



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins



SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1 L'ETAT DES LIEUX ET LE CADRE GENERAL DU NOUVEAU PRAPS	6
1.1 LA SITUATION DE LA PRECARITE EN ÎLE-DE-FRANCE	6
1.2 LES MOYENS HUMAINS ET ORGANISATIONNELS	7
1.3 LA PRISE EN COMPTE DES PRAPS ANTERIEURS	8
1.4 LE CADRE GENERAL DU NOUVEAU PRAPS	8
1.4.1 <i>La complexité des interactions entre pauvreté et précarité</i>	8
1.4.2 <i>Les nombreuses interdépendances dans le périmètre et les modalités de mise en œuvre du PRAPS</i>	9
1.4.2.1 Un programme nécessairement transversal	9
1.4.2.2 Un programme qui constitue une opportunité pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé	9
1.4.2.3 Un programme qui identifie ses publics par territoire	10
1.4.2.4 Un programme qui interpelle et implique l'offre de droit commun	11
1.4.2.5 Un programme qui se développe et est mis en œuvre par les acteurs du terrain dans le respect de leur engagement	12
1.4.2.6 Un programme dont le moteur se trouve à l'échelon territorial	12
1.4.2.7 Un programme qui cherche à impliquer les personnes démunies	13
2 LES PRINCIPES DIRECTEURS ET LES ENJEUX FRANCILIENS	14
2.1 LE CADRE DE REFERENCE	14
2.2 LA METHODE DE CONSTRUCTION	14
2.3 LA VALEUR AJOUTEE / LES ENJEUX PROPRES AUX PRAPS	15
2.4 L'ORGANISATION DU PROGRAMME	17
2.4.1 <i>Les modalités d'approche</i>	17
2.4.2 <i>Les éléments ayant guidé la structuration des grands axes</i>	17
Les pré-requis	17
Les fondamentaux	18
3 BASE DE RECOMMANDATIONS: CONSTATS, OBJECTIFS ET METHODES	22
3.1 - MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES ASPECTS SPECIFIQUES LIES A LA NOTION DE PRECARITE	24
Axe 1.1 – Accompagner systématiquement les personnes en intégrant par principe la dimension sociale dans leur parcours de santé,	24
Axe 1.2 Développer les compétences de proximité et de «aller-vers» des acteurs	25
Axe 1.3 Offrir la possibilité aux personnes démunies de devenir actrices de leur santé et de faire un meilleur usage du système de santé (« empowerment »)	28
Axe 1.4 Porter une attention particulière à la question des coûts et de la solvabilité	29
Axe 1.5 Inscrire le soin dans un contexte social prenant en compte l'avant et l'après de l'épisode pathologique	31
3.2 - MIEUX ADAPTER LE FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS DE SANTE POUR MIEUX ACCUEILLIR ET PRENDRE EN CHARGE LES POPULATIONS DEMUNIES	32
Axe 2.1 Déployer, rendre plus accessibles et plus lisibles les prestations de santé et de soins du droit commun.	32
Axe 2.2 Favoriser et formaliser la pluridisciplinarité dans les « démarches de santé de proximité »	36
Axe 2.3 Optimiser l'efficacité des dispositifs spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement vers la prévention et vers les soins de droit commun.	37
Axe 2.4 Favoriser la formation et l'accompagnement des acteurs de proximité dans une logique de renforcement du rôle des usagers sur leur propre santé	54
Axe 2.5 Introduire des enseignements sur les spécificités liées à la précarité dans les formations initiales et continues, et instituer des processus de formation interdisciplinaires	55
Axe 2.6 Prendre en compte les impératifs liés à la transition épidémiologique, en particulier les maladies chroniques et les traitements ambulatoires	56
3.3 DEVELOPPER LES PARTENARIATS AFIN D'ASSURER L'ACCES AUX DROITS FONDAMENTAUX ET DE S'ASSURER DE LEUR PERENNITE	57



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Axe 3.1 Renforcer le pilotage territorial pour mieux organiser les constats, la circulation des informations partenariales et le « construire ensemble » au niveau régional, départemental et local	57
Axe 3.2 Associer les partenaires qui ne relèvent pas du champ de compétence de l'ARS mais dont les interventions peuvent avoir un impact sur la santé	59
Axe 3.3 Organiser les modalités de résolution des cas complexes	60
3.4 AMELIORER LES SAVOIRS ET LES CONNAISSANCES SUR LA PRECARITE ET LES PROCESSUS D'EXCLUSION	61
Axe 4.1 Renforcer les liens avec la recherche, les savoirs et favoriser le recueil d'informations	61
Axe 4.2 Garantir le suivi et l'évaluation du PRAPS en fonction des objectifs définis	63
4 LA METHODOLOGIE D'ÉVALUATION	64
4.1 LES PRINCIPES DIRECTEURS	64
4.2 LES CHAMPS DE L'ÉVALUATION	65
4.3 L'ORGANISATION ET LES DIFFERENTS TEMPS DE L'ÉVALUATION	66
5 LES MODALITES DE FINANCEMENT DU PRAPS	68
6 ANNEXES	72
6.1 LES DEFINITIONS	72
6.2 LES DONNEES GENERALES	76
6.2.1 <i>Données socio-économiques générales</i>	76
Une paupérisation qui progresse en France	76
Une connaissance partielle des publics et des besoins	76
Différents indicateurs pour caractériser la précarité	77
Plus d'un enfant francilien sur cinq vit dans une famille pauvre	79
La part des étrangers dans la population en 2006 est environ deux fois supérieure en Île-de-France à la moyenne métropolitaine	80
6.2.2 <i>Conditions de logement et d'hébergement</i>	81
Un nombre élevé de logements indignes, avec des conséquences sanitaires non négligeables	81
Un dispositif d'hébergement social important mais qui doit encore évoluer pour répondre aux besoins	82
Un niveau d'expulsions et de surendettements sensible	83
6.2.3 <i>Accès / recours aux soins et aux droits</i>	83
Une proportion de bénéficiaires de la CMU-C très variable selon les départements	83
Les trois-quarts des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État résident en Île-de-France	84
Un doublement des situations de retard aux soins entre 2007 et 2009 parmi les patients vus dans les centres de Médecins du Monde	85
6.2.4 <i>Problématiques sanitaires</i>	86
Une incidence de la tuberculose en Île-de-France deux fois supérieure à la moyenne métropolitaine	86
Une proportion élevée de personnes en situation d'insécurité alimentaire	86
Une forte prévalence de troubles psychiatriques sévères et d'addictions chez les personnes sans logement personnel	87
Une forte prévalence de maladies chroniques	88
6.2.5 <i>Approches départementales des questions liées à la précarité</i>	90
Département de l'ESSONNE (91)	90
Département des HAUTS DE SEINE (92)	91
Département de PARIS (75)	93
Département de la SEINE ET MARNE (77)	94
Département de la SEINE SAINT-DENIS (93)	96
Département du VAL DE MARNE (94)	98
Département du VAL D'OISE (95)	101
Département des YVELINES (78)	103
6.2.6 <i>Annexe</i>	106
6.3 LES BILANS DES PRAPS ANTERIEURS	115
6.3.1 <i>PRAPS 1^{ère} génération 2001-2003</i>	115
6.3.2 <i>PRAPS 2^{ème} génération 2005-2007</i>	116
Au niveau national	116
En Île-de-France	117



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

6.3.3 Les actions en direction des publics vulnérables du Projet Régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France	118
6.3.4 Analyse de la période 2004-2010	119
6.3.5 Les actions en direction des publics vulnérables financées au cours de la programmation PPS 2010-2011 en Ile-de-France	119
6.3.6 Les démarches d'évaluation des actions PPS à destination des publics démunis engagées en Ile-de-France depuis 2009.....	121
6.3.7 Les autres financements identifiables au titre du soin, du médicosocial... en Ile-de-France en direction des publics démunis	121
6.4 LES TEXTES DE REFERENCE	122
6.5 GLOSSAIRE	124
6.6 COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL D'ELABORATION DU PRAPS	125



INTRODUCTION

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est un programme destiné à tous **les professionnels concernés à la fois par l'accès à la prévention et aux soins, et aussi par la prise en charge sanitaire et médico-sociale des publics démunis ou en situation de vulnérabilité sociale.**

C'est un des outils de concertation et de coordination mis en place par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Composante du Projet Régional de Santé (PRS), le PRAPS est un programme transversal. Ses modalités d'élaboration relèvent d'une concertation à la fois interne et externe, ainsi que d'une mise en cohérence et d'une approche intégrée avec les différents schémas régionaux relatifs à la prévention, à l'organisation des soins et à l'organisation médico-sociale.

Il s'articule avec les autres outils dont dispose l'Agence Régionale de Santé (ARS), notamment les contrats locaux de santé (CLS - qui visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, en agissant au plus près des territoires et des populations concernées).

Le PRAPS positionne l'action de l'Agence à partir d'un diagnostic régional partagé, tenant compte des réalités territoriales. Son objectif est de rendre moins insurmontable, et par là même plus égalitaire, l'accès au système de santé des personnes démunies ou en situation de vulnérabilité sociale, de construire de la cohérence dans leurs parcours de vie et de santé et de les maintenir dans les soins autant que de besoin.

Devant l'augmentation, en Île-de-France, de la précarité et des situations complexes entravant la fluidité des parcours de santé et l'accès aux droits fondamentaux, le PRAPS s'impose comme un enjeu prégnant pour l'Agence mais également pour l'ensemble des professionnels concernés.

Présentation de l'architecture du document :

Le texte s'attache à expliciter un sujet complexe et à définir un cadre de référence pour la région francilienne.

Pour en faciliter la lecture, les données chiffrées d'observation, les éléments concernant les précédents PRAPS et les références bibliographiques ont été placés en annexe.

La première partie du document apporte un certain nombre d'éclairages sur l'état des lieux et le cadre général du nouveau PRAPS, en particulier sur son positionnement au sein du projet régional de santé.

Le texte présente ensuite les principes directeurs et les enjeux franciliens retenus par les membres du groupe de travail, puis il expose une série de recommandations qui s'organisent autour de quatre objectifs généraux, détaillés en 16 axes d'interventions :

- Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité ;
- Adapter le fonctionnement des dispositifs de santé pour mieux accueillir et prendre en charge les populations démunies ;
- Développer les partenariats afin d'assurer l'accès aux droits fondamentaux et de s'assurer de leur pérennité ;
- Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion.

Enfin, les questions financières et la méthodologie d'évaluation sont présentées en dernière partie.



1 L'ETAT DES LIEUX ET LE CADRE GENERAL DU NOUVEAU PRAPS

La région Île-de-France est la plus riche mais la plus inégalitaire des régions françaises. Malgré ses atouts indéniables, elle n'échappe pas à la montée des situations de pauvreté et de précarité. L'impact de la crise économique persistante depuis 2008 accentue les fortes inégalités sociales et territoriales de santé et la dégradation de l'état de santé des populations, notamment des plus exclues. Confrontés à cette réalité, les acteurs se mobilisent et s'engagent, mais restent soumis à de fortes contraintes, d'autant que le paysage institutionnel demeure hétérogène et difficilement lisible.

Depuis l'arrivée à échéance du précédent PRAPS, en 2006, la réalité de la précarité et son champ ont énormément évolués. Les acteurs auront à réinventer sur le terrain, dans un processus de collaboration, les actions les mieux adaptées, tant au niveau organisationnel que politique.

1.1 La situation de la précarité en Île-de-France

**Une paupérisation en aggravation,
Un renforcement des inégalités,
Une santé qui se dégrade pour les plus exclus.**

Un certain nombre de données ont été rassemblées en annexe, avec une mise en perspective départementale, pour souligner la nécessité d'agir.

Une synthèse des spécificités de la région francilienne est présentée ici.

L'Île-de-France est une grande métropole mondiale, très urbanisée et densément peuplée, avec près de douze millions d'habitants, soit 19 % de la population française.

C'est la région dont les habitants disposent des niveaux de vie les plus élevés. Mais c'est aussi celle où les inégalités sont les plus fortes (cf. le Plan Stratégique Régional de Santé).

Elle concentre surtout dans toute leur ampleur et leur diversité les problématiques des publics démunis :

- Près de 14 % des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté ;
- Des zones de précarité importantes, en particulier dans le Nord-Est francilien, avec de très fortes inégalités sociales de santé et de fortes disparités territoriales ;
- Des poches rurales de précarité mal appréhendées dans un milieu essentiellement urbain (avec des problèmes d'isolement et de transports) ;
- Une forte présence de populations étrangères ou d'origine étrangère, parfois en situation administrative irrégulière (le tiers de la population immigrée présente en France, et les 2/3 des personnes métropolitaines bénéficiaires de l'AME) ;



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Des difficultés d'hébergement et de logement affectant une population de plus en plus large, en particulier les personnes immigrées et les familles avec enfants ; Une problématique spécifique liée à l'insalubrité des logements ;
- Une augmentation des problématiques de malnutrition et d'insécurité alimentaire ;
- Une pauvreté qui touche aussi les enfants ;
- Un retard du recours aux soins et un problème de renoncement aux soins ;
- Une forte prévalence du sida, de la tuberculose et du cancer ;
- Une dispersion géographique de l'offre de tous services, contraignant à des transports multiples des populations qui n'en ont pas les moyens.

Cependant, l'Île-de-France dispose de ressources structurelles importantes et d'une grande diversité d'acteurs engagés, souvent portés sur la recherche de solutions concrètes innovantes. A cela s'ajoute une complémentarité de compétences partagées entre l'Etat et les collectivités territoriales.

Toutefois, des difficultés subsistent, avec notamment:

- Une offre insuffisante face aux besoins, des circuits éparpillés et souvent illisibles, ayant tendance à «enfermer» les publics précaires ;
- Des pratiques de terrain qui nécessitent d'être mieux accompagnées ;
- Un manque de coordination et de formation des différents acteurs (institutions, professionnels, associations, publics concernés), en particulier en termes d'animation territoriale ;
- Un manque de cohérence entre les financements, avec la présence de dispositifs indument rattachés financièrement à certaines institutions ;
- Un problème d'instabilité géographique des publics face à des ressources généralement sectorisées, rendant plus difficiles les parcours de santé.

1.2 Les moyens humains et organisationnels

En Île-de-France, les acteurs présents se mobilisent et s'engagent. Ils se heurtent pourtant à de fortes contraintes, avec d'une part l'insuffisance des effectifs, une exigence de productivité et une multiplication des procédures, et d'autre part des besoins croissants en temps et en compétences spécifiques. La tendance naturelle, dans ce contexte, est de se recentrer sur les tâches perçues comme les plus légitimes relevant des obligations les plus étroites du service, au détriment du travail partenarial.

A un autre niveau, le paysage structurel dans lequel le PRAPS va se déployer est hétérogène : réseaux de santé, instances de coordination autour des pathologies, dispositifs passerelles (PASS, EMPP...), dispositifs de coordination de la politique de la Ville (ASV), Contrats Locaux de Santé (CLS), dispositifs d'insertion et d'hébergement sanitaires et sociaux... et tous les autres dispositifs relevant du droit commun. Ce paysage demeure difficilement lisible, en dépit du grand nombre de supports existants (guides, annuaires, etc.).



1.3 La prise en compte des PRAPS antérieurs

Des informations et des précisions quant aux actions menées, aux financements engagés et aux éléments d'évaluation, y compris pour les actions conduites en direction des publics vulnérables financées au cours de la programmation Prévention et Promotion de la Santé (PPS) 2010-2011 en Île-de-France, ont été placés en annexe.

La première génération du PRAPS a couvert la période 2000-2002. La deuxième a démarré en 2003 et est arrivée à échéance en 2006. Ensuite, les actions en direction des publics démunies ont été mises en œuvre dans le cadre du Programme régional de santé publique (PRSP), porté par le Groupement régional de santé publique. Lors de la naissance de l'Agence, les actions se sont inscrites dans la continuité des années précédentes, quand elles n'étaient pas déjà prises en compte par d'autres plans de santé publique.

Cependant il est aujourd'hui difficile de se situer dans une même dimension, tant la réalité et le cadre des programmes ont énormément évolués depuis les débuts. Si les PRAPS antérieurs peuvent encore servir de source d'inspiration, il va falloir aux acteurs réinventer sur le terrain, dans un processus de collaboration, des interventions mieux adaptées à l'existant, au niveau organisationnel comme politique.

Et ce d'autant plus que ce nouveau PRAPS se distingue des précédents par sa méthodologie de construction, de projection et son ambition. Il se positionne comme un programme transversal de l'Agence et intègre (imprègne) le Projet Régional de Santé, contribuant ainsi à répondre à une des priorités de l'ARS : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

1.4 Le cadre général du nouveau PRAPS

La compréhension de ce programme nécessite de s'accorder sur son périmètre au sein de la politique régionale de santé. Les membres du groupe de pilotage ont passé beaucoup de temps à essayer de mieux caractériser la précarité, à mieux désigner les publics concernés et à préciser les contours d'intervention du PRAPS.

1.4.1 La complexité des interactions entre pauvreté et précarité

Il est délicat de caractériser la pauvreté et la précarité, pour lesquelles il n'existe pas de définition consensuelle. Des notions telles que l'«exclusion», la «vulnérabilité» ou la «précarité» renvoient à des réalités et perceptions différentes selon les personnes.

Une proposition de repères et d'éclairage a été placée en annexe, avec notamment «la métaphore du trampoline» suggérée par le Dr Pierre Larcher, utile pour comprendre le sens de la notion de «précarité».

Les termes employés dans le texte de la loi de 1998 sont ceux de «publics démunis». Un individu est considéré comme démuné (ou pauvre) lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

seuil de pauvreté. Ce terme de «démuni» a des limites liées à sa définition économique, celle-ci ne prenant pas en compte les évolutions possibles dans l'histoire individuelle. Mais il fait actuellement office de référence en France comme ailleurs, et suggère en outre une possibilité d'approche préventive.

Pour des raisons d'opérationnalité et de lisibilité, les notions de «publics démunis» ou «en situation de vulnérabilité sociale» (cf la définition en annexe 7.1), plutôt que celles de « publics en grande précarité», « en voie d'exclusion », «fragiles», «en difficulté», «exclus»... ont été préférées.

1.4.2 Les nombreuses interdépendances dans le périmètre et les modalités de mise en œuvre du PRAPS

Il n'est pas toujours facile de comprendre ce que recouvre le PRAPS. Son périmètre d'intervention est à la fois ouvert et ciblé, en perpétuel mouvement.

Certains points évoqués au sein du groupe de pilotage ont fait l'objet d'un large et fort consensus.

1.4.2.1 Un programme nécessairement transversal.

Le PRAPS ne doit pas être appréhendé comme la seule déclinaison du schéma régional de prévention du fait de son histoire relative à la promotion de la santé. Avec la création des agences régionales de santé, il imprègne tous les champs de compétences de ces dernières : prévention, promotion de la santé, ambulatoire, hospitalier et médico-social. Le PRAPS définit ainsi les modalités relatives à l'impact de la précarité qui s'imposent dans tous les schémas.

Son action couvre l'ensemble du parcours de santé et de vie des personnes démunies.

Sa complexité tient autant à l'imprévisibilité de l'évolution de la situation des personnes particulièrement menacées qu'au regard très hétérogène des divers protagonistes (acteurs, structures, etc.).

1.4.2.2 Un programme qui constitue une opportunité pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé

Le PRAPS occupe une place privilégiée dans la recherche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à laquelle doivent contribuer l'ensemble des dispositifs de l'Agence.

Cependant, il ne peut à lui seul résumer un combat placé au cœur du Plan Stratégique Régional de Santé qui interpelle l'ensemble des professionnels de la santé, de l'éducation, de la justice, de la construction, des transports, des conditions de travail, de l'environnement...



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Il y contribue néanmoins en permettant d'agir au bas de l'échelle sociale, là où «le défaut dans la cuirasse apparaît le plus crûment». Il apporte un savoir-faire et un certain nombre de mesures spécifiques pour les personnes les plus éloignées du système de santé.

Alors que le travail de réduction des inégalités sociales et territoriales, en général, se concentre surtout sur les causes, le PRAPS intervient sur les dispositifs spécifiques afin de rapprocher du droit commun ceux qui n'y ont pas accès (avec les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les consultations précarités, les lits halte soins santé (LHSS), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les réseaux précarité/accès aux soins...)

Plus largement, son objectif est de permettre à tous d'accéder au bénéfice du droit commun, en s'attaquant aux déterminants qui y font obstacles (financiers, représentations de la santé et de la maladie, difficultés linguistiques, etc.).

1.4.2.3 Un programme qui identifie ses publics par territoire

Le PRAPS s'adresse à un public très large et hétérogène puisqu'il concerne toutes les personnes situées au bas de l'échelle sociale, vivant avec des désavantages majeurs en termes de revenus, d'emploi, de logement, d'utilisation de services, de liens sociaux... Il cible plus particulièrement « **celles pour qui l'accès et l'usage de la prévention et des soins posent une difficulté** » (guide national d'élaboration des PRAPS).

S'y ajoute, pour les personnes migrantes, l'ampleur des difficultés de l'accès aux droits.

Les publics susceptibles de bénéficier des actions du PRAPS peuvent ainsi varier en fonction des lieux et des circonstances. L'opportunité d'agir sera forcément très différente selon les territoires et la technique employée pour le diagnostic.

Toutefois, afin de préciser les publics entrant ou non dans le périmètre du PRAPS, le groupe de pilotage a retenu plusieurs critères:

- une précarité qui affecte plusieurs domaines de l'existence: absence de revenu, de logement, malnutrition, isolement ... ;
- un moment de vulnérabilité particulière: sortie de prison, vieillesse, conduite addictive, périnatalité, maladies chroniques... ;
- des difficultés structurelles ou individuelles d'accès aux droits, à la prévention et aux soins.

Il a établi une liste non exhaustive des publics cibles, reconnus et définis par l'action publique comme subissant le plus de risques de morbidité, ce qui aggrave d'autant plus leur précarité. Cette approche facilite le repérage des acteurs concernés. Mais elle a l'inconvénient de laisser dans l'ombre les publics qui n'entrent pas dans ces catégories et de ne pas prendre en compte la porosité qui existe entre ces dernières.

- ◆ *les personnes sans abri ou en logement précaire (y compris en centres d'hébergement et de réinsertion sociale), notamment les parents isolés, avec une attention particulière pour les femmes enceintes et les femmes avec des nourrissons et de jeunes enfants ;*
- ◆ *les personnes temporairement à la rue pour raison de violence ;*
- ◆ *les populations en campements précaires (personnes «Roms»....) ;*



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- ◆ *les gens du voyage ;*
- ◆ *les personnes sans chez-soi présentant un handicap ;*
- ◆ *les jeunes en difficultés d'insertion sociale (parmi eux les mineurs étrangers isolés, les adolescents et jeunes adultes déscolarisés, et plus largement les jeunes sortis du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance ou du dispositif jeunes majeurs sans relais) ;*
- ◆ *les personnes en situation d'exclusion et en difficulté majeure avec les addictions ;*
- ◆ *les personnes âgées démunies et isolées, même si elles sont logées ;*
- ◆ *les personnes vivant en habitat indigne ;*
- ◆ *les personnes démunies, isolées, souffrant des troubles mentaux majeurs ;*
- ◆ *les personnes démunies souffrant de maladie chronique (diabète, VIH, hépatites...) ;*
- ◆ *les populations de nationalité étrangère en situation de grande vulnérabilité sociale ;*
- ◆ *les personnes sous main de justice qui ont connu une rupture de leurs droits au moment de la levée d'écrou ou en difficulté d'accès aux soins lors d'un aménagement de peine ;*
- ◆ *les personnes pratiquant la prostitution dans un contexte de vulnérabilité multiple ;*
- ◆ *les personnes en recherche d'emploi depuis longtemps ;*
- ◆ *les personnes surendettées ;*
- ◆ *les personnes en rupture de protection sociale et sans ressources.*

Cependant d'autres publics en situation de vulnérabilités multiples tels que les étudiants, les travailleurs pauvres ou les personnes en situation d'expulsion locative pourraient aussi y être inclus.

D'où l'intérêt de ne pas construire à priori une liste limitative de publics démunis, qui risquerait d'enfermer et de masquer une réalité locale.

D'où l'intérêt de plus, à ce que la définition des publics susceptibles de relever ou non du PRAPS s'organise dans les territoires, sous la coordination des délégations territoriales, en lien avec les acteurs et les partenaires locaux, en fonction des besoins et dans le cadre du gradient social.

Attention, les personnes du seul fait de leur handicap ou de leur âge ne font pas partie en tant que telles du périmètre du PRAPS.

1.4.2.4 Un programme qui interpelle et implique l'offre de droit commun

Les dispositifs de droit commun ne doivent pas, de leur côté, se fermer aux personnes démunies sous prétexte qu'il existe des structures spécifiques. Ils doivent au contraire être parties prenantes et s'impliquer dans la réflexion en cours.

D'une part, les réalisations à destination des plus démunis peuvent bénéficier à l'ensemble de la population. C'est ce que l'on constate avec la généralisation d'un accueil social dans les établissements de santé, la mise en place d'un accompagnement dans le parcours de santé, ou encore le développement d'une communication simplifiée.

D'autre part, les PRAPS, dans leur conception, visent également à interroger et à mobiliser l'ensemble du système de santé sur les risques d'aggravation des inégalités de santé existant à chaque niveau



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

d'intervention pouvant produire de la précarité, voire de l'exclusion. **Les PRAPS ont un rôle d'interpellation, voire d'accompagnement, dans une approche préventive**, pour éviter que le droit commun ne fabrique de lui-même cette précarité (par exemple avec l'envoi d'une facture de soins au domicile d'une personne qui, du coup, renonce à la poursuite de ses soins alors qu'un système de tiers payant aurait pu être instauré).

Ainsi, les avancées permises par les actions locales viendront irriguer la réflexion sur les améliorations possibles du système de santé, en permettant de repérer les manques, les obstacles, les atouts, les leviers pour l'accès à la prévention et aux soins dans le cadre du droit commun.

1.4.2.5 Un programme qui se développe et est mis en œuvre par les acteurs du terrain dans le respect de leur engagement

Le PRAPS ne peut se développer et se mettre en œuvre qu'aux endroits et au moment où des acteurs de terrain sont prêts à le porter. Il s'appuie sur l'existant et se nourrit des expériences probantes pour susciter de nouvelles initiatives : ce sont les actions locales qui viennent éclairer le niveau régional pour répondre aux problèmes et aux particularités de la prévention et de l'éducation à la santé, du soins, de la réinsertion et du suivi des personnes démunies.

De ce constat découle la difficulté d'établir une programmation à priori qui s'enrichit sur la durée.

Ceci place le PRAPS en décalage chronologique par rapport aux autres schémas et programmes, qui ont une dimension prospective. Il ne peut au moment de sa parution aller trop dans le détail des actions, mais énonce les principes indispensables présidant à leur mise en œuvre. Le PRAPS, tel qu'il est présenté, relève d'une feuille de route. C'est un fléchage donnant la direction et des repères de méthode.

L'agence a un rôle de gouvernance, de pilotage, pour coordonner les dispositifs ainsi que les efforts dans l'accès aux soins, dans la fluidité des parcours des patients et des usagers. Il lui revient de cerner – à partir des réalités de terrain – les contours des interventions tant du point de vue des intervenants que des populations concernées.

Mais, si ce programme se veut ambitieux, avec une démarche inscrite dans la durée, l'effectivité de sa réalisation dépendra de la capacité des acteurs à s'impliquer et à travailler ensemble – une vigilance d'autant plus importante qu'en Île-de-France la pauvreté s'aggrave et se diversifie.

1.4.2.6 Un programme dont le moteur se trouve à l'échelon territorial

Les caractéristiques de la pauvreté et les expériences existantes (quel que soit leur degré de maturation) peuvent varier fortement sur l'ensemble du territoire, mais orientent les situations concrètes sur lesquelles travailler.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

L'enjeu local est aussi d'arriver à définir les zones prioritaires face à des publics souvent mobiles, isolés et/ou méconnus des services de droit commun.

La construction et la mise en œuvre du PRAPS nécessitent ainsi un ancrage fort sur le terrain pour tenir compte de la particularité des situations locales.

Les Délégations Territoriales de l'ARS ont là un rôle essentiel à jouer, à partir d'une animation territoriale, pour :

- approfondir le diagnostic francilien à partir de leurs réalités locales (territoires, publics et enjeux prioritaires),
- communiquer avec les acteurs de terrain,
- décliner les orientations régionales en actions locales,
- enrichir le groupe ressource régionale,
- réaliser des plaidoyers.

1.4.2.7 Un programme qui cherche à impliquer les personnes démunies

Il est indispensable d'améliorer la participation des personnes démunies, dans la mise en œuvre pratique du PRAPS, à défaut d'avoir réussi à le faire dans le cadre de son élaboration.

La démarche est complexe car pour chaque territoire, population ou problématique, il faut définir la bonne échelle à prendre en compte, le niveau de représentation, le type de participation. Un accompagnement des personnes se révèle par ailleurs incontournable pour ne pas les mettre en difficulté. Il convient également de noter l'absence de ligne budgétaire pouvant assurer un éventuel défraiement (trajets, restauration, garde d'enfant...) pour le temps d'expertise « sur la vie au quotidien » mis à disposition de l'Agence.

Des instances d'usagers pouvant être des interlocuteurs dans la durée sont à identifier. Un partenariat a été initié dans ce sens avec le Conseil consultatif régional des personnes accueillies et hébergées, une instance, portée par la Fondation de l'Armée du Salut (FAS) avec le soutien du Chantier national prioritaire pour l'hébergement et le logement (CNPHL).



2 LES PRINCIPES DIRECTEURS ET LES ENJEUX FRANCILIENS

2.1 Le cadre de référence

L'élaboration du PRAPS s'appuie sur:

- Le cadre réglementaire de la loi de 1998.
- Le guide méthodologique national adapté au contexte francilien.
- Le plan régional stratégique d'Ile de France qui a posé en grands principes : la qualité, l'efficience et la lutte contre les inégalités.
- Le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens que l'agence a signé avec le ministère chargé de la santé et qui fixe un certain nombre d'objectifs et d'indicateurs spécifiques dont certains intéressent le champ de la précarité, comme la lutte contre la tuberculose.
- Les interactions avec les autres schémas et programmes, comme le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire, le Schéma d'organisation médico-social SROMS, le schéma bucco-dentaire, le SROS des personnes placées sous main de justice, le schéma de prévention... tous aujourd'hui intégrés au sein du Projet régional de santé (PRS).

2.2 La méthode de construction

- Un groupe de pilotage très largement ouvert aux partenaires extérieurs (DRJSCS, DRIHL, associations, Conseil Général, Assurance Maladie, ORS, FNARS Ile de France...), mis en place dans le deuxième semestre 2011
- Des auditions d'experts
- Une concertation au sein des Commissions de coordination des politiques publiques
- Un travail d'articulation au sein des échelons départementaux en lien avec les acteurs clefs et les dynamiques locales pré-existantes
- Des présentations dans les différentes instances de concertation (CRSA, Conférences de territoire)
- Un référent-pilote, dont la fonction est assurée par la référente cohésion sociale/précarité, basée au sein de la direction de la santé publique de l'ARS

Les travaux communs ont débuté en septembre 2011 et se sont achevés en juin 2012.

Un bilan des programmes précédents et un état des lieux de l'existant ont été réalisés avant de s'interroger sur la définition d'un PRAPS, son périmètre, ses enjeux et les facteurs clefs de réussite.



2.3 La valeur ajoutée / les enjeux propres aux PRAPS

La plus-value du PRAPS est la mise en articulation des acteurs et des dispositifs de santé destinés aux publics démunis.

Il s'agit de mettre de la cohérence dans une pluralité de dispositifs ou d'actions dispersées entre différents opérateurs, pour en améliorer l'efficacité, la lisibilité et la crédibilité, tout en identifiant mieux les faiblesses ou les manques (thématiques ou géographiques) à l'échelle de la région, dans un esprit de construction de puzzle.

C'est aussi un lieu de veille et d'innovation.

Le PRAPS doit s'attacher à :

- Mieux appréhender la complexité des situations, en particulier les co-morbidités et la chronicité des pathologies rencontrées ;
- Rendre effectif l'accès aux droits fondamentaux et à la santé, notamment pour les personnes étrangères en situation administrative irrégulière, en dépit des difficultés, de la labilité et des subtilités administratives (changement permanent des textes, disparité d'application selon les territoires)
- Faciliter l'utilisation réelle de ce droit (inscrit dans la Constitution française)
- Aider à faire valoir ces droits
- Permettre un accès aux soins de premiers recours quelque soit le lieu concerné
- Une fois rentré dans le système de santé, pouvoir y rester autant que de besoin, par des parcours de santé adaptés.
- Éviter les ruptures de prise en charge

Et il doit le faire à travers :

- L'évolution **des dispositifs spécifiques déjà en place** pour les rendre plus performants (*comme les permanences d'accès aux soins de santé [PASS], les consultations précarités, les LHSS, les interventions dans les foyers de travailleurs migrants, les équipes mobiles tuberculose ou de santé mentale, les réseaux de précarité/accès aux soins...*) destinés à permettre aux personnes démunies de s'approcher des structures de droit commun ;
- Le développement de sujets **peu explorés** (*comme l'insertion des jeunes en sortie d'ASE, l'isolement des personnes âgées démunies en secteur diffus, les droits des personnes sortantes de prison...*)

Il entend répondre à ces enjeux en valorisant les démarches d'**empowerment**, le travail de **proximité** et de « **aller-vers** », ainsi que la **transversalité** des actions.

Il fait par ailleurs de l'échelon départemental son niveau d'animation privilégié (concertation, diffusion de bonnes pratiques, information, formation, évaluation) et considère les « territoires de proximité » comme des espaces d'émergence de savoir-faire en faveur de l'ensemble des publics, et donc des publics démunis.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Parmi les impératifs à considérer :

- une fonction de **coordination clairement définie**, une **implication dans la durée de tous les niveaux**, un **document de référence «pédagogique»** et **des financements clairement identifiés** ;
- La nécessité de s'attacher à des réalisations très concrètes et **opérationnelles** (choix des publics et des actions) ;
- **L'amélioration qualitative des programmes et des actions menés** qui doit reposer sur une méthodologie de projet rigoureuse (analyse de la situation, objectifs, moyens et évaluation bien définis) et intégrer les notions d'harmonisation, de mutualisation et d'approches expérimentales (**la question de l'évaluation** est aussi un enjeu des PRAPS : il s'agit de repérer, mesurer les effets des transformations dans les pratiques des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et des structures correspondantes, et par là de diffuser ces bonnes pratiques du « construire ensemble » sur les territoires) ;
- dans ce sens, le soutien des acteurs qui ne disposent pas du temps nécessaire ou la capacité d'évaluer pour valoriser et transmettre leurs savoirs et leurs expériences.

Ainsi, pour que chaque structure ou professionnel de santé puisse prendre en compte les besoins à multiples facettes des populations démunies, le PRAPS propose :

- une méthode permettant de soutenir les acteurs dans leur volonté d'agir en tirant parti de la réflexion commune ;
- de mobiliser les moyens de l'Agence, dans leur globalité, et des ressources en personnel, en temps et en volonté de faire, pour améliorer l'efficacité du système de santé et l'offre de soins en général ;
- de construire des partenariats avec les collectivités territoriales et les autres institutions concernées.

Il s'agit en particulier de répertorier et de mobiliser les moyens et les organisations existants, à deux niveaux :

- ceux relevant en priorité du droit commun, déclinés dans les différents volets des schémas prenant en compte le fil rouge des objectifs proposés dans ce PRAPS.
- Ceux plus spécifiques ou qui relèvent de la subsidiarité, mis en exergue dans le présent document.

La valeur du travail réalisé permet de poser, par ailleurs, un certain nombre de principes que l'agence encouragera dans sa politique, même si ceux-ci ne sont pas obligatoirement à sa main. C'est pourquoi, dans la partie recommandations, les propositions d'objectifs pourront être de plusieurs ordres. Certaines concerneront les possibilités directes de l'action de l'agence, et d'autres, uniquement là où elle peut impulser une dynamique.



2.4 L'organisation du programme

2.4.1 Les modalités d'approche

Différents principes ont servi à structurer la démarche d'élaboration du PRAPS:

- La démarche s'est voulue résolument participative, élément déterminant de sa mise en œuvre ultérieure, et a été pensée en lien et en concertation avec les acteurs de terrain, les services de l'Etat, ceux des collectivités territoriales et de l'assurance maladie. D'où une large ouverture dans la composition du groupe de pilotage et un travail d'articulation avec les échelons départementaux. Elle a associé également le savoir universitaire.
- L'approche pragmatique a été privilégiée lors des réflexions collectives, **en s'appuyant sur les actions déjà identifiées comme pertinentes**. Un travail d'identification des actions validées a donc été opéré et a servi de véritable guide et fil rouge à la construction du programme.
- **Une distinction des publics n'a pas été opérée a priori** dans la construction des objectifs, afin que la réflexion puisse être ouverte et concerner l'ensemble des personnes démunies quel que soit la diversité des problématiques et des situations.

2.4.2 Les éléments ayant guidé la structuration des grands axes

Fort de ces principes directeurs, les membres du groupe de pilotage, ont mis en exergue un certain nombre de pré-requis et de fondamentaux:

Les pré-requis

Considérer que l'insertion dans le système de santé participe de l'insertion sociale et suppose d'appréhender l'accès aux droits dans sa globalité

Face à des personnes sans couverture sociale, sans hébergement stable, malnutries, sans statut administratif... la prévention, les soins sont peu efficaces, peu efficaces, voire impossibles. **L'Agence se doit « d'interpeller » les institutions concernées et dans le cadre d'un partenariat, en co-responsabilité, de construire avec elles les réponses à la hauteur des enjeux.**

Si le périmètre de l'Agence est limité, celle-ci peut œuvrer avec ses partenaires pour construire des politiques publiques cohérentes.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Privilégier le droit commun

Le droit commun dans le domaine de la santé est la règle sauf exception prévue par la loi. Les solutions exceptionnelles en termes de droit, de moyens ou de procédures ne sont justifiées que de façon subsidiaire.

Assurer la continuité et la cohérence des actions

La mise en place d'un tel programme **suppose un engagement dans le temps de l'ensemble des services de l'agence et de ses partenaires**. Le programme d'action fera l'objet d'un suivi formalisé et partagé afin de pouvoir mesurer le chemin accompli. Il est noté dès le départ l'attachement de l'agence à la cohérence et à la constance de l'action du PRAPS.

Les fondamentaux

Avoir une attention particulière concernant certaines populations parmi les plus vulnérables

Des populations de plus grande vulnérabilité et certaines situations feront l'objet d'une attention particulière (la focale pourra ainsi être mise sur les femmes sans chez soi enceintes, les personnes sans chez soi présentant un handicap, les problématiques de santé mentale...)

En mesurant qu'il convient de prendre en compte les personnes dans leur globalité pour ne pas risquer de les réduire, voir de les enfermer, à une seule composante de leurs problématiques.

Dans ce sens, il utile de rappeler l'importance de s'appuyer sur des dynamiques de partenariat et de complémentarité d'actions.

Lutter contre la discontinuité des parcours de santé

Les ruptures de prises en charge dans le suivi des parcours de santé et de vie des personnes démunies sont potentiellement délétères et peuvent mettre en danger les personnes, notamment au cours de la prise en charge périnatale, du suivi ambulatoire en cas de maladies chroniques, d'addictions ou de pathologies mentales ou lors des sorties de prison ou de centres de rétention ou encore lors de la sortie d'hospitalisation ou de Lits halte soins santé.

Cette recherche de cohérence dans le parcours de santé doit être permanente : accès aux droits, éducation à la santé, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers ou dans le secteur médicosocial, réinsertion, gestion du risque. Il s'agit de construire au plus près de la réalité de vie des usagers et d'instaurer un parcours de soins et un accompagnement sans rupture de prise en charge. C'est l'un des objectifs phares de l'agence, celui de développer une vision partagée des enjeux et par là, de structurer un programme s'appuyant sur tous les schémas et sur la construction d'interfaces cohérentes.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Faire ensemble

Le **cumul fréquent des pathologies et des difficultés sociales complexes** chez une même personne est une des caractéristiques des publics PRAPS. Il est aussi nécessaire de tenir compte de l'importance de la souffrance psychique voire de la maladie mentale. Or l'état global de la personne est souvent mal appréhendé du fait d'une approche trop souvent réduite à celles des spécificités professionnelles, ce qui impacte sur la cohérence d'ensemble des interventions.

Agir préventivement

Une réflexion et des actions sont nécessaires pour **éviter que le système de santé n'aggrave les inégalités et ne produise de la précarité voire de l'exclusion**. L'axe préventif du PRAPS a déjà été fortement mis en avant dans le document. Le PRAPS doit mobiliser l'ensemble des structures de santé sur ce risque, à chaque niveau d'intervention.

Il faut veiller en particulier à **combattre la stigmatisation, source de honte et de renoncement aux soins** notamment lors du premier contact, comme cela s'observe parfois vis-à-vis des personnes sans abri, « Roms » ou en situation de prostitution.

Les actions à promouvoir concernent tout ce qui peut permettre d'aider ces personnes à mieux se faire comprendre et à s'orienter: accueil, interprétariat, information adaptée, accompagnement....

Tenir compte de l'interpénétration entre le sanitaire et le social

Au vue de **l'interpénétration entre les champs du médical et du social** (problèmes sociaux à l'hôpital et problématiques de santé majeures en structures sociales), la conduite d'une réflexion est utile sur les soutiens mutuels que les équipes médicales, paramédicales et les intervenants sociaux peuvent s'apporter afin de s'aider dans leurs missions et parfois même de se protéger. Cela est notamment pertinent dans les structures d'accueil et d'hébergement sur les questions de troubles du comportement invalidant (handicap, psy, alcoolisme...) et de l'accompagnement de la fin de vie.

Le **renforcement des liens interinstitutionnels entre la santé et le social** est nécessaire au niveau des politiques publiques menées sur le territoire régional : politique de la ville (en particulier les volets santé des contrats urbains de cohésion sociale – CUCS), Programme régional d'intégration des personnes migrantes (PRIPI), Plan Régional d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion (PRAHI), Programme régional santé environnement, Programme national nutrition santé (PNNS), Plan de lutte contre le saturnisme, Plan santé mentale, le Plan tuberculose... Il est aussi pertinent de soutenir les articulations possibles entre les initiatives institutionnelles et les différentes structures : le social, le handicap, l'insertion, l'assurance maladie, l'éducation nationale, les municipalités (ateliers santé ville), les conseils généraux, la justice, les réseaux de santé, ... les associations caritatives et d'usagers.

Le développement de **la dimension santé dans l'accompagnement social** des personnes démunies est aussi important à promouvoir. Il convient ainsi de travailler en relation étroite avec les structures sociales comme les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les foyers de travailleurs migrants... et de veiller à l'intégration de la santé dans chaque contrat d'insertion des personnes



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Faire avec et aller vers les publics démunis

Les approches de "aller-vers" dans les lieux fréquentés par les publics (services d'urgence, accueil de jour, centre d'accueil et d'orientation, centre d'hébergement, mission locale...) sont à développer pour faciliter les multiples démarches quotidiennes de survie engagées par les personnes démunies. Etre en situation précaire c'est faire chaque jour « l'expérience des déplacements » - c'est à dire d'une perte de temps souvent considérable en distances à parcourir quotidiennement, en particulier en Île-de-France où les possibilités d'hébergement sont géographiquement éloignées des services vers lesquels les personnes doivent se rendre, et susceptibles de fluctuer considérablement. Il est important de penser le regroupement spatial des services en termes de proximité des lieux de vie des personnes.

Les approches de développement psychosociales notamment **«l'empowerment»** sont à promouvoir, quand cela est possible. Il s'agit de mettre en capacité les personnes pour qu'elles deviennent actrices de leur parcours de santé et utilisent au mieux le système existant. C'est un défi majeur.

Il est enfin **indispensable de faire preuve d'une attention particulière et soutenue auprès des personnes inconnues, éloignées de tout dispositif**, pour faire le lien avec les services d'aide et de prise en charge sanitaires et sociaux si cela s'avère nécessaire. Il a été convenu de ne pas uniquement cibler les publics à travers la vision des structures et des dispositifs pour éviter de passer à côté de ceux qui en échappent : ces personnes que les acteurs de terrain qualifient de « silencieuses », « invisibles » et qui ne pourront être abordées que par le biais d'acteurs relais. **Les actions développées dans le cadre des PRAPS doivent porter en priorité sur ces publics les plus éloignés des dispositifs de soins. Il est fondamental de ne pas se concentrer uniquement sur ceux « captifs » déjà suivis dans le cadre de dispositifs.** C'est ici que l'appui sur les médiateurs sociaux et les travailleurs pairs, dont il faut valoriser le rôle, prend tout son sens.

Aider les acteurs dans leurs démarches en direction des publics démunis

Il s'agit de :

- **Mettre en œuvre des pratiques collectives et transversales** à l'échelle des territoires, espaces de l'émergence de savoir-faire.
- Développer et soutenir sur le long terme **cette coopération et cette coordination des acteurs de la santé**, du médico-social et du social dans le cadre soit de contrats locaux de santé, soit plus largement «de programmes de territoire».
- Donner aux acteurs socio-sanitaires des moyens suffisants en termes financiers et de disponibilité dans le but d'améliorer leur **formation et leurs pratiques**. Ceci afin de les rendre plus disponibles pour la construction collective de parcours de santé transversaux et faciliter la mise en place d'organisations plus efficaces.
- **Réactualiser les procédures ou les d'outils habituels**. Pour exemple le Conseil local de santé mentale, les procédures budgétaires autour des soins, le codage de la précarité dans le PMSI, la rédaction des CPOM, les conventions, les projets d'établissement, les procédures d'appel à projet, l'usage du tiers payant...
- Soutenir la réflexion sur les **questions de solvabilité et de problèmes financiers**. Aider les acteurs dans la recherche de solutions innovantes et ambitieuses.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Mieux faire connaître l'existant et le conforter quand il est efficace

- **La nécessité de mieux faire connaître l'existant est indiscutable** : ce que peuvent déjà offrir les services de «droit commun» (les dispositifs, les possibilités réglementaires ...), souvent très mal connu.
- **Il essentiel enfin de consolider-voire développer-les dispositifs leviers existants** permettant de soutenir les personnes dans leur accès aux soins et aux droits, comme les PASS, EMPP, maraudes, dispositifs de réduction des risques...



3 BASE DE RECOMMANDATIONS: CONSTATS, OBJECTIFS ET METHODES

Cette base de recommandations en matière d'orientations est déclinée en quatre chapitres : les approches spécifiques liées à la notion de précarité, les approches plus générales dans le cadre des compétences de l'agence, les approches d'ordre partenarial indispensables à mettre en oeuvre, et enfin les approches concernant la recherche et l'évaluation.

- Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité
 - Accompagner systématiquement les personnes dans leur parcours de santé, en intégrant la dimension sociale
 - Développer les compétences de « aller-vers » des acteurs
 - Offrir la possibilité aux personnes démunies de devenir actrices de leur santé et de faire un meilleur usage du système de santé
 - Porter une attention particulière à la question des coûts et de la solvabilité.
 - Inscrire le soin dans un contexte social prenant en compte l'avant et l'après d'un épisode pathologique
- Adapter le fonctionnement des dispositifs de santé pour mieux accueillir et prendre en charge les populations démunies
 - Déployer, rendre plus accessibles et lisibles les prestations de santé et de soins du droit commun.
 - Favoriser et formaliser la pluridisciplinarité dans les « démarches de santé de proximité ».
 - Optimiser l'efficacité des dispositifs spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement vers la prévention et vers les soins de droit commun.
 - Favoriser la formation et l'accompagnement des acteurs de proximité dans une logique de renforcement du rôle des usagers sur leur propre santé.
 - Introduire des enseignements sur les spécificités liées à la précarité dans les formations initiales et continues, et instituer des processus de formation interdisciplinaires.
 - Prendre en compte les impératifs liés à la transition épidémiologique, en particulier les maladies chroniques et les traitements ambulatoires...



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Développer les partenariats afin d'assurer l'accès aux droits fondamentaux et de s'assurer de leur pérennité
 - Renforcer le pilotage territorial pour mieux organiser les constats, la circulation des informations partenariale et le « construire ensemble » au niveau régional, départemental et local.
 - Associer les partenaires qui ne relèvent pas du champ de compétence de l'ARS mais dont les interventions peuvent avoir un impact sur la santé
 - Organiser les modalités de résolution des cas complexes
- Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion
 - Renforcer les liens avec la recherche, les savoirs et favoriser le recueil d'informations.
 - Garantir le suivi et l'évaluation du PRAPS en fonction des objectifs définis.

Pour mémoire, il a été convenu de ne pas opérer d'emblée de distinction par publics mais de construire une réflexion pouvant s'adresser à tous. C'est à travers les actions qu'un accent pourra être mis sur certains types de publics, en référence à la p.15 (comme les femmes enceintes, les femmes accompagnées de jeunes enfants, les personnes âgées, les personnes démunies et souffrant d'un handicap, les personnes étrangères en situation administrative irrégulière et sans ressources...)

Chaque axe d'intervention recommandé est présenté en deux parties : les constats partagés puis les propositions d'objectifs et de méthodes d'intervention.

Les acteurs légitimes ou compétents ne seront pas cités systématiquement pour ne pas alourdir le texte. Leur rôle est néanmoins prépondérant.



3.1 - Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité

Axe 1.1 – Accompagner systématiquement les personnes en intégrant par principe la dimension sociale dans leur parcours de santé,

CONSTATS

L'éparpillement et le cloisonnement de l'offre, la labilité des textes, l'absence de référent permanent, la primauté des impératifs sociaux par rapport aux besoins de santé, entraînent le report voire le renoncement aux soins chez les personnes démunies.

Les problèmes de santé n'apparaissent souvent qu'à un stade avancé, sous une forme critique, entraînant une réelle perte de chance pour les malades ainsi qu'une plus grande difficulté dans l'approche thérapeutique pour les soignants.

L'extrême complexité du système de santé, en particulier de l'offre de soins, n'est pas nouvelle, mais elle limite l'efficacité et l'efficience de l'action de chaque opérateur (sans remettre en cause sa qualité intrinsèque).

Les pathologies rencontrées nécessitent la concertation entre de nombreux acteurs, afin de rendre cohérent les parcours et les projets de santé de long terme, peu compatibles avec les situations sociales.

Les personnes les plus démunies ont du mal à mener les démarches nécessaires leur permettant d'accéder ou de retrouver leurs droits ainsi que d'accéder aux soins et de s'y maintenir dans des conditions de solvabilité décentes.

Il existe même une inversion dans les demandes, celles du social étant adressées aux soignants et celles du soin aux acteurs sociaux.

On observe aussi une distance problématique entre les services adaptés et leurs bénéficiaires potentiels. D'un côté, les usagers ont des difficultés à comprendre les pratiques des intervenants et à observer les soins prescrits. De l'autre les professionnels se sentent démunis dans leurs interventions et dans les accueils mis en place.

Il convient donc de considérer avec une attention particulière les situations des personnes démunies, en particulier celles des femmes enceintes ou des personnes âgées démunies, nécessitant une organisation et des pratiques faisant appel aux notions de référents (à la fois social et de garant du parcours) et d'accompagnement renforcé au sein du parcours de santé.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

D'une façon générique, l'agence soutiendra :

- les démarches visant à rendre plus lisible et facilement accessible, de façon précoce et adapté, le système de santé;
- le travail interinstitutionnel et pluri professionnel afin de prendre en compte les multiples dimensions des besoins des personnes démunies ;
- les traductions opérationnelles de la notion de « allers-vers » permettant l'expression des besoins de santé et leur prise en charge par l'intervenant le plus adapté (cf axe suivant).

Plus spécifiquement ici :

- Elle mobilisera les acteurs de terrain afin qu'ils se préoccupent de façon plus précoce des questions d'accompagnement des publics en s'appuyant sur des intervenants reconnus dans le cadre des dynamiques territoriales de santé.
- Elle incitera à l'identification de référents pour coordonner le travail des différents intervenants quand la complexité des trajectoires le nécessite (à l'exemple des gestionnaires de cas). En particulier, elle veillera à l'instauration et au renforcement de l'accompagnement social dans les situations où les questions de solvabilité, d'absence de domiciliation et d'accompagnement sanitaire et social sur la durée peuvent mettre en péril toute démarche de santé et provoquer des situations de crise (femmes enceintes non suivies), en lien avec les institutions responsables. Elle mettra en avant l'intérêt du référent social unique en attirant l'attention sur le fait que ce concept, encore très théorique, reste à manier avec prudence face aux impératifs de pluridisciplinarité et de respect de la liberté individuelle.
- Elle incitera à l'installation de dispositifs de prise en charge commun entre les différents acteurs des champs d'intervention sanitaire et sociale, en raison de la complexité des situations, notamment à travers les réseaux de santé ; et à la mise en place d'espaces de concertation pluridisciplinaire.

Axe 1.2 Développer les compétences de proximité et de «allers-vers» des acteurs

CONSTATS

Les difficultés persistent dans les usages des services de santé, dans la compréhension des pratiques des professionnels et dans l'observance des soins prescrits.

Les personnes les plus démunies reportent toutes leurs préoccupations de santé en deuxième ligne, après les multiples déplacements visant à répondre à leurs besoins fondamentaux (recherche alimentaire, de



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

sécurité, de mise à l'abri) et au nombre important de démarches administratives à effectuer. La prise en compte de ces contraintes « vitales » est nécessaire pour leur permettre d'accéder au bon endroit et au moment opportun aux services de santé dont elles ont besoin (un accès précoce à l'offre de soin la plus adaptée).

D'autant que la disponibilité des personnes est quasiment inexistante du fait de leur éloignement et de leur absence de savoir faire en matière d'usage et d'orientation dans un système de santé extrêmement complexe.

La barrière linguistique et la distance culturelle sont aussi sources d'obstacles dans la communication entre les professionnels et les usagers, et se révèlent à l'origine de bien des difficultés de prise en charge voire d'échec des projets de soins ou de prévention.

Ainsi, par manque de vigilance et d'adaptabilité, pour simplifier les démarches de soins, on assiste parfois à une dérive des dispositifs n'accueillant que les personnes les plus déterminées mais probablement pas celles les plus en détresse ou en situation de besoin.

La culture du travail interprofessionnel et une certaine forme de souplesse/disponibilité sont encore trop naissantes.

Le « aller-vers » est une notion, elle aussi, récente. Elle nécessite formation, rigueur dans la mise en œuvre et évaluation pour en améliorer l'usage.

OBJECTIFS ET METHODES

- 1- L'agence encouragera les initiatives de proximité et qui procèderont selon une démarche rigoureuse coordonnée et évaluée, permettant ensuite de transmettre un savoir-faire.
- 2- Elle soutiendra, reconnaîtra les nouvelles compétences en santé du milieu socio-sanitaire : travailleurs pairs, médiateurs sociaux... sachant que de tels acteurs ne se substituent en aucun cas aux intervenants légitimes sur le plan professionnel (soignants, travailleurs sociaux) mais qu'ils viennent renforcer par leur expertise, en terme de savoir expérientiel, l'action des équipes. Elle souhaite appuyer leurs interventions :
 - En renforçant par la formation, les compétences et les capacités d'orientation en santé des médiateurs sociaux définis comme tels, qu'ils soient salariés et bénévoles, et en incitant à préciser, avec « rigueur », leur rôle en santé.
 - En encourageant leur implication pour initier et conduire des actions hors les murs pouvant coupler la prévention, les dépistages, la reconnaissance des dispositifs sanitaires et sociaux, voire l'accompagnement vers ces dispositifs, ainsi que, quand le contexte le permet, l'éducation pour la santé.
 - En suivant l'expérimentation en cours sur les médiateurs de santé pairs en santé mentale, développé en partenariat entre le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY), l'Université Paris-8, le Ministère de la santé, trois agences régionales de santé et des établissements d'accueil. Sont concernés 10 médiateurs en Île de France, sur les établissements de santé Sainte-



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Anne (75), Perray-Vaucluse (75 et 91), Charcot (78), Hôpitaux de Saint-Maurice (94) et Les Murets (94).

- 3- L'Agence souhaite améliorer les moyens et la qualité de la communication dans les structures de soins et de prévention :
- Elle fera la promotion des travaux de recherche et des études permettant d'identifier et construire des solutions innovantes en réponse à la question de la barrière linguistique et culturelle (notamment par le travail interinstitutionnel de mutualisation). L'interprétariat reste extrêmement coûteux et incertain. Les solutions clef en main n'existent pas. Dans certains cas, l'obstacle linguistique a pu être levé grâce à des compétences spécifiques et culturelles de personnels soignants pour partie issus de la migration ou possédant une double culture. Il s'agit de repérer ces aptitudes et former les professionnels concernés pour leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires à l'interprétariat, à la médiation culturelle et par là de devenir des relais de médiation au sein de leurs structures de santé, notamment à l'hôpital (dans le cadre d'une démarche de valorisation de compétences). Elle souhaite pour cela rassembler les ressources régionales existantes et conduire une recherche- action sur la médiation transculturelle (2013-2014). Mais ce modèle n'est pas le seul. D'autres solutions doivent être imaginées.
 - Elle encouragera, par la formation, le développement des compétences spécifiques de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, bénévoles compris, en communication adaptée avec les personnes étrangères et/ou migrantes.
 - Elle incitera à la recherche d'une meilleure organisation entre les dispositifs d'interprétariat téléphonique permettant un meilleur usage et un tarif plus abordable (en particulier par le biais de plates-formes téléphoniques régionales) et/ ou par l'utilisation des nouvelles technologies.
 - Elle favorisera la création et la diffusion de supports et d'outils de communications dans les domaines du droit, de la prévention et des soins. Il s'agit notamment de prendre mieux appui sur les supports écrits multilingues qui peuvent déjà exister dans le domaine de la tuberculose, ainsi que sur les livrets de santé bilingues, disponibles en 23 langues et gratuitement auprès de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il s'agit aussi d'inciter à la co-construction d'outils de communication en lien avec les publics visés : pictogrammes, signalétique...
 - Elle interviendra pour rappeler l'existence de barrières autres que linguistique (les déficits sensoriels, l'illettrisme...) qui méritent un traitement équivalent.
- 4- Elle poursuivra son soutien aux dispositifs qui traduisent les modalités pratiques de la notion de « aller-vers » comme les équipes mobiles psychiatrie précarité ou les permanences d'accueil et d'orientation en santé dans lieux d'accueil de jour... Le succès des permanences délocalisées de CPAM mériterait de servir d'exemple.
- 5- Elle animera une réflexion en co-pilotage avec les acteurs de l'hébergement et de la cohésion sociale pour que les personnes vivant dans les structures d'hébergement puissent disposer d'un accompagnement en matière de santé se rapprochant au mieux de la notion de parcours de santé (en CHRS, CADA, hôtel).



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- 6- Elle conseillera d'investir les ateliers sociolinguistiques qui représentent un espace pertinent pour promouvoir la santé dans ses différentes dimensions (parcours de soins, prévention, dépistage...)
- 7- Elle organisera régulièrement des journées d'échange de pratiques sur cette notion de « aller-vers ».

Axe 1.3 Offrir la possibilité aux personnes démunies de devenir actrices de leur santé et de faire un meilleur usage du système de santé (« empowerment »)

CONSTATS

Les personnes démunies ont un recours plus tardif aux soins et sont moins réceptives aux messages de prévention. Il leur est plus difficile de se diriger dans le parcours de santé et elles en sont rarement actrices.

De leur côté, les dispositifs et établissements de santé n'intègrent pas cette dimension de « l'empowerment », de mise en capacité de la personne à co construire son parcours de santé.

L'urgence ou l'utilitarisme favorise la passivité des personnes au détriment de leur capacité d'initiative et de responsabilisation.

Un certain nombre d'expériences autour de l'éducation pour la santé ont pourtant démontré leur efficacité et méritent d'être diffusées.

Dans plusieurs domaines, la notion de pair, les comités d'usagers, les démarches participatives se sont également révélées pertinentes et diffusables.

Par ailleurs, les besoins non sanitaires ne sont généralement pas pris en compte dans les programmes de santé, nuisant ainsi à leur réappropriation. Un obstacle supplémentaire à cet « empowerment », à ne pas négliger.

Enfin l'organisation des hébergements sociaux, en particulier ceux de l'urgence sociale, impose aux personnes des déménagements itératifs. Dans ces conditions, il est impossible de construire un accès aux soins et à la santé stable. Seul le partenariat est susceptible d'apaiser ces parcours erratiques, permettant une scolarisation des enfants et une vie sociale compatibles avec l'ambition sanitaire.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

La question de « l'empowerment » se retrouve à chaque étape du parcours de santé.

Dans la continuité du point précédent, l'agence favorisera les actions impliquant les bénéficiaires dans la décision, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions les concernant.

- Elle soutiendra et encouragera les projets qui s'assurent de la participation active des personnes démunies (en matière d'offre de soins et de santé publique) ainsi que les démarches en santé communautaires. Par exemple, la loi de 2002 a institué, au sein de chaque établissement social et médicosocial, une instance consultative où sont élus des représentants des salariés et des personnes accueillies. Ces Conseils de la vie sociale (CVS) seront à associer autant que possible. Sinon d'autres formes de participation des usagers devront être recherchées.
- Elle soutiendra la formation et l'accompagnement des opérateurs sur les questions méthodes et sur les outils permettant de faciliter la participation du public (par exemple en prenant appui sur le dispositif d'accompagnement mis en place au sein du Pôle Régional de Compétences en éducation pour la santé).

Axe 1.4 Porter une attention particulière à la question des coûts et de la solvabilité

CONSTATS

Par définition, le paiement direct est une barrière souvent infranchissable pour un usage normal du système de santé.

En dehors de la précarité, et à fortiori dans ce contexte, les problèmes de coûts, de dépassements d'honoraires, d'inadaptation de la nomenclature pour les prothèses, pour les lunettes, entraînent des renoncements ou des reports de soins qui se traduiront par des dépenses secondaires bien plus importantes pour la communauté, à pathologie et à prise en charge adaptée équivalentes.

Par ailleurs les établissements de santé constatent des impayés importants qui pourraient être le plus souvent résolus en sollicitant le payeur légitime (CMU-C, AME, tiers payant, mutuelles...).

La méconnaissance des différents dispositifs d'exonérations du ticket modérateur ou de prise en charge sans coût direct pour le patient perdure (comme pour les examens prénataux avant le diagnostic de grossesse ou de scanner pour la confirmation d'un diagnostic de tuberculose...)

Les coûts d'achat de médicaments en dehors de la mise en place d'un système de tiers payant restent réhibitoires.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Dans la médecine pénitentiaire, lors de la levée d'écrou, les personnes ont les plus grandes difficultés à faire valoir leurs droits sociaux en dehors du département de détention si ce n'est pas celui de leur domicile de secours...

Il n'est pas illusoire de penser qu'un certain nombre de pertes de chance pour les patients démunis trouvent leurs origines dans ces questions de charge financière et de paiement direct.

A ce propos, les travaux conduits par les organismes d'assurance maladie ne peuvent que contribuer sur le sujet.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence encouragera, autant que possible, l'organisation et la formalisation du recouvrement des coûts auprès des organismes dont c'est la responsabilité (payeurs légitimes), en conseillant la recherche des droits potentiels et l'instauration d'un tiers payant.

Différents exemples peuvent être cités, comme la généralisation des consultations sociales dès l'admission ; la meilleure exploitation des prises en charge financières spécifiques prévues par le législateur dans les domaines de la tuberculose ou de la grossesse ; l'organisation d'avances de trésorerie strictement encadrées pour permettre un accès rapide et adapté aux soins en particulier pour les réfugiés statutaires...

- Elle accompagnera une réflexion au sein des établissements pour que soient développées les procédures d'anticipation, en prenant par exemple appui sur le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé).
- Elle accompagnera les acteurs ambulatoires dans la mise en place de dispositifs de dispensation de médicaments et de réalisation d'examens complémentaires ambulatoires qui ne sollicitent pas directement et de façon induite le patient démuné.
- Elle veillera à ce que les établissements de santé forment, sensibilisent, les personnes en charge du recouvrement, aux procédures d'exonération et de tiers payant automatique.
- Elle engagera à faciliter l'accès aux bilans de santé de l'assurance maladie montrant des pistes possibles à investir à bon escient (soins conservateurs bucco-dentaires...)
- Elle invitera à définir et mettre en place des protocoles et des référentiels qui - en tenant compte du pronostic médical - garantissent les bonnes pratiques et le bon usage des dispositifs en fonction du recouvrement financier.
- A contrario, elle incitera à s'assurer de la bonne identification des personnes démunies devant bénéficier de dispositifs adaptés pour éviter une dérive injustifiée sur le plan financier.



Axe 1.5 Inscrire le soin dans un contexte social prenant en compte l'avant et l'après de l'épisode pathologique

CONSTATS

Le fait de toujours venir en urgence ou en situation de crise ne permet pas aux professionnels d'identifier correctement les facteurs liés au contexte. Or ces derniers peuvent changer profondément la stratégie thérapeutique, d'autant que les patients ont des ressources intrinsèques, peu exploitées.

Nombreux sont les exemples de traitements chirurgicaux où l'absence de mise en place de parcours de soins adapté fait perdre tout le bénéfice de l'intervention effectuée.

Certains impératifs sociaux - en particulier concernant les démarches administratives - imposent des arbitrages aux personnes concernées, souvent au détriment de leur santé. Des personnes étrangères, en situation administrative irrégulière et engagées dans des procédures de normalisation de leur séjour, privilégieront un RDV en préfecture ou un entretien d'embauche professionnelle. Une mère de famille isolée renoncera à une hospitalisation, pourtant indispensable sur le plan médical, par manque d'une solution alternative de garde pour ses enfants.

Le discours médical ne peut plus ignorer la réalité de la vie des personnes auxquelles il s'adresse.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence favorisera une meilleure collaboration/coordination interinstitutionnelle (centre de santé/hôpital/préfecture/mairie/CCAS), pour développer le dialogue interinstitutionnel, en particulier pour que les arbitrages concernant des questions administratives puissent se réaliser au bénéfice de la santé et des droits des personnes concernées. A titre expérimental, des conventions pourront être établies entre administrations et structures sanitaires.
- Elle encouragera l'échange d'informations autant que de besoin - dans le respect du secret professionnel - au bénéfice du meilleur choix sur le plan sanitaire :
 - En confirmant les staffs interprofessionnels et interinstitutionnels de décisions stratégiques sur des situations individuelles (à l'exemple des staffs de parentalité en maternité).
 - En accompagnant la réactualisation – au travers des CLS notamment - des outils favorisant le dialogue et le travail interprofessionnel au profit des usagers (conseil local de santé mentale, atelier santé ville (ASV), réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficulté (RESAD)...)
- D'une façon plus large, elle encouragera les fonctions de coordination et d'animation intra et inter équipes.



3.2 - Mieux adapter le fonctionnement des dispositifs de sante pour mieux accueillir et prendre en charge les populations démunies

Il s'agit ici de réduire les inégalités d'accès à la santé touchant les publics démunis et d'empêcher que les services de droit commun n'aggravent à leur niveau la précarité et l'exclusion (en développant une réflexion, des outils, des procédures...)

Axe 2.1 Déployer, rendre plus accessibles et plus lisibles les prestations de santé et de soins du droit commun.

CONSTATS

Les recours aux soins sont généralement tardifs pour les personnes démunies, puis les parcours de soins et l'observance des traitements souvent émaillés de ruptures.

Ceci est d'autant plus vrai qu'on assiste aujourd'hui à une sérieuse décroissance de la démographie des professionnels de la prévention et du soin sur la région, avec une forte inégalité de répartition de l'offre de soins.

Dans certains territoires, les professionnels de soins de proximité n'existent déjà plus ou commencent à manquer.

Dans d'autres, l'accessibilité financière se heurte au développement important de l'exercice en secteur 2 au détriment du secteur 1. Et les dépassements d'honoraires, qu'on sait être importants, sont rarement compatibles avec les ressources des patients démunis.

Les permanences d'accueil de proximité mises en place par les CPAM sur les territoires sont elles aussi en voie de disparition alors qu'elles permettaient de faciliter l'accès aux droits. Cette perte met en difficulté de nombreux opérateurs des champs sanitaire ou social.

À un autre niveau, les plages horaires d'ouverture des structures se révèlent souvent peu compatibles avec les modes de vie des personnes en situation précaire, accentuant le mésusage des services d'accueil et d'urgence.

Tous ces éléments aggravent le renoncement aux soins et expliquent en partie l'exclusion provoquée par le système de santé. Leur prise en compte devient un préalable aux actions de prévention et de dépistage.

Par ailleurs, toute nouvelle occasion de soins ou de prise en charge doit constituer une chance de rattrapage en termes de prévention médicalisée (vaccinations, dépistage...). Il faut savoir saisir avec justesse l'opportunité d'une demande de soin quelle qu'elle soit pour réinscrire les personnes dans des actions de prévention et de soins, en se préoccupant de la continuité de la prise en charge.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Enfin, pour beaucoup de personnes démunies, l'hôpital reste la porte d'entrée. C'est l'institution soignante de référence. Mais se pose ensuite la question de l'orientation adaptée et des moyens pour y parvenir (y compris éventuellement d'accompagnement). Les expériences de travail social montrent combien l'accompagnement physique d'un lieu à l'autre (vers un accueil de jour...) est important.

OBJECTIFS ET METHODES

Que ce soit en médecine ambulatoire, en direction des établissements hospitaliers, ou dans le secteur médico-social, l'agence mènera une politique active pour tenter de remédier aux difficultés rencontrées par les populations démunies pour recevoir des soins et pour bénéficier des mesures de prévention, une politique d'autant plus importante qu'elle s'inscrit dans cette période de précarisation massive.

Des adaptations structurelles, des changements de mentalités et de pratiques professionnelles, des nouvelles manières de penser l'offre de soins sont nécessaires pour intégrer la dimension sociale des personnes qui se présentent, s'assurer de la continuité des soins des malades qui sortent, s'associer dans des réseaux de soins, s'ouvrir sur l'environnement, accepter d'être évalué et remis en cause, devenir acteur et partenaire de santé publique.

Les approches proposées ici ne sont pas spécifiques au PRAPS. Elles sont ouvertes à toutes les personnes malades et aucunement réservées à celles considérées comme démunies. Elles rentrent dans le cadre plus général de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé menée par l'agence. Mais elles concernent aussi les publics démunis et exclus.

Dans le texte suivant, la thématique de la prévention ne sera pas individualisée mais abordée en transversal.

D'une façon générale

Il n'est pas inutile de rappeler, en préalable, que l'intervention doit porter prioritairement sur les facteurs d'aggravation des inégalités de santé susceptibles de produire de la précarité voire de l'exclusion.

Mais de façon plus précise pour l'agence, en ce qui concerne les prestations de santé du droit commun à destination des publics démunis :



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle incitera aux actions de déploiement, d'accessibilité, d'accompagnement vers les services existants.
- Elle favorisera la protection et la valorisation de la place et du rôle des assistants sociaux dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et dans les unités sanitaires des établissements pénitenciers, afin de favoriser l'accès aux droits et la réalisation d'évaluations sociales de qualité.
- Elle encouragera la mise en place et le maintien de dispositifs de permanence d'accès aux droits et aux soins au sein des structures de santé collectives.
- Elle agira prioritairement sur les territoires identifiés IDH2 en partenariat avec les collectivités territoriales.
- Elle encouragera le maintien et le renfort des outils de droit commun quand ils existent comme les bilans de santé, les accueils en centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les accueils ouverts simples, les techniques de prévention adaptée... et à défaut la mise en place des dispositifs équivalents permettant d'accueillir les patients démunis comme tout un chacun au minimum.
- Elle soutiendra l'intégration et l'association des représentants des usagers dans les instances décisionnelles des structures de santé.
- Elle s'assurera de l'existence d'articulations et de coopérations entre dispositifs et entre professionnels permettant de garantir une continuité d'accompagnement et une cohérence dans le parcours de vie.

Objectifs opérationnels pour le secteur ambulatoire :

- L'agence encouragera les services de proximité et les actions hors les murs.
- Elle veillera à développer, en ciblant les zones de sous-dépistage et les lieux de vie des personnes démunies, les actions d'amont et d'aval permettant de lutter contre les difficultés d'accès et de recours :
 - aux dépistages organisés des cancers et des maladies chroniques (HTA, diabète, VIH, Hépatites...),
 - à la lutte contre la tuberculose.
 - à la vaccination (tuberculose, rougeole, coqueluche),
- Elle encouragera le développement de prestations de prévention dans les structures de santé de proximité.
- Elle soutiendra les actions de prévention secondaire ou tertiaire dans les lieux de vie tels que prison et/ou structures d'hébergement/logement (CHRS, foyers, accueils de jour).
- Elle appuiera les programmes d'éducation thérapeutique dans les structures d'exercice collectif, en prenant en compte l'impossibilité qu'ont aujourd'hui les personnes disposant de l'AME de pouvoir y accéder pour des questions administratives de codification d'actes remboursés par l'assurance maladie.
- Elle veillera à la progression des connaissances des publics sur l'observance thérapeutique, basées sur leurs conditions de vie.
- Elle encouragera le développement des bilans de santé dans les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie spécialement auprès des personnes démunies, en particulier des personnes primo-arrivantes. Elle incitera au redéploiement, voire à la création d'antennes de tels centres dans les territoires défavorisés, difficiles d'accès. Elle suivra l'expérimentation en cours des bilans de santé proposés aux personnes disposant de l'aide médicale d'état (AME).
- Elle inscrira dans les CPOM des établissements l'adaptation progressive des plages horaires des consultations sanitaires et sociales adaptées aux besoins des publics démunis (jeunes en errance...)



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle favorisera les mises en lien entre les acteurs de l'hébergement et les professionnels de santé intervenants au domicile (SSIAD, HAD, SAVS et SAMSAH, certains réseaux de santé déjà très impliqués et avec parfois des moyens spécifiques) pour « construire ensemble » comment améliorer la prise en charge de santé de proximité dans les dispositifs d'hébergements et de logements.
- Elle soutiendra l'organisation de permanences de professionnels de santé des structures de santé de proximité dans les lieux d'accueil de jour des personnes très démunies afin de renforcer les liens fonctionnels entre intervenants du sanitaire et du social.
- Elle étendra l'intervention de coursiers sanitaires et sociaux (personnes qui se déplacent à la demande et agissent comme interface avec le système socio-sanitaire en cas de situations socialement complexes afin d'éviter une dérive vers la précarité), dont la pertinence du modèle a été démontrée pour soulager les opérateurs de premier recours, en particulier les médecins généralistes.

Objectifs opérationnels médico-sociaux :

- L'agence interviendra pour permettre l'accès des personnes dépendantes prématurément (« les jeunes déjà vieux ») et sans abri aux établissements normalement destinés aux personnes âgées ou handicapées.
- Elle appuiera la création, en fonction des besoins et des ressources existantes, de services et de structures adaptés aux besoins au sein des territoires.
- Elle veillera à la bonne prise en compte des questions de la précarité dans les projets d'établissements de toute structure médicosociale et dans les outils habituels d'évaluation et de contractualisation (CPOM, appels à projet ...).

Objectifs opérationnels hospitaliers :

- L'agence soutiendra le travail des équipes de liaisons en lien avec les services d'urgences et les structures d'accueil en ville.
- Elle encouragera le développement de solutions d'aval lors des sorties d'hospitalisation pour les publics les plus démunis, notamment pour réduire la durée moyenne de séjour. Elle incitera à la formalisation de liens entre le sanitaire et le social, voire à la création de dispositifs adaptés.
- Elle veillera, à travers les CPOM, à la bonne prise en compte de la précarité dans les projets d'établissement.
- Elle incitera au développement des liens avec les PASS existantes.
- Elle encouragera les actions d'accompagnement physique jusqu'à l'endroit où la personne peut se débrouiller ou être prise en charge par d'autres (agents de liaison associatifs...)



Axe 2.2 Favoriser et formaliser la pluridisciplinarité dans les « démarches de santé de proximité »

CONSTATS

Face aux situations sociales souvent inextricables, à la multiplicité des pathologies, à l'importance des troubles psychologiques... apparaît la nécessité d'appréhender les besoins des personnes les plus démunies et exclues par des approches croisées médicales, sociales et psychologiques. Or ces démarches sont encore peu développées.

OBJECTIFS ET METHODES

Étant donné la diversité des situations, chaque territoire doit pouvoir trouver les modalités propres de mise en œuvre des propositions suivantes.

- L'agence favorisera le développement et la formalisation au sein des structures sanitaires ou médico-sociales d'actions pluridisciplinaires et pluri-professionnelles.
- Elle viendra en appui aux équipes mobiles de première intention pour les aider à bien repérer les besoins de santé des personnes rencontrées et effectuer les orientations nécessaires (formation, mise en lien, guide...)
- Elle soutiendra les démarches associant différents dispositifs entre eux (vaccinations, CIDAG...) Cependant l'instauration à proprement parler d'équipes mobiles pluridisciplinaires socio-sanitaires articulant la prévention, les dépistages, l'accès aux soins et leur continuité, le social et le médico-social reste en discussion.
- Elle énoncera des recommandations, en lien avec les partenaires, afin de :
 - simplifier, coordonner voir unifier les guichets multiples et les adapter aux besoins et aux ressources de chaque territoire ;
 - offrir dans les structures de médecine générale des accueils de travailleur social et de psychologue ;
 - veiller à ce qu'une prise en charge globale soit systématiquement effectuée (santé bucco-dentaire, vision, état des pieds, recherche de souffrance psychique) dans les lieux de vie (dont les prisons, foyers, camps « Roms ») et de soins ;
 - formaliser et diffuser les bonnes pratiques partagées ;
 - formaliser les liens interinstitutionnels ;
 - formaliser, voire réactualiser, les instances de rencontre entre professionnels et de concertation locale : Ateliers Santé Ville, réseaux, groupes de travail locaux, Conseil Local de Santé Mentale, Commission Ville-Hôpital, Réunions d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD)...



Axe 2.3 Optimiser l'efficacité des dispositifs spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement vers la prévention et vers les soins de droit commun.

D'une façon générale les articulations restent très floues, non seulement d'un dispositif spécialisé à l'autre, mais aussi avec les structures de droit commun.

Les dispositifs spécialisés n'interviennent pas non plus sur toute l'étendue de leur champ de compétences. Le PRAPS a pour vocation de les mettre en lien et de les coordonner avec les ressources existantes afin de mieux organiser leur fonctionnement passerelle vers le droit commun.

3.2.3.1. Les soins résidentiels

CONSTATS

Au cours d'une maladie, il est souvent nécessaire de pouvoir disposer d'un « toit » et de « soins à domicile ». Des structures de soins résidentiels ont ainsi été créées permettant de fournir durant le temps nécessaire le toit et les soins médicaux et paramédicaux normalement dispensés à domicile, pour éviter ainsi une rupture dans la continuité des soins et une aggravation de l'état de santé.

- **Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS)** ont été créés dans la continuité des lits infirmiers, installés en 1993 à titre expérimental. Il s'agit de structures médico-sociales chargées d'offrir une prise en charge sanitaire et sociale adaptée aux personnes sans domicile dont l'état de santé, sans nécessiter une hospitalisation, n'est pas compatible avec la vie à la rue. La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois.
- **Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)**, appartements collectifs ou individuels disséminés dans l'habitat urbain, ont été mis en place initialement pour permettre la prise en charge des personnes touchées par le VIH Sida et sont accessibles aujourd'hui aux personnes souffrant de pathologies chroniques.
- **Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)** interviennent en relais des LHSS. L'objectif est de permettre aux personnes atteintes de pathologies chroniques lourdes, mais sans domicile et sans possibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, de recevoir les soins médicaux et paramédicaux nécessaires. Une expérimentation a démarré en 2009 de 45 lits pour une durée de trois ans, sur trois sites en France, dont l'Île-de-France (avec 24 lits, en pris en charge par le Samu Social de Paris).



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

L'Ile-de-France dispose de : **385** lits halte soins santé, répartis dans 7 structures
24 lits d'accueil médicalisé, gérés par une seule structure
687 places installées en ACT au 1^{er} juin 2012, réparties dans 33 structures

Le détail de la répartition des Lits halte soins santé est fourni en annexe.

L'analyse montre que ces structures s'écartent de leur objectif initial et deviennent insidieusement des alternatives - indues - à l'hospitalisation.

Dans les LHSS se retrouvent un grand nombre de personnes souffrant de pathologies qui devraient relever d'une hospitalisation spécialisée de court séjour, de soins de suite ou de structures médico-sociales.

La durée moyenne de séjour en LHSS au Samu social de Paris est passée à 69 nuitées en 2010 alors qu'elle était de 45 en 2008.

Plus d'une personne sur deux retourne à la rue à la fin de ses soins en lits halte soins santé. Moins de 10 % des usagers sortant sont orientés en hébergement stable.

En matière de fluidité des parcours, la coopération entre les institutions et les établissements sont très fortement sous-investies.

Les modalités d'admission aux LHSS (incompatibles avec la notion de handicap en fauteuil, de maladie psychiatrique... car les soins sont essentiellement infirmiers plutôt que médicaux) font que les malades les plus graves et les plus dépendants se retrouvent paradoxalement de plus en plus dans les structures d'hébergement sans soin, ou à la rue.

Les Lits d'Accueil Médicalisé, créés pour répondre à ces insuffisances, sont des structures expérimentales en cours d'évaluation.

Les modalités d'admission et de sortie des ACT se font sans lien solide avec le dispositif social et sanitaire spécifique (lorsque le processus thérapeutique est consolidé, la place peut être bloquée par la recherche d'un logement pérenne).

Au final, l'offre de soins des dispositifs spécifiques manque de cohérence et n'a pas encore de stratégie d'intégration régionale suffisamment opérationnelle.

Le dimensionnement de cette offre spécifique pousse à conduire une réflexion sur les dispositifs de droit commun et les coopérations interinstitutionnelles. Il ne se résume pas à une unique question de moyens.

Au bout du compte, les multiples contraintes et l'absence de concertation interinstitutionnelle ou interprofessionnelle, formalisées et permettant l'anticipation, aboutissent à un résultat qui peut paraître aberrant : de plus en plus de personnes parmi les plus dépendantes et les plus malades se retrouvent à la rue.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

Le volet PDS du SROMS a déjà identifié des pistes d'amélioration de ces soins résidentiels, en termes de structuration et de développement de l'offre, notamment pour les départements qui en ont le plus besoin (75, 93) et couvrir les territoires non pourvus (91, 78, 95). Cette réflexion devra s'appuyer sur les autres schémas du PRS, notamment le volet établissement de santé du SROS (soins de suite et de réadaptation, médecine ...) et l'ensemble du SROMS.

Un travail sur les bonnes pratiques au sein des établissements est aussi prévu. Il prendra appui sur les résultats prochains de l'évaluation nationale. Mais il dépendra aussi de la programmation nationale, dont l'arrêt est prévu fin 2012, et de la possibilité de mesures nouvelles.

Par ailleurs, l'agence souhaite lancer une réflexion avec l'ensemble des acteurs concernés pour travailler davantage ce qui relève de l'amont ou de l'aval :

- L'orientation (à double sens : vers les LHSS, et des LHSS vers les dispositifs d'hébergement) posant la question de l'appréhension des éventuels besoins de santé des personnes très démunies par les acteurs de l'hébergement, en particulier les SIAO
- L'accompagnement de la continuité des soins après la sortie des ACT et LHSS pour éviter les effets de rupture.

3.2.3.2. Les Equipes Mobiles Psychiatrie et précarité

CONSTATS

C'est plus largement la question de la santé mentale dans le champ de la PRECARITE/EXCLUSION qu'il convient d'analyser en abordant celle des équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP).

Les professionnels du soin (MG), mais plus encore les travailleurs sociaux, sont en difficulté devant des situations non pas tant de maladie mentale (adressés aux secteurs psy) que de souffrance psychique mal identifiée – alors même que les personnes concernées ne sont pas demandeuses... - et en ressentent un vif mal-être.

L'enquête SAMENTA (la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France, Rapport final – Janvier 2010) a montré la très forte prévalence de troubles psychiques et d'addictions au sein des populations démunies.

La discussion théorique est sans fin pour déterminer les causalités respectives (est-on « fou » parce qu'on est à la rue, ou est-on à la rue parce qu'on est « fou » ?). Divers concepts émergent pour tenter de rendre plus lisible et d'approche plus simple cette réalité et ses tenants : notion de mal-être, de souffrance sociale, de troubles du comportement, avec parfois une lecture purement liée à l'ordre public.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Le système de droit commun public est dans une difficulté extrême pour trouver des réponses stables et coordonnées devant de telles complexités (toxicomanie, violence, trouble identitaire, présence d'animaux de compagnie...). Cette difficulté tient sûrement à des moyens inadaptés mais aussi semble-t-il à une organisation à améliorer.

Il existe par ailleurs une certaine psychiatrisation de l'exclusion, et, dans le même temps, un certain déni ou une impossibilité à reconnaître la dimension psychiatrique de diverses situations de précarité.

L'interprétation d'événements, telles que les refus de soin, la violence, les addictions, la fuite, l'abandon de soi, est imperméable aux approches simplifiées, toutes faites. Les structures spécifiques n'ont qu'une fonction partielle ou d'appoint. L'enjeu se révèle fortement interdisciplinaire voire sociétal.

A un autre niveau, la « maladie psychiatrique » est souvent une maladie de long terme, avec des épisodes aigus nécessitant une prise en charge adaptée. Or, dans le système actuel, la réponse la plus courante reste celle de la crise.

Enfin, outre la vulnérabilité sociale, d'autres vulnérabilités sont générées par l'exil, les traumatismes de guerre, la confrontation culturelle.

Cinq permanences d'accès à la santé et aux soins (PASS) psychiatriques – dont la vocation est l'accès aux soins somatiques - et une vingtaine d'équipes mobiles précarité spécialisées en psychiatrie (EMPP) ont été mises en place ces dernières années.

Concernant les Equipes Mobiles Psychiatrie et précarité (EMPP)

Dans un certain nombre de secteurs psychiatriques, des équipes mobiles psychiatrie-précarité ont vu le jour, permettant de créer une articulation avec les dispositifs sociaux d'hébergement et d'insertion.

Une coordination régionale a été mise en place dans ce sens. Elle vise à harmoniser les pratiques et à garantir qu'il convient bien d'un dispositif d'accès au droit commun et non d'une activité de soin isolée du secteur.

Les équipes mobiles psychiatrie/précarité n'ont d'efficacité que par le « aller-vers », la facilitation de l'entrée dans le dispositif de droit commun et l'apport d'une expertise dans un cadre pluridisciplinaire. Le rôle principal de ces équipes est moins d'être dans le soin que d'être initiateur et animateur de liens interinstitutionnels. Elles ne peuvent en aucun cas se substituer à l'ensemble des interventions du secteur psychiatrique (clinique, hébergement, addictions...).

La coordination a également pour mission de mobiliser l'ensemble des secteurs de psychiatrie, au bénéfice des personnes démunies ou exclues, pour renforcer la continuité des prises en charge et s'associer au travail d'insertion et d'accompagnement social quand il existe.

Il apparaît, néanmoins, toujours d'actualité de mieux organiser la prise en charge sociale des personnes défavorisées au moment de leur entrée dans les soins psychiatriques.

La liste des équipes EMPP présentes est détaillée en annexe.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

Le volet établissements de santé du SROS pour la thématique psychiatrique, s'est attaché à décliner un certain nombre de mesures propres à la prise en charge de la précarité dans la filière santé mentale, face à l'importance de troubles mentaux chez les personnes en situation d'exclusion et au désarroi souvent fréquent des acteurs sociaux et sanitaires.

Pour mémoire, de façon opérationnelle :

- L'agence incitera au renforcement du travail partenarial auprès de chaque personne comme dans chaque territoire.
- Elle veillera à la construction d'une culture et une compréhension commune sur la maladie et de la souffrance psychiatrique, en s'appuyant notamment sur les Conseils Locaux de Santé Mentale.
- Elle inscrira les questions liées à la précarité en lien avec la souffrance psychique dans les CPOM et les projets d'établissements.
- Elle insistera pour que soit mis à disposition au sein de chaque secteur psychiatrique un référent thématique précarité et insertion.
- Elle encouragera la construction d'outils de la continuité et du suivi pour chaque patient dans les différentes étapes de sa vie (changement de domiciliation, de statut...)
- Elle encouragera la formalisation et la généralisation, au-delà de l'intervention des EMPP, des déplacements de professionnels de santé dans ou auprès des lieux de vie pour faciliter l'accès aux soins.
- Elle favorisera la réflexion collective sur le respect des étapes vitales, des moments d'attente ou de latence ou de distance des personnes, et sur la recherche des meilleures modalités d'intervention et de participation des personnes concernées.
- Elle incitera à l'identification au sein de chaque territoire, des populations les plus fragiles nécessitant la mise en œuvre de dispositifs adaptés : jeunes en errance, personnes âgées démunies, femmes isolées et à la rue avec ou sans enfant, populations migrantes.
- Elle s'assurera que la réponse à la souffrance psychiatrique peut être graduée et variée, c'est-à-dire exercée soit par des spécialistes, soit par d'autres professionnels, selon le moment et le lieu, à partir du moment où le dispositif est cohérent.
- Elle encouragera au développement de montages alternatifs et complémentaires permettant des interventions dans les lieux de vie (« aller-vers ») : réseaux de santé ou équipes d'intervention pluridisciplinaires...
- Elle encouragera le développement de la formation continue et les formations pluridisciplinaires, leviers majeurs de réponse aux enjeux aussi complexes que ceux de la psychiatrie/précarité.
- Elle favorisera la création et la diffusion d'un répertoire des ressources existantes
- Elle confirmera la coordination au plan régional de l'action des EMPP et des PASS-Psy
- Elle renforcera en cas de nécessité les équipes mobiles en moyens humains
- Elle suivra et participera au bilan de l'expérimentation « Un chez soi d'abord »¹.
- Elle s'assurera que tous les secteurs psychiatriques disposent d'un dispositif passerelle équivalent au moins aux EMPP
- Elle veillera à la construction d'articulations sur le long terme avec les comités locaux de santé mentale.

¹ Arrêté du 2 mai 2012 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales « Un chez soi d'abord » en faveur de personnes en situation de précarité sur le site de Paris



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle encouragera la formalisation d'organisations entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux d'une part les dispositifs psychiatriques de l'autre (concernant aussi bien l'addiction que les pathologies somatiques).

Enfin, en direction des structures d'hébergement et d'insertion, elle émettra des préconisations pour éviter la stigmatisation d'un passé psychiatrique et permettre la prise en charge ambulatoire (à partir du moment où la personne dispose d'un toit et d'un projet de vie accompagné).

3.2.3.3. **Les PASS**

Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) offrent un autre point fort d'articulation entre deux instruments de la politique régionale de santé en faveur des personnes démunies, le PRAPS et le SROS. Ce sont des cellules de prises en charge médicale et sociale au sein du système hospitalier, qui, à la fois, fournissent une réponse directe aux patients en difficulté d'accès aux soins (hors hospitalisation), en mettant à disposition un certain nombre de prestations, mais aussi cherchent à faciliter pour ces personnes l'accès aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social sur les territoires. On distingue les PASS dites généralistes (pouvant associer des consultations de médecine et de spécialités au sein d'une même structure, de type polyclinique, ou au sein d'un même site hospitalier) et les PASS spécialisées (bucco-dentaire, psychiatrique...)

Une réflexion régionale se construit, en partenariat, dans le cadre des travaux préparatoires du PRAPS, à partir d'un pilotage transversal au sein de l'Agence.

Des crédits MIG-PASS sont alloués pour ces PASS aux établissements hospitaliers « MCO », c'est-à-dire exerçant par la médecine, la chirurgie et l'obstétrique - sauf pour les PASS psychiatriques, actuellement au nombre de cinq, dont les financements sont intégrés dans la dotation annuelle des établissements. 28 MIG/Pass ont été attribuées en Ile de France en 2011, versées à 27 établissements hors AP-HP et à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-H), correspondant à une dotation de 9,3 millions d'euros (5,6 millions pour l'AP-HP et 3,7 millions pour des établissements hors AP-HP). Le taux de couverture est d'environ 35% des établissements publics et établissements de santé privés d'intérêt collectif hors AP-HP.

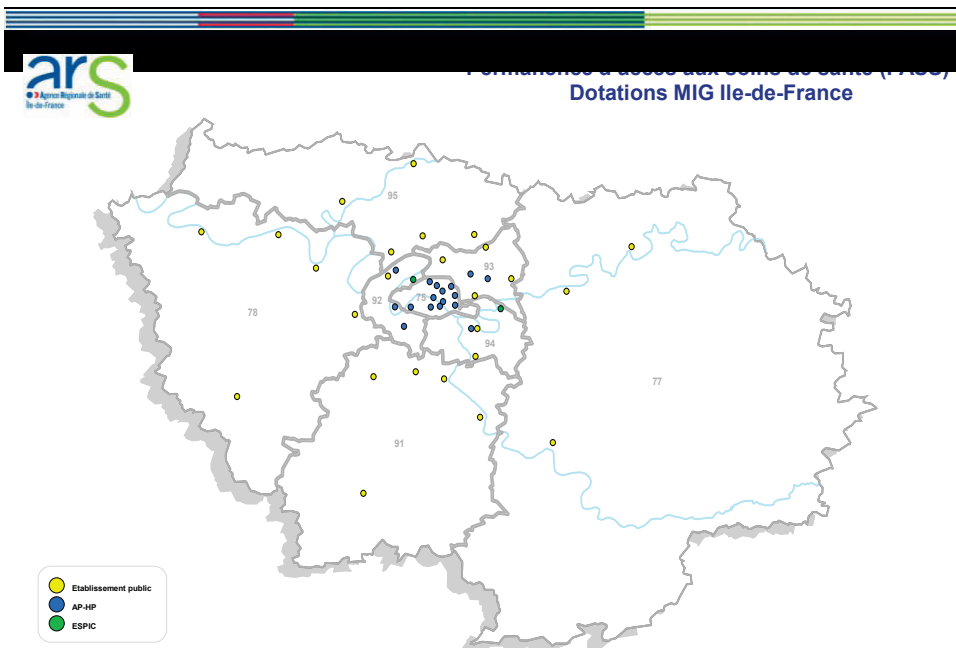
Au sein de l'AP-HP vingt sites sont concernés, soit 21 PASS généralistes et 7 PASS spécialisées opérationnelles ou en cours d'ouverture (PASS Psychiatriques, Bucco-dentaires et dermatologiques).

Ces 28 MIG PASS correspondent au quart des dotations MIG PASS en France (37 millions d'euros). Elles financent environ, toutes PASS confondues, une cinquantaine de dispositifs. Deux PASS bucco-dentaires sont actuellement opérationnelles.

La liste des PASS, en cours de recensement, est placée en annexe.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins



Source: Arbust Migac

© 2011 – DOSMS-ARS Ile-de-France tous droits réservés

CONSTATS

Un état des lieux est en cours de réalisation pour mieux préciser le nombre de PASS réellement fonctionnelles en Ile de France, leur nature (dédiée, transversale, spécialisée), leur file active, leur inscription partenariale, etc.

D'emblée apparaît la très forte hétérogénéité des formes et des fonctionnements des PASS présentes, avec souvent, semble-t-il, une inadéquation entre les financements et l'activité développée.

Certaines PASS en projet se mettent en place avec beaucoup de retard (à l'exemple de PASS bucco-dentaires).

A cela s'ajoute le manque important de lisibilité de ces structures, à la fois en interne au sein des hôpitaux (avec une ignorance récurrente de leur existence de la part des autres soignants), mais aussi en externe, dans les territoires. Les relations avec les partenaires sont souvent réduites.

Leur pertinence est parfois à réinterroger, notamment en cas d'absence de traducteur ou de non accès aux médicaments.

Il apparaît de plus en plus clairement le besoin de s'entendre collectivement sur ce que doit être le socle minimum commun aux différentes PASS franciliennes, et ce, dans un esprit de culture opérationnelle commune.

D'autant que les limites d'accès de certains patients au Fond des soins urgents et vitaux peuvent générer le transfert d'un certain nombre de frais de soins ambulatoires sur le dispositif PASS.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

La préoccupation de l'ARS est d'essayer de défendre au mieux ces structures, inscrites dans la loi et de les renforcer dans leur rôle de facilitation de l'accès aux soins de populations démunies.

Les PASS représentent avant tout une interface permettant d'inscrire les personnes dans un parcours de droit commun à court et à moyen terme.

Un espace de travail collaboratif régional existe depuis septembre 2011, animé par l'agence.

- L'agence s'assurera que les dispositifs de PASS correspondent bien à ce que préconise la loi. Pour cela, elle poursuivra le travail en cours d'élaboration concertée d'un référentiel minimal commun – un document opposable pour versement de la MIG PASS. Il s'agit de garantir la bonne adéquation entre l'activité développée et les financements perçus.
- Elle préconisera un système de recueil d'informations en lien avec le niveau national.
- Elle conduira, à partir des résultats de l'état des lieux en cours, une réflexion régionale sur les besoins en implantation de PASS (en tenant compte des indicateurs de précarité par bassin de santé et de l'activité des services d'urgence...)
- Elle veillera et contribuera à renforcer la lisibilité des PASS: répertoire, guide des PASS, cartographie, logo d'identification ...
- Elle œuvrera à l'amélioration des modalités de fonctionnement des dispositifs en place : meilleure ouverture sur la ville, inscription renforcée dans les réseaux d'amont et d'aval...
- Elle s'attachera à positionner les PASS comme lieu d'articulation avec la prévention et les soins spécialisés: maternité, bucco-dentaires, pédiatriques, ophtalmologistes, psychiatriques,...
- Elle valorisera les initiatives et les études existantes, ou à venir.

En ce qui concerne les PASS bucco-dentaires : elle continuera le suivi de la mise en œuvre des PASS financées en 2009 ; elle mettra en place un comité régional de coordination, d'évaluation et de suivi ; et elle soutiendra la création de PASS odontologiques en milieu psychiatrique en complément des PASS médicales existantes.

Les PASS Psychiatriques, financées en 2009, feront également l'objet de vigilance.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

3.2.3.4. Les Réseaux santé précarité / accès aux soins

Une dizaine de réseaux « précaritéaccès aux soins » existe en Ile de France. Ils sont situés essentiellement dans les départements des Hauts de Seine, de Seine et Marne, du Val de Marne et de Paris. Ils prennent en charge des patients qui présentent un état de vulnérabilité et des facteurs de risques multiples, rencontrant des difficultés d'accès aux soins

Une partie de ces réseaux s'intéressent aux populations spécifiques, notamment en difficulté avec les addictions. C'est le cas du réseau DAPSA, dont la mission est de favoriser l'accès aux soins des parents ayant des troubles psychiques et/ou somatiques, en lien avec une addiction, et en difficulté dans leur fonction parentale ; ou du réseau RAVMO dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge de personnes souffrant de problèmes d'addictions quelle qu'en soit la cause.

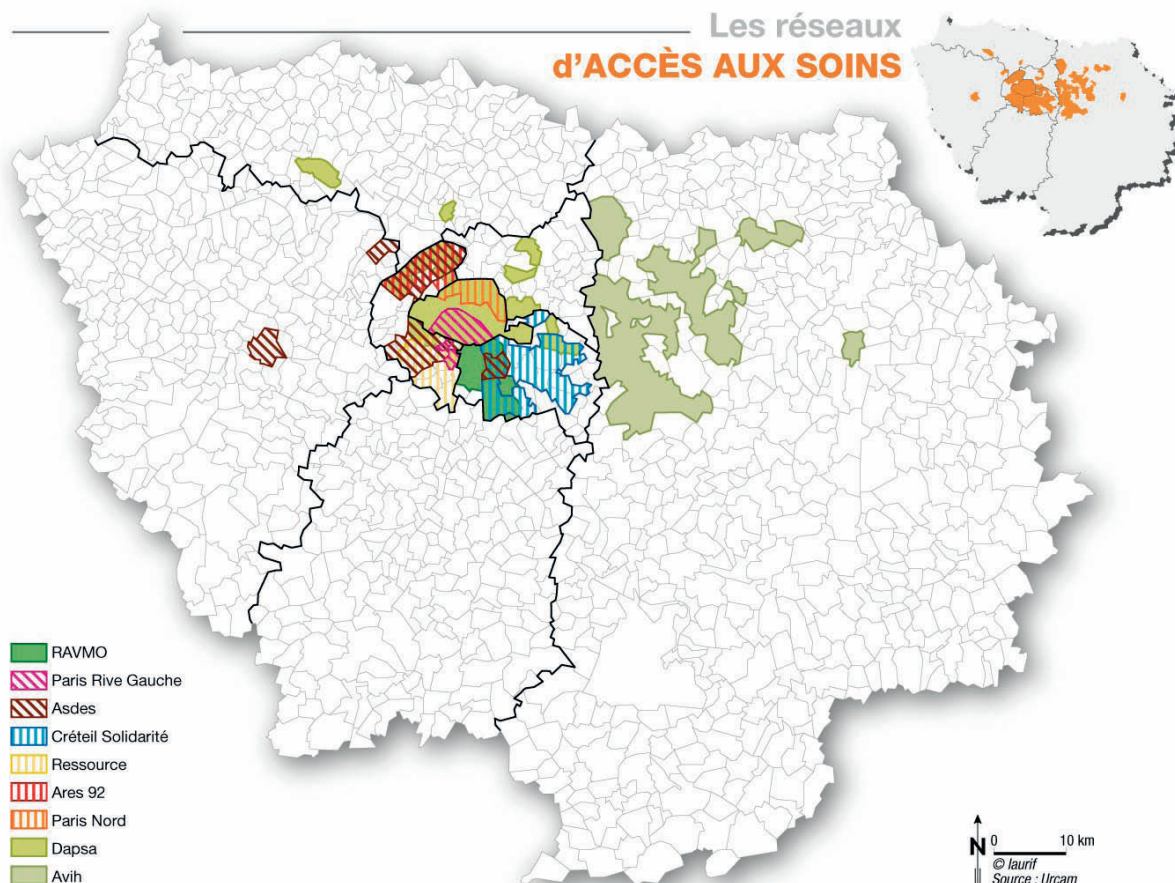
En fait, c'est l'ensemble des réseaux de santé présents en Ile de France qui peuvent être concernés par les questions de précarité, quel que soit leur champ d'intervention : périnatalité, gérontologie, maladies chroniques, santé mentale, soins palliatifs ou cancérologie. Au total, 81 réseaux existent, en complément des réseaux précaritéaccès aux soins. Ils présentent tous dans leur patientèle, un pourcentage plus ou moins important de personnes en vulnérabilité sociale.

Un équilibre est donc à trouver entre les réseaux précarité dont certains sont trop spécialisés dans leurs modalités d'action pour faciliter le retour au droit commun et les réseaux de santé thématiques parfois en difficulté devant les questions de précarité.

Citons, à ce titre, le réseau SOLIPAM, un réseau périnatalité, à vocation régionale, spécialisé dans la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés en situation de grande précarité.

Une meilleure couverture de la région est aussi à envisager.

La liste détaillée des réseaux actuellement identifiés santé précarité / accès aux soins est placée en annexe.



Cette carte, datée de 2010, est en cours de réactualisation, le réseau Paris Rive Gauche n'existant plus à ce jour.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence travaillera à valoriser les actions déjà mises en œuvre par les réseaux précarité/accès aux soins (dont des observatoires de la précarité), à travers notamment :
 - La conduite d'une évaluation du dispositif ;
 - Le soutien méthodologique à la publication d'articles ;
 - Le développement des démarches « qualité ».
- Elle instaurera un groupe de travail en lien avec la FEDERASIF pour progresser dans l'élaboration d'outils communs (référentiels, guides de bonnes pratiques, tableau de bord).
- Elle favorisera la mise en place de partenariats avec les organisations représentatives des professionnels de santé libéraux, en particulier les médecins traitants.
- Elle aidera à formaliser des liens au niveau régional avec, par exemple, les associations spécialisées dans l'hébergement des publics migrants.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle cherchera à mieux impliquer les réseaux actuels précarité/accès aux soins dans la démarche de développement professionnel continu des professionnels de santé., la plupart étant déjà enregistrés comme organismes de formation sur les questions de la précarité et de l'accès aux soins

3.2.3.4. La lutte contre la tuberculose auprès des populations démunies

CONSTAT

La grande précarité est l'un des facteurs de risque les plus certains en matière de tuberculose, voire de tuberculose résistante (habitats précaires et/ou surpeuplés...). Elle touche plus particulièrement les départements à forte concentration de populations vulnérables, au premier rang desquels apparaissent la Seine Saint-Denis et Paris.

La lutte contre la tuberculose est en phase de développement dans un contexte épidémiologique qui a vu au cours des années une incidence globalement diminuée mais une accentuation des disparités.

Parmi les spécificités propres aux populations démunies, se retrouvent des questions relatives à l'accès à la prévention (mobilisation des médecins traitants, des intervenants de première ligne, des relais locaux), au dépistage (populations en errance, mouvantes, en particulier celles vivant sur les campements ...), d'observance thérapeutique face à un traitement prolongé et lourd (quadrithérapie pendant six mois), et de suivi individuel.

La plupart des centres de lutte antituberculeuse (CLAT) en Ile de France – 13 structures réparties sur la région - ont développé une culture et un savoir faire d'intervention en milieu spécifique stable comme les foyers de travailleurs migrants ou les camps où vivent les populations Roms.

Mais quand la grande précarité s'accompagne d'une errance ou d'un parcours erratique, de nouveaux dispositifs de diagnostic ou de suivi thérapeutique doivent être développés. C'est ainsi qu'une équipe mobile de lutte contre la tuberculose (EMLT) a été créée pour la région, centrée dans un premier temps sur Paris et la petite couronne.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

En cohérence avec le dispositif régional de lutte contre la tuberculose, l'agence confirme son action pour :

- animer une réflexion spécifique sur la précarité dans le cadre du Comité de pilotage régional de lutte contre la tuberculose ;
- renforcer la formation des équipes des CLAT afin de conforter l'intervention auprès des publics démunis ;
- construire un partenariat d'intervention avec l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration ;
- développer le dépistage radio itinérant ciblé, soutenir la vaccination et le suivi par des équipes mobiles, notamment l'équipe mobile de lutte contre la tuberculose mise en place dans Paris et la petite couronne (EMLT) mais aussi par des actions hors les murs menées par les CLAT. Réaliser dans ce sens un état des besoins sur l'ensemble de la région ;
- élaborer et diffuser des outils de communication adaptés, après avoir conduit une réactualisation de l'état des lieux des outils disponibles en langues étrangères, bande dessinée... ;
- mettre en œuvre des actions ciblées en direction des publics Roms ;
- développer les partenariats locaux avec les acteurs sociaux ;
- mobiliser les collectivités territoriales particulièrement impactées par la tuberculose dans le cadre des Contrats Locaux de Santé.

3.2.3.5 CAARUD et CSAPA

CONSTATS

CAARUD et CSAPA ne sont pas spécifiquement dirigés vers les publics précaires mais peuvent permettre d'identifier les risques de chute vers la précarité.... L'enquête Samenta sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement en Île de France (Observatoire du Samu Social de Paris et INSERM) met clairement en évidence le lien entre addiction et précarité.

Cependant les personnes prises en charge dans les CAARUD et les CSAPA sont aussi souvent des personnes en situation de grande précarité.

Il existe actuellement 21 CAARUD franciliens.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence veillera à que ces dispositifs aient bien les moyens, en termes soit de partenariats formalisés soit de procédures propres, d'instruire de front les questions liées à la précarité, à l'insertion et à l'addiction (liens formalisés avec les services sociaux territoriaux, les structures d'insertion et d'hébergement, les SIAO, avec le secteur psychiatrique ...).

3.2.3.6 les consultations médicales destinées aux personnes démunies

CONSTATS

Quand il s'agit de consultations médicales classiques, le financement à l'acte existe.

Mais ici, la pluralité des problématiques des populations en difficulté pour accéder à la santé et aux soins justifie la mise en œuvre de dispositifs ou de dispositions spécifiques telles qu'un interprétariat, le soutien d'un travailleur social, un accompagnement psychologique, une prise en compte particulière d'un contexte ou d'un parcours de vie, la construction de la partie médicale d'un dossier de demande de droit d'asile...

D'autant plus qu'un certain nombre d'associations comme Parcours d'exil, Comede, Primo Lévi, Minkowska... sont souvent les premiers contacts médicaux et sanitaires pour un grand nombre de personnes.

Actuellement force est de constater que :

- Les réponses apportées aux publics cibles restent insuffisantes au regard des besoins quantitatifs et qualitatifs ;
- Les structures spécifiques peuvent être en difficulté pour passer les relais dans les dispositifs de droit commun, le moment venu ;
- Les dispositifs de droit commun méconnaissent les problématiques ou se sentent insuffisamment outillés pour répondre aux besoins ou se dédouanent sur ces structures spécifiques ;
- Les contraintes budgétaires actuelles renforcent la fragilité économique des dispositifs spécifiques mis en place.

Aussi il importe de conforter ces approches spécifiques et de mieux les articuler avec les réponses de droit commun. C'est essentiel pour garantir l'accessibilité aux soins et aux droits ainsi que la cohérence des parcours de soins des personnes démunies.

Il est utile dans le même temps d'en assurer le financement nécessaire, éventuellement en partenariat avec d'autres financeurs. Une réflexion est en cours dans ce sens.

Le fonctionnement de tels dispositifs peut relever du droit commun pour l'essentiel (y compris le paiement à l'acte) mais sous réserve qu'un financement complémentaire puisse couvrir la réalité des surcoûts liés à la fois aux spécificités de la prise en charge et aux missions particulières.

En effet, ces dispositifs, dont la vocation reste d'inscrire à terme les prises en charge ou les accompagnements dans une perspective de droit commun, tirent leur légitimité en assumant les missions suivantes :

- ⇒ Développer une expertise et des savoir-faire particuliers
- ⇒ Organiser des formations



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- ⇒ Enrichir l'observation et la recherche clinique
- ⇒ Apporter un soutien aux professionnels et aux structures de droit commun
- ⇒ Assurer la prise en charge des situations les plus complexes

Le rapprochement auprès de structures de droit commun, notamment l'adossement à un établissement sanitaire important, est de nature à favoriser, outre ces relais de prise en charge, l'efficacité du système et la réduction des surcoûts.

Les collaborations étroites avec les CPAM, et notamment les permanences CPAM sur site, quand elles existent, sont elles aussi un atout décisif pour faciliter l'accès aux droits et à la santé.

Mais dans ce domaine comme dans tous les autres, l'ouverture des droits et leur usage ne doit pas retarder l'accès aux soins qui souvent se pose de façon immédiate et souvent spécialisée (traumatologie, psychiatrie...)

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence souhaite améliorer la question des moyens, notamment à travers la construction de partenariats réguliers et/ou l'adossement à un établissement sanitaire important.
- Elle favorisera les travaux de recherche pour mieux évaluer la dimension médico-économique de tels dispositifs et mieux identifier les coûts de retard aux soins que leurs absences pourraient engendrer.
- Elle encouragera un partenariat renforcé avec le service social hospitalier.
- Elle soutiendra les liens avec les caisses primaires d'assurance maladie.

3.2.3.7 La lutte contre l'habitat indigne

CONSTATS,

La lutte contre l'habitat indigne constitue une priorité de l'ARS du fait qu'elle participe activement à la réduction des inégalités de santé. Cette priorité a été confortée, dans les orientations stratégiques de l'Agence dès sa création, au travers de son Plan Stratégique Régional de Santé ainsi que dans le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) auquel elle contribue.

Les missions de l'ARS consistent à protéger et à informer la population sur les risques sanitaires liés à l'habitat. Dans la lutte contre l'habitat indigne, l'Agence a donc pour objectif de lutter contre l'habitat insalubre et de mettre en œuvre les mesures de lutte contre le saturnisme infantile.

La lutte contre l'habitat indigne s'appuie sur un cadre juridique fort :

- . Loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU) de décembre 2000,
- . Ordonnance relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux de décembre 2005,
- . Loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 complétée par le décret relatif à la lutte contre le saturnisme d'avril 2006,
- . Loi portant engagement national pour le logement (ENL) de juillet 2006,



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- . Loi 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion,
- . Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST),
- . Circulaire n° cabinet/2012/04 du 13 janvier 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle du logement d'abord

Il s'agit d'un domaine sur lequel une forte collaboration avec les partenaires concernés est indispensable, en particulier avec la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), dont les missions s'organisent autour de 4 axes complémentaires : héberger, construire, se loger, habiter mieux. Celle-ci participe à la résorption de l'habitat indigne en :

- assurant le financement des travaux de résorption de l'habitat indigne, aides incitatives de l'Anah pour les propriétaires occupants et les propriétaires bailleurs ;
- assurant les diagnostics techniques complémentaires nécessaires à l'évaluation de l'état de dégradation du logement, et les travaux de sortie d'indignité par substitution aux propriétaires défaillants, et
- en recherchant des solutions de relogement/hébergement pour les familles vivant en habitat insalubre.

Les Mairies sont également un partenaire fort de l'Agence puisque l'autorité compétente est le maire lorsque le désordre concerne les manquements à l'hygiène ou la salubrité notamment des logements (Règlement Sanitaire Département et Code Général des Collectivités Territoriales), ou en cas de bâtiment « menaçant ruine » ou pour l'exécution d'office des mesures nécessaires permettant de mettre fin à un danger ponctuel imminent contre la santé publique. De plus, certaines communes sont dotées d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS), potentiellement chargé d'intervenir sur les mêmes champs d'action que l'ARS.

Les problématiques de l'habitat indigne doivent être considérées, en lien avec le schéma régional de prévention (SRP) et nécessitent une coordination resserrée entre l'ARS, la DRIHL et les collectivités territoriales.

Un certain nombre de dimensions intéressent directement le PRAPS :

- **Les problématiques de santé mentale**, notamment les situations où les personnes accumulent les déchets à domicile (syndrome Diogène). Il s'agit de faire en sorte que **les intervenants en matière d'habitat indigne puissent être des « signalants » et relais vers les professionnels compétents**, avec en main des clefs pouvant leur permettre de repérer les signes et de savoir vers qui orienter.
- **Les travailleurs sociaux doivent pouvoir de leur côté repérer les signes d'un habitat indigne** et adresser aux services compétents. Citons le cas particulier de la grande couronne où vivent en grand nombre des propriétaires occupants de logements indignes qui méconnaissent à la fois les risques pour la santé de leur habitat et l'existence de subvention pour la conduite de travaux.
- En cas d'insalubrité irrémédiable, la procédure de relogement est parfois mise à mal du fait d'une **insuffisance d'accompagnement personnalisé des occupants**.
- **Concernant le saturnisme infantile**, pour déceler des cas d'intoxication, un dosage de plombémie est nécessaire. Mais, pour beaucoup de familles, la simple avance des frais se révèle un véritable obstacle au dépistage. Or certains laboratoires privés méconnaissent les procédures de tiers payant existantes.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Par ailleurs, dans un contexte de diminution du nombre de cas identifiés de saturnisme infantile, il convient de revoir les stratégies de dépistage et de remobiliser les équipes de PMI. Une réflexion spécifique s'impose devant la difficulté du suivi au long court des enfants intoxiqués.
- Concernant le **lien à faire entre les pathologies respiratoires ou allergiques et les causes environnementales dans l'habitat**, les professionnels de la santé à l'heure actuelle méconnaissent trop les conditions d'habitation pour pouvoir l'établir. Or, **cinq conseillers médicaux en environnement intérieur (CMEI)** sont mis à disposition en Ile de France et demandent à être mieux sollicités, notamment en direction des publics démunis. Les services de pneumologie et d'allergologie doivent travailler en partenariat plus étroit avec eux. Une réflexion plus large sur les modalités de prise en charge est aussi à mener.
- Par ailleurs, on constate que les services hospitaliers (notamment de médecine hyperbare) peuvent avoir connaissance de cas **d'intoxications chroniques au monoxyde de Carbone (CO)**, pour lesquels il n'existe pas de signalement au système de surveillance car s'exprimant en dehors d'un contexte aiguë. Or ces situations échappent du même coup à la mise en œuvre d'une enquête environnementale. L'idée est de mobiliser ces professionnels pour renforcer le signalement de tous les cas.
- D'une façon générale, il convient **d'être plus sensible aux questions de pathologies environnementales** quant il s'agit de publics démunis (mieux identifier les risques d'intoxication au saturnisme, au monoxyde de carbone ... ou le développement de pathologies liées), notamment lors des bilans de santé.
- Enfin l'axe fort de **la mobilisation des personnes touchées** par l'habitat indigne reste essentiel (empowerment).

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence tentera de mieux prendre en compte les questions de santé mentale lors de la mise en œuvre des procédures insalubrité, en recherchant des solutions locales afin de combiner les actions sanitaires avec un accompagnement à la fois social, médical et psychologique pour une meilleure prise en charge des occupants.
- Elle articulera son action avec les Centres Médico-Psychologiques pour établir une prise en charge globale (sanitaire, sociale et médicale) des personnes souffrant de pathologies mentales et vivant en habitat indigne.
- Elle pérennisera les actions d'accompagnement sanitaire et social des personnes vivant en habitat indigne, en lien avec la DRIHL, en organisant un financement adapté à cet objectif au sein de la région.
- Elle étudiera les modalités de prise en charge systématique des frais d'analyses des plombémies infantiles sur la région (tiers-payant), elle réfléchira aux modalités d'application du tiers-payant et elle s'assurera de les faire connaître auprès des professionnels de santé et des laboratoires.
- Elle réajustera sa stratégie en matière de dépistage et de repérage du saturnisme infantile en relançant le système de surveillance du saturnisme infantile en Île-de-France (SSSILF) et en identifiant les partenaires à associer.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle renforcera ses liens avec les travailleurs sociaux dans les Pôles Départementaux de Lutte contre l'Habitat Indigne (PDLHI).
- Elle remobilisera les partenaires locaux intervenant dans la surveillance du saturnisme notamment les médecins libéraux et les PMI.
- Elle sensibilisera les services d'urgence sur la nécessité de transmettre au Centre Anti Poisons et de Toxico-Vigilance toutes les informations portées à leur connaissance concernant les cas d'intoxication aiguë au monoxyde de Carbone (ou suspicion d'intoxication) notamment les éléments relatifs aux personnes intoxiquées.
- Elle mobilisera les services hospitaliers sur les cas d'intoxication chronique au monoxyde de Carbone pouvant révéler un environnement intoxicant, nécessitant une intervention préventive.
- Elle développera le nombre des équipes capables de mener des projets de promotion de la santé en direction des familles vulnérables demeurant en habitat indigne.



Axe 2.4 Favoriser la formation et l'accompagnement des acteurs de proximité dans une logique de renforcement du rôle des usagers sur leur propre santé

CONSTATS

La formation des acteurs de proximité reste pauvre sur les spécificités de l'accueil des publics en situation de vulnérabilité sociale, en particulier sur les questions de santé mentale et de souffrance psychique.

D'autant plus que les structures qui emploient ces personnes, souvent de statut associatif, souffrent d'un manque chronique de personnel disponible et de moyens financiers.

Pourtant l'insuffisance d'information est une des causes de pratiques inadaptées observées en direction des publics démunis, comme les refus de soins quand les personnes présentent des comportements agressifs ou ne s'expriment pas bien en français, ou les attitudes négatives à l'encontre de certains publics (« Roms », prostituées). De tels obstacles entretiennent les renoncements aux soins de la part des personnes démunies et aboutissent à ce que le système de santé produise de l'exclusion.

La sensibilisation et la formation des professionnels aux enjeux de la multi-culturalité et aux effets de la discrimination peuvent jouer un rôle clef dans l'ouverture des structures/dispositifs de santé à la diversité culturelle.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence encouragera les actions de formation, en particulier intersectorielles et interprofessionnelles, afin de renforcer les capacités :
 - des acteurs de première ligne, notamment les aides à domicile, à repérer, orienter et prendre en compte les questions de santé : malnutrition, santé mentale, addictions ... ;
 - des professionnels de santé à accueillir « en ouverture », sans jugement, dans les lieux d'urgence et de premier accueil ;
 - des soignants à faire face aux situations de vulnérabilité et d'ouverture de droits, à mieux appréhender les problématiques des usagers en tenant compte de leurs univers culturels, à la prise en charge de la souffrance psychique et des psycho-traumatismes.
- Elle favorisera la reconnaissance de l'expertise de terrain des travailleurs pairs, expertise issue de leur expérience, pouvant apporter une aide pour le contact avec les usagers et pour intégrer le point de vue de ces derniers dans les cultures d'équipe. Le « pair aidant » n'a, en aucun cas, pour fonction de se substituer aux soignants existants.
- Elle incitera aux actions de soutien aux intervenants, spécialement ceux en première ligne :
 - Supervision collective
 - groupes de paroles
 - Voire renfort quantitatif



Axe 2.5 Introduire des enseignements sur les spécificités liées à la précarité dans les formations initiales et continues, et instituer des processus de formation interdisciplinaires

CONSTATS

Les personnels des structures de santé ignorent souvent les droits sociaux des patients en situation de vulnérabilité sociale. Ils méconnaissent l'existence et la nature des dispositifs PASS, les obligations éthiques et juridiques de leur institution, leurs propres responsabilités...

Les travailleurs sociaux, eux, de leur côté, se retrouvent parfois confrontés à de lourdes problématiques de santé (troubles psychiatriques, fin de vie) qui les laissent impuissants et parfois les poussent au « burn out », voire à la maltraitance.

De telles extrêmes sont également vraies pour les soignants confrontés à des problématiques complexes de la vulnérabilité sociale.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence se rapprochera des organismes de formations initiales et continues (université, facultés de médecine, UNIFAS, IFSI, IRTS) pour encourager le développement de formations pluri-professionnelles sur la précarité (DU...) et faire en sorte que la vulnérabilité sociale ne soit pas restreinte à des modules facultatifs.
- Elle incitera à construire dans les différents champs sanitaires et médico-sociaux, des formations permettant de développer et de généraliser « l'empowerment »
- Elle concourra à promouvoir et à faire reconnaître les différentes formations intersectorielles et interprofessionnelles comme faisant partie du développement professionnel continu des professionnels de santé. Elle œuvrera pour que soit formalisé un processus de labellisation des démarches.



Axe 2.6 Prendre en compte les impératifs liés à la transition épidémiologique, en particulier les maladies chroniques et les traitements ambulatoires

CONSTATS

Le développement des cancers et des maladies chroniques de types cardiovasculaire (HTA), neuro-dégénérative, endocrinologique (diabète), oblige à repenser les interventions sans séparer le curatif du préventif.

Pour les personnes démunies, jusqu'à récemment, les problèmes de santé ne se posaient que sous une forme aiguë relevant de soins immédiats.

L'accroissement de la précarité et, dans le même temps, une proposition de traitement plus étendu, rendent les principales pathologies rencontrées chroniques (diabète, insuffisance rénale, psychose...).

L'exigence en matière de santé est ici de sortir de « l'urgence » et de construire des parcours de santé /soins prenant en compte la précarité et les impératifs d'un traitement de long terme.

La prise en charge des maladies chroniques fait appel à l'éducation thérapeutique pour la santé, à une participation de la personne à son devenir, à des interventions à domicile, à la notion d'observance des traitements prescrits. C'est une véritable révolution pour le système d'offre de soins.

En apparence, tous les éléments de la précarisation font obstacle à la mise en œuvre de bonnes pratiques. Et le respect des traitements est d'autant plus sensible qu'il s'agit de traitements au long court.

Mais s'arrêter à ces difficultés ouvre la porte aux mauvais pronostics et à des surcoûts évitables.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence s'attachera à améliorer la prévention des maladies chroniques, à tous les niveaux, en attirant l'attention sur les questions de sécurité (alimentaire, mise à l'abri...)
- Elle encouragera l'amélioration du dépistage et la prise en charge thérapeutique adaptée des personnes concernées (diabète, insuffisance rénale...)
- Elle interviendra pour favoriser l'égalité de traitements en matière de maladies chroniques.
- Elle incitera à la construction de parcours de soins compatibles avec ceux de l'insertion.



3.3 Développer les partenariats afin d'assurer l'accès aux droits fondamentaux et de s'assurer de leur pérennité

Axe 3.1 Renforcer le pilotage territorial pour mieux organiser les constats, la circulation des informations partenariales et le « construire ensemble » au niveau régional, départemental et local

CONSTATS

Les populations démunies sont confrontées à des difficultés d'accès aux droits fondamentaux et à des ruptures dans le maintien de leurs droits. Or les problématiques sont souvent complexes et intriquées, dépassant les champs d'intervention propres à chaque intervenant.

On note un cloisonnement des acteurs, une méconnaissance mutuelle, une mauvaise maîtrise du cadre réglementaire.

L'organisation même du travail et les cultures institutionnelles sont des freins à la prise en compte des problèmes et au « construire ensemble ».

En particulier, sont à appréhender collectivement les difficultés liées à l'accès à la domiciliation, à l'accès alimentaire à l'accès à la couverture maladie, au manque de souplesse dans les procédures administratives pouvant entraîner des incohérences d'un département à l'autre pour un public souvent en errance, ...

OBJECTIFS ET METHODES

Au niveau régional

L'agence s'attachera à mettre en place un groupe régional « santé - précarité », qui lui sera propre. A la fois lieu de veille, de coordination des acteurs, des actions et de suivi de la mise en œuvre du PRAPS, elle s'efforcera de :

- créer de nouvelles méthodologies de recueil d'informations utiles à la réflexion, l'engagement et la mobilisation ;
- organiser régulièrement des séminaires régionaux permettant de mieux identifier les problématiques, leurs modalités de traitements, les pratiques exemplaires et les éventuelles conditions de généralisation, réplique, de ces dernières ;
- créer et diffuser des référentiels et des supports susceptibles d'aider les équipes (cahier des charges, protocole de coopération...) ;



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- développer des guides annuaires réactualisés sur les ressources et les acteurs régionaux, notamment en lien avec la DRIHL et les acteurs associatifs experts dans la veille législative ;
- accompagner la création et l'appui des coordinations départementales, voire locales « ressources », rassemblant des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, que ce soit dans le cadre des contrats locaux de santé et/ou en lien avec les ateliers santé ville quand ils existent dans les territoires ;
- encourager la construction de procédures administratives interdépartementales visant à faciliter les démarches menées par les personnes en errance ;
- développer les approches permettant de renforcer la culture commune : identification et valorisation d'actions pilotes efficaces, mise en place de corpus communs (littérature, définitions, concepts...) ;
- co-construire avec le comité technique de suivi de la mise en place de la convention signée entre l'agence, la DRIHL et la DRJSCS.

Au niveau départemental

L'agence mobilisera des dynamiques de travail « santé - précarité » pour définir et mettre en œuvre les stratégies départementales partenariales inspirées des grands axes stratégiques du PRAPS, en particulier pour :

- identifier et essayer de limiter les obstacles à l'accès aux droits sociaux et à la protection sociale ;
- améliorer le fonctionnement du tiers payant si besoin est, en particulier dans le cadre de l'AME, afin de faciliter l'adhésion des professionnels de santé et éviter les refus de soins ;
- travailler avec les acteurs de la cohésion sociale, de l'hébergement et du logement pour organiser les suites de prise en charge après un passage dans un établissement de soins, carcéral ou de l'ASE, notamment dans les cas de pathologies chroniques ou de sorties de maternité : SIAO, services d'accueil et d'orientation, accueils de jour, CHRS... ;
- favoriser les coordinations locales d'acteurs dans le cadre des contrats locaux de santé, des ateliers santé ville ...

Au niveau opérationnel local

L'agence veillera à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour que soient poursuivis ou mis en place au niveau local : des états des lieux, des programmes d'actions et des synergies d'acteurs, en appui sur les Contrats Locaux de Santé, les Ateliers Santé Ville, les Conseils Locaux en Santé Mentale et les réseaux de santé... Là encore elle recommande de conjuguer pertinence, innovation et approche partenariale des actions. En particulier, elle entend :

- s'assurer de l'existence d'instances de travail spécifique santé-précarité dont le pilotage sera assuré suivant les lieux par l'un ou l'autre des partenaires ;
- mobiliser la dynamique collective sur des priorités comme l'accès à la domiciliation, l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée, l'accès aux soins élémentaires d'hygiène... (il s'agit en



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

particulier de travailler en lien avec les opérateurs d'aide alimentaire pour favoriser la création de dispositifs comme des épiceries solidaires ou pour inciter à renforcer les conditions d'un équilibre alimentaire à moindre coût - et à un autre niveau d'améliorer la composition des repas servis dans les lieux d'hébergement, notamment quand ils sont destinés à des personnes souffrant de pathologies chroniques...);

- favoriser la circulation de l'information, en particulier sur les droits sociaux, auprès des acteurs de proximité ;
- optimiser les pratiques sur les questions d'accueil ;
- identifier les besoins en formation des professionnels pour mieux appréhender le comportement des publics démunis...

Axe 3.2 Associer les partenaires qui ne relèvent pas du champ de compétence de l'ARS mais dont les interventions peuvent avoir un impact sur la santé

CONSTATS

Toutes les politiques publiques doivent pouvoir être interpellées pour prévenir les éventuels dommages sanitaires et sociaux qu'elles peuvent entraîner auprès des publics démunis, pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

Expulsions, contraintes financière de surendettement, défaut de mise à l'abri, déficit d'aires de stationnement pour les gens du voyage... sont autant de déterminants sociaux aux conséquences néfastes sur la santé.

La mobilisation des partenaires concernés est un véritable enjeu.

En particulier, il est urgent de développer un plaidoyer sur la dimension inquiétante de la pénurie alimentaire.

OBJECTIFS ET METHODES

- Comme cela est mis en avant dans le schéma de prévention, l'agence veillera à l'intégration de la dimension santé dans les missions des pilotes des politiques publiques (hébergement, logement, emploi, formation, sécurité...), afin que ces derniers soient mieux à même d'en enrayer les processus de dégradation pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Elle continuera à interpeler les préfetures, les autres services de l'Etat, les collectivités territoriales... Et mènera un travail spécifique au sein des commissions de coordination des politiques publiques.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle intercédera pour que des opérateurs de santé des territoires puissent participer aux commissions décisionnelles de surendettement, de prévention des expulsions, d'hébergement...
- Elle recommandera, autant que possible, la présence d'interlocuteurs représentants d'usagers, en lien avec le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS).
- Elle s'efforcera de développer les plaidoyers en appui sur les besoins du terrain (accès à l'alimentation, à l'hébergement...) : conférences débats, conférences de presse, valorisation des rapports d'activités des intervenants de terrain dont le rôle de veille est précieux...

Axe 3.3 Organiser les modalités de résolution des cas complexes

CONSTATS

Dans le champ de la vulnérabilité sociale, rares sont les situations sanitaires sans problématiques sociales lourdes intriquées. L'augmentation des cas complexes est le quotidien des professionnels de la santé comme pour ceux du champ social.

La résolution de ces cas complexes fait appel à un travail en réseau multidimensionnel, c'est-à-dire reposant sur des liens formalisés, construits et maintenus entre les réseaux de santé et ceux des professionnels du champ social.

Or ces pratiques restent encore exceptionnelles, ne serait-ce qu'en matière de réseaux de santé. La pratique professionnelle individuelle reste la plus fréquente.

Et ce travail transversal et complémentaire fait appel autant à des questions de pratique et de culture professionnelles qu'à celles des moyens. Il est souvent invisible et nécessite du temps, du respect mutuel et de l'échange d'informations respectueuses des impératifs de confidentialité.

Sans cette approche transversale et en réseau, les problèmes de santé apparaissent sous une forme beaucoup plus tardive et plus critique, entraînant des pertes de chances et des surcoûts.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence encouragera le développement et la reconnaissance du travail transversal et du temps de concertation nécessaire.
- Elle favorisera les pratiques et les échanges interprofessionnels.
- Elle valorisera les pratiques de travail en réseau.
- Elle soutiendra les réseaux d'accès aux soins
- Elle veillera au développement du travail interinstitutionnel afin d'éviter les redondances en terme de dispositifs, consommatrices de ressources et qui épuisent les acteurs impliqués.



3.4 Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion

Axe 4.1 Renforcer les liens avec la recherche, les savoirs et favoriser le recueil d'informations

CONSTATS

Le lien entre la recherche et le terrain fait défaut. De nombreuses études existent mais restent ignorées des acteurs de terrain alors même qu'elles apportent des connaissances sur les problématiques émergentes. Et ces connaissances ne sont pas forcément mobilisées pour produire du changement.

Par ailleurs, les recherches participatives se développent, impliquant dès le départ les acteurs et les usagers dans la définition même et la mise en œuvre de ces opérations de recherche. Elles représentent des démarches plus appropriables par les acteurs de santé.

OBJECTIFS ET METHODES

Il s'agit de mieux utiliser les résultats des travaux de recherche pour construire des recommandations pour l'agence et améliorer les pratiques des acteurs. Pour cela :

- L'agence cherchera à mieux valoriser les systèmes d'informations déjà mis en place par différents partenaires : les opérateurs locaux (notamment les observatoires de médecins du monde, du SAMU social, du COMEDE...), l'Observatoire Régional de la Santé (ORS), l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France (MIPES)... et conduira une veille sur la recherche concernant un certain nombre de thématiques. Elle encouragera la centralisation, le traitement de l'information disponible et la redistribution des connaissances. Elle assurera l'interface avec les autres politiques publiques.
- Elle suivra, appuiera, voire participera à un certain nombre de projets de coopérations scientifiques, en particulier celles intégrant les nouvelles méthodologies participatives, notamment :



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Le programme HOUSING FIRST (UN CHEZ SOI D'ABORD) qui va tester l'accès au logement, moyennant accompagnement, de personne sans abri souffrant de pathologies mentales (expérimentation lancée fin 2010 pendant trois ans et sur quatre sites dont Paris où 100 logements seront proposés);
- Le projet PRENAP (Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes Précaires), visant à accompagner les femmes enceintes ou les jeunes mères en situation de précarité en s'appuyant sur un partenariat ville-hôpital; il s'agit, par une mutualisation de ressources entre une maternité et un accueil de jour, d'augmenter la qualité de vie des femmes tout en diminuant l'impact de la vulnérabilité sociale sur le fonctionnement de la maternité.
- Le dispositif d'appui au développement d'actions locales de promotion de la santé autour de l'alimentation dans le cadre du Plan Alimentation et Insertion (PAI). INPES.
- Elle encouragera la restitution, en direction des acteurs de terrain, des résultats des enquêtes existantes pour mieux les faire connaître et comprendre, notamment celles comme :
 - SAMENTA (estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les personnes sans logement personnel en Ile-de-France)
 - RECORD (cohorte épidémiologique de 7300 participants de 1915 quartiers d'Ile-de-France visant à décrire les disparités sociales et spatiales de santé et comprendre les effets des environnements géographiques de vie sur la santé)
 - ENFAMS (suivi de familles sans domicile avec la mesure notamment de l'impact des situations de précarité sur le développement psycho-cognitif des enfants)
 - ABENA (alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire)
 - PROMO (identification des bonnes pratiques de soins en santé mentale pour les populations en situation d'exclusion sociale en Europe)
 - Cohorte PRE CARE (suivi de cohorte multicentrique de 10 000 femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale)
 - ADOC 94 : expérimentation en cours dans le 94 visant à améliorer l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes en situation de vulnérabilité sociale, sous l'égide de l'INCA (institut national du cancer) — Durée 2011-2013.

A ce titre, l'agence s'inscrira dans la plateforme collaborative initiée par le Département Hospitalo-Universitaire «DHU risque et grossesse» de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) en s'implémentant dans les recommandations qui pourraient émaner de leur travaux et dans l'évaluation de ces derniers sur les questions de périnatalité en lien avec la vulnérabilité sociale.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Elle poursuivra l'animation d'un groupe de travail pluri-professionnel et pluridisciplinaire qui s'est constitué afin de réfléchir à la pertinence et à la faisabilité de construire une veille autour des questions liées à la grande précarité. L'objectif est de formaliser un système d'alerte permettant à l'Agence de disposer d'informations en temps réel pour la prise de décision, à partir d'indicateurs à construire, actuellement non valorisés ou indisponibles dans les banques de données et les rapports de structures tels que Emmaüs, MDM ou l'ONPES... et provenant de sites pilotes déclinés territorialement.
- Elle encouragera les études au sein des établissements hospitaliers permettant de mieux quantifier et qualifier les personnes en situation de vulnérabilité sociale qui se présentent.
- Elle organisera le recueil d'activités des dispositifs spécifiques : EMPP, PASS...

Axe 4.2 Garantir le suivi et l'évaluation du PRAPS en fonction des objectifs définis

CONSTATS

Le recours à des méthodologies d'évaluation validées ainsi qu'à des indicateurs partagés avec les partenaires et les experts est incontournable.

Seule une évaluation d'ensemble déterminera l'opportunité de dupliquer, et à quelle échelle, les actions mises en œuvre.

OBJECTIFS ET METHODES

- L'agence construira, en lien avec les délégations territoriales et les partenaires, un tableau de bord pour suivre l'état d'avancement des travaux et être en mesure de repositionner les actions si nécessaire.
- Elle envisagera une évaluation externe au moins, la première année, pour démontrer l'efficacité du programme.
- Elle soutiendra les processus de labellisation des outils et s'assurera de leur capitalisation, dans une perspective de déploiement, afin de constituer et mettre à disposition une boîte à outils qui servira autant aux agents de l'agence en charge de l'instruction des dossiers qu'aux opérateurs extérieurs.
- Elle consolidera une dynamique de travail transversale interne à l'ARS, notamment pour développer les indicateurs de résultat et d'impact.



4 LA MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

4.1 Les principes directeurs

Cette évaluation recouvre trois aspects différents:

- Il s'agit d'une politique publique:

Il faut évaluer l'intégration du programme dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS), le processus de mise en œuvre et d'organisation de son pilotage, son impact par rapport aux objectifs fixés.

Il faut aussi s'intéresser à son rôle transversal entre les trois schémas du PRS et à son intégration à d'autres politiques publiques.

- Il s'agit aussi et surtout de changer en profondeur des pratiques de professionnels.

Il convient donc de mobiliser ou de repérer des professionnels, institutionnels ou non, suffisamment impliqués vis-à-vis des populations cibles, pour s'y engager dans la durée et être capables d'assurer autour d'eux un véritable « transfert de convictions ». Une démarche qui demande de la rigueur pour éviter tout risque de dérive sectaire ou de jugement moral, et qui suppose une réflexion, à mener entre les professionnels concernés, sur ce qui semble le plus pertinent comme indicateurs de progrès ou de blocages dans chaque action.

Tout changement de pratiques intervenant à une telle profondeur demande un temps bien supérieur à ce qui est en général prévu, car il s'agit de revenir sur des principes d'action fortement intégrés par les professionnels. Quand il s'agit de lutter contre l'exclusion, le temps des politiques n'est pas celui des institutionnels, qui n'est pas non plus celui des professionnels, encore moins celui des citoyens, et a fortiori celui des publics démunis. L'annuité budgétaire est moins pertinente dans ce domaine.

En outre, quand il s'agit de santé, l'impact est rarement identifiable si on ne le recherche pas à long terme.

- L'évaluation des actions financées directement par l'ARS :

Le PRAPS est un programme qui soutient préférentiellement la coordination d'actions menées entre partenaires multiples. Un certain nombre de ces actions sont réalisées dans le cadre des différents schémas du PRS et doivent donc suivre les critères d'évaluation fixés par chacun d'eux.

L'évaluation du PRAPS, dans ce contexte, doit donc s'inscrire dans l'évaluation du PRS, et des 3 schémas qui le composent.

Voici quelques attentes possibles en matière d'évaluation :



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

➤ Indicateurs de processus, mesurant la stratégie du PRAPS

- Quels interlocuteurs nouveaux pour construire des partenariats ?
- Quelles modalités de partenariat ?
- Quelles démarches de mobilisation d'institutions et de professionnels entreprises ?
- Quel enracinement dans le temps de ces nouveaux partenariats ?
- Quels efforts pour détecter les publics à risque et les thèmes non encore couverts ?
- Quelle couverture du territoire ?

➤ Indicateurs de résultats

- Quels sont (seront) les publics touchés ?
- Quelles sont les zones couvertes (en particulier dans le secteur rural), la finesse des niveaux d'intervention ?
- Ce PRAPS permet-il (permettra-t-il) et de quelle façon :
 - de développer la complémentarité entre la santé et le social ?
 - de favoriser l'expression et la mobilisation des publics, celle des professionnels ?
 - de prendre en compte la souffrance psychosociale et les pathologies mentales ?
 - de renforcer l'accès au droit commun ?
 - d'améliorer les parcours de soins ?
 - de mettre en place des instruments de suivi et de mesure, des indicateurs spécifiques concernant les questions de vulnérabilité sociale /santé en Ile-de -France?
 - de renforcer une dynamique de travail partenariale sur le sujet à l'échelle de la région ?
- Quelles sont les articulations avec les autres politiques publiques (politique de la ville, Plan Tuberculose...)
- Un dispositif de veille permet-il de faire remonter les difficultés rencontrées ?

Le groupe de pilotage de l'évaluation devra donc déterminer les questions évaluatives retenues et identifier les indicateurs pertinents pour y répondre. Ces questions et ces indicateurs pourront permettre d'établir un tableau de bord de remontée des informations et d'enregistrer une mesure du temps zéro.

4.2 Les champs de l'évaluation

Les procédures d'évaluation sont intégrées dans l'ensemble des pratiques de financements, de programmations, et d'activités. Toutefois, la culture de l'évaluation, au-delà d'une mesure de performance de l'évaluation financière, reste un volet extrêmement récent en santé publique, que cela concerne l'activité des établissements, la mise en œuvre des programmes, et des partenariats.

L'évaluation générale du PRAPS doit se décliner de la même façon que son élaboration et ses modalités de mise en œuvre suivant les aspects suivants :

- Pour ce qui concerne les actions spécifiques et les projets relevant de façon prioritaire du PRAPS, une démarche doit être systématiquement élaborée de compréhension de la définition des objectifs, des moyens, des échéances. Ainsi chaque projet doit faire l'objet d'une évaluation qui ne peut en aucun cas coûter plus cher que la mise en œuvre elle-même, sauf pour ce qui relèverait de programmes de recherche et d'évaluation en tant que tels. Les actions financées par le pôle PPS de l'ARS IDF doivent répondre à la démarche d'évaluation recommandée et en particulier les différents types d'indicateurs doivent être précisés dans les guides promoteurs publiés annuellement.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Pour ce qui concerne les actions intégrées dans les établissements de santé, les établissements médicosociaux et les systèmes de prise en charge ambulatoire, des objectifs en lien avec ceux du PRAPS devraient être identifiés, permettant d'en faire l'évaluation. C'est d'ailleurs l'un des éléments forts de ce programme transversal que de prévoir dans les différents volets et dans les différentes actions de l'ARS des éléments relevant des objectifs liés au PRAPS. Les différentes évaluations, mesures d'activité, mobilisation de moyens, sont donc toutes susceptibles de pouvoir concourir à la réalisation d'objectifs relevant du PRAPS.

Ainsi les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, au même titre qu'ils possèdent des volets d'évaluation quantitative, financiers, devraient prévoir et mesurer ce qui aura été mis au titre des objectifs communs congruents à ceux du PRAPS (accès aux soins, modalités de facilitation d'aller vers, modalités de recouvrement adaptées, activités des PASS en fonction de leur nouvelle modalité, c'est-à-dire pas uniquement en termes de consultations, mais bien en termes de mobilisation et de construction de dispositifs permettant la prise en compte des contraintes sociales liées à la fragilité ou à la précarité des personnes soignées et suivies).

- Pour ce qui concerne la mise en œuvre des programmes de santé publique, il existe une méthodologie et de nombreux exemples de procédures plus ou moins lourdes d'évaluation aussi bien en pré, per et post - chaque projet devant prévoir dans son financement et dans sa mise en œuvre l'évaluation adaptée.
- Chaque territoire ressortissant à l'ARS peut être amené à avoir une déclinaison territoriale du PRAPS aussi bien dans ses aspects spécifiques que dans ses aspects intégrés, en particulier en fonction des différentes populations justifiant une attention particulière dans chacun des départements de la région.
- À ce titre, une évaluation territoriale peut être attendue : elle dépendra en premier lieu du diagnostic et des objectifs définis à ce niveau, aussi bien en termes de mise en œuvre que de partenariats. Il serait déraisonnable qu'elle se fasse de façon infra-annuelle, sauf dans les modalités de mise en œuvre, de consommation de ressources et des moyens.

4.3 L'organisation et les différents temps de l'évaluation

L'élaboration du PRAPS a fait l'objet d'un travail participatif, prenant en compte les constats, un diagnostic partagé, les bonnes pratiques, les besoins dans la mesure où ceux-ci ont pu être mesurés ou rapportés de façon opérationnelle.

- **Le temps initial**

L'agence pourrait proposer de mettre en place un comité de pilotage et de suivi au niveau régional permettant de préciser :

- Le cadre de l'évaluation choisi et la définition des questions évaluatives à retenir. Ce choix de questions potentielles est important car il conditionne les éléments de suivi à mettre en place (critères, indicateurs,...) pour lesquels des travaux et des moyens sont nécessaires. Il n'est pas utile de multiplier les questions mais plutôt de réaliser un



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

choix partagé par les acteurs de l'ARS, les acteurs extérieurs et les partenaires associés.

- Le contenu des remontées régulières d'informations en fonction des différentes échéances et des différents périmètres. Un document de suivi régional avec une éventuelle déclinaison territoriale ou thématique pourrait être élaboré de façon annuelle. Dans ce cas également, il peut être opportun d'y associer le travail de l'Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France ou d'autres fournisseurs de données, pour produire et valider ces différents indicateurs liés aux situations de précarité ou à des difficultés spécifiques à travers des travaux réguliers.

Étant donné le coût parfois exorbitant des évaluations externes au regard du budget propre de l'action le recours à des évaluateurs externes devrait être utilisé avec circonspection pour trouver un juste équilibre entre rigueur de mise en œuvre du programme et coûts.

- **Le suivi**

Le comité de suivi pourrait avoir comme premier objectif de définir, par rapport à l'ambition du PRAPS en tant que programme, transversal de surcroît, un volet spécifique de suivi complétant et mettant à jour les indicateurs indispensables qui ont été utilisés pour l'élaboration du PRAPS. Les objectifs définis dans la déclinaison des programmes sont les supports les plus adaptés pour effectuer l'évaluation.

Ceci apparaît comme fondamental car la communication, la diffusion des bonnes pratiques, et la capacité entre les différents intervenants à partager des concepts, des mesures, en somme tout ce qui relève des bonnes pratiques de mise en œuvre d'une politique de santé publique, doit être accessible à chacun.

Une évaluation intermédiaire permettrait de proposer plus rapidement des déclinaisons et des ajustements pour ce premier programme.

- **L'évaluation finale**

L'ensemble des travaux de suivi, d'évaluation intermédiaire, d'éléments de réponse (indicateurs,...) produits pour les questions évaluatives, seront de précieux appuis pour cette phase finale.



5 LES MODALITES DE FINANCEMENT DU PRAPS

La question de la lisibilité financière préoccupe beaucoup : il n'existe pas de ligne budgétaire spécifique au PRAPS, ni de financement additionnel particulier.

Jusqu'à présent, les actions rattachées au PRAPS s'inscrivaient globalement dans le cadre des crédits du programme « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » mis en œuvre par l'ARS.

Aujourd'hui c'est un programme à vocation transversale utilisable par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire et social, et le financement des actions et des projets doit être repensé de façon innovante par rapport aux années précédentes.

Les premiers programmes répondaient à des modalités de mise en œuvre, de financement et à une méthodologie qui, de l'avis de tous les opérateurs, n'étaient adaptées ni en termes de procédure, ni en volume financier.

Les actions relevant des derniers PRAPS (depuis le vote de la LOLF en 2001) n'émergeaient plus qu'au titre de la Prévention / Promotion de la santé et donc du BOP 204, avec une enveloppe réservée, à laquelle se rajoutait une partie du FNPEIS. Il s'agissait d'un budget spécifique, reprenant exclusivement une procédure de financement annuel, de type COSA.

Mais ce type de financement provoquait :

- un émiettement des projets
- leur moindre efficacité par manque d'inscription dans une pluri-annualité.
- un cantonnement et un cloisonnement des questions liées à la précarité et aux populations démunies ne permettant pas de mobiliser de façon adaptée l'ensemble des dispositifs de santé à la hauteur des enjeux.
- Une difficulté à identifier les publics cibles dans les rubriques budgétaires de programmation (et donc de rapporter des actions à ces publics).

- **Le PRAPS d'Île-de-France est aujourd'hui un projet transversal qui se décline en quatre grands axes.**

Les modalités de financement devront correspondre à chacun d'eux. Cela permettra une plus grande cohérence de la stratégie de santé publique menée en région francilienne. Il s'agit en particulier de considérer – comme cela a été souligné précédemment – que l'amélioration du système à l'attention des populations les plus démunies, participe d'une même approche et d'une même ambition : celle d'améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble.

Les actions ou les projets relevant du PRAPS pourront utiliser l'ensemble des outils de programmation et de financement de droit commun de l'agence : programme de promotion et de prévention de santé, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens... On fera attention, dans ce cadre, aux procédures d'appel à projet, qui souvent ne s'inscrivent pas dans les dynamiques préexistantes, ni ne s'appuient sur des porteurs locaux inscrits dans la durée.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Il faut garder à l'esprit que la part de financement accordée par l'ARS a avant tout une valeur de légitimation d'une action prometteuse, permettant à ses promoteurs de trouver plus facilement des cofinancements. Par ailleurs, cette part doit avoir comme contrepartie une articulation et une coordination avec les autres actions du PRAPS afin d'éviter un phénomène de saupoudrage et une perte d'efficacité. La difficulté est de définir les bornes nécessaires, car le PRAPS n'a pas vocation à financer l'ensemble du traitement des ISS.

Le financement sera évidemment lié à la réalisation par les acteurs de l'action d'une évaluation des modalités de fonctionnement, des avancées constatées chez les divers personnels concernés et, après 2 ou 3 PRAPS, à la mesure des améliorations constatées pour la santé des publics visés.

Les autres sources de financements liées à la nature des actions inscrites dans le champ de la précarité ne relèvent pas forcément du financement PPS, notamment s'il s'agit de gestion de structures. Par exemple: le budget ONDAM médicosocial pour les LHSS ou les EMPP, les crédits FIR pour les réseaux de santé, en particulier ceux destinés aux réseaux « précarité », les crédits MIG pour les PASS ou l'interprétariat, idem pour les équipes mobiles tuberculose.

Inversement, tout secteur de l'Agence est susceptible d'être impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre du PRAPS, à travers sa coordination.

Par ailleurs, jusqu'à présent, le PRAPS était plutôt perçu comme une mobilisation de crédits de l'État (BOP 204), ce dernier ayant une responsabilité particulière sur la lutte contre l'exclusion. Or, aujourd'hui, d'autres acteurs s'impliquent de plus en plus (collectivités territoriales, Éducation nationale, Justice, Assurance Maladie et complémentaires santé...). En regard du contexte actuel de tension sur les crédits, la mise en cohérence territoriale des interventions (apport principal des financements d'État du PRAPS) devient un élément important dans la mise en œuvre du PRAPS, ce qui suppose également la prise en considération de ce qui est déjà financé par d'autres dans le cadre d'une dynamique partenariale.

• L'implication des établissements

Pour les financements de la mise en œuvre des objectifs du PRAPS au sein de l'activité des établissements sanitaires et médico-sociaux, la part incombant à chaque programme préexistant devra être identifiée comme telle. Cela permettra d'une part une meilleure mobilisation des budgets pour la gestion de la précarité et, d'autre part, la réalisation d'un bilan financier dans le cadre des procédures de gestion de droit commun.

La prise en compte par les services d'un environnement ou d'une activité bénéficiant à des populations ou à des personnes relevant des objectifs du PRAPS, demande à rechercher dans les modalités de financement de droit commun les surcoûts, ou la dotation supplémentaire nécessaire :

- en parallèle à la T2A et au PMSI qui ne prennent pas en compte les actes associés à une situation de précarité,
- et/ou à travers les CPOM dans lesquels serait décliné ou présenté un objectif relevant de celui défini dans le PRAPS,
- MIG et MIGAC.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Certaines actions peuvent bénéficier d'un cofinancement par les collectivités territoriales, par le FIR, par les crédits médicosociaux gérés par la CNSA (pour les personnes visées accueillies dans les structures), par les fonds d'action sanitaire et sociale de la CNAMTS, ainsi que par le 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) pour le médicosocial spécifique (LHSS, CSAPA...)

Deux MIG peuvent financer les actions prescrites par le PRAPS

- Celle destinée aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et relative à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé (maraudes de nuit). (MIG PASS).
- celle relative aux dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières, destinée à compenser les surcoûts organisationnels et structurels générés par l'accueil des populations précaires en hospitalisation (MIG précarité).

- **La question de la valorisation financière de dispositifs spécifiques pourra être abordée.**

À titre d'exemple, dans les projets relevant du champ ambulatoire et notamment dans le cadre des réseaux de santé, seront valorisés au niveau des financements, ceux qui relèvent des objectifs du PRAPS, en termes d'accès à la prévention et aux soins, et de promotion et d'adaptation de l'usage des outils de santé de droit commun. La notion de « aller vers », prend ici tout son sens, puisque tous les réseaux de santé permettent par définition et par leur organisation d'être les plus adaptés à leur environnement. Il existe des réseaux santé/précarité dont l'action devrait être valorisée, et étendue chaque fois que possible dans les réseaux de santé.

Dans les appels à projet en général, il est nécessaire d'identifier la part relevant des objectifs du PRAPS qui doit pouvoir être considérée comme une valeur ajoutée. Ce point devra être abordé lors de la réalisation du nouveau système d'information, sachant qu'un travail clair d'identification précise des populations cibles est à faire.

La loi HPST prévoit de nouvelles modalités de financement dans le domaine de la santé, telles que le FIR. Ces innovations doivent être mises en cohérence avec les objectifs de l'agence : la réduction des inégalités. Le PRAPS dans son ambition doit être pris comme l'une des déclinaisons de ces priorités.

- **Dans les projets de santé publique, on doit pouvoir considérer deux approches dans l'attribution de financement :**
 - Celui des projets spécifiques visant des objectifs propres au PRAPS en tant que tel (actions de santé vis-à-vis des personnes sans domicile fixe, programme d'éducation à la santé ou de promotion de la santé, ou de prévention ayant pour objectif des populations considérées comme prioritaires en termes de précarité ou de fragilité [Communauté et populations Roms, femmes enceintes et jeunes mères isolées en situation de précarité, de fragilité, jeunes en errance, personnes prises en charge dans les programmes d'hébergement relevant de la DRIHL...]). L'engagement pris aujourd'hui pour la part prévention/promotion de la santé du PRAPS est de conserver la même hauteur de budget.
 - Ceux qui relèvent de projets plus généraux tels des projets de nutrition, les projets liés aux addictions, les projets liés à des pathologies spécifiques ou santé et dont on connaît l'impact en termes de précarisation, tous autres projets relevant de la promotion de la santé. Dans chacun de ces projets, la prise en compte de la précarité doit être considérée comme une plus value.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

• Partenariats et cofinancements :

Au travers de l'ensemble des outils et des activités des établissements, et des objectifs de l'agence régionale de santé, le partenariat avec les collectivités territoriales, avec les différents partenaires institutionnels ou associatifs, a un impact primordial sur les déterminants de la santé et en particulier sur les déterminants sociaux (alimentation, mise à l'abri, logement, éducation, formation, emploi, accessibilité, adaptabilité,...).

S'il est important de pouvoir, dans le cadre des partenariats, mesurer les différents apports concourant à la réalisation des objectifs de l'Agence Régionale de Santé, c'est particulièrement vrai pour le PRAPS. Ceci devrait pouvoir apparaître de façon explicite dans les conventions, contrats, et toutes les procédures classiques de partenariat et de politiques publiques conjointes (Région, Éducation nationale, services relevant de l'autorité de l'État et du préfet tels ceux de la cohésion sociale, collectivités territoriales, communautés d'agglomération, politique de la ville...).

Une des vocations du PRAPS est de mobiliser des cofinancements pour gagner en cohérence et en efficacité, sachant qu'il appartiendra à l'ARS de se coordonner avec les institutions et collectivités territoriales contributrices à la santé en faveur des publics démunis.

Conclusion

Les financements peuvent être issus de toutes les procédures classiques relevant du droit commun, car si les objectifs du PRAPS correspondent parfois à des actions spécifiques (ce qui était l'essentiel auparavant), ils mobilisent surtout l'ensemble des ressources de l'agence.

C'est pourquoi il est important de pouvoir déterminer par anticipation ce qui peut être mis en œuvre conjointement aux objectifs propres au PRAPS

- à l'intérieur de l'ensemble des schémas,
- des différentes politiques de santé publique
- ou de tout ce qui relève :
 - des établissements de santé, des établissements médico-sociaux,
 - des prestations et services,
 - et du champ ambulatoire.

Il s'agit là d'une procédure de rationalisation, de simplification, et de recherche d'une plus grande efficacité à long terme, faisant coïncider les différents objectifs et leurs financements. En particulier on doit pouvoir expliquer et montrer que les actions considérées comme non spécifiques peuvent être utilisées comme des outils majeurs pour atteindre les objectifs du PRAPS.



6 ANNEXES

6.1 Les définitions

Voici une proposition de repères et d'éclairage² sur les termes utilisés dans le champ de la précarité.

6.1.1 La précarité

La précarité a été définie dans l'avis adopté par le Conseil économique et social (CES) français en février 1987, sur la base du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » présenté par Joseph Wresinski.

« *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales 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 à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, quelle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible* ».

C'est la définition parue au Journal Officiel en 1987, n° 4074.

Cette définition a été reprise par l'Union Européenne et l'Organisation des Nations-Unies (ONU), en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'Homme et l'extrême pauvreté.

Le **Haut comité de la Santé publique**, en 1998, précise que « la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » (Haut Comité de Santé Publique ; *La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé* ; Février 1998)

Elle renvoie donc à des situations très diverses : personnes en désocialisation avancée, travailleurs en grande difficulté économique, personnes étrangères en situation administrative irrégulière...

² J.WRESINSKI. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris, Journal Officiel, 1987, n°4074, p 14.

Bloc notes de l'Observatoire Economique de Paris, INSEE, Paris, Journal Officiel, 1987.

ECHAUDÉMAISON. CD. Dictionnaire d'économie et des sciences sociales, Paris, Nathan, 1989, 218 p.

HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, Actualité et dossier en santé publique, N° 5, Septembre 1995.

BENOIST TUDREJ, Mémoire de master, Laboratoire d'Ethique médicale Paris V.

Nouveau dictionnaire critique d'action sociale. Edition mise à jour sous la direction de Jean-Yves Barreyre et Brigitte Bouquet. Bayard Ed, 2006, 638 p.



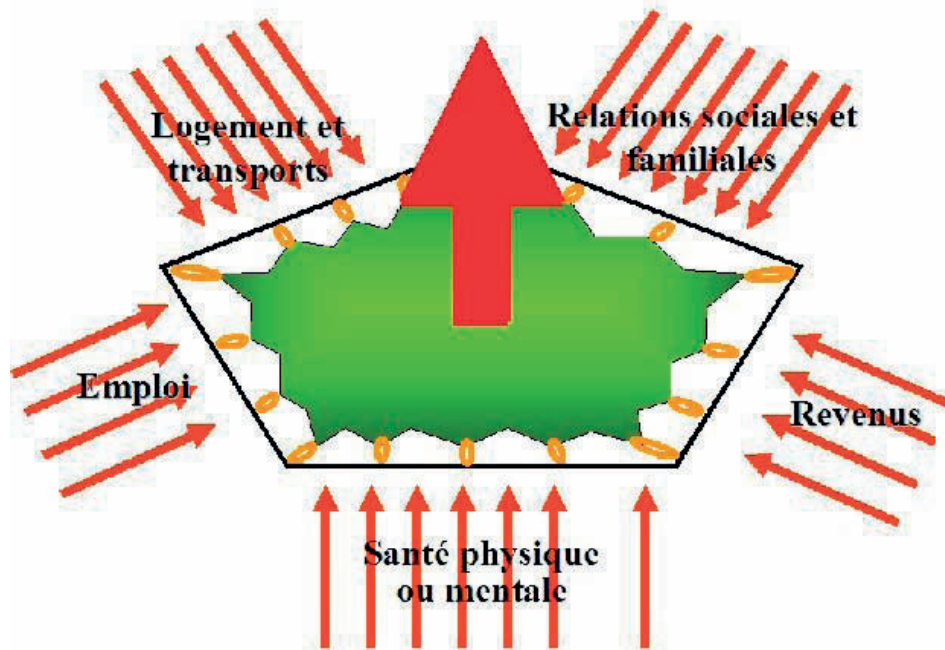
6.1.2 La Métaphore du Trampoline

Cette notion de précarité peut être mieux comprise par « la métaphore du trampoline » suggérée par le Dr **Pierre Larcher**, Chargé de Mission « santé précarité » à la Direction Générale de la Cohésion Sociale. Il explique de façon simple comment « *le cumul progressif de précarités de causes diverses – comparés aux élastiques d'un trampoline - aboutissent d'abord à la pauvreté, puis à l'exclusion* » (Larcher P. ; Colloque : Santé et Précarité, 17 janvier 2007 au Centres Sèvres)

L'« individu est soumis à des sollicitations permanentes, à (une grande diversité) d'interlocuteurs sociaux (famille, conjoint, collègues, supérieurs, administrations, commerçants, logeurs...) auxquelles il doit sans cesse être en mesure de répondre sans délai et de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec un faible élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline. ... (mais) pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques qui le relie à son cadre soient présents et en bon état (sur chaque côté).. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie sans même qu'il en ait conscience contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence... Que l'ambiance avec les collègues de travail se dégrade ou que les relations avec la hiérarchie se tendent, et c'est un élastique qui saute. Que les acquis professionnels deviennent obsolètes pour une sténodactylo du fait des progrès de la bureautique, et c'est un autre élastique qui saute, toujours du même côté. Que du côté de la santé, ces difficultés provoquent des insomnies, une fatigue croissante qui débouche sur une dépression (un autre élastique qui saute), et les relations intrafamiliales peuvent en pâtir, pouvant être à l'origine d'une baisse d'attention, voire d'un accident du travail. Coup sur coup, ce sont des élastiques qui lâchent sur trois côtés différents. Qu'un ennui financier vienne se surajouter (une réparation sur la voiture, une machine à laver ou un réfrigérateur à changer avant l'échéance...) et s'enclenche un processus d'endettement qui provoquera le lâchage de plusieurs autres élastiques. Le premier secteur sur lequel on tentera de faire des économies sera l'alimentation, amenant d'autres problèmes de somnolences, de malaises, de troubles digestifs, de déséquilibres en minéraux essentiels ou en vitamines... »

« Le trampoline commence à rebondir de plus en plus mal, et chaque secousse l'ébranle davantage, avec des risques de déchirure. C'est souvent au travail que retentit le coup de grâce. D'un coup, ce sont plusieurs élastiques qui sautent (confiance en soi, revenus suffisants, relations de confiance avec les voisins...). Risquent de s'ensuivre d'autres déboires qui seront autant de lâchages supplémentaires qui équivalent à la déchirure fatale, provoquant une chute qui risque d'être définitive. »

La métaphore du trampoline



6.1.3 L'exclusion

Elle est considérée comme le stade ultime du cumul des précarités, une sorte de point de non retour, celle où le trampoline est détruit et où la situation vécue par les personnes les place « en dehors de la société ».

Jean FURTOS (psychiatre et directeur scientifique de L'observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP)) présente l'exclusion comme le quatrième stade de précarité socio-psychologique où « Tout ou presque est perdu, même l'estime de soi ». C'est le stade où la souffrance empêche de souffrir. (Furtos J., *Quelques particularités de la clinique psychosociale*, *Soins Psychiatrique*, septembre 99, p. 11-15).

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) définit l'exclusion de la manière suivante :

« L'exclu est une personne qui, malgré son état de pauvreté, ne bénéficie pas, parce qu'elle n'en a pas le droit, qu'elle ignore ses droits ou qu'elle n'a même plus l'énergie de faire les démarches nécessaires, des possibilités d'aide (revenu, logement, école, santé) correspondant le plus à sa situation ».

6.1.4 La vulnérabilité

La vulnérabilité **concerne l'individu lui-même**. Elle fait appel au concept de fragilité. C'est la difficulté ou l'impossibilité de faire face à un événement ou à une situation, et aboutit –pour reprendre la métaphore – au manque de puissance du rebond sur le trampoline.

Une personne en situation de précarité est par définition vulnérable car elle est en « absence d'une ou plusieurs des sécurités nécessaires ».



6.1.5 La pauvreté

Ce terme fait référence à une dimension économique : une insuffisance de ressources, ou une irrégularité et une imprévisibilité des ressources.

En France comme en Europe, le seuil de pauvreté est placé à 60 % du revenu médian. Un individu isolé est officiellement considéré comme "pauvre" quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 954 euros en 2009 (le calcul des références ne peut jamais se faire qu'avec plusieurs années de décalage).

Pour tenir compte de la composition des ménages, l'INSEE réévalue ce seuil en fonction du nombre de personnes du foyer (adultes et enfants) et de l'âge des enfants (de plus ou moins de 14 ans).

6.1.6 Les publics en difficulté spécifique

Cette notion de public en difficulté spécifique est employée dans le secteur médicosocial de l'ARS. Elle désigne les personnes qui, après les personnes âgées et les personnes handicapées, relèvent d'une catégorie particulière d'établissements médicosociaux :

- les CAARUD, les CSAPA (ambulatoires ou résidentiels) et les communautés thérapeutiques en ce qui concerne le champ de l'addictologie
- les ACT, les LHSS et les LAM, en ce qui concerne celui du soin résidentiel

6.1.7 Les publics en difficulté particulière

Les termes de publics en difficulté particulière sont utilisés dans le Projet Régional de Santé et ses schémas pour désigner les publics démunis. Leurs limites est de mettre l'accent sur la difficulté et non sur les personnes. Cela décrit un instantané, mais ne s'inscrit pas dans une évolution.

6.1.8 Les publics fragilisés

Ces termes sont peu utilisables parce que trop flous par rapport à des origines qui peuvent être aussi bien génétiques, environnementales, financières, comportementales, que sociales.

6.1.9 Les publics démunis

Ceux sont les termes employés dans le texte de la loi de 1998. Un individu est considéré comme démunis ou pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Ce terme a des limites liées à sa définition économique, ne tenant pas compte des évolutions possibles, mais fait actuellement référence en France comme ailleurs.

6.1.10 Les parcours de santé / de soins

La notion de parcours de soins a été définie dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en lien avec la notion de médecin traitant et ne répond pas nécessairement au parcours de santé suivi par des patients démunis indépendamment de la couverture de leurs soins (problèmes de domiciliation, de mobilité ou d'errance, de recherche d'un médecin traitant...). Elle pose souvent problème aux professionnels du fait de cette origine. Elle est à préciser de façon adaptée à chacune des problématiques rencontrées. La



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

notion de parcours de soins apparaît plus facile à traduire en termes opérationnels... L'essentiel dans la notion de parcours tient à la prise en compte d'une approche de la santé non plus de façon ponctuelle et passive, mais apparaît comme une réponse apportée par de multiples acteurs, et sur de longues durées. Cela correspond aussi à la prise en compte des déterminants de santé, à la cohérence des réponses à apporter simultanément à des personnes souffrant de maladies chroniques et nécessitant une intervention sociale renforcée.

6.2 Les données générales

6.2.1 Données socio-économiques générales

L'Île-de-France compte 11,659 millions d'habitants au premier janvier 2008. (Source : INSEE, recensements de la population de 2008). Les populations précaires sont plus nombreuses en Île-de-France que sur le reste du territoire métropolitain, et, au sein de la région, se retrouvent plus concentrées dans certains départements, en Seine-Saint-Denis notamment, dans certaines communes ou dans certains territoires infra-communaux.

Une paupérisation qui progresse en France

Les derniers chiffres publiés par l'Insee montrent que la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté (taux de pauvreté à 60% du revenu médian) a encore augmenté entre 2008 et 2009 (dernières années disponibles) : en France métropolitaine, elle est passée de 13,0 % à 13,5 % de la population, en Île-de-France de 12,1% à 12,5%. La pauvreté touche diversement les départements franciliens, avec des écarts de taux de pauvreté allant de 1 -dans les Yvelines- à 3 -en Seine-Saint-Denis-. Dans quasiment tous les départements franciliens, le taux de pauvreté a augmenté entre 2008 et 2009. L'augmentation la plus nette touche le département où le taux de pauvreté était déjà le plus élevé (en Seine-Saint-Denis) : 21,5% à 22,7%.

Pauvreté monétaire : Taux de pauvreté à 60 % du revenu médian

	Paris	Seine-et-Marn e	Yveline s	Essonn e	Hauts-de- Seine	Seine - Saint-Denis	Val-de-Marn e	Val-d'Ois e	Île-de-Franc e	Franc e métro .
En 2008	13,9	9,1	7,3	9,1	10,1	21,5	12,3	12,2	12,1	13,0
En 2009	14,0	9,4	7,4	9,4	10,1	22,7	12,8	13,0	12,5	13,5

Champ : ménages fiscaux (hors ménages en logement collectif et sans abri) dont le revenu déclaré est positif ou nul.
Source : Insee, Revenus disponibles localisés.

Une connaissance partielle des publics et des besoins

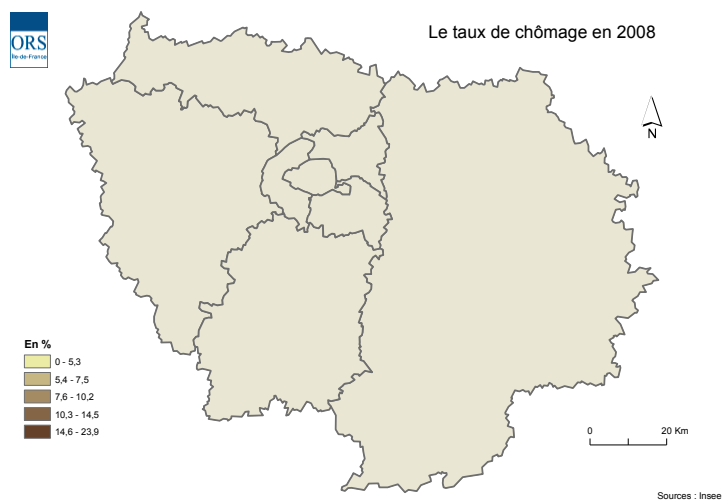
Les populations démunies ou en vulnérabilité sociale recourent peu au dispositif de droit commun et échappent souvent aux systèmes d'observation en population générale. Les données les concernant sont souvent parcellaires et peu accessibles. Elles sont généralement issues des rapports d'activité des structures dans lesquelles ces populations peuvent avoir recours. Leur mise en perspective permet néanmoins d'avoir une certaine connaissance de leurs caractéristiques, de leur nombre, etc.

Différents indicateurs pour caractériser la précarité

Différents indicateurs peuvent permettre de caractériser la précarité. Ceux-ci varient en fonction des sources de données et de leur disponibilité à des niveaux géographiques fins.

Par exemple, au niveau des départements franciliens, on peut citer :

- La proportion de la population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus (revenu inférieur à 908 euros par mois par unité de consommation). Les données 2008 sont : IDF 11,9% - France métropolitaine 13,4% - 75 : 11,1% - 92 : 9,4% - 93 : 21,7% - 94 : 12,5% (source Mipes – exploitation ORS Île-de-France – la santé observée à Paris, juin 2011)
- La proportion de ménages dépendants des prestations des CAF (75% ou plus des ressources du ménage proviennent des prestations des CAF). Les données 2008 sont : IDF 6,1% - France métropolitaine 6,7% - 75 : 6,3% - 92 : 4,8% - 93 : 11,6% - 94 : 6,6% (sources Caf, BDSL – exploitation ORS Île-de-France – la santé observée à Paris, juin 2011)
- La valeur du 1er décile du revenu par unité de consommation (ou rapport du 1er et du dernier décile)
- Le taux de chômage par commune en Île-de-France



- L'indicateur de développement humain (IDH2), en 2006 : IDF 0,57 vs 0,51 en France métropolitaine. 75 : 0,64 – 77 : 0,54 – 78 : 0,63 – 91 : 0,59 - 92 : 0,63 - 93 : 0,39 - 94 : 0,56 – 95 : 0,53 (source : IAU/ORS/MIPES – Note Rapide IAU - n° 528 - novembre 2010). Une actualisation est en cours.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins



- Le pourcentage d'enfants de moins de 20 ans vivant dans un ménage pauvre (sous le seuil de revenus de 903 euros par unité de consommation, 2006) : 75 : 9,1% - 77 : 7,3% - 78 : 6,8% - 91 : 6,8% - 92 : 7,7% - 93 : 11,4% - 94 : 8,1% - 95 : 9,0% - IDF : 8,4% - France métro : 9,5% (Source : Mipes, Exploitation ORS IDF, Profils socio-sanitaires départementaux (région et départements). 2010.)
- Le pourcentage de la population vivant dans des ZUS (2006) : 75 : 5,8% - 77 : 5,9% - 78 : 8,3% - 91 : 13,6% - 92 : 10,8% - 93 : 20,5% - 94 : 10,5% - 95 : 16,1% - IDF : 11,0% - France métro : 6,8% (Source : Insee, Exploitation ORS IDF, Profils socio-sanitaires départementaux (région et départements). 2010.)
- Le pourcentage de personnes de 15 ans et plus jamais scolarisées ou scolarisées jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme (2006) : 75 : 8,8% - 77 : 12,5% - 78 : 10,3% - 91 : 11,0% - 92 : 9,9% - 93 : 20,2% - 94 : 12,7% - 95 : 13,5% - IDF : 12,1% - France métro : 13,7% (Source : Insee, Exploitation ORS IDF, Profils socio-sanitaires départementaux (région et départements). 2010.)
- Ainsi que les différents indicateurs relatifs aux minima sociaux :



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

	Allocation adulte handicapé AAH 2009	Allocation parent isolé API - 2008	Allocation de solidarité spécifique ASS - 2009*	Allocation temporaire d'attente ATA - 2009*	Allocation équivalent retraite AER - 2009*	Allocation minimum vieillesse ASV- ASPA - 2008	Revenu de solidarité active Total RSA socle - 2009	Ensemble des minima sociaux - 2008
	(1)	(2)	(3)	(3)	(3)	(4)	(5)	(6)
Paris	24 099	4 038	15 059	4 450	373	20 791	61 006	122 238
Seine-et-Marne	12 046	3 263	4 820	746	699	5 744	19 577	40 105
Yvelines	10 308	2 071	5 075	548	368	4 792	16 794	35 221
Essonne	9 881	2 786	4 011	681	374	5 197	17 922	36 417
Hauts-de-Seine	14 251	2 919	8 064	1 256	325	7 993	27 143	56 591
Seine-Saint-Denis	18 757	7 120	12 238	3 848	575	12 242	60 628	104 725
Val-de-Marne	12 862	3 255	6 751	2 052	373	8 460	32 394	59 936
Val-d'Oise	10 439	3 123	6 706	1 316	499	6 768	22 571	46 091
Île-de-France	112 643	28 575	62 724	14 897	3 588	71 986	258 035	501 325
France métro.	854 155	171 938	321 000	33 300	59 499	507 363	1 313 920	2 997 655

* Données provisoires

(1) CNAF et MSA

(2) CNAF, MSA. Le RSA remplace le RMI et l'API en France métropolitaine à compter du 01/06/2009.

(3) Pôle Emploi ; fichier national des assedic -

(4) estimation DREES, FSV (Fonds solidarité Vieillesse) et enquête DREES auprès de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), du régime social des indépendants (RSI). Depuis 2007, deux allocations permettant d'atteindre le niveau du minimum vieillesse coexistent : l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

(5) CNAF, MSA. Le RSA remplace le RMI et l'API en France métropolitaine à compter du 01/06/2009.

(6) Cnamts, CNAF, MSA, DREES, Unédic, FSV, CNAV, CDC

Plus d'un enfant francilien sur cinq vit dans une famille pauvre

Dans une enquête (Regards sur les enfants de familles pauvres en Île-de-France, novembre 2011) appuyée sur les fichiers des allocataires des caisses d'allocations familiales (Caf), l'INSEE montre qu'en 2009, 577 000 des 2 638 000 enfants franciliens (soit 22 %) vivaient dans des familles pauvres – disposant de moins de 942 euros par unité de consommation³ par mois –, souvent des familles monoparentales, plutôt nombreuses (au moins quatre enfants).

Cette pauvreté tient largement au chômage : les parents de ces familles – 296 000 familles allocataires – sont plus souvent que les autres des travailleurs précaires ou au chômage, dépendant plus souvent du RSA. La pauvreté touche davantage les enfants dont au moins l'un des parents est de nationalité étrangère.

Cette situation pèse lourdement sur ces jeunes. Pour les enfants de 16 à 17 ans vivant en situation de pauvreté, l'Insee observe un net déficit de scolarisation. 78 % d'entre eux poursuivent leur scolarité contre 87 % pour l'ensemble des enfants de la population des allocataires. Et 18 % sont sans activité, ni scolarisés, ni salariés.

³ Un foyer est comptabilisé ainsi par les Caf : 1 unité pour l'allocataire (1,2 pour l'allocataire monoparental) ; 0,5 unité par adulte et enfant de 14 ans ou plus ; 0,3 par enfant de moins de 14 ans. Pour être au-dessus du seuil de pauvreté, une femme seule avec deux enfants de 15 et 10 ans doit donc disposer de (942 * 1,2) + (942 * 0,5) + (942 * 0,3) soit 1 784 euros par mois.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Par ailleurs, ces situations de pauvreté sont concentrées dans la petite couronne et plus spécifiquement en Seine-Saint-Denis. Dans la petite couronne, ce sont 26 % des enfants qui vivent dans une famille en situation de pauvreté. La proportion atteint 37 % des enfants en Seine-Saint-Denis. Enfin, l'étude de l'Insee indique que 314 000 enfants de la région Île-de-France vivent dans une famille fragile qui passerait sous le seuil de pauvreté sans les prestations sociales ou familiales.

La part des étrangers dans la population en 2006 est environ deux fois supérieure en Île-de-France à la moyenne métropolitaine

Les données du recensement de 2006 indiquent que la part des personnes étrangères dans la population est environ deux fois supérieure en Île-de-France à la moyenne métropolitaine : 12,4% contre 5,8%, avec de fortes disparités départementales puisque ce pourcentage varie de 7,5% en Seine-et-Marne à 21,2% en Seine-Saint-Denis, en passant par 15% à Paris et 12,6% dans le Val-de-Marne.

Une publication de l'Insee et de l'IAU (Institut d'Aménagement et d'Urbanisme) souligne que près de 300 000 Franciliens recensés en 2006 vivaient à l'étranger cinq ans auparavant. Ils représentent un tiers des nouveaux arrivants en France métropolitaine en provenance de l'étranger. La région reste la porte d'entrée privilégiée des personnes venant de l'étranger. Toujours selon cette étude, l'Afrique est le principal continent d'origine des immigrés arrivés récemment en Île-de-France (42%), devant l'Europe (30%), l'Asie (18%) et l'Amérique (10%). Depuis les années 1990, la part des arrivées en provenance d'Europe recule sensiblement (- 4 points) alors que celle en provenance d'Afrique progresse (+ 4 points).

Les lieux d'installation des nouveaux immigrés diffèrent en fonction de la catégorie sociale et de la présence d'immigrés de même origine dans le territoire. Par exemple, parmi les populations d'immigration récentes, celles originaires d'Afrique subsaharienne, s'installent surtout dans les territoires les plus pauvres de banlieue ou dans les arrondissements du nord-est parisien. (Sagot M. ; Arrivés de l'étranger : l'Île-de-France attire des jeunes qualifiés. Île-de-France à la page, n°343, 2010, http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/alapage/alap343/alap343.pdf).

Environ un tiers des 10 000 à 15 000 « Roms migrants » vivant en France se trouveraient en Île-de-France, soit environ 5 000 (situation au premier semestre 2010), dont la moitié en Seine-Saint-Denis (soit 2 500 à 3 000 personnes environ). En Seine-Saint-Denis, une large partie des Roms se concentrerait dans certaines communes de l'arrondissement de Saint-Denis. (Source : Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France, janvier 2012, ORS Île-de-France). Les Roms vivant en Île-de-France sont principalement originaires de Roumanie et de Bulgarie. Les données du recensement de 2006 montrent que les immigrés roumains récemment arrivés résident principalement dans les espaces centraux populaires, avec de fortes concentrations à Saint-Denis, Montreuil et Aubervilliers (Sagot M., 2010)

Au sein des constats réalisés dans le cadre du Programme Régional d'intégration des populations immigrées, deux dimensions sont à considérer :

- **Une problématique du vieillissement**

L'Île-de-France comptait au recensement de 2006 environ 300 000 immigrés âgés de plus de 60 ans. Ces immigrés sont logés pour partie dans les foyers de travailleurs migrants (235 foyers et résidences sociales), mais également dans le logement « diffus ». Les problématiques d'isolement, d'accès aux droits et d'accès aux soins peuvent être particulièrement prégnantes et demandent des formes d'information, d'accompagnement adaptées. Or, une étude récente réalisée dans les foyers de travailleurs migrants à Paris en 2010 montre que le nombre d'interventions socio-sanitaires dans les foyers parisiens a diminué entre 2005 et 2010 (se chiffrant initialement à une centaine, le nombre de ces interventions est passé à environ 70) avec un fort renouvellement des acteurs et une modification des actions développées,



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

devenues plus ponctuelles, sous la forme d'informations collectives, au détriment des actions régulières (permanences sociales et de santé)

(APUR : http://www.apur.org/sites/default/files/documents/APBROAPU537_0.pdf)

- **La situation défavorable des femmes immigrées**

Le diagnostic montre que la problématique d'intégration des femmes immigrées présente plusieurs spécificités. En particulier qu'elles sont nettement défavorisées au plan de la situation professionnelle. Non seulement leur taux d'activité est plus faible que celui des hommes immigrés, mais surtout, leur taux de chômage est nettement plus élevé alors qu'elles sont de plus en plus qualifiées et formées. Elles peuvent être également confrontées à des problématiques spécifiques en matière de santé d'accès aux droits, voire de violence.

6.2.2 Conditions de logement et d'hébergement

Un nombre élevé de logements indignes, avec des conséquences sanitaires non négligeables

En Île-de-France, plus de 177 000 logements sont potentiellement indignes (lettre de la DRIHL n°7 – février 2012).

Le risque de **saturnisme infantile** lié à l'habitat ancien est encore très présent dans les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis. Selon l'InVS, environ 9 000 enfants en France ont eu un premier test de plombémie en 2005, soit trois fois plus qu'en 1995. L'Île-de-France représente sur la période 2003-2004 près des deux tiers des enfants primo-dépistés. La proportion de cas de saturnisme (plombémie > 100 µg/l) parmi les enfants primo-dépistés est passée de 24% en 1995 à 4,7% en 2005. En 2008, les préfetures ont émis près de 1 000 notifications de travaux pour peintures au plomb. En 2008, 143 nouveaux mineurs sont atteints de saturnisme en Île-de-France. Comme en 2007, ces chiffres montrent une nette diminution (-33%) par rapport à l'année précédente. Cependant, elle est contrastée au sein de la région. Sur Paris, département où le nombre de cas déclarés est le plus important, le chiffre augmente d'environ 10%. Il reste stable et négligeable sur 3 départements de la grande couronne et il fléchit ailleurs, notamment en petite couronne où la baisse dépasse les 50%, en particulier en Seine-Saint-Denis (-57%), département concerné par un quart des cas. (Source : DRASSIF – MIPES)

L'intoxication au monoxyde de carbone est la première cause de décès par intoxication en France. Chaque année, au cours de la période de chauffe, plusieurs milliers de personnes sont exposées à ce risque évitable. L'Île-de-France est également l'une des régions (derrière le Nord-Pas-de-Calais) où le risque d'**intoxications au CO** est le plus élevé, avec 724 personnes intoxiquées en 2010 dont 7 décédées, l'Île-de-France est la région la plus touchée par ce risque. Entre le 1^{er} septembre et le 31 octobre 2011, 38 cas d'intoxication au monoxyde de carbone ont déjà été signalés sur la région francilienne.

Une sur-occupation des logements, locaux anciens ou dégradés, et précarité contribuent, voire expliquent, certaines pathologies particulièrement marquées dans la région.

L'insalubrité et l'humidité des logements peuvent provoquer ou aggraver des **pathologies respiratoires** (asthme, allergies...), des accidents domestiques et parfois même altérer la santé **mentale** des occupants.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Enfin, les populations en situation les plus précaires sont les plus nombreuses à déclarer être soumises à des **cumuls d'expositions au bruit** sur leur lieu de travail et à leur domicile. Dans une étude de l'ORS Ile-de-France sur « Les perceptions du bruit en Île-de-France », il est souligné que les personnes ayant les niveaux de diplôme les plus faibles et les revenus les plus bas sont les plus concernées par le cumul des expositions au bruit en Île-de-France. En effet, parmi les Franciliens ayant un emploi, 21% des Franciliens sans diplôme, 18% de ceux ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat et 12% de ceux ayant le baccalauréat cumulent les expositions au bruit au domicile et sur le lieu de travail, alors qu'ils sont 5% parmi les personnes ayant un niveau de diplôme compris entre bac+2 et bac+4 (<http://www.ors-idf.org/dmdocuments/RapportPercepBruit.pdf>).

Un dispositif d'hébergement social important mais qui doit encore évoluer pour répondre aux besoins

L'Ile de France mobilisait plus de 29 000 places d'hébergement dites « généralistes » au 31 décembre 2011, auxquelles s'ajoutaient plus de 10 000 places dédiées à l'accueil des demandeurs d'asile .

Ce dispositif "généraliste" se diversifie en fonction du public accueilli (femmes victimes de violence, personnes isolées en grande exclusion, familles, sortants de prison...). Il se répartit également en accueil en urgence, stabilisation ou insertion .

Au 31/12/2011 il est marqué par une prépondérance des places d'urgence, supérieures à 17 800 places, dont environ 11 500 places hôtelières .

Au 1er septembre 2012, plus de 14 500 nuitées hôtelières financées par l'Etat sont mobilisées quotidiennement, une mobilisation hôtelière sans précédent.

La dimension interdépartementale est forte puisque près de 80% des places hôtelières requises sont localisées en dehors de Paris, tant en petite qu'en grande couronne.

Ce dispositif d'hébergement est renforcé l'hiver, en particulier pendant les périodes de grand froid. Le nombre de places mobilisées pendant la campagne hivernale 2011-2012 a pu atteindre 4400 places par la mobilisation de nuitées hôtelières supplémentaires, l'ouverture de salles de gymnase, de salles situées dans des établissements hospitaliers, des mairies ou des centres d'hébergement.

Cet hébergement se complète d'un dispositif de veille sociale chargé d'informer et d'orienter les personnes en difficulté (115, accueils de jour, maraudes).

Ce système évolue rapidement avec la mise en place des Services Intégrés d'Accueil et d'orientation (SIAO), opérateurs chargés de créer les conditions d'une véritable articulation des différents intervenants pour favoriser le parcours des personnes à la rue vers le logement.

Enfin, depuis 2009, l'Ile de France développe et privilégie l'accès à des produits diversifiés susceptibles de constituer une étape intermédiaire avant le logement telle que l'intermédiation locative (plus de 2400 logements captés dans le parc privé) , ou une forme de logement durable adapté, comme les maisons relais ou pensions de familles, pour les personnes qui ne pourront pas accéder à un logement autonome (+ 2600 places financées).



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Un niveau d'expulsions et de surendettements sensible

En 2008 en Île-de-France, 30 683 **procédures d'expulsion** procédant d'impayés de loyer ont été prononcées en assignations (Sources : Préfectures de Département / DREIF / Unité Logement des Défavorisés) et 30 603 dossiers de surendettement ont été déposés (Source : Banque de France- Région Île-de-France).

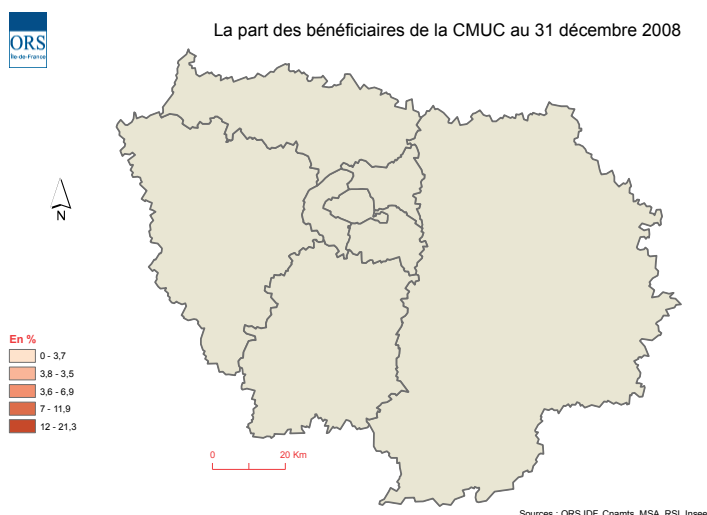
6.2.3 Accès / recours aux soins et aux droits

Une proportion de bénéficiaires de la CMU-C très variable selon les départements

La CMUC, financée principalement par l'Etat, s'adresse aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé annuellement par décret.

Au 31 décembre 2011, l'Île-de-France comptait 710 785 franciliens bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) -soit 6,0% de la population francilienne (Source Fonds CMU.

La part des bénéficiaires de la CMU-C par département diffère nettement : 75 : 7,4% – 77 : 4,0% – 78 : 3,3% – 91 : 4,3% – 92 : 4,1% – 93 : 11,0% – 94 : 5,7% – 95 : 5,8% - IDF 5,8% - France métro : 5,7% (source : Cnamts, RSI, CCMSA, Fonds CMU, Insee, exploitation ORS IDF publié dans La santé observée en Seine-Saint-Denis – Fiche 6.3 – décembre 2011 – données en 2010). Cette part diffère aussi nettement au niveau infra-départemental, comme le montre la carte ci-dessous.





Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Au 31 décembre 2008, l'Île-de-France comptait 77 084 attestations d'Aide complémentaire santé (ACS) -soit **0,7%** de la population francilienne (Sources : CNAMTS, RSI, MSA, Insee Recensement de la population 2006 - MIPES).

Répartition par âge des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en Île-de-France en 2006

Dispositif	Moins de 25 ans	De 25 à moins de 60 ans	60 ans et plus
CMU-C	47,0%	46,9%	6,1%
Attestations d'ACS	41,3%	43,4%	15,2%

(Sources : CNAMTS, RSI, MSA, Insee Recensement de la population 2006 - MIPES).

À signaler un nombre de demandeurs d'attestations ACS qui reste inférieur au nombre de bénéficiaires potentiels, en dépit des campagnes d'information.

Les trois-quarts des bénéficiaires de l'Aide médicale d'État résident en Ile-de-France

L'Aide médicale de l'Etat (AME) est destinée à prendre en charge les personnes ne présentant pas les conditions d'affiliation nécessaires à la CMU, et permet un accès gratuit aux soins (un décret du 17 octobre 2011 exclut certains types de soins) pour les personnes sans papiers résidant en France depuis au moins trois mois. Elle est accordée sous conditions de ressources (plafond identique à celui de la CMUC), et jusqu'à très récemment moyennant un forfait annuel de 30 €, pour les demandeurs adultes (instauré le 1er Mars 2011 et supprimé le 2 juillet 2012).

La région Ile-de-France concentre les trois quarts des bénéficiaires de métropole.

Afin de pallier à l'instauration d'un délai de trois mois de présence sur le territoire pour prétendre à l'AME, un fonds a été créé pour les "soins urgents et vitaux" sur lequel les soins hospitaliers répondant à ces critères d'urgence et de mise en cause du pronostic vital, peuvent être imputés.

Au 31 décembre 2009, le nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État est de 192 200 en France métropolitaine, dont près de 147 700 en Île-de-France. Après le fléchissement constaté entre 2006 et 2007, une hausse du nombre des bénéficiaires est observée pour l'année 2008. Cette augmentation est légèrement plus sensible en Île-de-France qu'au niveau national (+10% contre +9,7%).

Plus de 3 bénéficiaires sur 4 résident en Île-de-France (dont 34,2% à Paris et 19,8% en Seine-Saint-Denis). La proportion de ceux habitant Paris se réduit alors qu'elle progresse en Seine-Saint-Denis.

Bénéficiaires de l'AME au 31.12. 2009 en Île-de-France

	Assurés	Ayant droits	Total	%
Paris	50 898	13 267	64 165	43,4
Proche couronne	45 952	15 933	1 211	37,4
Gde couronne	17 053	4 585	21 638	14,8
IDF	113 903	33 785	147 688	100
Seine-St-Denis	27 931	10 453	38 384	22,4

Source : Cnam, exploitation MIPES. ORS. La santé observée en Seine-Saint-Denis. Fiche 6.3. décembre 2011)

Dans un rapport d'information fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État par MM. C. Goasguen et C. Sirugue, Députés. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 juin 2011, il est indiqué : « Il existe une forte concentration



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

géographique des bénéficiaires et des dépenses sur Paris et les trois départements de Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Guyane. La dépense est concentrée géographiquement sur la population relevant d'un petit nombre d'organismes d'assurance maladie : Paris, Bobigny (Seine-Saint-Denis), Créteil (Val-de-Marne) et Cayenne (Guyane). Les caisses de Paris et de Bobigny concentrent à elles seules près de la moitié des bénéficiaires (au 30 juin 2010 : 65 912 pour Paris, 40 774 pour Bobigny (2)). La concentration des bénéficiaires, à Paris, s'observe d'ailleurs sur quelques arrondissements (17^e, 18^e, 19^e et 20^e). Cette concentration géographique concerne à la fois le « stock » et la croissance annuelle : la croissance des effectifs s'observe également d'abord, sauf quelques cas particuliers, dans ces caisses. Ainsi, les travaux des inspections mettent en évidence que 6 organismes (soit 5 % du total des organismes de sécurité sociale) ont contribué à 70 % de la croissance de la dépense en 2009 : Paris, Bobigny, Créteil, Cayenne, Nanterre et Marseille. Ce phénomène de concentration par CPAM est cependant à nuancer s'agissant de la répartition de la population entre les ressorts des caisses primaires de l'Île-de-France, en raison de la mobilité de ces populations. Il n'est pas exclu que certaines associations ou personnes domicilient des bénéficiaires de l'AME à Paris, ces personnes n'y vivant pas comme le montre le suivi de leur consommation de soins. ».

Un doublement des situations de retard aux soins entre 2007 et 2009 parmi les patients vus dans les centres de Médecins du Monde

L'observatoire de Médecins du Monde, reprenant les données issues des centres d'accueil de soins et d'orientations destinés aux personnes en situation de grande précarité et/ou d'exclusion, que l'association a réparti sur l'ensemble de la France, montre dans son rapport 2010 :

- une augmentation de 17% du nombre de patients vus en consultation médicale entre 2007 et 2009 (28 160 personnes en 2010).
- un doublement des situations de retard aux soins entre 2007 et 2009 passant de 11 % à 22 %.

En 2011, Les deux centres d'accueil de soins et d'orientations installés en Ile de France ont vu une augmentation de plus de 11% de leurs files actives en 1 an (4098 personnes prises en charge à Paris en 2011, 6183 à Saint-Denis)

L'association précise que si 83% des personnes rencontrées au centre de Saint-Denis ont des droits potentiels à une couverture maladie (AME ou CMU-CMU-C), seulement 3% d'entre elles ont effectivement des droits ouverts.

De même à Paris, où **77,9%** des patients pourraient avoir des droits à la couverture maladie. Seuls **10,7%** de ces patients sans couverture sociale ont une demande en cours.

Enfin plus de 50% des femmes enceintes consultent avec retard supérieur à 15 semaines. Au centre de St-Denis, plus de 60 % d'entre elles n'ont pas accès aux soins pré-nataux.

Médecins du monde voit un public Roms de près de 3000 personnes, soit le 1/5 de la population Rrom au niveau national et la moitié de celle vivant en Ile de France.



6.2.4 Problématiques sanitaires

Une incidence de la tuberculose en Île-de-France deux fois supérieure à la moyenne métropolitaine

En Île-de-France, 1 912 cas de tuberculose ont été déclarés en 2010, soit 38 % de l'ensemble des cas déclarés en France métropolitaine (5 049 **cas**). L'Île-de-France a un taux d'incidence 2 fois supérieur à la moyenne métropolitaine (16,3 pour 100 000 habitants versus 8,1). On observe une grande disparité au sein de la région, ainsi, Paris et la Seine-Saint-Denis regroupent à eux seuls 50% des cas de la région.

Incidence et nombre de cas déclarés de tuberculose en 2010

	Paris	Seine-et-Marn	Yvelines	Essonne	Hauts-de-Seine	Seine-Saint-Denis	Val-de-Marn	Val-d'Oise	Île-de-France	France métro.
Incidence	22,1	8,4	7,7	14,1	10,6	31,4	17,2	13,7	16,3	8,1
Nbre de cas	491	111	109	171	165	477	227	161	1912	5049

Source : InVS (déclaration obligatoire de tuberculose, mise à jour janvier 2012)

Le rapport de l'InVS sur la tuberculose dans les maisons d'arrêt en Île-de-France en 2005-2006 souligne l'importance de la prévalence de l'infection dans la région : « La prévalence globale de la tuberculose dans la population entrante en maison d'arrêt en Île-de-France a été estimée à 106,9 cas de tuberculose pour 100 000 sur la période d'étude. Il existe d'importantes disparités entre maisons d'arrêt, avec des prévalences variant de 0 à 230,3 cas de tuberculose pour 100 000 détenus. Les prévalences de tuberculose les plus élevées ont été observées dans les maisons d'arrêt de La Santé et de Fleury-Merogis, avec respectivement 230,4 cas et 191,4 cas pour 100 000 détenus. A Bois d'Arcy, Nanterre, Osny, Versailles et Villepinte, aucun cas n'a été diagnostiqué dans la population entrante. Une approche de la prévalence de la tuberculose en fonction de la zone géographique d'origine [nationalité des détenus] a été réalisée». Les résultats montrent des niveaux très différents selon les zones (prévalence total de 106,9 pour 100 000) : France 28,2 / Europe de l'Est 476,2 / Asie 146,1 / Afrique subsaharienne 377,0 / Maghreb 173,4.

http://www.invs.sante.fr/publications/2007/tuberculose_idf/index.html

A Médecins du monde, le dépistage de la tuberculose mis en place donne un rendement de 472/100.000 au CASO de Paris sur 847 radios pratiquées et de 600/100.000 sur 1041 radios pratiquées à celui de St-Denis. Il s'agit de tuberculoses maladie.

Une proportion élevée de personnes en situation d'insécurité alimentaire

La part des personnes en situation d'insécurité alimentaire pourrait être supérieure en Ile-de-France, en raison du coût du logement, qui pèse plus lourdement sur le budget des familles. Dans le Baromètre santé nutrition 2008, on enregistre les résultats suivants : parmi les ménages franciliens ayant moins de 900 € de revenus mensuels (par unité de consommation), 11% en IDF étaient en situation d'insécurité quantitative (« il vous arrive souvent ou parfois de ne pas avoir assez à manger ») contre 8% hors IDF. Parmi les



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

ménages de 900 à 1499 € de revenus, les pourcentages étaient de 4% et 1%. Ces personnes en situation d'insécurité alimentaire se distinguent notamment par une alimentation particulièrement peu diversifiée. (Source : ORS IDF. Nutrition, revenus et insécurité alimentaire en Île-de-France. Janvier 2010)

En partenariat avec l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (USEN - Institut de veille sanitaire (InVS), Université Paris 13), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'ORS coordonne la mise en œuvre d'une étude sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire dont le terrain a été réalisé pendant l'hiver 2011-2012 (Abena-2). Cette étude permettra une description de la situation nutritionnelle d'une population considérée comme présentant des risques élevés. Les personnes ayant recours à l'aide alimentaire connaissent des contraintes dans leurs conditions de vie qui ont un impact sur, entre autres, leur santé nutritionnelle, même si le recours à l'aide alimentaire devrait normalement permettre d'en atténuer les effets délétères. Une première évaluation réalisée en 2004-2005 avait donné lieu à une description des profils sociodémographiques et des problèmes alimentaires et nutritionnels connus par les utilisateurs de l'aide alimentaire. Les résultats soulignaient la forte dépendance des personnes à l'aide alimentaire, la faible consommation de certains groupes alimentaires, ainsi que les fréquences particulièrement élevées de pathologies liées à la nutrition (obésité, hypertension, déficits vitaminiques et minéraux). La réédition de cette étude permettra une présentation actualisée de ces différents aspects, alors que le contexte économique, social et de l'aide alimentaire a profondément changé depuis 2005. Le terrain de l'étude a été réalisé entre novembre 2011 et avril 2012 au sein de 77 structures distribuant de l'aide alimentaire. Au total, un peu plus de 2000 bénéficiaires de l'aide alimentaire ont accepté de répondre au questionnaire. Plus de 350 examens paracliniques et biologiques ont été réalisés à la fin avril, les rendez-vous s'échelonnant jusqu'au mois de juin. La diffusion des premiers résultats de l'étude **Abena-2** est prévue pour le dernier trimestre de l'année 2012.

Une forte prévalence de troubles psychiatriques sévères et d'addictions chez les personnes sans logement personnel.

L'enquête SAMENTA, menée en 2009 auprès d'un échantillon aléatoire de 840 personnes des personnes sans logement en Île-de-France et fréquentant les services d'aide, a permis d'étudier la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions.

La pondération de l'échantillon permet d'estimer la population francilienne sans logement personnel fréquentant les services d'aide pendant la période d'étude à 21 176 personnes (IC_{95%} [17 582 ; 24 770]).

Il apparaît qu'un tiers de cette population souffre de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques (13%), de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement- 7%) et de troubles anxieux (12%).

Une proportion semblable présente une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage).

Mais on compte relativement plus d'abstinents complets qu'en population générale.

Les prévalences contredisent donc des estimations alarmistes, mais dessinent des motifs d'inquiétude. Elles confirment notamment le poids des troubles psychotiques, et un faible maintien dans le soin.

Il est important de noter que les prévalences de troubles psychiatriques sévères et d'addictions sont plus élevées dans des dispositifs à bas seuil, où leur détection et l'orientation vers les soins ne sont pas favorisées.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Si les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères ont eu, pour plus des deux tiers d'entre elles, un recours aux soins psychiatriques au cours de leur vie, la majorité d'entre elles n'est plus suivie. Cependant, la maladie mentale n'affecte pas toute la population sans logement personnel, encore moins dans ses formes les plus sévères ; il en est de même au sujet des addictions.

LA SANTÉ MENTALE ET LES ADDICTIONS CHEZ LES PERSONNES SANS LOGEMENT PERSONNEL D'Île-De-France, sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu- Social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm) Rapport final - Janvier 2010.

Une forte prévalence de maladies chroniques

En outre, toujours selon le rapport Samenta

- « plus d'un tiers des personnes sans logement personnel (37,7 %) déclare souffrir d'au moins une maladie chronique,
- les hommes déclarent plus souvent une maladie chronique que les femmes (44,2 % versus 25,5 %, $p=0,03$)
- les maladies chroniques les plus citées sont :
 - * les maladies **respiratoires ou ORL** qui affectent 7,4 % de la population,
 - * le **diabète** (6,2 %),
 - * l'**hypertension** (5,2 %),
 - * les maladies **psychiques** (4,7 %),
 - * les maladies **cardio-vasculaires** (4,3 %)
 - * les maladies **du système digestif** (3,8 %).

Tableau 8: Distribution des principales maladies chroniques par sexe chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Maladies chroniques	Homme (%) (n=402, N=13 777)	Femme (%) (n=438, N=7 399)	Ensemble (%) (n=840, N=21176)
Au moins une maladie chronique *	44,2	25,5	37,7%
Maladie respiratoire ou ORL	9,0	4,4	7,4
Diabète	6,8	3,2	6,2
Hypertension	5,8	4,1	5,2
Maladie psychique	6,3	1,6	4,7
Maladie cardio-vasculaire	5,8	1,4	4,3
Maladie du système digestif	5,5	0,5	3,8
Maladie articulaire et osseuse	3,4	2,5	3,1
Epilepsie	4,1	1,1	3,0
Maladie de peau	3,4	0,8	2,5
Maladie du foie	2,2	1,6	2,0
Cancer	1,7	0,9	1,4
Maladie du système nerveux	1,6	0,1	1,1
Infection VIH	0,4	2,1	1,0

* $p < 0,05$

De son côté l'observatoire de Médecins du Monde, note à partir de ses deux centres franciliens :

- une prévalence des maladies chroniques à potentiel de gravité (HTA, diabète, asthme) de 10% sur le CASO de Paris; et de 13% sur celui de St-Denis ;
- une pathologie nécessitant une prise en charge à moyen ou long terme dans 35,7 % des consultations, au CASO de St-Denis;
- des prévalence du VIH, hépatite B, hépatite C respectivement de:
- 2.4%, 6.8%, 4.9% au centre de Paris et de 2.2%, 6.5%%, 7.1% au centre de St-Denis.



6.2.5 Approches départementales des questions liées à la précarité

Département de l'ESSONNE (91)

Le Département de l'Essonne est un Département contrasté créant deux paysages radicalement différents entre le nord urbanisé et le sud en territoire rural. Le département concentre une richesse économique relativement importante avec des pôles d'excellences mais aussi des poches de précarité.

14 Communes dont l'IDH 2 est inférieur à 0,52 se répartissent sur un axe nord est sud-ouest ; et dans le cadre de la politique de la ville 13 Contrats Urbain de Cohésion Sociale couvrent 65 quartiers sur 28 communes du Département.

Le plus important Centre Pénitencier d'Europe avec une moyenne de 10 000 détenus entrants chaque année est implanté sur l'Essonne.

Certaines zones sont repérées comme zones de prostitution. La route N6 en forêt de Sénart où de jeunes femmes se prostituent dans des conditions qui les exposent à de nombreux risques en matière de santé.

En matière d'habitat indigne une double problématique est recensée avec des copropriétés dégradées et une sur occupation de logements (commune de Grigny). Des centres villes pavillonnaires anciens posent également problème (commune de Corbeil).

6 ateliers santé ville participent au développement d'actions territoriales coordonnées en matière de santé en direction des publics les plus fragiles.

Le tissu associatif est développé, avec :

- Des associations implantées au plus près de la population dans les quartiers mais aussi d'autres très spécialisées intervenant auprès des demandeurs d'asile, des sortants de prison, ou conduisant des actions spécifiques auprès des Gens du Voyage ou des migrants.
- Des structures d'accueil spécialisées dans la prise en charge et l'accompagnement vers la réinsertion sociale de publics particulièrement vulnérables (par exemple en matière de VIH et ou pathologie chroniques par l'association Diagonale 91, de jeunes mères célibataires toxicomanes par l'association OPPELIA)

En santé mentale, une équipe mobile DIAPSY peut être sollicitée pour se rendre au domicile des personnes atteintes de troubles psychiatriques, et faciliter ainsi l'orientation vers le soin.

6 PASS sont implantées sur 6 établissements de santé publics du Département, chacune ayant construit un partenariat avec la CPAM pour faciliter les démarches d'accès aux droits.

Néanmoins ces dispositifs sont à conforter et des coordinations à améliorer pour mieux répondre aux besoins des populations particulièrement vulnérables.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Département des HAUTS DE SEINE (92)

Caractéristiques en matière de précarité :

Les Hauts de Seine sont un territoire avec des indicateurs sociodémographiques plus favorables que la moyenne francilienne mais avec des zones de fragilités.

Sont identifiés comme étant des territoires prioritaires :

- La boucle nord du département : Gennevilliers, Villeneuve la Garenne, Asnières, Colombes, Clichy.
- Au centre : Nanterre.
- Au sud : Bagneux, Antony.

L'accessibilité financière et géographique à l'offre de santé est particulièrement difficile dans la boucle Nord du 92, et ce malgré l'offre dynamique des centres de santé sur ces territoires moins favorisés.

Concernant le logement, la proximité parisienne des Hauts de Seine pèse notamment sur les tarifs du foncier et de la location, très élevés, ce qui aboutit à un logement social lui-même cher à la location.

Dispositifs et structures spécifiques

Etablissements médico-sociaux :

- o 1 Service de Lits Halte Soins Santé (LHSS) de 48 places au CASH de Nanterre
- o 5 Services d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) soit 96 places réparties sur l'ensemble du territoire
- o 7 Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)
- o 1 Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD)

Centres de Santé :

- o 22 CS polyvalents
- o 15 CS médicaux
- o 6 CS dentaires
- o 1 CS infirmier

Permanences d'Accès aux Soins :

- o 5 PASS sur le département dont 4 de l'APHP (Beaujon, Louis Mourier, Ambroise Paré, Antoine Béclère et le CASH).

Ateliers Santé Ville :

- o 13 ASV répartis sur le territoire

Etablissement pénitentiaire :

- o Maison d'Arrêt des Hauts de Seine située à Nanterre (environ 900 détenus).

Conseils Locaux en Santé Mentale :



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- 3 CLSM actifs (Gennevilliers, Nanterre et Suresnes) et 3 en projets (Antony, Sceaux et Rueil Malmaison).

Contrats Locaux de Santé :

- 6 CLS signés en janvier 2012 (Asnières, Bagneux, Clichy, Gennevilliers, Nanterre, Fontenay aux Roses)
- 3 CLS seront signés en octobre 2012 (Colombes, Rueil Malmaison, Villeneuve la Garenne)

Réseaux de santé:

- 3 Réseaux dédiés à la précarité (ASDES, ARES, RESSOURCE)

Missions locales :

Associations créées par des communes ou des groupements de communes, qui ont pour mission l'accueil, l'information et l'orientation des jeunes, âgés de 16 à 25 ans, sortis du système scolaire.

- 11 ML sur les Hauts de Seine (Asnières, Bagneux, Antony, Chatillon, Clichy, Courbevoie, Gennevilliers, Issy-les-Moulineaux, Nanterre, Rueil Malmaison).

Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) :

Il instaure une collaboration active de tous les acteurs locaux de l'accueil, de l'hébergement et du logement.

Le département des Hauts de Seine a privilégié la mise en place d'un SIAO unique regroupant le volet urgence et le volet insertion.

Maisons-relais contre la précarité :

La maison-relais permet d'accueillir sans limitation de durée des personnes isolées ou désocialisées au faible niveau de revenus. Les maisons-relais proposent des appartements et un suivi quotidien des résidents, afin de les accompagner pour construire leurs projets. Pour certains, il s'agit avant tout d'une passerelle entre le logement d'urgence et le logement social durable.

- 9 maisons relais sur les Hauts de Seine (environ 250 places)

Résidences sociales :

Issues du programme de réhabilitation visant à transformer les Foyers de Travailleurs Migrants à partir de 1995, les résidences sociales ciblent des publics plus diversifiés que dans les FTM.

- 4 027 places en 2011, dont 1 710 places relevant d'anciens FTM

Centres d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) :

- 4 CADA sur lesquels sont réparties les 299 places du département

Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) :

- 12 CHU pour un total de 372 places
- 700 nuitées d'hôtel

Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) :

- 25 CHRS offrant 842 places



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Département de PARIS (75)

Le territoire parisien se caractérise par la densité de sa population (l'une des plus élevée d'Europe), sa **richesse** (un revenu médian par unité de consommation supérieur au niveau régional et national), une diversité culturelle et identitaire importante mais aussi par des **inégalités sociales très fortes**.

En effet, les inégalités dans la distribution des ressources sont plus élevées à Paris qu'au niveau régional et national. Si la capitale se distingue par un taux de bénéficiaires du RSA, de la CMU-C et de l'AME plus élevé qu'à l'échelle nationale, les personnes bénéficiant des minima sociaux vivent majoritairement dans le Nord-est (18^{ème}, 19^{ème}, 20^{ème}), ce territoire cumulant des précarités (problèmes d'accès et maintien dans l'emploi et dans le logement, problèmes de santé, etc.) et la présence massive de certains publics en difficultés (migrants âgés, familles monoparentales, personnes âgées isolées).

On remarque cependant que certaines problématiques, comme les personnes sans domicile fixe⁴, concernent le territoire parisien dans sa globalité.

Le coût du logement à Paris, avec des prix dans le parc privé souvent inaccessibles aux classes moyennes, entraîne une demande très forte vers le parc social (126 540 demandes en 2011 pour 12 500 logements attribués). En dépit du rattrapage de ces dernières années, l'offre de logement social reste inférieure au taux prévu par la loi SRU et aux besoins exprimés. Du même coup le relogement à l'intérieur de Paris des ménages vivant dans des **logements insalubres** demeure problématique et ce, malgré l'existence de dispositifs prioritaires (DALO...). De plus, on remarque un faible taux de rotation au sein du parc social (5,4 % au 1^{er} janvier 2011)

Parallèlement, les ménages **connaissant des difficultés de logement réduisent davantage leurs dépenses liées directement à la santé ou indirectement (alimentation ...)** que la population générale, ce qui se traduit par des difficultés d'accès aux soins et des indicateurs de santé témoignant de ces inégalités sociales. A titre d'exemple, cela manifeste notamment par un niveau de mortalité prématurée plus élevé dans les arrondissements du Nord-est, et un taux d'enfant en excès de poids supérieur chez ceux scolarisés dans les quartiers « prioritaires » au titre de la politique de la ville.

On relève également à Paris des conduites addictives plus marquées qu'ailleurs en particulier chez les jeunes (autour de la l'alcool, du tabac et du cannabis) ainsi que la présence de scènes de toxicomanies dans le nord est parisien.

De nombreux lieux de prostitution sont également recensés dans la capitale.

Malgré la présence de importantes de PASS (permanences d'accès aux soins de santé) sur Paris (13), une sollicitation souvent inappropriée des services d'urgences des établissements de santé par les personnes précaires, est néanmoins constatée. Cette situation s'explique par des **soins de 1^{er} recours inaccessibles sur le plan financier** (du fait d'une faible proportion d'omnipraticiens libéraux pratiquant le secteur 1⁵ ainsi que le tiers payant) **et culturel** (situation des étrangers précaires non francophones, connaissance insuffisante d'un système de santé complexe...). Paris connaît également une problématique liée à la **gestion des sorties des structures médico-sociales** (LHSS, LAM, appartements thérapeutiques...) à destination des personnes en difficulté spécifiques, du fait de l'insuffisance de places d'hébergement d'urgence et/ou des dispositifs d'insertion.

⁴ Environ 20 000 personnes sans domicile fixe : 10 000 hébergées en famille à l'hôtel, plus de 8000 en centres d'hébergement et au moins 2000 vivant à la rue (source : DRIHL, été 2012).

⁵ Seulement 55% des omnipraticiens contre 70% au niveau régional et 87% au niveau national.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Très schématiquement on peut distinguer les publics en situation de grande exclusion sociale pour lesquels des dispositifs spécifiques d'accompagnement et d'interface sont encore indispensables et les publics en situation de précarité pour lesquels les services de droit commun doivent adapter leurs modalités d'intervention notamment en partenariat avec les acteurs du champ social.

Au final, il apparaît que **l'accès aux soins des personnes précaires et la coordination de leurs parcours de santé nécessitent d'être améliorés et accompagnés notamment sur le plan social**. De façon générale, il s'agit de **promouvoir une prise en charge globale** à l'interface du social et du sanitaire par la mise en réseau des acteurs des différents secteurs en y associant les opérateurs de terrain œuvrant auprès des personnes précaires exprimant des besoins spécifiques (Médecins du Monde, Les Amis du Bus des Femmes, la « mission rom » du Secours catholique...). Si dans un premier temps, il s'agit de mobiliser et de coordonner les multiples dispositifs spécifiques de prise en charge, l'objectif est bien, à terme, de **parvenir à l'intégration des malades précaires dans les dispositifs de santé de droit commun**.

Données chiffrées à Paris

- Lits haltes soins santé (LHSS) : 210 places
- Lits d'accueil médicalisés (LAM) : 24 places
- Appartements de coordination thérapeutique : 256 places
- Centres d'hébergements et de réadaptation sociale (CHRS) : 62 établissements soit 4356 places
- Centres d'hébergements d'urgence (CHU) : 58 centres dont 33 sont des centres de stabilisation
- Espaces solidarité insertion (ESI) : 15
- Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) : 13
- Ateliers santé ville (ASV) : 6
- Equipes mobile psy précarité (EMPP) : 5
- Conseils locaux de santé mentale (CLSM) : 10

Département de la SEINE ET MARNE (77)

Le poids de la pauvreté :

Les revenus : en données 2007, le revenu fiscal moyen par unité de consommation est de 19 980€ (moyenne IDF 20 575€).

On constate en 2008, 4,6% des ménages dont au moins les $\frac{3}{4}$ des ressources proviennent des prestations familiales (6,1% IDF).

Des loyers plus bas que dans les autres départements d'IDF rendent plus attractif le département pour les ménages à faibles revenus du reste de l'IDF.

Le parc de logement est inégalement réparti sur le territoire : il existe un parc de logement social essentiellement localisé à l'Ouest et dans certaines communes de la zone centrale, tandis que l'Est et le Sud se singularisent par la prédominance de l'accession à la propriété dans une part significative de logements inconfortables et potentiellement indignes. L'Est du 77 attire les populations pauvres de la région dans des communes rurales peu desservies par les transports rendant l'accès à l'emploi difficile. De



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

plus, l'éloignement des zones d'activité implique des temps de transports importants fragilisant ainsi le maintien dans l'emploi à long terme.

Un tissu d'entreprises emploie des salariés à faible niveau de qualification surtout à l'Ouest du 77.

On constate une population qui se précarise dans les zones urbaines du département sur l'Ouest mais aussi dans les zones rurales de l'Est du Sud et une zone Est plutôt Sud à caractère rural, plus pauvre, sans expansion socio économique et démographique à la différence de la zone Ouest plutôt Nord de concentration urbaine, de croissance démographique et d'emploi.

Les réalités concernant les personnes les plus démunies :

Dans la partie plutôt Ouest du territoire, on voit se multiplier les populations adressées par le SAMU Social de Paris, et la CAFDA dans des lieux d'hébergement de type hôtels « sociaux » sans tenir compte des capacités de prise en charge sociale dans les communes concernées.

Le manque de places pour l'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile induit leur hébergement dans des abris de fortune voire à la rue ou en surpopulation dans des logements occupés par des compatriotes. Les places d'hébergement d'urgence sont constamment occupées et ne suffisent pas à répondre à la demande. La sortie du dispositif hivernal est chaque année difficile à mettre en œuvre par le SIAO.

Dispositifs :

Les PASS sont insuffisamment mis en œuvre et les consultations précarité sont en sous capacité par rapport à la demande.

Les temps d'attente pour obtenir une consultation en CMP ou CMPP dénotent la difficulté de prise en charge des patients ayant des problèmes psychiatriques. L'offre de soins dans ce domaine est insuffisante dans le département. Deux équipes mobiles psychiatrie-précarité couvrent difficilement le territoire seine et marnais.

Offre de soins et état de santé :

La Seine-et-Marne est le département francilien comportant le nombre de médecins généralistes le plus bas de la région : 243/100.000 hab.

La frange Est du territoire ainsi que l'extrême Nord et Sud ne sont pas inclus dans le dispositif des médecins d'urgence. Les centres hospitaliers sont ainsi confrontés à la prise en charge de pathologies ne relevant pas des urgences pour pallier à ce déficit d'offre de soins de ville et de permanence des soins en ambulatoire.

L'espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes est la plus basse de la région ainsi que le taux de mortalité prématurée.

Les taux standardisés de mortalité sont supérieurs à la moyenne régionale :

- pour les cancers des hommes et femmes
- pour le cancer du sein des femmes
- pour les cancers des poumons et larynx des hommes
- pour alcoolisme et cirrhose des femmes, les taux sont supérieurs à la moyenne régionale.

La comparaison par canton dans ce cadre fait apparaître des inégalités de santé entre Est et Ouest du département :



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

- Une partie Ouest très proche de la petite couronne qui est en pleine expansion démographique avec des zones de mortalité prématurée dans les zones proches du 93, communes de Chelles, Noisiel, Torcy.
- Une partie Est très rurale présentant un manque important de professionnels de santé et une mortalité prématurée importante dans le Nord Est mais également le Sud Est notamment dans la zone de Montereau, Bray sur Seine mais également Nemours à cheval sur le Sud Est et Sud Ouest.

Département de la SEINE SAINT-DENIS (93)

La Seine-Saint-Denis est un département fortement impacté par les inégalités territoriales de santé : parmi les facteurs explicatifs figure l'importance numérique et proportionnelle des habitants concernés par la grande précarité. C'est aussi un département dont les différents acteurs ont développé des stratégies souvent innovantes face à ces enjeux.

Un département fortement frappé par la pauvreté...

En 2008, le niveau de vie moyen annuel des habitants du 93, est de 19 237 € soit le 92ème rang en France parmi les 95 départements de Métropole.

Au niveau régional, les indicateurs de pauvreté-précarité sont environ deux fois plus importants en Seine-Saint-Denis que dans le reste de la région.

En 2009, les allocataires CAF à bas revenus (moins de 954 € par mois) étaient 129 074, soit 23% de la population totale, versus 12,8% en Ile-de-France et 13,4% en France.

En 2008, Les prestations familiales constituaient l'essentiel des ressources pour 11,6% des ménages séquanais-dionysiens versus 6,1% en région et 6,7% en métropole. Le pourcentage d'enfants de moins de 20 ans vivant dans un ménage à bas revenus (moins de 903 € par unités de consommation en 2006) était de 33, 4%

La proportion de bénéficiaires du RSA socle est de 6% en 2009 versus 3,3% en région, chiffre identique au score national.

Les indicateurs d'inégalités se cumulent en Seine-Saint-Denis :

Certains sont les plus élevés de la région :

- Pourcentage de familles monoparentales : 19,8% en 2006,
- Pourcentage de personnes de 15 ans et plus scolarisées jusqu'en primaire ou jusqu'au collège sans diplôme en 2006 : 20,2%
- Taux de chômage parmi les actifs en 2010 : 11,4%
- Pourcentage de bénéficiaires de la CMUC : en 2009 : 10,6%,
- Part des habitants vivants en ZUS en 2006 : 20,5% dans le 93, versus 11% en région.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Cette précarité se projette de façon nette sur les territoires

- Les valeurs communales d'IDH 2 montrent clairement que certaines communes du département sont très en dessous de la moyenne nationale, mais encore au dessous de la moyenne départementale.
- Il existe ainsi des poches de pauvreté massives et profondes parmi les personnes qui ont un logement. A titre d'exemple, on peut citer la ZUS Allende à Saint Denis qui regroupe plus de 5 000 personnes vivant avec un revenu annuel fiscal médian de 8 248 € par unité de consommation (UC) ou 7 148€ pour les 1 300 habitants de la ZUS Allende à Villetaneuse.

Un département aux caractéristiques démographiques spécifiques

Il s'agit d'un département jeune et avec un indice de fécondité important (En 2007 : 2,37 enfants par femme)

Un département où la grande précarité liée au logement est présente de façon massive

Aux populations résidant dans les quartiers paupérisés s'ajoutent les personnes sans logement ou hébergées par des tiers, par la famille, dont le nombre est difficilement estimable.

Chaque jour le 115 reçoit 800 demandes d'hébergement, et environ 3 500 personnes sont accueillies toutes les nuits en chambres d'hôtel. La prise en charge de ces personnes, qui sont soit des personnes seules, des familles ou adultes avec enfants sont complexes. L'inadéquation entre une demande d'hébergement d'urgence massive et des structures d'accueil insuffisantes est aggravée par la prise en charge sur ces structures d'une forte population parisienne.

Par ailleurs, la Préfecture a récemment recensé 7 000 personnes dans une centaine de campements et bidonvilles (doublement de la population et triplement du nombre de campements illicites sur ses six derniers mois).

Des acteurs qui mettent en œuvre des réponses diversifiées

La question d'une réponse sanitaire et de santé publique aux situations de grande pauvreté et de précarité est l'objet d'une mobilisation diversifiée, notamment des acteurs publics, dans le cadre de **leur activité de droit commun** :

- Les ateliers santé ville et les volets santé des CUCS ont été développés depuis longtemps et sur de nombreuses communes, incluant des actions d'accès aux droits et aux soins pour les personnes les plus précaires : ces actions ont le plus souvent été relayées par les CLS, avec d'autres actions de prévention primaire. De façon plus globale, en matière d'éducation à la santé et de promotion de la santé, des promoteurs interviennent mais leur nombre reste à développer et leur fonction à valoriser.
- Les centres de santé municipaux constituent souvent des portes d'accès au système de santé pour ces personnes
- Les professionnels libéraux à travers certains réseaux
- Les PASS des hôpitaux de St-Denis (très articulée avec le réseau local de soins), Bobigny, Montreuil, Aulnay, Bondy



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Parmi les préoccupations spécifiques figure la question de la santé périnatale et du jeune enfant. Le système de PMI assure, souvent à lui seul, l'accès aux soins d'une proportion considérable d'enfants en grande précarité et en situation d'exclusion, constituant dans le département un réseau dense d'acteurs généralistes intervenant en milieu précaire. Les questions de démographie médicale tendent cependant à fragiliser son action. Concernant la mortalité infantile, supérieure dans le département à la moyenne régionale et nationale, un travail partenarial est en cours, en lien avec le Conseil Général, les réseaux de santé et les hôpitaux, dont l'objet est de mieux identifier les causes sanitaires et sociales sur lesquelles pouvoir agir.

Enfin, le champ de la santé mentale est l'objet d'efforts particuliers : là encore, on retrouve à la fois un travail de mobilisation des structures de droit commun (PASS Ville Evard, secteurs et les trois maisons des adolescents, ces dernières faisant un travail complémentaire des PAEJ) et un travail de liaison spécifique. Ce dernier repose en particulier sur le dispositif dit des RESAD⁶ (travail sur les situations articulant problèmes psy et problèmes sociaux ou d'insertion) et les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), au nombre de 3 et portées prochainement à 4.

Parmi les **intervenants dédiés spécifiquement** aux problèmes de santé liés à la précarité, on notera :

1. Une vingtaine d'équipes intervenant en toxicomanies (prise en charge, RdR)
2. Les lits halte soin santé

Cependant, les établissements d'accompagnement des personnes en difficultés spécifiques qui existent dans le département, ont un nombre de places insuffisant par rapport aux demandes, d'autant qu'ils sont embolisés faute de solutions d'hébergement durant la prise en charge ou à la sortie.

Actuellement deux associations interviennent à la demande de l'ARS pour apporter une médiation sanitaire avec interprétariat pour suivre les familles (notamment les femmes enceintes et/ ou avec enfants), ce sont Médecins-du-Monde et Première Urgence-Aide Médicale Internationale qui se répartissent les interventions dans les campements roms et les accueillent en consultation/dépistage au CASO de Saint-Denis.

Ainsi, on peut considérer que la question des réseaux, des compétences et des mobilisations se pose de façon générale moins que celle des moyens dont disposent les acteurs.

Département du VAL DE MARNE (94)

Données générales sur la pauvreté

En 2008, la proportion de la population vivant dans un foyer allocataire à bas revenus (revenu inférieur à 908 euros par mois par unité de consommation était de 12,5 % dans le Val de Marne contre 11,9% en Ile de France et 13,4% en France métropolitaine. Dans le même temps la proportion de ménages dépendants des prestations des CAF était de 6,6 % contre respectivement 6,1 % et 6,7 % en Ile de France et en France métropolitaine.

En 2009, le taux de pauvreté (à 60% du revenu médian) dans le département était de 12,3% presque identique à celui de l'Ile de France, de 12,1%.

⁶ Réunion ou réseau d'évaluation de situations d'adultes en difficulté



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Territoires prioritaires

Pour une population de 1 298 341 habitants, le département compte 23 quartiers classés en zone urbaine sensible (ZUS). La population en ZUS est de 136 826 habitants soit 11% de la population départementale contre seulement 6,8% en France métropolitaine. Sur les 23 ZUS, 16 villes du département sont en CUCS et parmi elles 12 communes avec des quartiers de priorité 1 n'ont pas d'ASV.

Cinq communes ou groupes de communes ont un Atelier Santé Ville : Ivry-Vitry, Champigny-sur-Marne, Gentilly-Val de Bièvre, Créteil Kremlin-Bicêtre. Deux autres sont en cours d'élaboration ou de redynamisation: Bonneuil sur Marne, Choisy le Roi et Fontenay sous Bois.

Les actions des ASV se concentrent sur les aspects suivants :

- l'habitat et la santé: les questions d'insalubrité, de sur-occupation.
- le cadre de vie, l'environnement, les transports pour faciliter l'accès aux structures de droit commun et aux soins.
- l'emploi en ce qui concerne l'insertion professionnelle, la santé physique et psychique.
- l'éducation.

En 2006, l'IDH2 du Val de Marne est estimé à 0,56 contre 0,57 en Ile de France et 0,51 en France métropolitaine.

Treize villes du département ont un indice de développement humain (IDH2) inférieur à 0,52 (Valenton, Bonneuil sur Marne, Villeneuve Saint Georges, Orly, Ivry, Villeneuve le Roi, Vitry sur Seine, Alforville, Champigny, Choisy Le Roi, Gentilly et Villiers sur Marne).

Les populations et les thématiques prioritaires en prenant en compte la vulnérabilité sociale

La périnatalité constitue une préoccupation pour l'ensemble du département, les besoins exprimés sont relatifs aux difficultés d'accès aux soins pour les femmes en attente d'ouverture ou de renouvellement de droit, l'amélioration du lien mère-enfant dans un contexte où les sorties précoces en maternité sont fréquentes, la scolarisation des enfants handicapés, la nécessité de créer un réseau de suivi des prématurés, la difficulté de recrutement des médecins en PMI, la difficulté d'accès à un gynécologue.

Les jeunes

Sur l'ensemble du département les questions relatives à l'éducation affective et sexuelle, la nutrition et la prise en compte du surpoids, le développement des compétences psychosociales et la santé bucco-dentaire sont rapportées.

Les migrants

Les maladies chroniques, la souffrance psychique, les problématiques liées au vieillissement, les questions de santé spécifiques aux femmes migrantes chez qui l'infection par le Vih-sida se révèle importante.

La situation sanitaire spécifique des camps illicites est préoccupante : absence de couverture sociale et difficultés d'obtention de l'aide médicale Etat (AME), problèmes gynécologiques, absence de suivi de grossesses, accès à la contraception et à l'IVG chez les femmes, diarrhées, conjonctivites, défaut de vaccination chez les enfants, absence de soins réguliers chez ceux souffrant de maladies chroniques ((diabète, hypertension artérielle, asthme ..). La mobilité subie par ces populations nécessite des approches adaptées. Des associations sont identifiées et travaillent en direction de ces populations.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Les caractéristiques spécifiques des résidents des foyers de travailleurs migrants et résidences sociales doivent être prises en compte : difficultés matérielles et culturelles d'accès aux soins notamment bucco-dentaire, problèmes d'addiction cachés, misère sexuelle compensée par une offre de prostitution, souffrance psychologique. Dans ces foyers, la situation des immigrés âgés de plus de 60 ans devient une problématique de plus en plus prégnante.

L'accès aux soins et l'accès aux droits

Les dispositifs d'accès aux soins sont peu utilisés et sont méconnus des professionnels de santé : CMUC, l'accès à une complémentaire santé (ACS). Le dispositif d'examen périodique de santé gratuit doit être adapté aux populations précaires. A titre d'exemple, et malgré les efforts du conseil général et de la CPAM, les taux de participation aux examens bucco-dentaires pour les 6 ans restent inférieurs à 35 % sur la plupart des communes.

Le Vih-Sida

Le Val de Marne est le 3^{ème} département touché par l'infection VIH, des besoins spécifiques existent en direction du public migrant et particulièrement chez les femmes. Il est signalé l'absence de lieux identitaires communautaires pour une prévention adaptée (HSH, prostitués, femmes migrantes).

La santé mentale

Précarité et santé mentale constitue une préoccupation sur l'ensemble du département. Un conseil local de santé mentale (CLSM) est en voie de redynamisation, 2 autres sont en cours de constitution.

Le diabète

Il constitue un problème national de santé publique. Les acteurs relèvent le faible nombre d'actions d'éducation thérapeutique effectuées sur le département. Deux opérateurs interviennent déjà, leurs actions mériteraient d'être renforcées et déployées sur d'autres communes.

Autres dispositifs et structures existantes

Structure	Places ou nombre
LAM	
ACT FMDC + Habitat et soins	60 places
LHSS Limeil-Brevannes	20 places
PASS	6
CAARUD	2
CSAPA	9
CMS	32

Six contrats locaux de préfiguration sont élaborés et sont en cours de signature pour l'année 2012.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Département du VAL D'OISE (95)

Ce département présente des indicateurs contrastés sur le plan de la pauvreté, avec des poches de précarité importantes et notables sur 6 communes du secteur sud-est du Val d'Oise, à la limite de la Seine St Denis (Sarcelles, Gonesse, Villiers le Bel, Garges lès Gonesse, Goussainville, Arnouville). Toutefois, il faut relever des difficultés socio-économiques sur le nord et l'ouest dans les zones rurales et semi-rurales (Vexin, Persan-Beaumont et le secteur de Fosses, Louvres) mais aussi sur le sud autour d'Argenteuil et dans la ville nouvelle de Cergy Pontoise sur certains quartiers.

On constate des difficultés d'accès aux soins sur le secteur rural et semi-rural, avec une permanence des soins ambulatoire non assurée due à une démographie médicale faible, voire inexistante, palliée à l'ouest par les urgences de l'hôpital du Vexin, là où vit une population importante de plus de 15 ans sortie du système scolaire sans diplôme.

Populations les plus démunies

Le Val d'Oise est un territoire de destination des populations Roms, et certains camps sont individualisés (Saint Ouen l'Aumône, Sarcelles....) comme d'autres plus itinérants. L'association Médecins du Monde intervient à la demande pour la prise en charge sanitaire des populations qui sont par ailleurs suivies par un médiateur-interprète de l'association ASAV.

Pour les phénomènes de prostitution, le territoire compte de nombreuses forêts dont on ne peut dire qu'elles sont identifiées comme lieux de prostitution, seule la forêt de St Germain proche est repérée en tant que telle. On peut cependant relever des phénomènes de prostitution dans certains foyers de travailleurs migrants, signalés par les gestionnaires qui s'efforcent de mener des actions de prévention sans stigmatisation.

Les établissements de santé les plus confrontés à la précarité sont plus particulièrement les centres hospitaliers publics disposant de services d'urgences qui sont amenés à accueillir ces populations et notamment les CH de Pontoise, Argenteuil, Gonesse, Centres hospitaliers intercommunaux des Portes de l'Oise (Beaumont, surtout pour la psychiatrie, y compris pour des personnes résidant en CHRS, hôtel meublé...) et, dans une moindre mesure, l'hôpital Simone Veil Eaubonne-Montmorency. Il convient de relever que certains de ces établissements sollicités par les services de l'Etat mettent certains de leurs locaux non utilisés à la disposition de l'hébergement temporaire d'urgence.

Les dispositifs et/ou structures spécifiques

Il n'existe pas de lits Halte Soins Santé. Un projet autorisé en 2008 n'a jamais pu être mené à bien tant pour des raisons d'implantation que de financements. L'existence de ce dispositif est réclamée notamment par les hôpitaux.

Pour la prise en charge médico-sociale des populations spécifiques hors centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA) le territoire compte trois structures d'Appartements de Coordination Thérapeutique gérées par trois associations différentes et destinées actuellement prioritairement aux personnes atteintes de SIDA. Elles regroupent 63 places réparties sur les secteurs les plus peuplés du Val d'Oise (secteur Ville nouvelle, secteur Argenteuil Sannois, Sarcelles).

Par ailleurs un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) est installé à Argenteuil mais ne suffit pas en l'état actuel de la composition de son



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

équipe à couvrir la totalité du territoire. Les dispositifs de réduction des risques financés par les crédits de prévention tels que les automates, échanges de seringues et accompagnement à cette réduction restent indispensables au Val d'Oise.

Il existe des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les 5 principaux centres hospitaliers publics disposant d'un service d'urgences : il s'agit du dispositif de première génération soit le financement d'un équivalent temps plein auprès des services doublé d'une permanence de l'assurance maladie pour l'accès aux droits aujourd'hui disparue. Une particularité est à relever : l'existence d'un Espace Santé Insertion hors les murs du Centre Hospitalier de Pontoise regroupant actuellement la PASS, des consultations précarité, des actions de prévention et un accueil de jour. Cet équipement exerce une attractivité sur les populations les plus démunies de la totalité du département.

Equipes mobiles Psychiatrie Précarité, une implantée au centre hospitalier Intercommunal des Portes de l'Oise à Beaumont sur Oise (nord du département) et une très récemment installée au Centre Hospitalier de Gonesse.

Il n'existe pas de Conseils Locaux de Santé Mentale au sens réglementaire. Cependant la Ville de Cergy très impliquée a créé un Conseil réunissant les acteurs et partenaires intéressés par la problématique sur son territoire.

Le département du Val d'Oise dont le peuplement s'est particulièrement développé dans les années 1980 avec l'extension de Cergy-Pontoise compte moins de dispositifs de prise en charge ou de coordination que les autres : les réseaux de soins notamment sont moins nombreux et moins denses que sur le centre de la Région Ile de France. Par contre la volonté de travailler en réseau est de plus en plus prégnante et beaucoup d'acteurs de terrain se réunissent à partir de leur savoir faire avec pour objectif de trouver des solutions palliatives à leurs manques de moyens.

Il existe actuellement 6 Ateliers Santé Ville dans le département (Argenteuil, Gonesse, Cergy, Eragny, Villiers le Bel et très récemment à Sarcelles) qui ont contribué à la dynamique Santé dans ces collectivités locales et ont servi la démarche des Contrats Locaux de Santé. 9 CLS ont été signés en fin d'année 2011-2012 sur des communes à IDH2 inférieurs à 0,5 ou comptant des quartiers en CUCS. 2 sont encore en cours de négociation. La signature de CLS a permis l'engagement de créer 2 ASV supplémentaires à Garges lès Gonesse et Goussainville. Un travail reste à mener pour inciter des collectivités locales défavorisées à s'engager dans la démarche.

Comme tous les départements, le Val d'Oise compte une Maison d'Arrêt à Osny destinée uniquement à des hommes majeurs. D'une capacité de 580 places, elle compte actuellement plus de 750 détenus. Avec les personnes hors les murs la file active est de près de 1500 personnes sous main de justice.

Sur le plan des structures sociales, le département compte 18 CHRS, 23 centres d'hébergement d'urgence, 38 résidences sociales et 3 maisons relais, réparties sur la totalité du territoire.



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Département des YVELINES (78)

○ Préambule

La «spécificité» de la prise en charge des publics précaires sur le territoire yvelinois est une notion complexe, puisqu'elle concerne pour certaines thématiques des réalités précisément non spécifiques, qui sont retrouvées ailleurs en Ile de France, et que par ailleurs, les réponses qui ont été apportées aux publics en difficulté d'accès à la prévention et aux soins peuvent être très « histoire » ou « dispositif » dépendants.

Globalement, au regard de la position relativement favorable des Yvelines en Ile de France, on serait tenté, dans un souci d'efficacité, de concentrer l'effort exclusivement sur les micro-territoires prioritaires que sont les quartiers en Politique de la Ville, et sur les populations prioritaires « captives » les plus accessibles (Foyers de travailleurs, lieux de détention, lieux d'hébergements d'urgence, etc...). Ceci ne doit cependant pas faire oublier une catégorie de population moins « visible », dont le repérage territorial passera par les opérateurs de terrain, qu'ils soient du social, de l'éducatif ou du sanitaire : « nouveaux » pauvres, salariés précaires, familles monoparentales, personnes handicapées ou vieillissantes isolées, personnes en errance, etc. C'est pour ce type de public qu'un effort particulier devrait être consenti en soutenant des associations et acteurs de terrain vers plus de professionnalisation (aide méthodologique, suivi...) et plus de médiation.

○ Présentation de la démarche

Considérant que cette contribution au PRAPS vient en complément de travaux déjà largement avancés (SRP, groupes de travail régionaux, etc...), il a semblé plus pertinent, plutôt qu'un inventaire à la Prévert, de restreindre l'analyse de la spécificité du 78 à ses « atouts » et « faiblesses », à partir d'un tableau qui recense les dispositifs et structures relatives à la précarité (en annexe):

Les atouts :

- Un partenariat institutionnel synergique entre DDCS/DTARS, préfecture (mission ville), qui a permis la signature de 5 Contrats locaux de santé en 2012, Communauté d'Aglo (CA) de St Quentin dont Trappes et la Verrières, CA des 2 rives de Seine avec Chanteloup les Vignes et Carrières sous Poissy, Poissy, Les Mureaux, et Mantes la Ville. Deux autres devraient être signés fin 2012 sur Mantes la Jolie et Achères et deux autres sont en négociation à Sartrouville et Limay. Les actions de concertation, de prévention, de promotion de la santé sont du coup prioritaires sur ces territoires, qui par ailleurs concentrent les populations les plus précaires et les problématiques d'environnement.
- Un dispositif intéressant pour la prise en charge de la souffrance psychique notamment des publics précaires grâce à un réseau santé mentale (RPSM) sur le sud-Yvelines, et un dispositif Cap Santé sur le nord-Yvelines pour les personnes en centres d'hébergement, suivi de près (et financé) par la DTARS et la DDCS pour le rendre le plus opérationnel possible.
- Un dispositif récent et prometteur de médiation dans les foyers de travailleurs migrants ADOMA sur une dizaine de FTM, ayant vocation à se généraliser à terme. Ce dispositif géré par la Ligue de l'enseignement avec un co-pilotage Adoma/ARS (Convention co-signée) et donc une participation active des responsables d'établissements, développe un savoir faire tant dans le domaine de



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

l'accompagnement individuel vers le droit commun, que vers des actions collectives innovantes ouvertes sur le territoire correspondant au FTM « investi ».

- Des liens historiques avec le Conseil Général qui doivent permettre de développer des synergies locales dans le cadre de la planification familiale, des PMI, des coordinations gérontologiques et handicap.
- Des dynamiques « Ateliers santé ville » qui ont favorisé localement des partenariats pour des projets innovants, c'est le cas par exemple aux Mureaux avec le dépistage des cancers féminins, un programme d'Education thérapeutique du patient ambulatoire autorisé par l'ARS couplé à une maison pluri-disciplinaire en gestation, c'est également le cas à St Quentin en Yvelines, Houdan ou Chanteloup/Carrières sous Poissy.
- L'intégration dans le Programme départemental d'intégration des personnes immigrées (PDI) de dispositifs de médiation prévus pour certains publics en précarité.
- Un pôle de Santé Publique dynamique au centre hospitalier de Meulan les Mureaux qui regroupe depuis peu une PASS, un centre de planification, un CIDDIST, un Centre de lutte anti-tuberculeuse, et un « service vaccinations Nord-Yvelines ».

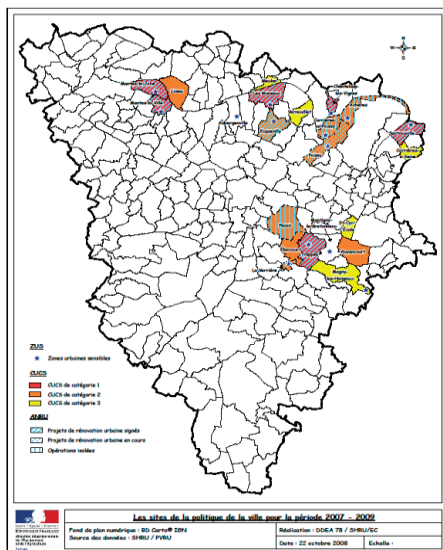
Les points à améliorer :

- Des PASS hospitalières peu visibles pour les bénéficiaires, et perfectibles en termes de service rendu ;
- L'absence dans le département de Lits Halte Soins Santé (cf. rapport IGAS)
- Une réflexion à avoir pour améliorer les parcours santé des personnes qui se prostituent (présentes sur le département) notamment par la complémentarité d'actions à développer par des associations en place (HFP, Bus des femmes) ou désireuses de s'impliquer (Marie-Madeleine, Mouvement du Nid).
- La prise en compte insuffisante de publics « nouveaux », salariés précaires, femmes victimes de violences, personnes isolées socialement.
- Le développement de structures ou dispositifs innovants facilitant l'accès aux soins aux plus démunis (CMU, AME) (relais insuffisants pour le dentaire, certaines spécialités, et la médecine générale dans les ZUS notamment).
- Un CAARUD à Mantes la Jolie, qui devra améliorer son fonctionnement en s'appuyant sur un partenariat local.
- Une action vers les populations en habitat insalubre à élargir notamment en ce qui concerne certaines pratiques (marchands de sommeil, population étudiante)

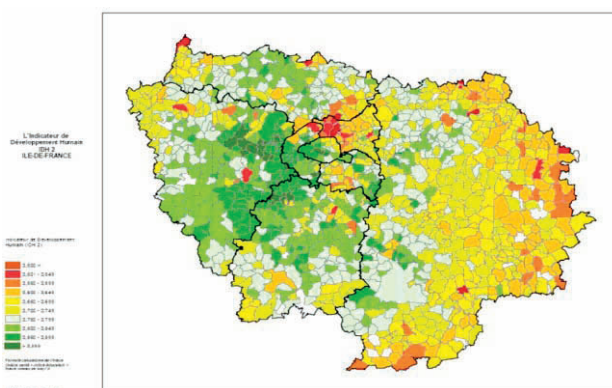
Territorialisation sur la base de l'IDH2

Territoires prioritaires du 78 (propositions)

Politique de la Ville (territoires en CUCS)



Indicateur de développement humain (IDH2)



- CASQY (dont Trappes La Verrières),
- Mantes La J, Mantes La V, Les Mureaux,
- CA2RS (dont Chanteloup les V, Carrières sous Poissy)
- Poissy
- Achères

21

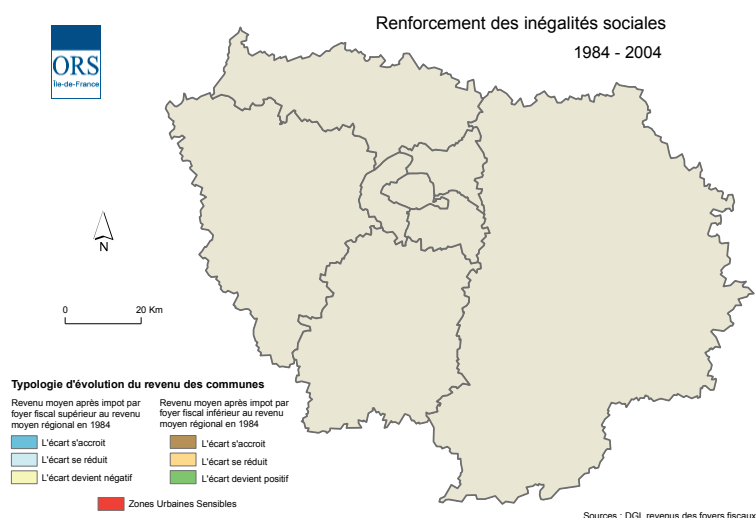
Rappelons que dans les Yvelines, les Contrats locaux de santé (CLS) sont prioritairement signés sur la CA de St Quentin en Yvelines (communes de Montigny, Voisin, Magny les Hameaux, Trappes, La Verrières, Elancourt et Guyancourt), des 2 rives de Seine (focus sur Chanteloup les Vignes, Carrières sous Poissy), Mantes la Jolie, Mantes la Ville, Les Mureaux, Poissy, Achères. D'autres CLS sont secondairement envisagés notamment sur Limay et Sartrouville.

Selon ces 2 premières approches (IDH2, et territoires en Politique de la Ville), on distingue un premier niveau de priorisation territoriale sensiblement

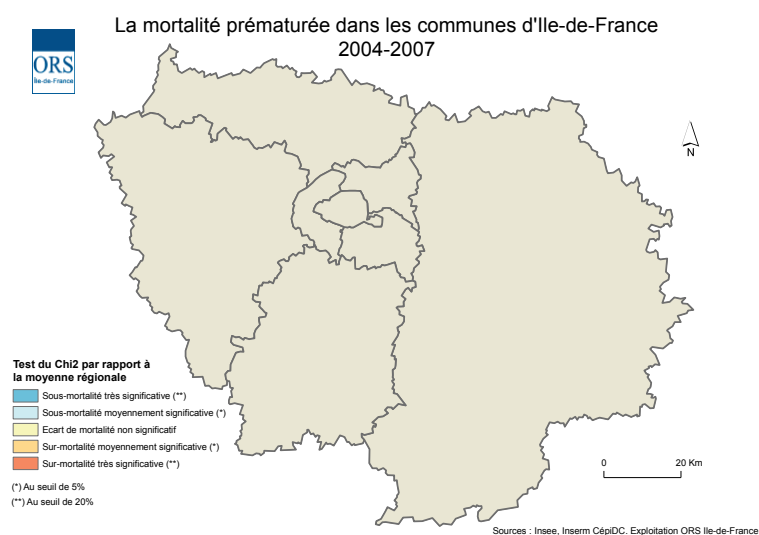
L'avantage de cette priorisation est que les territoires en CLS pourront concentrer les ressources notamment en coordination des acteurs.

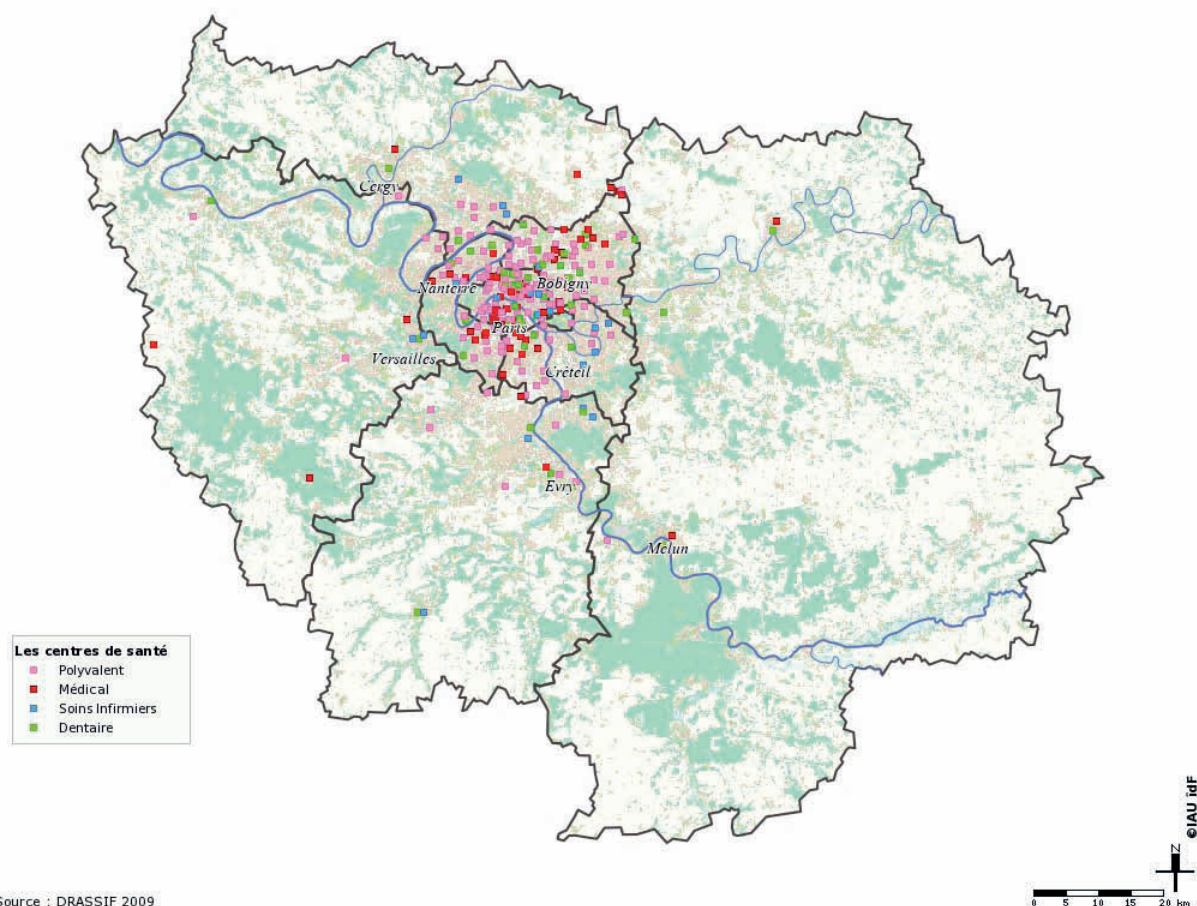
6.2.6 Annexe

Carte 1 - Typologie d'évolution du revenu dans les communes d'Île-de-France



Carte 2 – Mortalité prématurée dans les communes d'Île-de-France





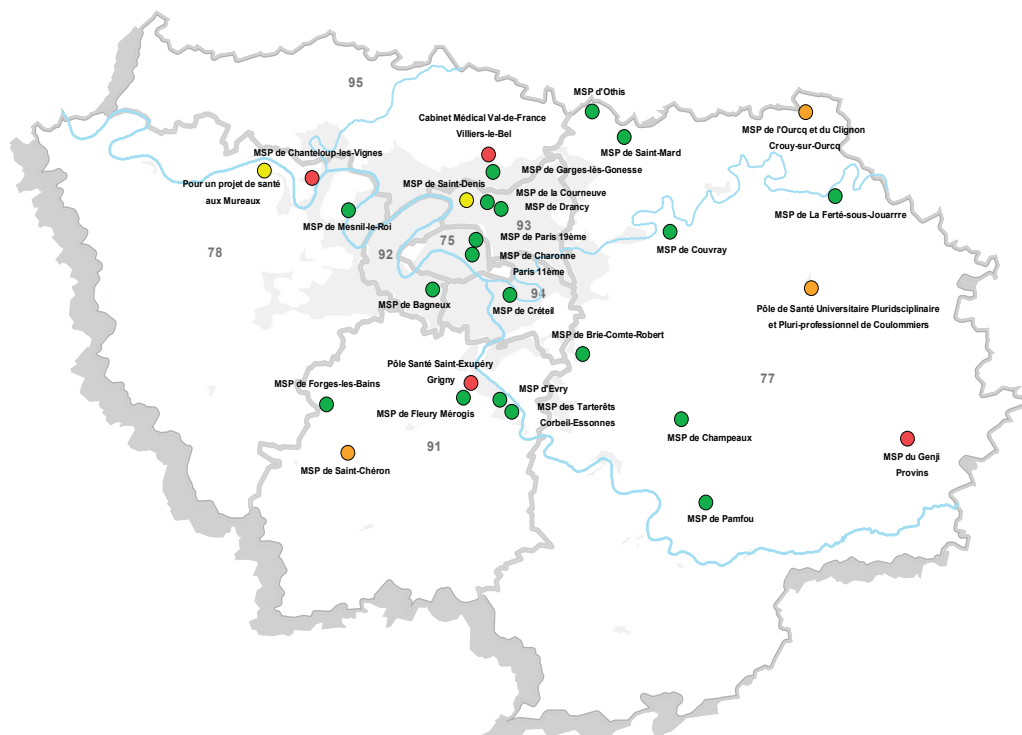
Carte 3 - Répartition des centres de santé en Île-de-France en 2009.



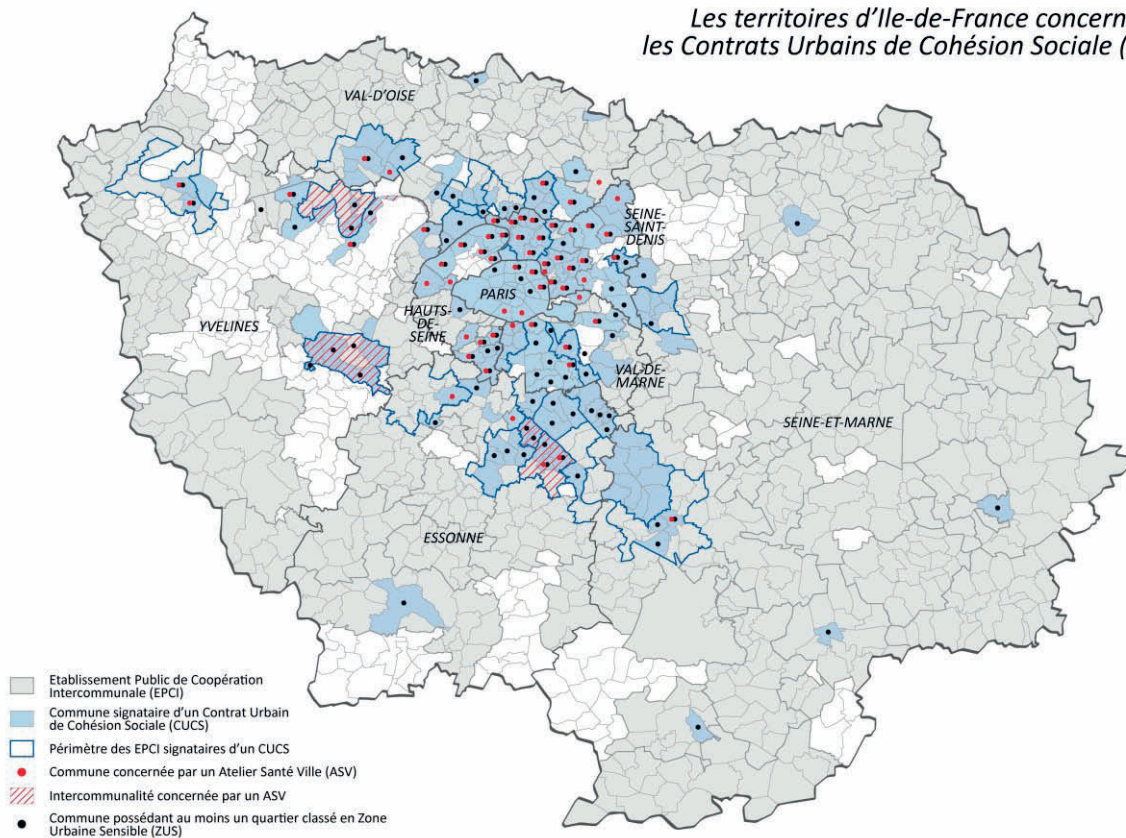
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Carte 4 - Maisons et Pôles de Santé Pluridisciplinaires

Projets financés et/ou accompagnés par
l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
Situation au 1^{er} janvier 2011



*Les territoires d'Ile-de-France concernés par
les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS)*



Source : AddressMap®
Réalisation : DRJSCS Ile-de-France - MOEA Mai 2011

Carte 5 – Contrats Urbains de Cohésion Sociale

Liste des Lits halte soins santé :

LHSS CENTRE MAUBEUGE 75010 Paris / 40 places
 LHSS SAMU SOCIAL 75012, 75014, 75020, 94400, 94200 Paris Saint-Maurice Ivry / 170 places
 LHSS DE ROISSY-EN-BRIE 77680, ROISSY EN BRIE / 25 places
 LHSS NANTERRE 92014 NANTERRE CEDEX / 50 places
 LHSS SAINT-DENIS 93200 SAINT-DENIS / 40 places
 LHSS AURORE 93220 GAGNY / 40 places
 LHSS LIMEIL-BREVANNES 94450 LIMEIL BREVANNES / 20 places

Total LHSS IdF : 385 places



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Liste des ACT :

ACT CORDIA 75010PARIS / 23 places
ACT CORDIA FAMILLE 75010 PARIS / 3 places
ACT MAISON MARIE LOUISE (75020 PARIS) / 26 places
ACT LA BERLUGANE (75013 PARIS) / 10 places
ACT BASILIADE75003 PARIS / 14 places
ACT PARIS EST - SOS HABITAT ET SOINS 75010 PARIS / 36 places
ACT STUDIOS DE LA TOURELLE 75012 PARIS / 15 places
ACT CONFLUENCE 75013 PARIS / 9 places
ACT ESPACE RIVIERE 75013 PARIS / 30 places
ACT CHARONNE 75013 PARIS / 20 places
ACT MAISON DES CHAMPS 75020 PARIS / 30 places
ACT CITE LE VILLAGE 75020 PARIS / 27 places
ACT OFEK – MAAVAR 75020 PARIS / 18 places
ACT ACCUEIL ET HEBERGEMENT 77000 MELUN / 12 places
ACT LA ROSE DES VENTS 77680 ROISSY EN BRIE / 16 places
ACT INFO SOINS 78000 VERSAILLES / 21 places
ACT OSIRIS 78260 ACHERES / 7 places
ACT DIAGONALE 91260 JUVISY-SUR-ORGE / 57 places
ACT ALTAIR VESTA 92000 NANTERRE / 20 places
ACT RELAIS ENFANTS-PARENTS 92120 MONTROUGE / 5 places
ACT LE TRAIT D'UNION 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT / 17 places
ACT ARAPEJ 92 92290 CHATENAY MALABRY / 25 places
ACT INITIATIVES 92340 BOURG-LA-REINE / 24 places
ACT MAAVAR 75020 PARIS / 15 places
ACT CITE MYRIAM 93100 MONTREUIL / 23 places
ACT AURORE 93 93220 GAGNY / 25 places
ACT PARIS NORD - SOS HABITAT ET SOINS 93400 SAINT-OUEN / 28 places
ACT EMMAUS ALTERNATIVE 93100 MONTREUIL / 20 places
ACT FMDC VAL DE MARNE 94270 LE KREMLIN BICETRE / 31 places
ACT HABITAT ET SOINS 94000 CRETEIL / 29 places
ACT AURORE 95300 PONTOISE / 34 places
ACT MAAVAR 95200 SARCELLES 25 places
ACTRIVAGE 95200 SARCELLES / 4 places

Nombre de places total en IDF 699 places



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Liste des équipes mobiles psychiatrie précarité :

EMIL – Les Oliviers – 95260 BEAUMONT-SUR-OISE
DIAPSY 91 – EPS Barthélémy Durand –91220 BRETIGNY SUR ORGE
EMPP – CH Albert Chenevier - 94010 CRETEIL
EMIL – CHI des Portes de l'Oise 95330 DOMONT
EMPP – CH de Gonesse – 95503 GONESSE
EMPP – CH Paul Brousse - 94800 VILLEJUIF
EMPP – CH les Murets – 94510 La QUEUE EN BRIE
EMPP – « La Rose des vents » – 77100 MEAUX
EMPP– « Epsylone » – CH de Melun - 77011 MELUN
EMPP – « la Boussole »- CAUP – CHI A. Grégoire- 93100 MONTREUIL
EMPP – « Le Fil d'Ariane » - 92000 NANTERRE
EMPP – CASH de Nanterre – 92014 NANTERRE
UMPP « La Cordée » - EPS Ville Evrard – Pôle G18- Jaurès 93332 NEUILLY S/ Marne
PASS Psy – EPS Ville Evrard – Pôle G18 - NEUILLY S/ MARNE
PASS Psy – CHSA-SMES 75014 PARIS
EMPP – CH maison Blanche – 5 Rue Léon Giraud 75019 PARIS
EMPP – CH Sainte Anne – 75014 PARIS
EMPP – CH Esquirol –75001 PARIS
EMPP – CH Perray Vacluse –75017 PARIS
EMPP – ASM13- Centre Philippe Paumel - 75013 PARIS
RSP – Hôpital Esquirol – 94413 St MAURICE Cedex
EMPP – CH Robert Ballanger – 93290 TREMBLAY-EN-France
RPSM 78 – CH du Chesnay –78011 VERSAILLES
UN PAS- CH Paul Giraud – 94806 VILLEJUIF

Liste des PASS (en cours de recensement) :

C.A.S.H DE NANTERRE (PUBLIC)
CH DE ST-DENIS (PUBLIC)
CH DE RAMBOUILLET (PUBLIC)
CH SUD FRANCILIEN (PUBLIC)
CHI DE CRETEIL (PUBLIC)
CH ROBERT BALLANGER (PUBLIC)
CHI DE VILLENEUVE-ST-GEORGES (PUBLIC)
CH LONGJUMEAU (PUBLIC)
GHI LE RAINCY - MONTFERMEIL (PUBLIC)
CH ANDRE GREGOIRE (Montreuil) (PUBLIC)
INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANNIQUE (ESPIC)
CH SUD ESSONNE-DOURDAN-ETAMPES (PUBLIC)
CHI DE MEULAN-LES MUREAUX (PUBLIC)
CH FRANCOIS QUESNAY – Mantes la jolie (PUBLIC)
CH DE GONESSE (PUBLIC)
CH DE VERSAILLES (PUBLIC)
CH DE MEAUX (PUBLIC)
CH VICTOR DUPOUY (Argenteuil) (PUBLIC)



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

CH D'ORSAY (PUBLIC)
G.H.E.M. - HOPITAL SIMONE VEIL (Eaubonne Montmorency) (PUBLIC)
CH MARC JACQUET (Melun) (PUBLIC)
CH DE LAGNY (Marne la Vallée) (PUBLIC)
CH RENE DUBOS (Pontoise) (PUBLIC)
HOPITAL SAINT-CAMILLE (Bry-sur-Marne) (ESPIC)
CHI DES PORTES DE L'OISE(PUBLIC)
CH JUVISY-SUR-ORGE(PUBLIC)
CHI DE POISSY ST-GERMAIN(PUBLIC)
ANTOINE BECLERE (paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/enfants
AMBROISE PARE (paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/enfants
AVICENNE (Bobigny) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
BICHAT, C. BERNARD (paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
COCHIN, SVP (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/Enfants
MONDOR – CHENEVIER (Créteil) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
HEGP (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
HOTEL DIEU (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
JEAN VERDIER (Bondy) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/enfants
LOUIS MOURIER (Colombes) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/enfants/soins dentaires
LARIBOISIERE – VIDAL (paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
PITIE SALPETRIERE (paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/enfants/soins dentaires
ROBERT DEBRE (paris) (AP-HP) Type d'accueil : Enfants
SAINT-ANTOINE (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
SAINT-LOUIS (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
TENON (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
TROUSSEAU – LRG (Paris) (AP-HP) Type d'accueil : Enfants
BICETRE (Krelim Bicêtre) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/Enfants
BEAUJON (Clichy) (AP-HP) Type d'accueil : Adultes
CORENTIN CELTON (AP-HP) Type d'accueil : Adultes/soins dentaires

Liste des PASS psychiatriques opérationnelles

Hôpital Saint Anne (Paris)
Hôpital Max Fournier - Nanterre
Hôpital Barthélémy Durand – Diapason (unité fonctionnelle)
Hôpital Ville Evrard
Centre, hospitalier les Murets



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Liste des PASS dentaires opérationnelles :

Hôpital Pitié Salpêtrière, à Paris
Hôpital Henri Mondor, à Créteil

Liste des CLAT (centres de lutte anti-tuberculeuse) :

CLAT DE PARIS - 75013 PARIS
CLAT de MELUN - 77000 MELUN
CLAT de MEAUX - 77104 MEAUX cedex
CLAT de LAGNY SUR MARNE - 77405 LAGNY SUR
MARNE
CLAT de MEULAN - 78250 Meulan
CLAT DE L'ESSONNE - 91012 EVRY cedex
CLAT des Hauts de Seine - 92700 COLOMBES
CLAT DE SEINE SAINT DENIS - 93000 Bobigny
CLAT DU VAL DE MARNE - 94000 CRETEIL
CLAT d'ARGENTEUIL - 95100 ARGENTEUIL
CLAT DE CERGY - 95000 CERGY
CLAT DE GARGES - 95140 GARGES-LES-GONESSE
CLAT D'EAUBONNE - 95600 EAUBONNE

Liste des réseaux santé précarité/accès aux soins

RVH 77	Sud Réseau Ville-hôpital 77 Sud (77 – Melun)
Créteil Solidarité	(94 – CRETEIL)
RSPN	Réseau de santé Paris Nord (Paris)
Ressource	RESeau Sud-Ouest Recherche Communication Entraide (sur le 92 –
Clamart)	
RAVMO	Réseau Addictions Val-de-Marne Ouest (94 - VILLEJUIF)
DEPSUD	Dépression Paris Sud (94 Villejuif)
DAPSA	Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires (75 - Paris)
L'AViH	L'Association Ville-Hôpital (77- TORCY)
ASDES	Accès aux Soins, aux Droits, Education pour la Santé (92 - NANTERRE)
ARès 92	Association Réseau de Soins 92 (92 – GENNEVILLIERS)
SOLIPAM	Réseau périnatalité à vocation régionale



Programme
régional
d'accès à la
prévention
et aux soins

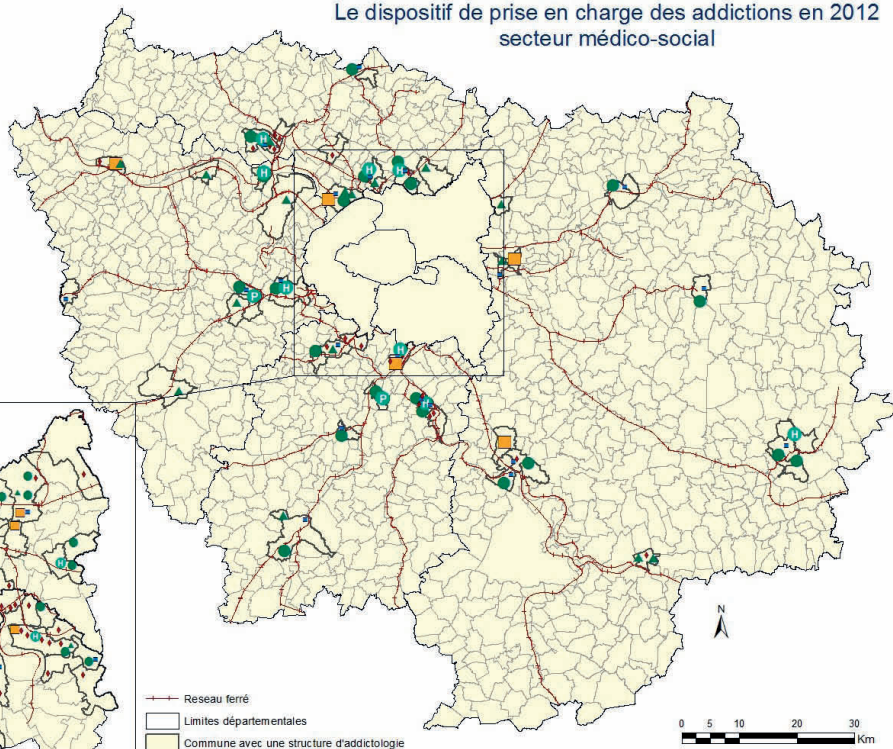
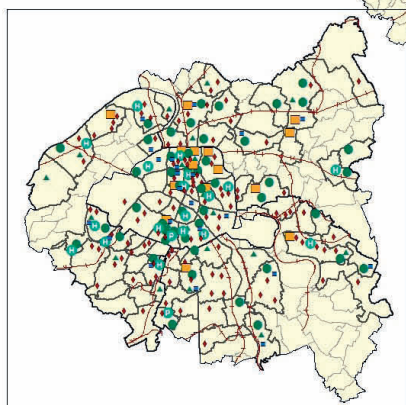
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins



Le dispositif de prise en charge des addictions en 2012 secteur médico-social

Secteur médico-social

- CSAPA (sites principaux)
- ▲ CSAPA (antennes)
- CSAPA Hébergement
- CSAPA Pénitentiaire
- CAARUD
- Consultation jeunes consommateurs
- Automate distributeur/échangeur de seringues



Sources : BDTPO IDF - ARS Ile-de-France, Juin 2012.

Carte sans valeur juridique



6. 3 Les bilans des PRAPS antérieurs

Sont présentés ici des éléments descriptifs et d'évaluation sur les programmes antérieurs

6.3.1 PRAPS 1^{ère} génération 2001-2003

Deux approches évaluatives des PRAPS de première génération ont été réalisées : à l'échelle nationale et à l'échelle locale.

Au niveau national

L'évaluation nationale de la première génération de ces programmes (2000-2002) a été publiée en juillet 2003. Les résultats montrent que les publics bénéficiaires en 2000 étaient principalement « tout public précaire », dont les jeunes de 16-25 ans, et les professionnels. Dans les constats, les difficultés enregistrées sont partout les mêmes et certains thèmes, comme la souffrance psychique, sont apparus dans la plupart des régions avec une nette priorité. Il est fait état que les diagnostics de l'ensemble des besoins des publics et des territoires méritent d'être approfondis et actualisés. De plus, que le passage du diagnostic à la définition des objectifs est assez souvent flou. Il a été aussi constaté l'absence de participation du secteur privé ou libéral des champs sanitaires. L'efficacité des actions est réelle, des résultats positifs ont été constatés dans le sens d'une meilleure prise en charge, par la mise en œuvre d'actions innovantes, et par une réelle dynamisation des professionnels et des réseaux de santé. Par contre, les modalités de suivi, de gestion et de pilotage ont semblé encore déficientes, notamment par l'absence de bilan systématique.

En Ile-de-France

Le programme francilien se décomposait de la façon suivante

Publics ciblés de manière spécifique : -Les jeunes de moins de 25 ans
-Les personnes en habitat collectif ou précaire
-Les populations vivant en caravane

Thématiques : -Accès à la prévention et aux soins de santé primaire en situation de précarité
-Repérage précoce de la souffrance psychique et des conduites à risque
-Accès aux droits sociaux (CMU et AME)
-Développement des PASS et des réseaux ville-hôpital

Sites : -sites en contrat de ville
-ZUS

Actions financées : -Accès à la prévention et aux soins dans les FTM
-Développement des ASV
-Repérage et prise en compte de la souffrance psychique
-Consultations humanitaires
-Différents projets associatifs



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

coûts -16 541 506 euros dont

- 26 % part État
- 5 % FNPEIS
- 69 % autres financements

Il ressort de l'évaluation effectuée alors que :

- le PRAPS se révélait être un levier important pour les cofinancements.
- Plus de la moitié des subventions allouées l'ont été dans le cadre de la politique de la ville.
- Les crédits ont été majoritairement consacrés aux jeunes et aux personnes démunies
- 311 actions ont été mises en œuvre en 2002, avec des crédits répartis comme suit :
 - 34 % pour des actions d'éducation à la santé
 - 23 % pour des lieux d'écoute
 - 21 % pour des actions d'accès aux soins
 - 11 % pour les réseaux

6.3.2 PRAPS 2^{ème} génération 2005-2007

Au niveau national

La deuxième évaluation réalisée en 2004 et publiée en juillet 2005, s'est située à la phase de lancement des PRAPS de deuxième génération et a fait suite à la première. Elle a porté principalement sur la pertinence des objectifs au regard des besoins régionaux et nationaux et sur leurs modalités de pilotage. Concernant l'élaboration des PRAPS 2, le diagnostic régional indique les publics cibles mais explicite peu leurs problèmes d'accès. Par ailleurs, les actions répertoriées sont pertinentes mais les conditions sont partiellement réunies pour que leur efficacité soit à l'échelle des problèmes des publics. L'efficacité des actions se trouve réduite, d'une part, par le fait que le budget ne permet de toucher qu'une fraction minime des populations en situation précaire, d'autre part, si les professionnels touchés ont pu améliorer les pratiques, ce n'est le cas que là où le territoire est couvert à un niveau fin. Dans les deux cas, l'extension à une échelle plus opérationnelle n'a pas été réalisée (persistance et extension). Toutefois, l'efficacité de cette mise en réseau locale a progressé depuis les PRAPS 1 (annexe 4).

En mai 2004, à partir de l'ensemble des évaluations réalisées, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a remis un rapport intitulé "synthèse des bilans de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions". Il classe les PRAPS dans les dispositifs dont le bilan est jugé globalement positif, même s'ils appellent des améliorations qualitatives. Les PRAPS paraissent être un « *dispositif légitime et apte à motiver une réelle dynamique de transversalité* ». Si ces programmes restent largement perfectibles, « *tous les acteurs s'accordent à souligner leur rôle dans le décroisement entre santé et social, entre les divers services de l'État concernés, entre les services déconcentrés de l'État et les collectivités territoriales, avec le monde associatif, pour l'amélioration des pratiques à l'égard des publics en situation de précarité ou d'exclusion* ».



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

En Ile-de-France

Eléments de présentations :

Publics ciblés de manière spécifique :

- Populations vivant en habitat caravanier (notamment les Roms migrants, mais jusque là sédentaires)
- Personnes en errance
- Résidents des établissements d'accueil et d'hébergement
- Jeunes en rupture familiale et sociale

Thématiques :

- 1 - Améliorer le repérage et la prise en compte de la souffrance psychique
- 2- Développer la prévention et repérage des conduites addictives
- 3- Etendre le dépistage et la prise en compte des IST notamment VIH -SIDA
- 4- Améliorer le dépistage et le suivi du cancer
- 5- Favoriser la prise en compte des problématiques de périnatalité
- 6- Renforcer la prévention et l'information en matière de nutrition
- 7- Améliorer le dépistage et la prise en compte de la tuberculose
- 8- Faciliter le recours à la prévention et aux soins des personnes SDF et ou en habitat précaire
- 9- Garantir l'ouverture et l'effectivité des droits à la couverture sociale : l'effectivité des droits à la CMU et à l'AME

Bilan de la programmation conduite en 2005 :

- **331 actions de santé** en faveur des populations vulnérables ont été retenues au titre de l'année 2005 pour un montant total de 4 408 274 €.
- 49% de l'enveloppe financière a été dédiée aux dispositifs structurels ainsi qu'aux organismes associés et 51 % aux actions.
- Dans le cadre de l'appel à projet, certaines de ces actions ont fait l'objet d'une instruction et d'un financement conjoint avec l'assurance maladie et le FASILD (en particulier dans les champs de la promotion de la santé dans les foyers de travailleurs migrants ; santé mentale ; santé bucco-dentaire ; addictions ; périnatalité et personnes âgées).
- Les actions du PRAPS ont bénéficiées également de subventions d'autres co-financeurs (communes, conseils généraux, Conseil Régional , fonds social européen...), à hauteur de plus de 65%.



6.3.3 Les actions en direction des publics vulnérables du Projet Régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France

La majeure partie des orientations rattachées au PRAPS était présentée dans l'axe 4 « Promouvoir la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale » du Plan Régional de Santé Publique, porté par le Groupement régional de Santé Publique.

La construction s'était faite sur la base d'un diagnostic régional partagé à partir de critères de priorisation d'ordre épidémiologique, d'évitabilité, d'efficacité, d'ampleur et d'exemplarité.

À l'intérieur de cet axe 4, trois objectifs réunissaient les projets des promoteurs :

Objectif 26 : Garantir les conditions de promotion de la santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale

- Encourager la dynamique partenariale sur des territoires identifiés (sites en contrat de ville et zones urbaines sensibles)
- Faciliter l'ouverture et l'effectivité des droits à la CMU et l'AME

Objectif 27 : Développer une approche santé en direction de publics prioritaires

- Aider les jeunes en rupture familiale et sociale à mieux prendre en considération leur capital santé
- Intégrer la santé dans le parcours d'insertion sociale des personnes en centre d'accueil et d'hébergement
- Renforcer la démarche « d'aller vers » en direction des publics en errance
- Améliorer les conditions sanitaires dans lesquelles vivent les personnes en habitat caravanier et notamment les populations Roms
- Promouvoir la santé des personnes détenues ou sortants de prison

Objectif 28 : Contribuer à la diminution de l'incidence et la gravité de certaines pathologies touchant particulièrement les personnes en situation de vulnérabilité sociale, notamment la tuberculose

- Renforcer la surveillance et évaluer les pratiques relatives à la lutte antituberculeuse
- Adapter les stratégies de prise en charge et les organisations en prenant en compte les évaluations et les évolutions réglementaires
- Favoriser le recours et la continuité du traitement
- Développer une promotion adaptée de la santé bucco-dentaire auprès de publics cibles
- Favoriser l'éducation à la santé bucco-dentaire des jeunes enfants, des parents et des futurs parents.

Des liens étaient identifiés avec d'autres axes prioritaires et/ou objectifs généraux du PRSP (lutte contre le cancer, contre les addictions et contre l'habitat indigne notamment) et avec le programme sur la santé des jeunes en milieu scolaire.

Les perspectives portaient sur le renforcement des réseaux primaires (familial, amical, relationnel) autour du patient, partant du principe que l'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de vulnérabilité sociale repose non seulement sur la mise en œuvre de dynamiques territoriales, mais également sur des actions de proximité englobant la famille. C'était sur ce dernier point que les efforts devaient également porter.



6.3.4 Analyse de la période 2004-2010

Ces actions, s'inscrivaient dans la continuité de la première génération de PRAPS, mais elles n'en représentaient de fait plus qu'une partie depuis 2004. En effet, la coordination nationale autour du dispositif avait disparue, la capitalisation d'expériences entre les régions ne se faisait plus, et les financements, après la ventilation vers les plans de santé publique, ne permettaient plus de prendre en charge davantage que des expérimentations. Il en a résulté, en dépit du maintien de la pugnacité d'un certain nombre d'acteurs de terrain, un appauvrissement considérable de l'acquis des premiers PRAPS.

6.3.5 Les actions en direction des publics vulnérables financées au cours de la programmation PPS 2010-2011 en Ile-de-France

Dans le cadre de la programmation Prévention/ Promotion de la santé actuelle, la déclinaison des soutiens s'opère selon la classification de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) qui identifie des thématiques bien précises telles que pratiques addictives, santé mentale... et un axe sur la santé des populations en difficulté, provoquant ainsi des chevauchements entre les différentes catégories pouvant gêner l'évaluation.

Au total, en prévention promotion de la santé, le soutien financier s'est monté en 2011 à près de **6 457 000 euros**. Ce chiffre inclut une subvention de 320 000 € versée à l'ARS par la DRJSCS (dans le cadre du programme 104 « intégration et accès à la nationalité française ») pour le financement d'actions de prévention et de promotion de la santé en direction des personnes en situation de vulnérabilité sociale hébergées dans les FTM et les résidences sociales.

En 2012, ce soutien financier est estimé à environ **6 375 000 euros**.

La répartition des actions et des populations prises en compte sont montrées dans les histogrammes présentés ci-dessous.

Le critère d'exemplarité déjà acté précédemment mais peu mis en œuvre est alors plus souligné qu'auparavant.

Les acteurs de terrain sont comme par le passé parties prenantes dans l'élaboration et la co-décision. Dans les groupes de pilotage, ils ont été fortement représentés. La méthodologie laisse une grande place à la démarche participative.

Autre fait marquant : l'approche évaluative incontournable a été conçue dès l'élaboration de la programmation, et une démarche de professionnalisation de l'instruction des demandes de financements a été mise en œuvre (avec des grilles de lecture élaborées collectivement, des commissions ad hoc, des tableaux de suivi...)

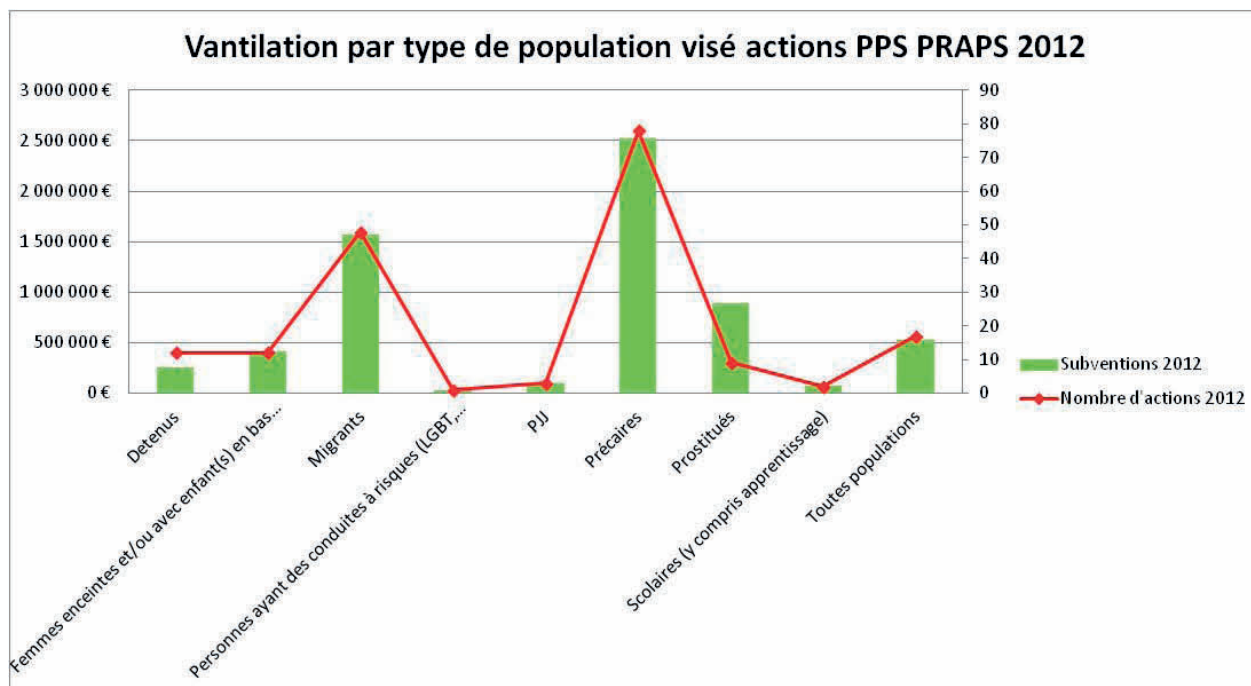


Figure 1 Ventilation des actions PPS par type de populations

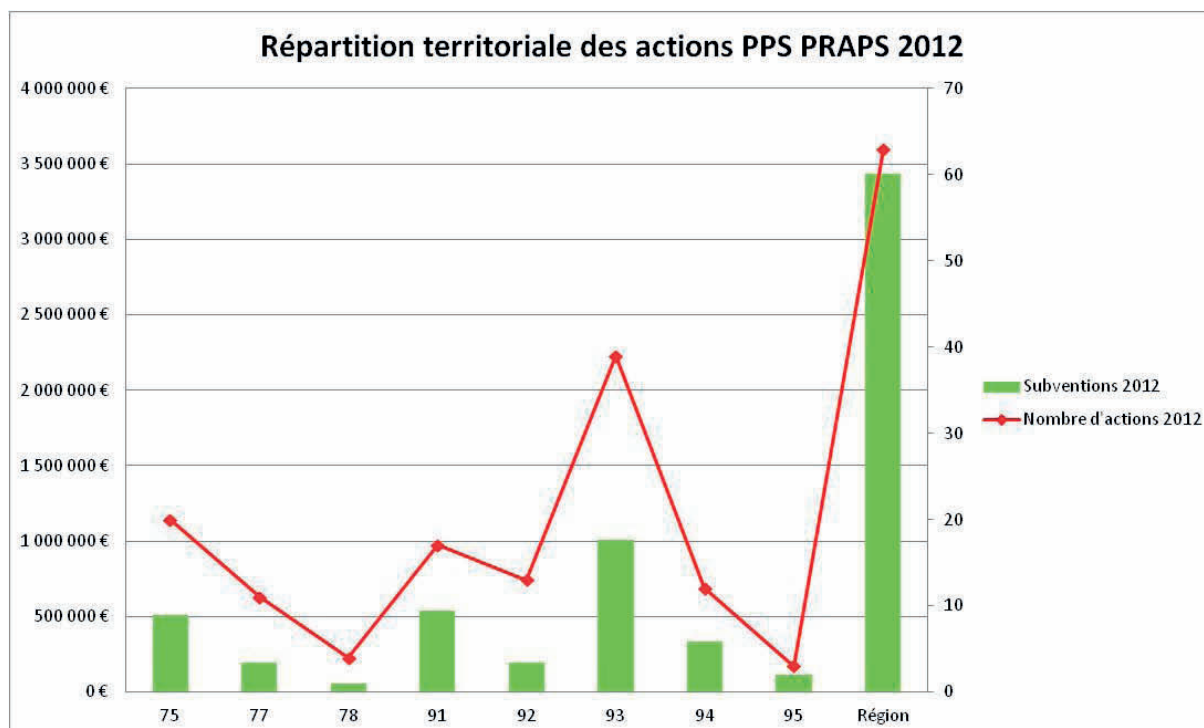


Figure 2 Répartition territoriale des actions PPS en direction des publics démunis



6.3.6 Les démarches d'évaluation des actions PPS à destination des publics démunis engagées en Ile-de-France depuis 2009

1. Une analyse des populations « vulnérables » dans les actions financées de prévention et promotion de la santé

Une évaluation des actions financées en prévention et promotion de la santé en direction des populations « vulnérables » est menée. L'approche s'appuie sur le questionnaire de collecte des résultats d'évaluation des actions financées et part de la définition de certaines populations dans la nomenclature DGS. Cette nomenclature classe ces populations en recouvrant pour partie le concept mal défini de populations vulnérables.

L'analyse montre comment ces populations sont réparties dans les objectifs du Programme régional de santé publique, les modalités d'actions financées et la localisation des interventions (par département à partir de 2011), ainsi que le nombre de bénéficiaires de ces actions.

2. Un document de travail sur l'évaluation de l'objectif 12 du PRSP « mieux prendre en compte la souffrance psychique » à travers la mise en œuvre des actions de SP financées par le GRSP en 2008.

Une étude a été réalisée sur la prise en compte de la souffrance psychique dans les actions mise en œuvre en 2008 par le GRDR. Elle procède notamment à un rapprochement entre les populations bénéficiaires potentielles et celles qui ont pu bénéficier des actions financées par le PRSP.

C'est une estimation dont les bases méthodologiques sont certes fragiles mais qui donne un ordre de grandeur : par exemple de 1,7 % à 4,3 % de la population francilienne aurait potentiellement bénéficié des actions financées en 2008 dans ce champ.

6.3.7 Les autres financements identifiables au titre du soin, du médicosocial... en Ile-de-France en direction des publics démunis

Les PASS relèvent d'un financement par les MIG

Les LHSS, LAM ... sont financés comme service médicosociaux au sens de l'art. L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

Les réseaux de santé étaient encore co-financés en 2011 par le FIQCS

Les ASV sont largement financés par les collectivités territoriales qui complètent un financement ACSé

Des financements européens étaient encore mobilisés en 2011 pour les consultations précarité en particuliers pour les personnes victimes de torture.



6.4 Les textes de référence

Monographies :

- *Innover contre les inégalités de santé*, Pierre-Henri Bréchat, Jacques Lebas Presses de l'EHESP, mars 2012
- *Rapport 2010 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France*, Médecins du Monde, 2011, 260 p.
- *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Moleux M, Schaetzel F, Scotton C., Igas, 2011, 124 p.
- *Renoncement aux soins, actes du colloque du 22 novembre 2011*, Drees, 2011, 150 p.
- *Inégalités sociales de santé, actes du colloque du 11 janvier 2010*, Ministère de la santé, 2010, 168 p.
- *Réduire les inégalités sociales en santé*, sous la direction de Potvin L, Moquet MJ, Jones CM, Inpes, 2010, 386 p.
- *Etat des lieux de la pauvreté et de l'exclusion en Ile-de-France en 2007*, MIPES Ile-de-France, 4 p.
- *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, HCSP, La Documentation française, 2009, 103 p.
- *Le rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2007-2008*, La Documentation Française, 2008, 208 p.
- *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*, sous la direction de Basset B., INPES, 2008, 208 p.
- *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Pierre Chauvin, Isabelle Parizot Paris, Inserm, 2005
- « Les inégalités et disparités de santé en France », in *La santé en France 2002*, Lebas J., Salem G., Chauvin P., Berthod-Wurmser M., Bloch-Lainé J.F., Cazes C., Haut comité de santé publique, La Documentation française, 2002 : p. 163-243
- Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice – plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 ; Ministère de la santé ; Ministère de la justice
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- « La santé des personnes sans chez soi » de novembre 2009. Rapport de V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin remis au ministre de la santé
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf

Périodiques :

- *Inégalités sociales de santé*, 2011, BEH, n° 8-9, 28 p.
- *L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent*, Blanpain N., Insee première, n° 1372, 2011, 4 p.
- *Les inégalités sociales de santé*, dossier, ADSP, n° 73, décembre 2010
- *Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ?*, Etudes et résultats, Drees, n° 675, 2009, 6 p.
- *Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux*, Cambois E., Jusot F., Leclerc A., Prouvost H., Poirier G., Fernandez D. et al., BEH, 2007, n° 2-3, p. 9-28
- *Comment réduire les inégalités sociales de santé ?*, Dossier, La santé de l'homme, INPES, n° 397, 2008
- *Inégalités sociales de santé*, dossier, De Koninck M., Fassin D., Ferland M., Pampalon R., Leclerc A., Niedhammer I. et al., Santé, société et solidarité, 2004, p. 5-210
- *La place de l'éducation pour la santé dans les PRAPS*, La Santé de l'Homme, n° 346, 2000
- *La place de l'éducation pour la santé dans les PRAPS. 2. Principes méthodologiques*, La Santé de l'Homme, n° 346, 2000



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Ile-de-France :

- Situation sanitaire et sociale des « Roms migrants » en Île-de-France*, ORS Ile-de-France, 2012, 144 p.
- La santé des Franciliens, synthèse 2010*, ORS Ile-de-France, 2010, 4 p.
- Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France*, ORS Île-de-France, Déc. 2009, 236 p.
- Le PRSP Ile-de-France, situation initiale en 2006*, ORS Ile-de-France, 2009, 198 p.
- Les inégalités sociales de santé en Île-de-France*, Atlan G., Conseil économique et social de la région Île-de-France, 2007, 147 p.
- Bilan du PRAPS de 1ère génération : 2001 – 2003*, DRASS Ile-de-France, 2006, 46 p.
- Le PRAPS en Ile-de-France : 2005/2008*, DRASS Ile-de-France, 2005, 4 p.
- PRAPS 2^{ème} génération : 2005 – 2007*, DRASS Ile-de-France, 2005, 81 p.
- « Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France », in *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, Isabelle Parizot La Documentation française, 2004
- La santé des franciliens*, ORS Ile-de-France, 2003, 210 p.
- PRAPS - Ile de France. Programmation 2001 – 2003*, DRASS Ile-de-France, 2000, 54 p.
- PRAPS - Ile de France. Programmation 2001 - 2003. Annexes*, DRASS Ile-de-France, 2000, 203 p.
- PRAPS - Ile de France. Etat des lieux régional et interdépartemental*, DRASS Ile-de-France, 1999, 203 p.
- Plan Régional de Santé Publique Ile de France 2006-2010 - Reprendre les objectifs concernant les publics en difficultés



6.5 Glossaire

ACS : Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé
ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion
AME : Aide médicale Etat
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASV : Atelier santé Ville
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CADA : Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CISS : Collectif Inter-Associatif sur la Santé
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
CVS : Conseil de Vie Sociale
DDCS (PP) : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EPICES (score) : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
PRS : Projet régional de santé
SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
SROMS : Schéma régional d'organisation médico-social
SSR : Soins de suite et de réadaptation
ZUS : Zone urbaine sensible



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

6.6 Composition du groupe de travail d'élaboration du PRAPS

Nom	Organisme
Animation Isabelle CHABIN-GIBERT	Référente cohésion sociale et précarité, Direction Santé publique, ARS Ile de France
AIT-KACI Hédia	Conseil Général du 93
ANTOINE Geneviève	Délégation Territoriale du 93, ARS Ile de France
BECIS Régine	Caisses primaires d'assurance maladie du 93
BELKACEMI Meryem	EMMAÜS Solidarité
BERT Edmée	Référente bucco-dentaire (schéma bucco-dentaire), ARS Ile de France
BIERN Elisabeth	Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
CHABOD Dominique	Caisse primaire d'assurance maladie du 92
COUILLIOT Marie-France	Université Paris XIII
CSASZAR GOUTCHKOFF Michel	Cellule précarité Délégation Territoriale du 75, ARS Ile de France
D'ACREMONT Marie-France	Référente VIH, IST, VHB, VHC, hépatites, ARS Ile de France
DE LA SEIGLIERE Arnaud	Département Organisation et régularisation de l'offre ambulatoire, ARS Ile de France
DELOUR Marcelle	Service de Protection Maternelle et Infantile de la ville de Paris
DROUD Moina	Environnement et santé, ARS Ile de France
DUCHON Annie	Cellule d'appui méthodologique, Pôle Prévention Promotion de la Santé, ARS Ile de France
DUPART Stéphanie	Mutualité Française
GARAUDE Catherine	Délégation Territoriale du 77, ARS Ile de France
HABIB-RAPPOPORT Monique	Soins aux détenus, ARS Ile de France
HALFEN Sandrine	Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Ile-de-France
HERSCHKORN BARNU Paule	Réseau périnatal SOLIPAM
LABAYE-PRÉVOT Nadine	Service médical académique du rectorat de créteil
LAPORTE Anne	Cellule d'appui méthodologique, Pôle Prévention Promotion de la Santé, ARS Ile de France
EMENER Erwan	Observatoire du SAMU Social
LÉPÉE Maryse	FNARS (groupe santé)
LOMBRAIL Pierre	Université Paris XIII
OLIVIER Ghislaine	Délégation Territoriale du 77, ARS Ile de France
RICHARD Catherine	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
ROCHEFORT Jeannine	Médecins du Monde
ROUX Laurence	Chargée d'études, direction de la stratégie, ARS Ile de France
TELLIER Gaelle	FNARS Ile de France



Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Sont aussi contribué à ces travaux

- Pierre Larcher, Direction générale de la Cohésion sociale
- Tim Greacen, Laboratoire de recherche, Hôpital Maison Blanche
- Virginie Halley Des Fontaines, Institut Biomédical des Cordeliers - Université Pierre et Marie Curie

Ainsi que toutes les nombreuses personnes au sein de l'agence concernées par le sujet.
Que tous en soient vivement remerciés.

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

