuellement dépendent de la FBS de Picauville et du CH de l'Estran. L'EMPP du CH de Flers n'a pas à l'heure actuelle de fonctionnement effectif. L'EMPP du CPO d'Alençon est liée à la PASS psychiatrique du CPO</p> <p>Il n'existe pas, en 2011, d'EMPP sur le Calvados, alors même que l'agglomération de Caen est, selon les études, particulièrement touchée par les problématiques de santé mentale en situation de précarité</p>
Axe d'Intervention	Identifier et renforcer les lieux d'accès aux droits et aux soins en santé mentale de la couverture territoriale des EMPP
Objectifs opérationnels	<p>7.1 Mettre en place au moins une EMPP par département en lien avec les PASS</p> <p>7.2 Préciser et rendre lisible auprès des partenaires les missions et les modalités d'intervention des EMPP</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 7.1 Mettre en place une EMPP sur le Calvados</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 7.2 Optimiser le fonctionnement de l'EMPP sur l'Orne et la Manche Développer un document pour chaque EMPP précisant les missions et les modalités de fonctionnement Organiser des rencontres régionales (échanges de pratiques et d'expérience)</p>
Acteurs concernés	<p>ARS</p> <p>Les établissements de santé</p>
Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 7.1 : 2012</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 7.2 : 2013/2014</p>
Pilotage de l'action	ARS DSP / DOSA
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 7.1 Existence d'au moins une EMPP par département</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 7.2 Nombre de rencontres ARS/EMPP Nombre et origine (secteurs social ou médico/social ou sanitaire) des recours individuels ou collectifs aux EMPP Réalisation des documents Nombre de rencontres régionales</p>

FICHE PROGRAMME N°8 : Coordination des soins en situation de rue ou de précarité habitée

Contexte	Les acteurs des secteurs sociaux et sanitaires signalent les difficultés de mobilisation d'une intervention médicalisée en situation de rue ou de précarité habitée. L'évaluation médicale de la situation, l'orientation et le suivi sont souvent freinés par l'absence de domicile Seules les équipes des maraudes organisées sur Cherbourg et Caen comprennent du personnel de santé, mais de façon très limitée Les signalements d'habitat insalubre, dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne, comprennent parfois des éléments de santé. L'orientation, à cette occasion, vers un dispositif de santé adapté, serait une piste d'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité habitée
Axe d'Intervention	Améliorer la prise en charge en santé, et particulièrement en santé mentale, des personnes dans la rue, en situation de précarité habitée, en hébergement d'urgence
Objectifs opérationnels	8.1 Développer des modalités d'intervention médicalisée coordonnée sur le lieu de vie pour les personnes en situation d'urgence dans la rue, en précarité habitée, en hébergement d'urgence 8.2 Intégrer une réflexion sur l'habitat insalubre en lien avec le PRSE2 dans la prise en charge de la santé des personnes en situation de rue ou de précarité habitée
Actions	Pour l'objectif opérationnel 8.1 Mettre en place un groupe de travail avec les acteurs de l'urgence sociale et sanitaire pour définir les modalités d'intervention Réaliser une étude de faisabilité et de coût Mettre en œuvre de façon expérimentale ces modalités d'intervention sur quelques territoires de proximité Evaluer, adapter et diffuser Pour l'objectif opérationnel 8.2 Promouvoir l'orientation vers les acteurs de santé lors des signalements d'habitat insalubre par l'identification d'un circuit d'information et de relais (groupe de travail spécifique)
Acteurs concernés	Pour l'objectif opérationnel 8.1 ARS, DRJSCS, CHS, EMPP, PASS, Urgences hospitalières, SAMU SOS médecins, SDIS, URPS, structures de santé de proximité, Equipes de maraude et d'accueil de jour, gendarmerie, police nationale, collectivités territoriales, CCAS Pour l'objectif opérationnel 8.2 ARS (DSP/ SE – DT /SE), Bailleurs sociaux, collectivités territoriales, Services hygiène et santé, DREAL, DDCS
Calendrier prévisionnel	Pour l'objectif opérationnel 8.1 : 2012/2013 Pour l'objectif opérationnel 8.2 : 2015
Pilotage de l'action	ARS Pour l'objectif opérationnel 8.1 : ARS / DRJSCS
Indicateurs	Pour l'objectif opérationnel 8.1 Groupe de travail mis en place Nombre de réunions Nombre de problématiques abordées, de procédures développées Etude des perspectives Nombre de prises en charge médicale développées dans le cadre de la mise en œuvre expérimentale Pour l'objectif opérationnel 8.2 Nombre de réunions du groupe de travail spécifique Circuit d'information établi Nombre de signalements orientés et types de solutions adaptées

FICHE PROGRAMME N°9 : Interprétariat pour l'accès aux soins

Contexte	Pour les populations d'origine étrangère, le frein lié à la langue dans l'accès aux soins est crucial, non seulement dans l'accès aux droits, mais aussi dans les relations avec les professionnels de santé. Cette difficulté est ressentie aussi bien par les patients que par les professionnels de santé qui se trouvent limités dans la qualité de leur prise en charge. Le recours à des interprètes, issus de la communauté de vie du patient, est parfois délicat pour des questions liées à l'intimité du patient et au secret professionnel. La solution la plus adéquate paraît donc celle du recours à l'interprétariat professionnel mais les coûts sont parfois très lourds pour les structures de soins concernées
Axe d'Intervention	Développer l'accessibilité à l'interprétariat adapté
Objectifs opérationnels	9.1 Etablir un état des lieux des ressources en interprétariat
Actions	Recenser les ressources existantes ou potentielles Evaluer, pour chaque ressource, la faisabilité, les modalités d'intervention et le coût Etablir un calendrier d'actualisation de l'état des lieux
Acteurs concernés	ARS, DRJSCS/DDCS, OFII , Préfectures de Département
Calendrier prévisionnel	2012/2013
Pilotage de l'action	ARS, DDCS
Indicateurs	Etat des lieux Calendrier d'actualisation

FICHE PROGRAMME N°10 : Soutien des équipes relais ou d'acteurs

Contexte	Les difficultés de l'accompagnement des personnes confrontées à la précarité sont souvent liées à la dimension psychique de la souffrance, d'origine sociale, qui doit être prise en compte, sans la psychiatriser, et qu'il faut pouvoir distinguer d'une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge médicale. Cette démarche est complexe pour tous les acteurs concernés De plus, les situations de souffrance, de violence, d'échec, de blocage sont souvent source de souffrance pour les équipes. La prise en compte de ces éléments est nécessaire tant pour l'efficacité des actions que pour le soutien aux équipes qui les mettent en œuvre
Axe d'Intervention	Soutenir les équipes relais ou les acteurs sociaux ou médico-sociaux
Objectifs opérationnels	10.1 Développer des actions de soutien, de régulation ou d'analyse de pratique pour les acteurs de première ligne et de prise en charge
Actions	Etudier les besoins en lien avec les EMPP et les CLSM Mettre en place des groupes de soutien, de régulation ou d'analyse de pratiques Evaluer l'impact sur le fonctionnement des équipes Diffuser et généraliser sur la région
Acteurs concernés	ARS, Fédération de l'accueil social (FNARS, URIOPSS...), CHS, EMPP, Structures concernées, DRJSCS
Calendrier prévisionnel	2013/2014
Pilotage de l'action	ARS / DRJSCS / DDCS
Indicateurs	Nombre de groupes mis en place Nombre de professionnels concernés Résultat d'évaluation d'impact pour les professionnels

Contexte	<p>La prise en charge globale des problématiques de santé nécessite une coopération entre l'ensemble des acteurs concernés, pour une action concertée sur l'ensemble des déterminants de cette problématique</p> <p>Seule une concertation de proximité, basée sur un diagnostic local, associant l'ensemble des acteurs concernés du territoire peut permettre une prise en compte globale et efficace des difficultés spécifiques d'accès à la santé des personnes les plus démunies en proximité</p> <p>Cette concertation, basée sur des problèmes prioritaires du territoire, permet également une connaissance / reconnaissance réciproque des acteurs concernés</p>
Axe d'Intervention	Faciliter les rencontres, la connaissance réciproque des acteurs du sanitaire et du social sur le territoire de proximité
Objectifs opérationnels	<p>11.1 Organiser des rencontres thématiques à partir des études de situations sur les territoires de proximité associant les élus, les professionnels de santé, du social et du médicosocial en lien avec une réflexion autour des Contrats Locaux de Santé (CLS)</p> <p>11.2 Organiser des actions sur site sur des thèmes spécifiques : thématique de santé en structure sociale ou médico-sociale, thématique sociale en structure sanitaire</p> <p>11.3 Organiser des rencontres entre les acteurs sociaux et les représentants de l'ordre public sur les modalités de mise en œuvre des moyens de prise en charge coercitifs prévus par la loi</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 11.1</p> <p>Identifier des problématiques communes et récurrentes par les 3 pilotes (ARS, Cohésion sociale / Conseil Général) en lien avec les études sur les populations de l'objectif opérationnel 1.1 sur 6 territoires de proximité</p> <p>Identifier les chargés de projet/ coordinateurs sur les territoires identifiés</p> <p>Recenser les acteurs, dispositifs et représentants d'usagers, pour le secteur sanitaire, social et socioprofessionnel, concernés par la problématique pour les territoires identifiés</p> <p>Informer/sensibiliser les acteurs, pilotes des dispositifs et représentants des usagers identifiés</p> <p>Organiser la rencontre</p> <p>Proposer des pistes d'actions communes pour les problématiques discutées</p> <p>Evaluer la rencontre</p> <p>Diffuser les résultats de la réflexion commune</p> <p>Identifier des problématiques liées ou concomitantes nécessitant de nouvelles rencontres</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.2</p> <p>Faire un état des lieux des actions sur sites (thématique de santé en structure sociale ou médico-sociale, thématique sociale en structure sanitaire) réalisées par territoire : base acteurs / actions</p> <p>Diffuser, faire connaître et stimuler des actions sur d'autres sites</p> <p>Promouvoir ces actions dans les territoires sélectionnés dans l'objectif opérationnel 11.1</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.3</p> <p>Inviter des représentants de l'ordre public, en fonction des problématiques, aux rencontres organisées dans le cadre de l'objectif opérationnel 11.1</p>
Acteurs concernés	<p>Pour l'objectif opérationnel 11.1</p> <p>Chargés de projets des territoires concernés, ASV, ARS, Cohésion sociale, Conseil Général, communes et communautés de communes, URPS, URIOPSS</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.2</p> <p>Chargés de projets des territoires concernés, ASV, ARS, Cohésion sociale, Conseil Général, communes et communautés de communes, URPS, URIOPSS</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.3</p> <p>Police, Gendarmerie</p>

Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 11.1 2013- 2014 : 2 territoires prioritaires par territoire de santé et 2 problématiques 2014 : évaluation 2015-2017 : adaptation et extension</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.2 2015-2016</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.3 2013-2016</p>
Pilotage de l'action	ARS/CG/Cohésion Sociale/ DDCS.
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 11.1 Nombre de rencontres organisées Nombre et origine (secteurs sanitaire ou médico-social) des participants aux rencontres Nombre d'actions initiées</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.2 Nombre de territoires ayant développé une base acteurs/actions Nombre d'actions sur site développées dans les 6 territoires prioritaires du 11.1 Modalités de diffusion des actions</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 11.3 Nombre de représentants de l'ordre public présents lors des rencontres</p>

FICHE PROGRAMME N°12 : Prise en compte des déterminants sociaux par rapport aux problématiques d'accès aux droits à la santé dans les structures de soins de proximité

Contexte	<p>Les conditions de vie des personnes, leur origine culturelle, leurs expériences antérieures et leur situation socioprofessionnelle influencent leur représentation du corps, de la santé mais aussi leur rapport au système de soins et aux professionnels de la santé. Pour les personnes les plus démunies, ces déterminants socioculturels sont particulièrement marqués</p> <p>De plus, les freins à l'accès à la prévention et aux soins sont parfois liés à des contraintes sociales, administratives ou à un défaut d'accès aux droits de santé dont le repérage intervient parfois à l'occasion d'un recours aux soins de ces personnes en proximité</p> <p>La prise en compte de ces freins conditionne la réalité et l'efficacité de l'accès à la prévention et aux soins</p>
Axe d'Intervention	Améliorer la prise en compte des déterminants sociaux au regard des problématiques d'accès aux droits dans les structures de soin de proximité
Objectifs opérationnels	12.1 Organiser des liens avec les acteurs sociaux sur les emplacements des PSLA, des centres de santé et des réseaux de territoire selon les besoins
Actions	<p>Intégrer un représentant PRAPS dans le pôle ingénierie des projets de PSLA pour aider à prendre en compte les besoins sociaux selon les territoires et proposer un accompagnement</p> <p>Mettre en place les modes de collaborations adaptés entre professionnels du soin et structures sociales en fonction des besoins/ressources identifiées selon les territoires.</p>
Acteurs concernés	ARS, pôle ingénierie de projet des PSLA, URML URPS, Conseil Général, CCAS, CARSAT, Caisses d'Assurance Maladie, URIOPSS.
Calendrier prévisionnel	<p>2012-2013 : évaluation des besoins et développement de liens avec les acteurs sociaux dans les centres de santé, réseaux et les 5 PSLA existants en 2011</p> <p>2012-2017: introduction du lien avec les acteurs sociaux dans l'ensemble des projets en développement de structure de soin de proximité</p>
Pilotage de l'action	ARS
Indicateurs	<p>Référents PRAPS identifiés par les acteurs et sollicités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conventions signées entre professionnels du soin et structures sociales - Nombre d'acteurs sociaux participant à l'élaboration des projets de santé de territoires

FICHE PROGRAMME N°13 : Travail en réseau sur le territoire de proximité

Contexte	Les acteurs de première ligne des secteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et éducatifs qui ont dans leur mission l'accueil et l'accompagnement des personnes les plus démunies ou qui se trouvent confrontées, de manière ponctuelle, dans leurs pratiques professionnelles, à des problématiques liées à la précarité ou à des vulnérabilités spécifiques, expriment tous leurs difficultés face à la multiplicité des dispositifs et au manque de lisibilité des organisations existantes
Axe d'Intervention	Faciliter le travail en réseau sanitaire/social sur le territoire de proximité
Objectifs opérationnels	<p>13.1 Etablir un répertoire de proximité des dispositifs sanitaires et sociaux, par entrées thématiques ou populationnelles, dynamique et mis à jour régulièrement</p> <p>13.2 Evaluer à mi-parcours l'impact des outils mis en place sur la coordination effective Sanitaire/ Social (actions de l'axe coordination/décloisonnement) et proposer si besoin des outils supplémentaires</p> <p>13.3 Renforcer le rôle des PASS en point d'entrée des professionnels du social vers la santé</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 13.1 Recenser les outils existants (voir Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), FINESS, ARS/DP, GCS télésanté, Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS)) Recenser les dispositifs sanitaires et sociaux par secteur de proximité en précisant leurs coordonnées, modalités d'accueil et de prise en charge, en lien avec les professionnels du territoire Identifier l'outil adapté et les modalités de mise à jour par les acteurs de proximité en groupe de travail Editer et diffuser les annuaires</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 13.2 Elaborer un cahier des charges de l'évaluation Mettre en œuvre l'évaluation sur des territoires identifiés. Analyser et proposer des recommandations</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 13.3 : cf. fiche programme n°6</p>
Acteurs concernés	Copil PRAPS, Conseils Généraux
Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 13.1 2012-2013 : recensement, identification de l'outil et des modalités de mise à jour 2014 : mise en place de l'annuaire sur 2 secteurs de proximité par territoire de santé 2015 : évaluation de l'annuaire (utilisation, satisfaction) 2017 : extension de l'annuaire</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 13.2 : 2015</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 13.3 : cf. fiche programme n°6</p>
Pilotage de l'action	ARS/PASS
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 13.1 Nombre de territoires de proximité disposant d'un annuaire actualisé dans l'année</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 13.2 Document d'évaluation</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 13.3 Nombre d'orientation social/santé des PASS</p>

FICHE PROGRAMME N°14 : Dispositifs de coordination en santé mentale sur le territoire de proximité

Contexte	La maladie psychiatrique et/ou la souffrance psychique, d'origine sociale, chez les populations les plus vulnérables confrontent souvent les acteurs à des enjeux difficiles liés à la complexité et à l'intrication des problématiques en jeu et à la multiplicité des acteurs concernés Les conseils locaux de santé mentale sont des espaces de concertation, d'identification des problématiques de santé mentale et de réflexion sur les solutions à mettre en œuvre (information, coordination, prévention des situations de crise...). Ils ont vocation à rassembler tous les acteurs investis dans la promotion de la santé mentale des populations d'un territoire
Axe d'Intervention	Développer un dispositif de coordination en santé mentale sur une échelle territoriale
Objectifs opérationnels	14.1 Développer et/ou renforcer des Conseils Locaux de Santé Mentale (ou dispositif équivalent selon les territoires) sur des territoires pilotes, avec un pilotage CHS (secteur psychiatrique) et collectivité locale selon les territoires associant les élus, les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, la justice, les forces de l'ordre, les bailleurs sociaux
Actions	Repérer et soutenir les dynamiques existantes (territoires, acteurs...) susceptibles de développer un conseil local de santé mentale Etablir un référentiel des missions des conseils locaux de santé mentale pour : <ul style="list-style-type: none"> la reconnaissance des missions des acteurs le respect de la neutralité et de l'indépendance des acteurs professionnels l'analyse de situations (approches partagées, question du secret professionnel) le développement d'articulations, de coopérations, de modalités de relais le développement des passerelles interinstitutionnelles pour les jeunes « frontières » (troubles du comportement / troubles psychiatriques)
Acteurs concernés	ARS, DRJSCS, DDCS, CHS, collectivités locales
Calendrier prévisionnel	2013 : référentiel 2014-2017 : développement des CLSM
Pilotage de l'action	Collectivités locales/CHS
Indicateurs	Référentiel Nombres de dispositifs de coordination en santé mentale constitués Composition représentative du territoire Nombre de réunions réalisées Nombre de problématiques abordées Respect du référentiel

FICHE PROGRAMME N°15 : Formation des professionnels de santé et du social sur la santé des populations vulnérables

Contexte	L'accompagnement social et en santé des personnes les plus vulnérables nécessite, de façon encore plus cruciale que pour la population générale, du fait de la multiplicité des problématiques, une approche globale Pour mettre en œuvre cette approche, il est important de développer des éléments de connaissance communs dans les deux secteurs (déterminants sociaux de la santé, problématiques et dispositifs de santé permettant l'accès à la santé des populations vulnérables)
Axe d'Intervention	Améliorer la connaissance des déterminants sociaux de l'accès aux soins et des dispositifs d'accès aux droits et aux soins chez les professionnels de santé Améliorer la connaissance des problématiques de santé et des dispositifs de santé chez les professionnels du secteur social
Objectifs opérationnels	15.1 Développer un module de formation « déterminants sociaux de la santé/perception de la santé et de la démarche de soins/accès aux droits/dispositifs sociaux » dans la formation initiale et continue des professionnels de santé 15.2 Promouvoir le développement des stages de terrain dans le cursus de formation des professionnels de santé au sein de structures médicosociales 15.3 Développer un module de formation à la santé publique (prévention et accès aux soins) dans la formation initiale et continue des professionnels du secteur social et médico-social
Actions	Pour l'objectif opérationnel 15.1, 15.2 et 15.3 Développer les objectifs et contenus de formation Organiser les formations Evaluer les formations
Acteurs concernés	DRJSCS, Conseil Régional, ARS, faculté de médecine, IFSI, IFSA, écoles ou organismes de formation des professionnels médicaux, para médicaux et du secteur social
Calendrier prévisionnel	Pour l'objectif opérationnel 15.1, 15.2 et 15.3 2013-2014 : objectifs et contenus de formation 2014-2016 : organisation des formations
Pilotage de l'action	ARS Pour l'objectif opérationnel 15.3 : ARS - DRJSCS
Indicateurs	Pour l'objectif opérationnel 15.1, 15.2 et 15.3 Nombre de professionnels de santé formés Nombre de professionnels du secteur social formés Nombre de formations réalisées Qualité de l'évaluation de ces formations Augmentation du nombre de lieux des stages

FICHE PROGRAMME N°16 : Formation interinstitutionnelle et soutien des acteurs de première ligne (santé/social)

Contexte	Certaines situations auxquelles sont confrontés les acteurs de première ligne dans l'accompagnement des personnes les plus vulnérables mettent en jeu, sur des dimensions multiples, des dispositifs parfois cloisonnés, appartenant aux secteurs médicaux et sociaux. Des formations communes sur ces problématiques permettent aux acteurs concernés de se confronter à des problématiques concrètes de décroisement. Elles permettent également une connaissance réciproque des préoccupations et des missions de chacun
Axe d'Intervention	Former au repérage et à l'orientation de situations nécessitant une approche croisée
Objectifs opérationnels	16.1 Organiser des formations communes santé/social au repérage et à l'orientation des situations problématiques de santé nécessitant un travail de réseau (par exemple : santé mentale, violences, discriminations, addictions, nutrition, hygiène, maladies infectieuses et contagieuses...)
Actions	Développer les objectifs et contenus de formation Organiser la formation Evaluer les formations
Acteurs concernés	DRJSCS, ARS, DRDFE, acteurs de première ligne du social et de la santé, pôle de compétence en prévention et promotion de la santé
Calendrier prévisionnel	2013 à 2016 : 2 formations par an et par département
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS, DDCS
Indicateurs	Nombre de personnes formées Nombre de formations réalisées Qualité de l'évaluation de ces formations

FICHE PROGRAMME N°17 : Journées Santé/Social

Contexte	Au-delà des compétences spécifiques et de la connaissance partagée entre les acteurs du sanitaire et du social, des temps d'échanges médico-sociaux réguliers favoriseront le développement de la connaissance mutuelle et d'une culture partagée en santé. Ces temps permettront également un suivi effectif et une meilleure communication sur le PRAPS
Axe d'Intervention	Améliorer la connaissance mutuelle des acteurs de la santé et du social/pour développer une culture partagée
Objectifs opérationnels	<p>17.1 Organiser une journée annuelle « santé/précarité » : outil dynamique et suivi du PRAPS</p> <p>17.2 Organiser une rencontre thématique annuelle avec des études de cas sur la région associant les représentants institutionnels, les professionnels de santé, du social et du médicosocial</p>
Actions	<p>Pour l'objectif opérationnel 17.1 Organiser les journées Communiquer Evaluer les journées</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 17.2 Développer les objectifs et du contenu de la rencontre Sélectionner les intervenants Organiser la rencontre</p>
Acteurs concernés	DRJSCS, ARS
Calendrier prévisionnel	<p>Pour l'objectif opérationnel 17.1 2013 à 2017 : 1 journée santé/social par an</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 17.2 2013 à 2017 : 1 rencontre à thèmes par an</p>
Pilotage de l'action	ARS / DRJSCS
Indicateurs	<p>Pour l'objectif opérationnel 17.1 Nombre de journées organisées Nombre de participants Résultat de l'évaluation qualitative</p> <p>Pour l'objectif opérationnel 17.2 Réalisation de la rencontre Nombre de participants Nombre d'institutions partenaires Résultat de l'évaluation qualitative</p>