

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| PRAPS |

PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

www.ars.champagne-ardenne.sante.fr

ars Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne

SOMMAIRE

Chapitre 1 – Présentation et cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) 5

1- Eléments constitutifs du Projet Régional de Santé et déclinaison des schémas 5

2- Textes officiels 5

3- Enjeux et principes 6

4- Définitions 7
4.1 - La pauvreté 7
4.2 - La précarité 7
4.3 - L'exclusion 8
4.4 - L'accès aux droits, aux soins et à la prévention 8
4.5 - L'éducation et la promotion de la santé 8
4.6 - La promotion de la santé 8
4.7 - La prévention 8
4.8 - L'état de « bonne santé » et les besoins fondamentaux 8
4.9 - La réduction des inégalités sociales de santé 9
4.10 - La souffrance psychique vs les troubles mentaux 9
4.11 - Les compétences psychosociales 9

Chapitre 2 – Démarche d'élaboration du PRAPS 10

1- Méthodologie 10

2- Présentation des axes stratégiques du PRAPS 10

3- Précisions sur les publics et les territoires 11

Chapitre 3 – Diagnostic régional 13

1- Avis, études, rapports et plans nationaux de santé 13

2- Synthèse des indicateurs socio-économiques et épidémiologiques 18
2.1 - Protection et aide sociale 18
2.3 - Données sociales 20
2.4 - Données épidémiologiques – « Réduire les inégalités sociales en santé » - INPES – 2010 (extrait) 21
2.5 - Données épidémiologiques – Rapport de l'ONZUS 2010 (extrait) 22

3- Bilan des thématiques en lien avec la précarité – zoom sur 2010 22
3.1 - Les addictions 22
3.2 - Les souffrances psychiques 24
3.3 - La sexualité 25
3.4 - Le PRAPS 26

4- Etude sur les Ateliers Santé Ville (ASV) 28

5- Synthèse des consultations 29

Chapitre 4 – Présentation des objectifs par axe stratégique 37

1 - Le repérage et le diagnostic des difficultés des personnes en situation de précarité en termes de santé 39

2 - L'accompagnement des personnes en situation de précarité 42

3 - La promotion des actions de prévention de proximité auprès des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques. 46

4 - Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel 51

Chapitre 5 – Eléments de transversalité avec les schémas 55
5.1 Schéma régional de prévention – volet prévention et promotion de la santé 55
5.2 Schéma régional d'organisation des soins 60

5.3 Schéma régional d'organisation médico-sociale 63
5 .4 Programme régional de développement de la télémédecine 64

Chapitre 6 – Suivi et évaluation du PRAPS 65

1- Le suivi du PRAPS 65
1.1 - Définition 65
1.2 - Mise en œuvre du suivi du PRAPS 65

2- L'évaluation du PRAPS 67
2.1 - Définition 67
2.2 - Modalités dans le cadre du PRAPS 67

Annexes 68

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter

OU

- la référence et l'extrait de l'autre schéma que le lecteur pourra consulter dans cet encadré

Chapitre 1 – Présentation et cadre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

1- Eléments constitutifs du Projet Régional de Santé et déclinaison des schémas

Le PRS constitue la feuille de route de l'ARS de Champagne Ardenne pour les cinq années à venir en termes d'objectifs et de priorités de santé pour la région.

Le PRS comprend trois volets : Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), les trois schémas régionaux (prévention – organisation des soins – organisation médico-sociale) et cinq programmes dont le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Le PRAPS, de par les problématiques qu'il aborde, est au carrefour des trois schémas précités et cible les personnes en situation de précarité. Ce programme décline les modalités spécifiques d'application des schémas et repose sur le principe de transversalité.

2- Textes officiels

Les textes officiels qui suivent ciblent spécifiquement le PRAPS. Ils sont repris en annexe 2 avec d'autres références juridiques.

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a prévu un outil essentiel pour faire reculer les inégalités en matière de santé : le PRAPS. C'est le premier programme de santé qui a donné toute sa place à cette articulation entre le sanitaire et le social. Cette loi a permis de créer deux dispositifs complémentaires visant à réduire les inégalités de santé : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ainsi que le dispositif de gratuité des soins sous condition de ressources (la Couverture Maladie Universelle CMU).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

« Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible" (article L. 1110-1 du code de la santé publique). Il est précisé également qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins » (article L. 1110-3 du code de la santé publique).

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait encore mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables. **L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique** disposait alors que :

- l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ;
- les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

L'article L. 1411-11 du même code prévoyait que chaque plan régional de santé publique devait comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un PRAPS des personnes les plus démunies.

La circulaire n° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au PRAPS définit les modalités d'élaboration du PRAPS et en précise ses enjeux.

Enfin, le PRAPS a été confirmé par la **loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** Il constitue l'un des programmes obligatoires du PRS et vise, aux termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».
L'article L. 1431-2 du Code de la Santé Publique énonçant : « les agences régionales de santé […] veillent à assurer l'**accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion** ».

L'article L. 1434-2 Code de la Santé Publique énonce également « le Plan Stratégique Régional de Santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ».

3- Enjeux et principes

Le PRAPS est un programme porteur d'enjeux de transversalité :

- Par la déclinaison, dans le domaine de la précarité, des orientations fixées dans les trois schémas régionaux.
- Par l'implication étroite des partenaires extérieurs intervenant dans d'autres champs que celui de la santé.

Le PRAPS contribue à réduire les inégalités de santé et repose sur le principe de la prise en compte systématique, dans le cadre de la politique de santé, des groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques.
Il apporte des réponses adaptées aux besoins de santé des personnes en situation de précarité.
Le PRAPS doit répondre aux enjeux intrinsèques des problématiques des personnes en situation de précarité :

- inégalités territoriales de santé et accès aux soins ;
- ciblage des populations les plus fragiles dans le développement d'actions de prévention qui se doivent d'être adaptées ;
- adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population ;
- besoins de prise en charge coordonnée dans le cadre du parcours de soins ;
- nécessité de cohérence dans la réponse aux besoins et dans le pilotage.

- ***Enjeux pour les personnes en situation de précarité :***

Accessibilité et maintien des droits sociaux (CMU – CMUC – minima sociaux)
Prévention dès le plus jeune âge de la vie et en associant l'environnement familial et social.
Ciblage prioritaire de la prévention auprès des personnes les plus démunies et meilleur accès à la prévention secondaire (vaccination / dépistage).
Continuité dans le parcours de soins dans un cadre multi-professionnel.
Accessibilité des interventions : aller vers - accompagnement - mobilité (de la personne et du professionnel).
Caractère temporaire de la prise en charge par les dispositifs spécifiques et orientation vers les dispositifs de droit commun.

- ***Enjeux pour les professionnels :***

Repérage, diagnostic et prise en charge précoce (information / sensibilisation / formation / échanges de pratiques).
Parcours et prise en charge continus et adéquats aux besoins.
Maillage des intervenants multi professionnels.
Pérennité des partenariats (protocoles et conventions de partenariat).

- ***Enjeux pour les institutions :***

Priorisation des territoires de prévention urbains et ruraux.
Prise en compte des territoires prioritaires de 1er recours.
Objectifs déclinés en actions en adéquation avec les moyens (porteurs / financements).
Cohérence / coordination des politiques menées en faveur des personnes les plus démunies.
Pérennité des partenariats (protocoles et conventions de partenariat).

- ***Enjeu pour ces trois publics :***

Développement de la santé communautaire (participation de la population / inter-sectorialité / interdisciplinarité / transversalité / partenariat).

4- Définitions[1]

4.1 - La pauvreté

En 2000, l'ONPES a proposé la définition suivante proche de celle du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) : « La pauvreté est l'insuffisance de ressources, la précarité c'est la fragilité, l'instabilité des situations. La notion de précarité englobe celle de pauvreté. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment. »

4.2 - La précarité

Il existe une définition multiple de la précarité, parmi lesquelles :
celle du Père Joseph WRESINSKI, fondateur d'ATD Quart Monde[2] : « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités notamment celle de l'emploi, permettent aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. »
Cette définition peut être complétée de la façon suivante :

Présence d'au moins deux des facteurs ci-après :

- Absence de soutien social.
- Isolement affectif et relationnel.
- Pauvreté économique.
- Statut social incertain.
- Expression d'une souffrance psychique autour des concepts d'abandon et de manque.

La précarité peut recouvrir deux situations différentes :

- Les situations de détresse où une personne fait l'apprentissage de l'échec de ses modes de résolutions de problème.

- Les situations de désespoir appris où les personnes ont construit et développé depuis l'enfance un schéma d'impuissance. Dans ce schéma, la construction se fait autour de comportements de fuite ou d'évitement et d'un faible développement de l'empathie et de la pro-socialité.

Dans le 1er cas, les réponses se situent dans l'accompagnement social et l'aide psychologique.

[1] Avertissement : Les définitions qui suivent n'ont pas pour vocation à être exhaustives et universelles. Certaines définitions peuvent en effet varier en fonction des écoles de pensée. Toutefois, dans la mesure du possible les références proviennent essentiellement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES).
[2] Rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » présenté le 28 février 1987 au Conseil économique et social (CES)

Dans le 2nd, les réponses se situent bien en amont : dépistage précoce et programmes éducatifs d'accompagnement (de type aide à la parentalité).

4.3 - L'exclusion

L'exclusion est caractérisée comme une rupture du lien social et des difficultés d'accès à des droits sociaux élémentaires que rencontrent certaines personnes.

4.4 - L'accès aux droits, aux soins et à la prévention

Capacité matérielle et sociale d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé[3].

4.5 - L'éducation et la promotion de la santé

L'éducation pour la santé permet aux personnes d'adopter le meilleur mode de vie pour leur santé et celle des autres. La promotion de la santé représente un processus social et politique globale, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les Deux *déterminants de la santé* et d'améliorer ainsi leur *santé*. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

4.6 - La promotion de la santé

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

4.7 - La prévention

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie.
La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, par exemple, au moyen d'une réadaptation efficace.

4.8 - L'état de « bonne santé » et les besoins fondamentaux

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait référence à la notion de bien-être pour définir la santé. Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ainsi, pour être en « *bonne santé* », les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.
Pour Abraham MASLOW[4], l'être humain est un tout présentant des aspects physiologiques, psychologiques, sociologiques et spirituels. Il a ainsi déterminé une hiérarchie des besoins, classés en cinq grandes catégories, connue sous le nom de « Pyramide de MASLOW ».

1. Besoins de réalisation de soi, de dépassement.
2. Besoins d'estime (reconnaissance, sentiment d'être utile).

[3] Définition inspirée de PICHERAL H, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé.
[4] Abraham MASLOW psychologue américain, 1916 – 1972

3. Besoins sociaux (d'amour, d'appartenance).
4. Besoins de protection et de sécurité.
5. Besoins physiologiques, de maintien de la vie.

Il considère que l'individu ne peut passer à un besoin d'ordre supérieur que quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

4.9 - La réduction des inégalités sociales de santé

Réduire les inégalités de santé ne consiste pas exclusivement à agir sur l'accès aux soins, mais à intervenir plus en amont sur les déterminants à l'origine des problèmes de santé considérés.

4.10 - La souffrance psychique vs les troubles mentaux

La souffrance psychique est un concept qui a été individualisé pour rassembler les dysfonctionnements psychoaffectifs rencontrés mais qui n'entrent pas dans le cadre des troubles mentaux caractérisés.

La souffrance psychique est généralement liée à l'environnement de la personne. Elle se manifeste par du stress, de la dépression réactionnelle. Elle relève d'une prévention secondaire supposant l'accompagnement social et psychologique.

Le terme « troubles mentaux » peut couvrir la maladie mentale, le retard mental (aussi connu comme handicap mental et incapacité intellectuelle) et les troubles de la personnalité[5]. Les troubles mentaux relèvent du sanitaire spécialisé de la psychiatrie.

4.11 - Les compétences psychosociales

Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne.
C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement.

Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, en termes de bien-être physique, mental, social, plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement et quand le comportement est lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie.

Ces compétences sont au nombre de dix et présentées par deux :

- savoir résoudre les problèmes, savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress, savoir gérer ses émotions.

[5] PETIT EXTRAIT de « l'OUVRAGE DE RÉFÉRENCE SUR LA SANTÉ MENTALE, LES DROITS DE L'HOMME ET LA LÉGISLATION - Non à l'exclusion, oui aux soins » Organisation mondiale de la Santé 2005

Chapitre 2 – Démarche d'élaboration du PRAPS

1- Méthodologie

Le co-pilotage a été mené par la direction de la santé publique – service prévention et promotion de la santé (au siège de l'ARS) et la délégation territoriale départementale de l'Aube.

Une méthodologie de projet basée sur :

- Une équipe projet multi institutionnelle réunie à cinq reprises sur la période d'Avril à Septembre 2011 et d'une équipe rapprochée réunie régulièrement (annexe 3 composition de l'équipe projet).

- Un recueil d'indicateurs afin d'adapter le diagnostic régional aux publics précaires.

- Des auditions réalisées dans le cadre du SRP : prise en compte de la dimension précarité.

- Des réunions thématiques PRAPS : personnes sous main de justice – social / sanitaire – Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) – jeunes.

- Une enquête en ligne auprès des structures dans le cadre d'une approche démocratique des enjeux sanitaires régionaux sur le champ de la précarité.

- L'intervention d'experts : un sociologue, Marc FOURDRIGNIER – le réseau IREPS / CODES représenté par Anne PATRIS directrice du CODES de la Marne.

Un comité de suivi PRAPS sera constitué pour le suivi du programme (Cf. chapitre 6 - Suivi et évaluation du PRAPS).

2- Présentation des axes stratégiques du PRAPS

Les objectifs et actions du PRAPS sont centrés autour de quatre axes stratégiques :

Axe I : Le repérage et le diagnostic des difficultés des personnes en situation de précarité en termes de santé.

Axe II : L'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Axe III : La promotion des actions de prévention de proximité auprès des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.

Axe IV : Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.

Le PRAPS, dans sa capacité à mobiliser professionnels et institutions, doit permettre la recherche de solutions innovantes, le plus souvent interprofessionnelles, voire inter institutionnelles (dans les champs de la santé et du social), à des problématiques clairement identifiées qui, quelques fois, ne peuvent être résolues par le droit commun.

Le 4ème axe stratégique du PRAPS doit pouvoir y répondre et conditionne la faisabilité des trois autres axes, dans la mesure où il aborde la question des partenariats, qu'ils soient de proximité ou institutionnel.

3- Précisions sur les publics et les territoires

Le PRAPS vise l'ensemble des personnes en situation de précarité et part sur un principe de non exclusion d'une quelconque catégorie. Il concerne, dès lors, les publics cités dans la circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au PRAPS et confirmés dans le guide méthodologique d'élaboration du PRAPS. Ce critère populationnel, qui recouvre ainsi une pluralité de populations en situation de précarité au profil très varié, est, en outre, à coupler avec la dimension territoriale qui suit.

Extrait de la circulaire précitée :

« Ainsi, il convient de mettre en œuvre des actions spécifiques et/ou adaptées vis à vis des populations pour lesquelles l'accès et l'usage de la prévention et des soins posent une difficulté et notamment (mais pas exclusivement) auprès :

- *des gens du voyage*
- *des jeunes en situation de vulnérabilité*
- *des familles monoparentales féminines et des personnes âgées des quartiers de la politique de la ville*
- *des populations étrangères, immigrées ou issues de l'immigration notamment lorsqu'elles vivent dans les foyers de travailleurs migrants, les résidences sociales ou dans des habitats dégradés, avec une attention particulière pour les immigrés vieillissants isolés*
- *des personnes détenues et sortant de prison. »*

La logique de priorisation des territoires est retenue dans le cadre du PRS.

Les territoires prioritaires retenus pour le PRAPS sont de trois natures (annexe 4) : les territoires prioritaires de la prévention, les zones prioritaires des territoires prioritaires de 1er recours et des milieux très spécifiques.

- Les territoires prioritaires de la prévention : ils seront à adapter au regard des zones prioritaires des territoires prioritaires de 1er recours
    - trois types d'indicateurs ont permis d'identifier ces territoires :
        - Les structures sociales, médico-sociales, culturelles et associatives en fonction du profil des publics considérés comme prioritaires dans le cadre de l'ancien Programme Régional de Santé Publique (PRSP).
        - Les indicateurs de santé disponibles dans l'Etude des Pays de l'Observatoire Régional de Santé de Champagne Ardenne (ORSCA).
        - Les indicateurs socio-économiques et en particuliers les minima sociaux.
    - Aboutissant à sélectionner les territoires prioritaires de la prévention :
        - Nord Ardennes, Pays des Trois Cantons et Pays Sedanais.
        - Bar sur Aube (notamment territoire de Vendeuvre), Marigny le Châtel, Aix en Othe, Ervy le Châtel.
        - Pays Vitryat - Pays de Brie et Champagne (Fère Champenoise, Montmirail, Sézanne).
        - Pays du Nord Haut-Marnais et Pays de Langres.

- Les zones prioritaires des territoires prioritaires de 1er recours.

- Des milieux spécifiques :
    - les établissements scolaires prioritaires établis par le rectorat :

- Concernant les collèges, le rectorat a défini, à titre indicatif, des collèges prioritaires dans lesquels les associations sont amenées à intervenir pour des actions de Santé Publique. Ces collèges sont en Zones d'Education Prioritaire (ZEP) et/ou cumulent les trois critères suivants : Catégories Socio Professionnelles défavorisées - Taux de boursiers important par rapport à la moyenne académique (26.20%) - Retard d'entrée en 6ème > 2ans.

- Concernant les lycées, par ordre de priorité : les lycées professionnels ; les lycées d'enseignement général et technologique ; les lycées d'enseignement général.

o Le milieu carcéral : selon de principe d'articulation avec le SROS – volet Hospitalier – Personnes détenues développé en infra.

o Dans certains cas, développés en infra, les quartiers de la politique de la ville (Contrats Urbains de Cohésion Sociale CUCS) et le milieu rural auront à faire l'objet d'une attention particulière.

Chapitre 3 – Diagnostic régional

1- Avis, études, rapports et plans nationaux de santé[6]

Les avis, études et rapports ont été sélectionnés ci-après, notamment, sur la base des réflexions menées lors des travaux du PRAPS, en particulier autour de la réduction des inégalités sociales de santé, l'accès aux droits et aux soins et l'accès à la prévention.

La réduction des inégalités sociales de santé

En 1994, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) rend en **Novembre 1994** au ministre délégué à la santé un rapport général intitulé **« La santé en France »**. Ce rapport met en évidence les inégalités sociales en matière de santé, traduisant la prise de conscience qu'il faut mettre la réduction de ces inégalités parmi les priorités. En cela il s'agissait d'un retour à l'idée selon laquelle la précarité en matière de santé serait liée à divers déterminants sociaux, idée déjà envisagée par le rapport WRESINSKI.

L'accès aux droits et aux soins

Avis du Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale (CNLE) du 5 juillet 2011 : "Accès aux soins des plus démunis : Couverture Maladie Universelle (CMU), Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS), Aide Médicale Etat (AME), dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non recours à la couverture maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis "

Le CNLE formule les propositions suivantes :

- Fusion de la CMU et de l'AME : l'AME et la CMU devraient être fusionnées en un seul dispositif spécifique, destiné aux plus démunis. Un dispositif unique permet des économies de gestion, une simplification pour les personnes concernées et les professionnels de santé et une sécurisation du parcours de soins coordonné sans risque de rupture.

- Revalorisation immédiate du seuil de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C) : Pour étendre l'accès à une complémentaire santé à tous ceux qui vivent en-dessous du seuil de pauvreté, le seuil CMU-C devrait être revalorisé à hauteur du seuil de pauvreté à 60 % du revenu médian. Grâce à cette revalorisation, toutes les personnes vivant avec moins de 949 €/mois bénéficieraient d'une complémentaire santé gratuite.

- Des mesures pour améliorer le recours aux dispositifs : compte tenu des constats de méconnaissance des dispositifs et des démarches à entreprendre pour l'obtention et l'utilisation de la couverture maladie, une information plus large, ciblée et adaptée doit être faite en direction des bénéficiaires potentiel, concernant ces dispositifs et l'organisation du système de santé en général.

[6] *Avertissement : les avis, études, rapports et plans nationaux présentés ci-après ne peuvent être exhaustifs compte tenu de l'abondance des écrits au sujet de la précarité.*

Rapport GIRARD « La santé des personnes sans chez soi » Janvier 2010

Le rapport identifie les blocages et les leviers d'action possibles pour faciliter l'accès aux soins. Cinq axes sont privilégiés : le décloisonnement des politiques sanitaires, la coordination des accompagnements somatiques, psychiatriques et sociaux, le développement de nouvelles pratiques professionnelles, l'hébergement et la réinsertion, la promotion de la recherche et l'évaluation.

Rapport de l'Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles (ONZUS) 2009

Les habitants des quartiers ZUS souffrent d'une inégalité d'accès aux soins et à la prévention, aggravée par un état de santé dégradé :

- Des indicateurs de santé globalement plus défavorables que pour le reste de la population.
- Un mauvais état de santé ressenti par la population.
- Un recours des habitants à l'hospitalisation et aux urgences hospitalières plus fréquent.
- Un recours moins fréquent à un spécialiste.

26% d'entre eux déclarent avoir renoncé à des soins pour un motif économique au cours de l'année vs 15% pour l'ensemble de la population.
Constat d'une plus faible présence médicale : la densité en médecins généralistes en ZUS est inférieure de 47% à celle observée dans les unités urbaines environnantes. Celle des spécialistes est inférieure de 74%. Le même constat est fait chez les infirmiers : la densité est alors inférieure de 63% à celle observée dans les agglomérations urbaines.
La précarité induit, en outre, des consultations plus longues, des pathologies plus lourdes et des situations complexes (problèmes médicaux, sociaux, psychologiques)

Haut Commissaire aux solidarités actives contre la pauvreté - Suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans octobre 2009

S'agissant d'égalité d'accès à la santé, les dispositifs comme la CMU et les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation précaire et de réduire les inégalités sociales de renoncement aux soins.

L'écart du taux de renoncement aux soins entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée complémentaire est de 6,5 points en 2006. Il s'est quasiment stabilisé à ce niveau après l'entrée en vigueur de la CMU en 2000, date à partir de laquelle il a diminué de moitié (il s'établissait à 12,1 % en 2000).

La persistance du renoncement aux soins tient à des facteurs socio-économiques et démographiques ainsi qu'à la permanence d'obstacles financiers. Les soins reportés ou abandonnés sont presque toujours ceux pour lesquels les dépenses restant à la charge des ménages sont les plus importantes, comme la santé bucco-dentaire, les soins d'optique et les soins de spécialistes. De plus, il est possible qu'une partie des bénéficiaires de la CMU-C rencontrent des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès de certains médecins spécialistes, comme le laisse supposer la concentration de ces bénéficiaires sur un nombre réduit de médecins libéraux.

Par ailleurs, le taux de bénéficiaires de la CMU parmi les bilans de santé établis par les centres d'examens de santé est de 5% en 2007. Les centres d'examens de santé réalisent des examens ouverts aux assurés du régime général de la sécurité sociale et à leurs ayants droit. Pour mémoire, ils sont financés dans le cadre du Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS loi n°88-16 du 5/01/1988) "destiné à financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propre à améliorer l'état de santé général de la population". Les examens périodiques de santé sont facultatifs et sont donc proposés en priorité aux personnes qui ne bénéficient pas d'un suivi médical de prévention ou en marge du système de santé. Parmi celles-ci figurent les personnes inactives de plus de 16 ans, les personnes en situation de précarité vis-à-vis de l'emploi, les préretraités ou retraités ainsi que les personnes exposées à des risques menaçant leur santé.

Le rapport LAZARUS Février 1995 « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher »

[…] les populations démunies ont une utilisation du système de soins plus restrictive et n'accèdent pas forcément à des activités ou des modes de vie leur permettant d'améliorer leur bien être ; au contraire il y a comme une interaction entre ce mal être et leurs conditions de vie, notamment parce que l'effort demandé aux personnes pour s'insérer est en général bien supérieur à celui qui est demandé aux personnes bien intégrées socialement.

L'accès à la prévention

Dossier de presse « Pour un service public de l'hébergement et de l'accès au logement » - Benoist APPARU, secrétaire d'Etat chargé du Logement et de l'Urbanisme 10 novembre 2009 :

Parmi les 20 mesures annoncées :

Des Actions en faveur d'une meilleure prévention et d'une meilleure prise en charge des personnes en situation précaire :

- L'objectif : mettre en place des dispositifs d'accès à la prévention et/ou aux soins au plus près du terrain, en tenant compte des spécificités des personnes en grande précarité.

- Les réponses :

    - Le PRAPS : adapter les dispositifs de droit commun aux besoins des populations vulnérables en assurant une approche transversale entre le sanitaire et le social.

    - Le développement des équipes mobiles psychiatrie précarité : intervention directement sur les lieux de vie des personnes défavorisées, qu'elles accompagnent dans leur parcours de soins. Mission de former et de conseiller les acteurs sociaux.

    - Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : Il s'agit de près de 400 cellules de prise en charge médico-sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Un certain nombre de plans nationaux de santé publique[7] **abordent la précarité en fixant des orientations spécifiques aux personnes dans cette situation.**

La présentation qui suit n'est pas exhaustive. Elle démontre la nécessité d'une prise en compte des problématiques multiples des personnes en situation de précarité qui sont concernées par tous les champs de la santé publique.

Plan Cancer 2009 – 2013 (extrait)

Le renforcement de l'accompagnement social personnalisé pendant et après le cancer implique le développement des hébergements et appartements thérapeutiques ainsi que la mise à disposition d'outils (référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité, dispositif financier, annuaire départemental).
Favoriser la réadaptation et la réinsertion des malades atteints de cancer et leur accompagnement social personnalisé en encourageant le développement des hébergements et appartements thérapeutiques à proximité des lieux de prise en charge médicale. Ce type d'hébergement permet d'éviter une hospitalisation prolongée et favorise une réadaptation et un retour progressif à une vie familiale et sociale normale.

[7] Livre des plans de santé publique Novembre 2009 – pour en savoir plus : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Livre_des_plans_de_sante_publique.pdf

Plan Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies 2008 – 2011 (extrait)

Favoriser l'accueil des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool ou de drogues illicites dans le dispositif Accueil Hébergement Insertion (AHI) à leur sortie de prison, par la mise en place de consultations avancées de Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) dans ces structures et de formations croisées. Soigner, insérer, réduire les risques.
Développer les partenariats entre structures médicosociales (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues CAARUD et CSAPA) et le dispositif accueil hébergement insertion : expérimenter la mise en place de consultations assurées par des professionnels des structures médicosociales dans une vingtaine de structures d'hébergement et de formations croisées entre les structures des deux champs concernés (après appel à projets national et renforcement des moyens en personnel).

Plan Addictions 2007 – 2011 (extrait)

Développer la prévention :

- Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements :
  - *Intégrer les programmes de repérage précoce dans les CSAPA.*
  - *Développer en médecine de ville la prévention de l'usage à risque de l'alcool.*
  - *Développer des actions de prévention de la consommation des substances psycho actives pendant la grossesse.*

- Renforcer l'éducation à la santé en matière d'addictions :
  - *Lancer une grande campagne d'information sur les addictions.*
  - *Mettre en place un numéro unique d'appels téléphoniques.*

- Renforcer le rôle des associations :
  - *Valoriser et renforcer le maillage associatif.*

- Développer des actions de prévention de la consommation des substances psycho actives pendant la grossesse :
  - *Informer le public par l'étiquetage des contenants d'alcool.*
  - *Améliorer les informations contenues dans le carnet de maternité.*
  - *Elaborer un guide pratique à destination des professionnels de santé (INPES).*

Plan Hépatites 2009 – 2012 (extrait)

Les infections par les virus des hépatites B et C sont trois fois plus fréquentes chez les personnes en situation de précarité.
L'identification d'un nouveau marqueur de risque, la précarité, doit être prise en compte, au sein d'une prise en charge globale, aussi bien sur le plan sanitaire que sur le plan social. La thématique « Hépatites » a déjà été intégrée en 2007 dans les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes en situation de précarité. En outre, une information sera mise en place dans les lieux d'accueil et de passage des populations d'origine étrangère. Il est également prévu d'articuler les actions avec les Programmes Régionaux d'Insertion des Populations Immigrées (PRIPI) pour établir des liens entre les Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP) et les PRIPI.

Plan National Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissible (IST) 2010 – 2014 (extrait)

Prévention, information, éducation pour la santé :

- Permettre à la population générale et aux populations les plus exposées d'adopter des comportements favorables pour lutter contre la transmission du VIH et des IST.

- Mettre en place des actions d'éducation pour la santé en direction de publics spécifiques : jeunes (scolarisés ou non), étudiants, femmes et femmes en situation de précarité, personnes en situation de handicap.
- Utiliser de nouveaux outils de promotion de la santé en fonction des publics.
- Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations ayant des comportements à risque : migrants, HSH et LBT, personnes qui se prostituent, usagers de drogue.
- Former les professionnels de santé et associatifs aux différentes approches de prévention en population générale, spécifique et ciblée.

Plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 (extrait)

Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.
Améliorer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des personnes sans domicile fixe présentant des troubles psychiques en allant au-devant d'elles.
Améliorer la continuité des soins lorsque l'état de santé des personnes, sans nécessiter leur maintien à l'hôpital, exige du repos et des soins.
Apporter un soutien méthodologique à des programmes locaux pluri-partenariaux de prise en charge de ces publics.
Sensibiliser les travailleurs sociaux à leur rôle dans le champ de la santé mentale face aux publics en souffrance psychique.

Mesures :

- Création ou renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées dont le cahier des charges sera élaboré par un groupe de travail.
- Participation des services de psychiatrie publique au dispositif des lits halte santé accueillant des personnes souffrant de troubles somatiques ou psychiques.
- Diffusion par l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri partenariales adaptées à ces publics.
- Réalisation (à partir d'un groupe de travail et d'une enquête auprès de travailleurs sociaux) et diffusion (par les fédérations responsables de la formation des travailleurs sociaux) d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du travailleur social ».

Plan santé jeunes 2008 (extrait)

Les mesures du Plan « Santé des jeunes » visant à mieux répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables :
Recenser et évaluer toutes les maisons des adolescents. Créer des équipes mobiles adossées aux maisons des adolescents pour aller vers les jeunes les plus en difficulté.
Expérimenter un module de prévention/santé « Le développement de la prévention et la promotion de la santé pour les jeunes scolarisés » peut ainsi devenir un outil de lutte contre les inégalités de santé.
Les objectifs sont, d'une part, de permettre à chaque jeune scolarisé de faire des choix éclairés et responsables, de lui donner les moyens de prendre soin de sa propre santé, et , d'autre part, d'améliorer les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis des déterminants de la santé et des situations à risques.
Les jeunes en situation de vulnérabilité et la contraception :

- Intégrer un volet « contraception » dans les conventions établies entre le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et le secteur associatif intervenant auprès des populations en situation de vulnérabilité.
- Hors milieux scolaires, organiser des formations ciblées pour les professionnels des missions locales, des foyers de jeunes travailleurs, des associations de jeunesse des structures accueillant les jeunes handicapés et ceux de la protection judicaire de la jeunesse.

- Organiser de nouvelles sessions de formation auprès des enseignants et d'élèves relais à partir de l'évaluation du dispositif d'éducation à la sexualité mis en place dans les collèges et les lycées.

Les jeunes et la crise suicidaire :

- Améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge.
- Déployer les formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire et celles sur la souffrance psychique des jeunes.
- Diffuser un guide pour mieux agir en milieu scolaire sur les comportements à risque.

Plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 – Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice[8] (extrait)

En matière de prévention :
- Renforcer la prévention du suicide en détention.
- Agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues.
- Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues.
- Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues.

En matière d'accès aux soins :
- Réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale.
- Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins.

En matière de protection sociale :
- Clarifier l'accès aux droits des personnes détenues.
- Organiser l'articulation entre établissement pénitentiaire / CPAM / établissement de santé.

2- Synthèse des indicateurs socio-économiques et épidémiologiques

La région présente en termes sociodémographiques et économiques, un profil très particulier lié, d'une part aux conséquences des graves mutations industrielles et d'autre part, à la faiblesse de son armature urbaine.

En effet, la fragilisation des bassins d'activité se traduit par l'accroissement du nombre de demandeurs d'emploi et de bénéficiaires des minima sociaux, créant de nombreux cas de situations de personnes échappant totalement aux "filets" sociaux en place.
En 2009, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) recense 17% de personnes habitant dans les zones prioritaires des 18 Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) de Champagne-Ardenne.

2.1 - Protection et aide sociale

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est perçue par 20 231 habitants en Champagne-Ardenne en 2008 (16 600 en 2000) soit 28‰ de la population Champardennaise. Ce taux est plus élevé qu'en France (26‰), il l'est particulièrement dans les Ardennes (34‰) et en Haute-Marne (33‰).

La part des allocataires AAH dans la population des 20-64 ans représente 3,10% pour les Ardennes, 3% pour la Haute-Marne, 2,40% pour la Marne, 2,30% pour l'Aube contre 2,30% pour la France.

[8] Pour en savoir plus : http://www.sante.gouv.fr/plan-d-actions-strategiques-relatif-a-la-politique-de-sante-des-personnes-placees-sous-main-de-justice.html

Le taux des familles percevant l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) est également plus élevé en Champagne-Ardenne qu'en France (2,20% contre 1,90%). Les chiffres par département sont les suivants : l'Aube (2,40%), les Ardennes et en Haute-Marne (2,20%) et la Marne (2%).

40‰ des champardenais bénéficient du dispositif Revenu Solidarité Active (RSA) entré en vigueur le 1er juin 2009. Ce taux est identique à la France. Toutefois, les quatre départements de la région sont inégalement concernés. Ainsi, la part des bénéficiaires du RSA atteint-elle 58‰ dans les Ardennes, 45‰ dans l'Aube, 36‰ en Haute-Marne et 29‰ dans la Marne.

Selon l'INSEE, les personnes seules et les familles monoparentales, souvent plus modestes, sont plus présentes parmi les allocataires du RSA.

L'INSEE souligne également que la proportion de jeunes de moins de 25 ans parmi les allocataires du RSA est plus importante en Champagne-Ardenne qu'en France, respectivement 9% contre 6,8%. Des jeunes moins formés, arrivant plus tôt sur le marché du travail, expliquent la situation champardenaise.

Enfin, l'INSEE informe que les allocataires du RSA sont proportionnellement plus nombreux en ville qu'à la campagne.

Le taux 2009 d'allocataires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA part des 75 ans et plus) de Champagne-Ardenne est identique à la France (21,6%). Mais ce taux est nettement plus élevé pour les Ardennes (29,40%). 24 821 personnes sont concernées par l'APA sur toute la région.

Les allocataires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) sont moins nombreux en Champagne-Ardenne qu'en France (37‰ contre 49‰), particulièrement dans la Marne avec 35‰.

En 2008, 24 655 champardenais bénéficiaient de la Couverture Médicale Universelle de base (CMU). Les Ardennes (8,70%) et l'Aube (7,20%) ont un taux de bénéficiaires supérieur aux niveaux régional (6,70%) et national (6,10%).

En 2009, la part de la population couverte par la CMU-C est plus élevée en Champagne-Ardenne (6,6% contre 6,10% en France) notamment dans les Ardennes (8,40%) et dans l'Aube (7,20%) contre 5,30% dans la Marne et 5,50% en Haute-Marne.

En 2010/2011, la Marne qui avait jusqu'à la fin de l'année 2009 le taux de bénéficiaires de la CMU-C le plus faible de la région vis-à-vis de sa population couverte voit sa situation se dégrader (+5,30%) selon une même tendance que les Ardennes (+5,20%) qui avaient de leur côté le taux le plus élevé.

L'Aube progresse de manière moindre (+1,50%) mais avec initialement un taux élevé.

Selon l'enquête nationale de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) réalisée en 2006, les bénéficiaires de la CMUC continuent à renoncer plus fréquemment aux soins (19%) que les individus ayant une couverture privée (13%).

La persistance de ce renoncement plus important s'explique par les caractéristiques socio-économiques (faibles revenus, chômage fréquent, surreprésentation des ouvriers et des employés) et démographiques (surreprésentation des familles monoparentales) des bénéficiaires de la CMU-C.

Pour le constater, un indicateur de renoncement aux soins a été construit par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Il en résulte que 14% de la population française déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières. Près de 20% des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres étant reportés. Les renoncements et les reports sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est important : 63% concernent la santé bucco-dentaire, 25% les soins d'optique et 16% les soins spécialisés. L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 32% des personnes non protégées déclarent avoir renoncé, à des soins contre 19% des bénéficiaires de la CMU-c et 13% pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

2.3 - Données sociales

Au 3ème trimestre 2010, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) recense un taux de chômage (au sens du Bureau International du Travail BIT) pour la population champardenaise à hauteur de 9,7% contre 9,3% pour la population française.

Des disparités départementales existent avec un taux de 11,3% pour les Ardennes, 9,8% pour l'Aube, 9% pour la Haute-Marne et 8,5% pour la Marne.

Le taux de chômage (au sens du recensement) s'élève à 11,90% (11% pour la France). Il est plus fort chez les femmes (13,8% contre 12,30% en France) que chez les hommes (10,30% contre 9,80% en France). Des disparités départementales sont notées :

- chez les femmes, ce taux atteint 17,60% dans les Ardennes, 14,30% dans l'Aube, 13,80% en Haute-Marne, 11,80% dans la Marne
- chez les hommes, ce taux atteint 12,60% dans les Ardennes, 10,60% dans l'Aube, 9,40% dans la Marne et 9,10% en Haute-Marne

La part des emplois précaires est également plus forte en Champagne-Ardenne qu'en France (13,90% contre 13,30%) notamment dans la Marne (14,20%) et en Haute-Marne (14%). Les femmes sont plus touchées par l'emploi précaire que les hommes (15,50% contre 12,60%).
En région Champagne-Ardenne, le chômage concerne plus particulièrement les manœuvres, les ouvriers spécialisés et les ouvriers qualifiés.

Le taux des jeunes non diplômés âgés de 20-24 ans est important dans 2 départements de la région avec 19% pour les Ardennes et 17,20% dans l'Aube contre 16% en France.
Par ailleurs, le taux des jeunes non insérés est élevé dans les Ardennes (28,10%), l'Aube (22%) et en Haute-Marne (23,40%) alors qu'il s'élève à 18,10% en France.

Pour les jeunes de 18-29 ans, il est également constaté un niveau de pauvreté monétaire important. En effet, il est de 19,50% dans les Ardennes, 16,60% dans l'Aube, 16,20% en Haute-Marne et 14,30% dans la Marne contre 14,20% en France.

En règle générale, le niveau de pauvreté est plus affirmé en région Champagne-Ardenne qu'en France. Ainsi, l'INSEE fait état d'un taux de pauvreté des 30-64 ans particulièrement plus marqué dans les Ardennes (15,50%), dans l'Aube (12%) et dans la Haute-Marne (12,60%). Il est de 11,50% en France.

Pour les 65 ans et plus, le taux de pauvreté est plus fort dans les Ardennes (11,20%) et en Haute-Marne (11,60%) qu'au niveau national (9,80%).

Le taux de pauvreté des familles monoparentales est plus élevé dans les 4 départements de la région (32,90% dans les Ardennes, 35,40% dans l'Aube, 31,40% dans la Marne et 33,40% en Haute-Marne) que pour la France entière (29,50%).

Enfin, la pauvreté monétaire en France est plus répandue en milieu rural qu'en milieu urbain (14,40% contre 12,70%). Ce constat peut être établi seulement pour 2 départements de la région Champagne-Ardenne : le département de l'Aube (21,60% contre 18,10%), et le département des Ardennes pour lequel l'écart est moins prononcé avec 17,80% contre 17,20%.

La situation de précarité peut également être mesurée par l'indicateur SCORE EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examen de Santé) utilisé par les Centres d'Examens de Santé (CES) financés par l'assurance maladie. Cet indicateur permet d'identifier parmi les populations examinées par ces structures celles en situation de précarité. Pour ce faire, 11 questions résumant à 90% la situation de précarité d'une personne sont soumises au public des CES. Ces questions prennent en compte les aides extérieures (travailleur social, mutuelle), le sentiment de soutien (famille, isolement social), les difficultés socio-économiques, la vie de loisir.

La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donnant le score EPICES. Le score est continu, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité), le seuil de 30 étant considéré comme le seuil de précarité selon EPICES.

D'autre part, la Direction Générale des Impôts indique que les foyers fiscaux non imposés en 2008 sont plus nombreux en Champagne-Ardenne qu'en France (46,80% contre 44,50%), notamment dans les Ardennes (52,80%), en Haute-Marne (50,30%) et dans l'Aube (46,70%). Par contre, ce taux est plus faible dans la Marne (42,40%) qui, parallèlement, possède un niveau de vie médian (19 127€) supérieur à celui des autres départements (Ardennes : 17 219€ - Aube : 18 257€ - Haute-Marne : 17 669€) et de la France (18 986€).

Le pourcentage de logements HLM est plus important en Champagne-Ardenne qu'en France (22,50% contre 13,20%). La part des ménages propriétaires est plus faible (55,6% contre 59,6%).

De même, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) sont plus nombreux en Champagne-Ardenne qu'en France (1,14‰ contre 1,04‰) en particulier dans l'Aube (1,83‰).

2.4 - Données épidémiologiques – « Réduire les inégalités sociales en santé » - INPES – 2010 (extrait)

« Les inégalités sociales de santé se traduisent notamment en France par une forte surmortalité chez les travailleurs manuels. Indicateur inquiétant : elles ont eu tendance à s'aggraver depuis vingt ans.

A 35 ans, les hommes cadres supérieurs ont une espérance de vie de quarante-sept ans, soit six ans de plus que les ouvriers.

À ces inégalités de mortalité s'ajoutent ainsi des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. En effet, sur les quarante-sept années d'espérance de vie des cadres supérieurs, ils peuvent espérer en vivre trente-quatre (73 %) sans aucune incapacité (difficultés visuelles, auditives, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne). Un ouvrier de 35 ans, lui, vivra en moyenne vingt-quatre ans sans incapacité, soit 60 % du temps qui lui reste à vivre.

Pour les femmes, les écarts d'espérance de vie sont plus réduits, deux ans entre les cadres supérieurs dont l'espérance de vie à 35 ans approche cinquante et un ans, et les ouvrières. Mais à 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre, en moyenne, les derniers vingt-deux ans de sa vie avec une incapacité. Cette période ne sera que de seize ans pour une femme cadre supérieure.
Le cancer qui contribue le plus fortement à la surmortalité des hommes sans diplôme, comparativement aux titulaires du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur.

Les inégalités les plus fortes sont observées pour les cancers du poumon et ceux touchant les voies aérodigestives supérieures (larynx, pharynx, et autres). Pour les femmes, la contribution du cancer aux inégalités sociales de mortalité est moindre. Si, globalement, les inégalités sociales de mortalité sont plus faibles pour les femmes, elles sont cependant, pour les maladies cardiovasculaires, de plus grande amplitude que dans la population masculine.

[…]

Des inégalités dès l'enfance : Une enquête de 2005 auprès de plus de 7 200 élèves de CM2 (fi n du cours primaire) montrait que ı6 % d'entre eux avaient un surpoids modéré et que 4 % étaient obèses.
L'obésité était dix fois plus fréquente parmi les enfants d'ouvriers (6 %) que parmi les enfants de cadres (0,6 %). La proportion d'obèses parmi les enfants de parents appartenant à d'autres catégories se situe en position intermédiaire. Entre 2002, année où la même enquête avait été menée, et 2005, la fréquence de la surcharge pondérale est restée globalement stable, mais les inégalités se sont creusées. La proportion d'enfants obèses a diminué dans toutes les catégories, sauf chez les enfants d'ouvriers où elle est passée de 5 à 6 %. »

2.5 - Données épidémiologiques – Rapport de l'ONZUS 2010 (extrait)

« Les élèves scolarisés en ZUS présentent un défaut de couverture vaccinale par rapport à ceux scolarisés en dehors de ces quartiers. S'ils sont moins sujets à des problèmes respiratoires, ils souffrent en revanche plus fréquemment de troubles visuels et auditifs.

Pourtant, ils sont sensiblement moins nombreux à porter des lunettes ou des lentilles (de 3 à 4 points de moins). Les élèves scolarisés en ZUS ont également davantage de dents cariées (+ 0,4 dent cariée en moyenne).

Ces deux derniers aspects peuvent traduire aussi bien une moindre sensibilisation aux questions de santé qu'un renoncement aux soins, pour des raisons qui pourraient être financières ou d'accessibilité à un spécialiste dans des quartiers dont les précédents rapports de l'ONZUS ont montré qu'ils étaient moins bien pourvus en la matière.

Parmi les enfants scolarisés en ZUS au moment de l'enquête, 8,2 % des enfants de CM2 et 5,5 % des enfants de 3e souffrent d'obésité, soit des taux plus élevés que dans le reste du territoire (3,3 % et 3,8 %). En outre, pour les enfants de six ans, les écarts en termes d'obésité et de surpoids entre les enfants scolarisés en ZUS et ceux des autres établissements scolaires ont augmenté dans la seconde moitié des années 1990 ; pour les enfants de CM2, les écarts augmentent dès le début des années 2000. »

3- Bilan des thématiques en lien avec la précarité – zoom sur 2010

La mise en œuvre des orientations de santé publique de la région se traduit notamment par un appel à projets annuel « prévention et promotion de la santé ».
A ce titre, dix thématiques de santé publique y étaient jusqu'à ce jour abordées. Quatre d'entre elles touchaient exclusivement ou partiellement les personnes en situation de précarité :

- Les addictions
- Les souffrances psychiques
- La sexualité
- Le PRAPS de 2ème génération

Chacune de ces thématiques sont déclinées en objectifs puis en fiches d'orientation.
Le bilan de ces thématiques sur l'année 2010 a eu pour objectif de mettre en lumière l'adéquation entre les principaux projets financés dans le cadre de l'appel à projets annuel et les fiches d'orientation rattachées à chacune de ces thématiques.

Ce bilan interroge, en outre, sur l'ajustement voire le maintien ou non de certaines orientations au regard des travaux menés par l'équipe projet PRAPS complétés par les auditions et la consultation en ligne « précarité ».

3.1 - Les addictions

Quatre objectifs généraux ont été identifiés comme susceptibles de cibler des personnes en situation de précarité :

- Sensibiliser la population et l'informer pour des choix éclairés de comportement.
- Favoriser une culture de réseau en matière d'addictologie.
- Promouvoir les bonnes pratiques de dépistage (tous produits y compris dopage) au sein de réseaux.
- Favoriser pour l'alcool et le tabac une prise en charge adaptée des soins et de leur accès.

Ces objectifs renvoient à des fiches d'orientation, outils d'aide à la mise en œuvre des orientations de santé publique :

- ***ADD C1.1 :*** Informer le public jeune de la région : milieu sportif, via les professionnels – milieu scolaire.

- ***ADD C1.2 :*** Développer un programme de prévention en milieu pénitentiaire en incluant les personnes détenues ayant des conduites addictives dans les programmes d'éducation pour la santé et en développant des actions de réduction des risques infectieux VIH VHC.

- ***ADD C2.1 :*** Informer les parents au travers l'organisation de forums sur le comportement à risque vis-à-vis de l'alcool et des substances psycho-actives.
- ***ADD E1.1 :*** Organiser une réponse spécialisée addictologique en collaboration avec la justice.

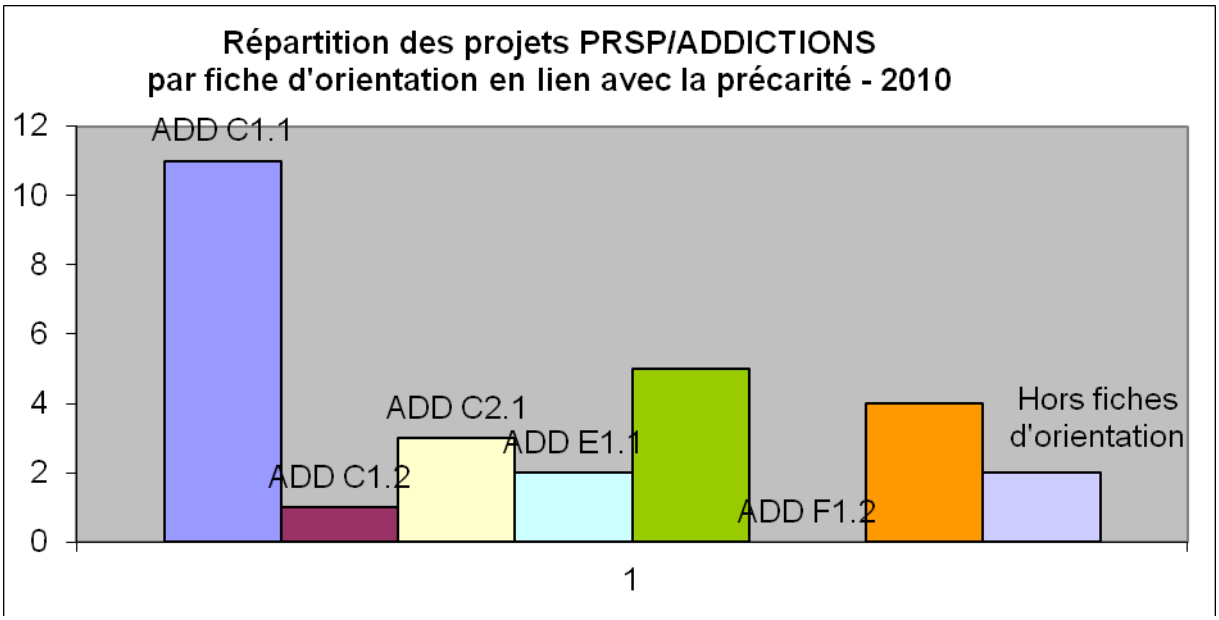
- ***ADD F1.1 :*** Sensibiliser et promouvoir les dispositifs de repérage et d'orientation au service des professionnels de santé : femmes enceintes – Repérage Précoce et Intervention Brève alcool adultes – repérage précoce jeunes pour tous produits – Ateliers Santé Ville – maisons d'arrêts et centre de détention.

- ***ADD F1.2 :*** Formaliser une articulation entre les médecins des commissions primaires du permis de conduire et l'orientation vers le soin spécialisé.

- ***ADD G2.1 :*** Aider l'action des associations d'entraide dans l'accompagnement aux personnes dépendantes, en liaison avec les structures médico-sociales ou hospitalières de proximité.

L'analyse des projets 2010 ayant émargé sur ces fiches d'orientation ciblant les personnes en situation de précarité fait ressortir des projets gravitant beaucoup autour de l'information auprès des publics et notamment des personnes en situation de précarité. Viennent ensuite des projets visant à sensibiliser et promouvoir les dispositifs de repérage et d'orientation (graphique 1).

Graphique 1 – source : ARS Champagne-Ardenne – Direction de la Santé Publique – Service Prévention et Promotion de la Santé



La même méthodologie a été appliquée pour les trois autres thématiques précitées.

3.2 - Les souffrances psychiques

Un objectif général a été défini dans ce cadre : améliorer la prévention, l'accueil, le repérage et l'orientation des personnes en souffrance psychique. Cet objectif général a été décliné en deux objectifs opérationnels :

- Repérer, dépister et différencier les souffrances psychiques.
- Informer et former sur les troubles et souffrances psychiques.

Les projets financés en 2010 ont émargé sur les quatre fiches d'orientation dédiées aux souffrances psychiques :

- ***PSY B1 :*** Former les intervenants au repérage, à l'accueil et à l'écoute et à l'orientation des troubles et souffrances psychiques.

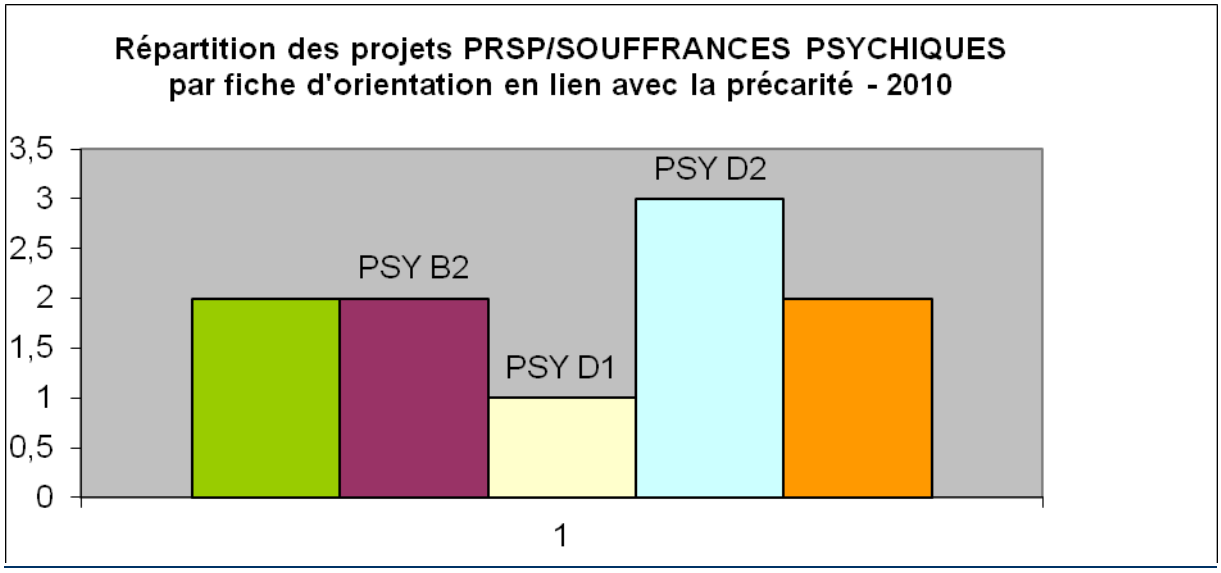
- ***PSY B2 :*** Mener des actions de prévention primaire pouvant relayer les campagnes nationales.

- ***PSY D1 :*** Favoriser les échanges entre pairs avec l'appui ou autour des professionnels.

- ***PSY D2 :*** Informer et former les aidants des personnes souffrant de troubles psychiques à la souffrance et aux troubles psychiques.

Le graphique 2 en présente la répartition.

Graphique 2 – source : ARS Champagne-Ardenne – Direction de la Santé Publique – Service Prévention et Promotion de la Santé



3.3 - La sexualité

Trois objectifs généraux ont été définis dans ce cadre :

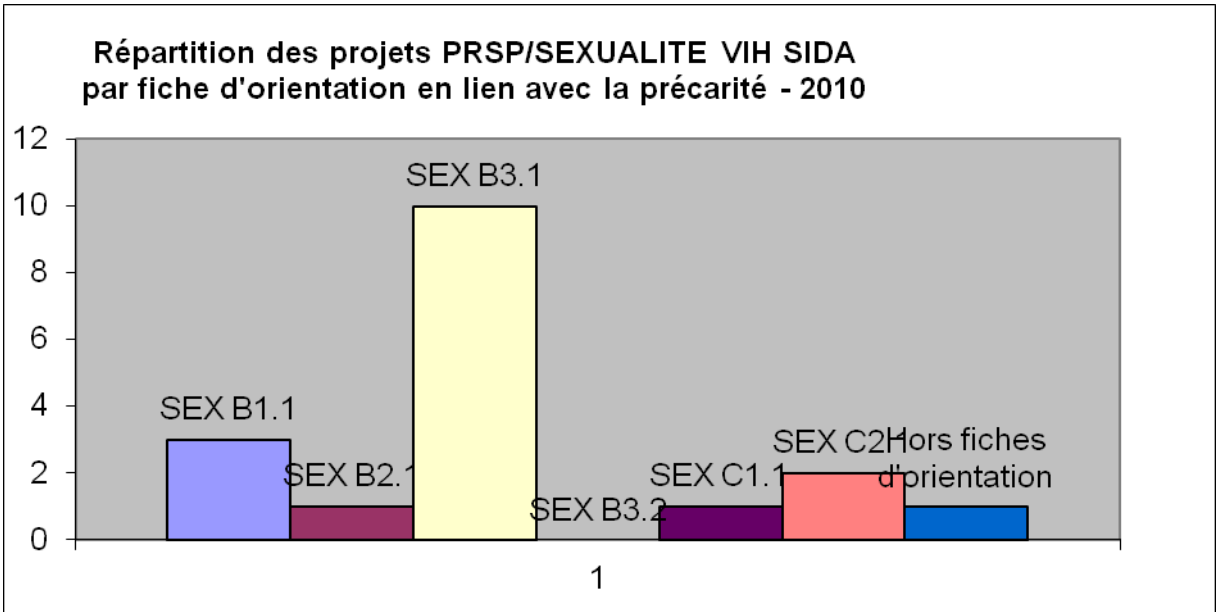
- Permettre un travail cohérent des acteurs et dans un esprit humaniste.
- L'accompagnement.
- Dialogue et prise en compte des pratiques particulières

Les deux dernières sont à rattacher avec la précarité et se traduisent en fiches actions :

- ***SEX B1.1 :*** Mettre en place et/ou des actions d'accompagnement d'insertion et d'autonomisation des personnes.
- ***SEX B2.1 :*** Créer et développer des séances d'information sur la contraception pour les jeunes (notamment en milieu rural et pour les femmes).
- ***SEX B3.1 :*** Mettre en place et ou développer des actions de terrains : En direction du public plus vulnérable (migrants, gays, précaires, prostitués) - Au plus prés des populations (prisons, lieux de dragues, festifs et rave party).
- ***SEX B3.2 :*** Développer des actions de terrains dans le cadre de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues.
- ***SEX C1.1 :*** Mettre en place des groupes de paroles avec des femmes et des migrants.
- ***SEX C2.1 :*** Favoriser les échanges de savoirs (savoir être et savoir faire) entre pairs à l'intérieur de différentes communautés ou groupes.

Le graphique 3 en présente la répartition.

Graphique 3 – source : ARS Champagne-Ardenne – Direction de la Santé Publique – Service Prévention et Promotion de la Santé



Les projets financés en 2010 sur la thématique sexualité ont essentiellement porté sur la 1ère fiche d'orientation : Mettre en place et ou développer des actions de terrains en direction du public plus vulnérable (migrants, gays, précaires, prostitués) et au plus prés des populations (prisons, lieux de dragues, festifs et rave party).

Les trois thématiques de santé publique abordées en supra amènent à s'interroger sur leur transposition dans les nouvelles orientations du PRAPS au travers des enjeux identifiés : information – formation des professionnels – échanges entre pairs – repérage – interventions de terrain.

3.4 - Le PRAPS

Le PRAPS II s'articulait autour de trois objectifs généraux :

- Prévenir les problèmes de santé.
- Accompagner et suivre les publics précaires.
- Développer et encourager les réseaux médico-sociaux de proximité pour articuler les prises en charge.

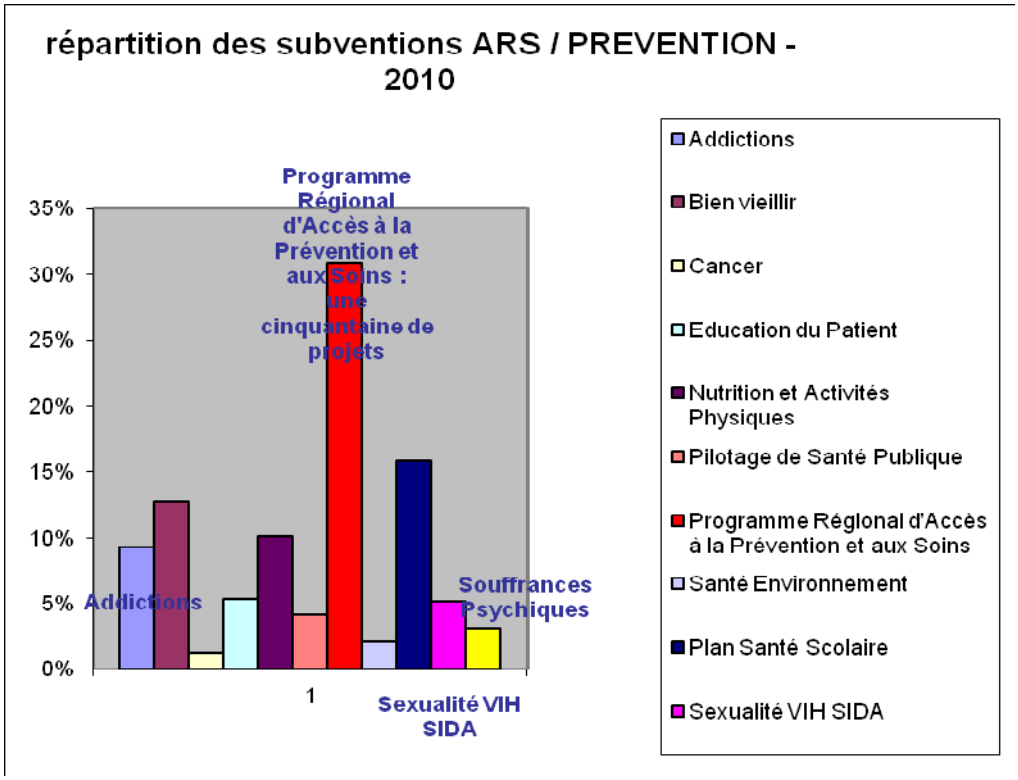
Ces objectifs étaient déclinés en objectifs opérationnels et en fiches d'orientation définies par le Groupe Technique Régional (GTR) PRAPS. Douze fiches d'orientation ont ainsi été rédigées :

- ***PRA A1.1 :*** Développer un programme d'information auprès des publics précarisés et/ou faciliter les possibilités d'accès au bilan de santé de droit commun.
- ***PRA A1.2 :*** Informer sur les droits pour l'accès à la santé.
- ***PRA A1.3 :*** Développer un programme de prévention en milieu pénitentiaire en incluant les personnes détenues ayant des conduites addictives dans les programmes d'éducation pour la santé et en développant des actions de réduction des risques infectieux VIH-SIDA.
- ***PRA A2.1 :*** Développer des actions d'expression de la souffrance psychique et de valorisation de l'image de soi.
- ***PRA A2.2 :*** Développer des actions de soutien psychologique des équipes par des psychologues en lien avec les équipes mobiles de psychiatrie.
- ***PRA B1.1 :*** Mettre en place des accompagnants santé chargés d'orienter et d'accompagner les publics précaires vers les dispositifs de droit commun et d'assurer leurs suivis.
- ***PRA B2.1 :*** Soutenir le développement des espaces santé existant dans les missions locales les permanences d'accueil d'information et d'orientation et les points accueil écoute jeune.
- ***PRA B2.2 :*** Réaliser une évaluation des espaces santé des Missions Locales.
- ***PRA B3.1 :*** Conforter et développer les PASS.
- ***PRA C1.1 :*** Développer des formations interprofessionnelles spécifiques aux besoins des intervenants travaillant auprès des publics précaires.
- ***PRA C1.2 :*** Développer une journée régionale d'échange sur les pratiques professionnelles liées au repérage et à l'orientation des publics précarisés en souffrance psychique.
- ***PRA C2.1 :*** Accompagner le diagnostic des nouveaux Ateliers Santé Ville.

Comme précité, leur mise en œuvre se traduisait essentiellement dans le cadre de l'appel à projets annuel « prévention et promotion de la santé ». Seules deux fiches d'orientation n'entraient pas dans ce cadre : Réaliser une évaluation des espaces santé des Missions Locales et Conforter et développer les PASS.

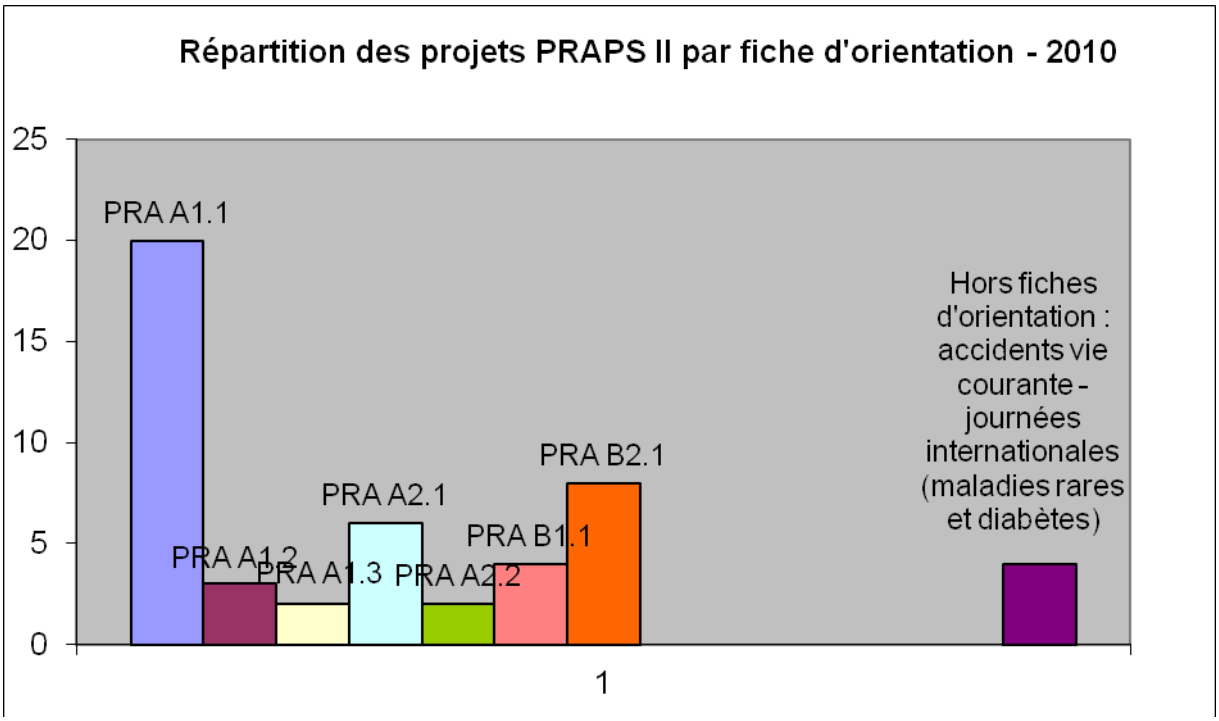
Classiquement, les projets PRAPS consommaient annuellement plus d'un tiers de l'enveloppe dédiée à l'appel à projets (graphique 4).

Graphique 4 – source : ARS Champagne-Ardenne – Direction de la Santé Publique – Service Prévention et Promotion de la Santé



Une analyse des projets PRAPS financés en 2010 permet de mettre en exergue les principales orientations (et donc fiches d'orientation) sur lesquelles ils émargeaient (graphique 5)

Graphique 5 – source : ARS Champagne-Ardenne – Direction de la Santé Publique – Service Prévention et Promotion de la Santé



Sur les 49 projets financés en 2010 :

- 41% (soit 20 projets) concernaient la 1ère fiche d'orientation du PRAPS : « Développer un programme d'information auprès des publics précarisés et/ou faciliter les possibilités d'accès au bilan de santé de droit commun » ;

- 16% la fiche d'orientation : « Soutenir le développement des espaces santé existant dans les missions locales les permanences d'accueil d'information et d'orientation et les points accueil écoute jeune » ;

- 12% la fiche d'orientation : « Développer des actions d'expression de la souffrance psychique et de valorisation de l'image de soi » ;

- 8% la fiche d'orientation : « Mettre en place des accompagnants santé chargés d'orienter et d'accompagner les publics précaires vers les dispositifs de droit commun et d'assurer leurs suivis. »

Il convient de souligner que 8% des projets financés (soit 4 projets) étaient « hors cadre » mais ont été retenus compte tenu de leur caractère novateur ou des arguments présentés considérés comme pertinents : des projets relatifs aux accidents de la vie courante chez les personnes en situation de précarité et à la promotion de deux journées internationales touchant, de façon non exclusive, ce même public.

En revanche, aucun projet n'a émergé sur trois des fiches d'orientation du PRAPS :
- Développer des formations interprofessionnelles spécifiques aux besoins des intervenants travaillant auprès des publics précaires.
- Développer une journée régionale d'échange sur les pratiques professionnelles liées au repérage et à l'orientation des publics précarisés en souffrance psychique.
- Accompagner le diagnostic des nouveaux Ateliers Santé Ville.

S'agissant des deux premières, formations interprofessionnelles et pratiques professionnelles, le PRAPS III aura à tenir compte des difficultés de mise en œuvre de ces sujets qui ressortent des auditions et consultations réalisées dans le cadre des travaux du PRAPS.
Concernant la 3ème, relative aux Ateliers Santé Ville, l'étude réalisée sur ce dispositif et présentée ci-après peut expliquer cet état de fait.

4- Etude sur les Ateliers Santé Ville (ASV)

Issue des orientations nationales de la politique de la ville, la démarche ASV a été initialement prise en compte par une quinzaine de communes de la région Champagne-Ardenne. Elles ont, pour la plus part, reçu le soutien financier sous l'ère du GRSP afin de mener un diagnostic.

Toutefois, plusieurs facteurs ont ralenti cette dynamique et expliquent l'absence de projets PRAPS en 2010 visant à procéder à un diagnostic ASV :

- la difficulté à consolider le temps de la coordination ;

- la traduction non systématique en programme d'actions ;

- et surtout la création d'un 5ème volet obligatoire dans les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), le volet santé qui a dès lors intégré l'ASV.

L'étude sur les ASV[9] met en exergue les problématiques suivantes qui viennent consolider les constats réalisés dans le cadre des auditions et de la consultation en ligne « précarité » (abordées présentement au point IV.2) :

- Thématiques de santé publique :
    - Problématiques plus prégnantes sur le plan de la santé psychique et des addictions compte tenu de la structure socio démographique et économique des quartiers de la politique de la ville.
    - Hygiène de vie (dont nutrition), un facteur reconnu comme un déterminant de l'état de santé.
    - Bien être et qualité de vie, qui renvoient essentiellement sur le cadre de vie dans les quartiers de la politique de la ville et sont en corollaire avec la santé psychique.
    - Isolement et accessibilité chez les personnes âgées et les personnes handicapées.
    - Parentalité et périnatalité, des leviers d'amélioration des déterminants de santé et l'occasion de développer la prévention et le dépistage précoce.

- Accès aux droits : orientation des professionnels – bonne information des publics autour de la question de l'accès aux droits.

- Accès aux soins : recours tardif aux soins – renoncement aux soins pour des raisons financières et renoncement dû à l'effet de seuil de la CMU (ndlr : interrogeant sur la bonne information des publics notamment sur les aides financières spécifiques à chaque CPAM et pouvant s'expliquer par l'ancienneté des données, 2005) – des difficultés d'accès auprès de certains spécialistes (dentistes, ophtalmologues) liées notamment au caractère urbain ou non des zones.

- Accès à la prévention : difficulté à mobiliser des publics sur le champ de la prévention.

- Formation des professionnels : concernant la souffrance psychique, les addictions et la coordination des acteurs des différents champs.

5- Synthèse des consultations

Rappel de la méthodologie

Pour la construction du PSRS de Champagne Ardenne et de ses déclinaisons en schémas et programmes[10], l'équipe projet PRAPS a décidé de consulter les acteurs de terrain, selon trois formes :
- Auditions réalisées dans le cadre du SRP : prise en compte de la dimension précarité.
- Consultation en ligne.
- Réunions thématiques PRAPS.

Eléments de synthèse de la consultation en ligne « précarité » et sujets liés à la précarité abordés lors des auditions du Schéma Régional de Prévention (annexe 5)

1. Une représentation des structures répondantes relativement fidèle à celle de l'échantillon des structures consultées.
2. Une représentation des activités des structures répondantes correspondant à leur profil.
3. Des départements d'interventions correspondant à l'implantation géographique des structures consultées
4. Des territoires d'intervention classiquement en milieu urbain au détriment du milieu rural ?
5. Une sur représentation des adultes des deux sexes.
6. Des difficultés d'accès à la santé qui demeurent multiples et prégnantes.

[9] Etude sur les ASV conduite par Stéphane SANCHEZ, interne en médecine, stagiaire à l'ARS.
[10] Mise en application du concept de démocratie sanitaire.

7. Des problématiques de santé qui restent multiples mais qui ciblent en particulier deux d'entre elles : les souffrances psychologiques et les addictions.
8. Des difficultés de mobilisation également multiples mais dont l'analyse renvoie aux compétences psychosociales de la personne en situation de précarité.
9. Des leviers d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité qui restent classiques.
10. Un partenariat dont l'enjeu est reconnu mais des faiblesses sous-jacentes à l'analyse du questionnaire.
11. Des structures qui s'accordent sur les principales raisons motivant à travailler en partenariat.
12. Des structures qui s'accordent également sur les leviers pour améliorer le partenariat dans la prise en charge de la personne en situation de précarité.
13. Des problématiques variées non abordées dans le questionnaire.
14. Un récapitulatif par type de structure
15. Conclusions.

Synthèse des réunions thématiques PRAPS

Quatre thématiques ont été retenues, au regard des publics cibles et concernés, le cas échéant, par la précarité : les personnes sous main de justice, les personnes prises en charge par une structure d'hébergement social, les personnes domiciliées dans les quartiers de la politique de la ville et les jeunes scolarisés ou non.
Les membres de l'équipe projet PRAPS pouvaient assister aux dites réunions. Ainsi, y étaient présents :

- La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) ;
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) de la Marne ;
- L'Assurance Maladie ;
- Le Rectorat ;
- La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DTPJJ) Marne Ardennes ;
- Le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de la Marne ;
- la Délégation Territoriale Départementale (DTD) de la Marne.

En interne à l'ARS et dans une logique d'articulation avec les schémas, ont pu également être présents les pilotes du SROS volet personnes détenues (réunion thématique personnes sous mains de justice), du SROMS volet Addictologie (réunion thématique social / sanitaire) et du SROS volet psychiatrie (réunion thématique social / psychiatrie).

Les 4 réunions thématiques ont eu lieu au mois de Juin 2011 :

➲ Réunion thématique PRAPS « Personnes sous main de justice » - 17 juin 2011

Etaient conviés à la réunion, les Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA), les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probations (SPIP), le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et les Centres d'Information et de documentation des Femmes et des Familles (CIDFF).
Il ressort des échanges 5 grandes problématiques soulevées :

- L'accès aux droits et en particulier : la question de l'immatriculation des personnes détenues : avant, pendant et après l'incarcération – la complexité de l'ouverture des droits à la CMU / CMUC.

- L'accès aux soins et en particulier : l'accès aux appareillages (vue et dentaires) – la discrimination quant à la délivrance des soins.

- La sortie des détenus : le maintien de leurs droits et de l'accès aux soins (question de l'accompagnement de la personne).

- Les problématiques de santé publique :
    - Chez les mineurs sous main de justice : santé mentale et psychiatrie (accès aux soins psychiatriques) – addictions – sexualité (thématique insuffisamment prise en compte)

- Chez les adultes sous main de justice : les addictions.

- La nécessité de mieux connaitre les acteurs de terrain susceptibles d'intervenir en partenariat avec le monde carcéral.

Une forte demande est en outre exprimée, par la DTPJJ Marne Ardennes, sur des travaux communs de réflexions milieu carcéral / ARS pour la définition commune d'une politique de santé des personnes sous main de justice.

➲ Réunion thématique PRAPS « Social / Sanitaire »

Les rencontres se sont réalisées en 3 temps.

1er temps : échanges avec les professionnels du champ social représentés par l'Union Régionale Interfédérales des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS), la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS) et le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS) (le 22 juin).
2ème temps : échanges avec les professionnels sanitaires représentés par les équipes mobiles psychiatrie précarité, les 8 PASS de la région et 2 réseaux (Réseau Santé Précarité de Reims et Réseau Santé Précarité Addica Carédiab) (le 23 juin).
3ème temps : échanges avec l'ensemble de ces professionnels des champs social et sanitaire/psy (le 27 juin).

- *Rencontre avec les acteurs du champ social*

Il ressort des échanges les constats suivants :

- Des problèmes psychiques liés à l'errance, à des soins incomplets ou abandonnés en cours de route.

- La question du travail de partenariat entre les services des établissements sociaux.

- Les liens avec la psychiatrie qui ne sont pas systématiques dans la région : rencontres dans la maison relais et en dehors.

- Jusqu'où accompagner les personnes ? partenariat préexistant, repéré.

- La nécessité d'un accompagnement intense et de proximité

- Problèmes aussi constatés : le vieillissement de la population – la saturation des consultations.

- La nécessité de formation pour les professionnels et de coordination entre les professionnels

- le Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation (SIAO) peut constituer un lieu pour construire la coordination sanitaire et sociale et apporter une réponse d'hébergement aux publics précaires.

- L'absence, à ce jour, d'animation réseau santé. Des solutions sont à travailler par l'URIOPSS et la FNARS :
  - Besoin d'un guide de recensement des structures, meilleure connaissance mutuelle des dispositifs à acquérir.
  - Mise en place de groupes de travail thématiques.
  - Faire un état des lieux de l'existant.

- L'accès au dispositif de droit commun est compliqué : des temps de rendez-vous tardif, une réticence des professionnels à prendre en charge le public.

- Comment agir devant la discrimination des professionnels ?

- La prise en charge spécifique en psychiatrie des personnes étrangères (traumatismes de violences et de guerre).

- Sur les PASS différents constats et interrogations :
    - Quel est le positionnement de l'hôpital ? quelle place l'hôpital donne au PASS ?
    - Un isolement des travailleurs sociaux de la PASS – les liens de la PASS entre les services de l'hôpital parfois difficiles.

    - *Rencontre avec les acteurs du champ sanitaire*

Il ressort des échanges les constats suivants :

- Un travail effectif auprès de structures sociales et médico-sociales, à la demande des travailleurs sociaux.

- Une collaboration facilitante dans l'hypothèse de personnel partagé entre dispositifs. Ex : EMPP et PASS psychiatrie dans les Ardennes – EMPP et CMP en Haute-Marne.

- Le constat général et partagé d'une file active en augmentation dans les EMPP.

- La question de l'orientation vers les structures de droit commun (en termes de compétence territoriale) et de la mobilité de la personne pour garantir la continuité de son parcours de soin.

- La nécessaire collaboration entre les secteurs de la psychiatrie pour garantir la continuité du parcours de soin.

- Le partenariat et la collaboration entre les professionnels de la psychiatrie et les professionnels du champ social : la question de la mutualisation des vacations en psychiatrie entre structures sociales, les échanges de pratiques.

- Des plages de consultation en psychiatrie saturées.

- L'aide au repérage pour éviter un « pré diagnostic » erroné (question de la réalité des pathologies psychiatriques chez certaines personnes en situation de précarité : confusion avec les souffrances psychiques).

- Une approche pluridisciplinaire nécessaire et dont la cohérence est conditionnée par une coordination.

- Des EMPP aux moyens variables : des difficultés dans l'Aube.

- Des PASS pas toujours bien identifiées au sein et en dehors des établissements de santé. La nécessité d'un soutien de ces permanences par la direction de l'établissement.

- Des questions récurrentes : l'accès aux droits (une bonne expérience de la PASS Troyes : permanence de la Sécurité Sociale) et l'accompagnement qui semble être traité au cas par cas.

    - *Rencontre entre les acteurs des champs social et sanitaire*

Après la présentation d'une synthèse des 2 réunions précitées, les débats conjoints social / sanitaire ont fait ressortir les thèmes suivants :

- Un temps de suivi long, demandant des réponses rapides (alors que les délais d'attente sont importants) et une stabilité des professionnels intervenant.

- Les difficultés en termes d'accompagnement et de relais relevées sont les suivantes :

    - Une prise en compte de la notion de respect du secret médical mais partagé ; or ce dernier existe peu (voire pas du tout) au sein des équipes pluridisciplinaires.
    - Une absence de coordination complète.

  - Une implication délicate et longue d'un nouvel interlocuteur dans la prise en charge.
  - La nécessité d'interpeler des personnes qui ne se sentent pas concernées, posant la question de la motivation des professionnels.
  - La sempiternelle question du cloisonnement des professionnels.
  - Des solutions à envisager : repenser la pratique professionnelle, conditionnée par la motivation des professionnels de santé.

- Une difficulté particulière de prise en charge : absence de médecin dans les réunions de coordination des travailleurs sociaux pouvant aboutir à un blocage dans la prise en charge de la personne voire à une prise en charge en soins sans consentement pour contraindre la psychiatrie à intervenir. Malgré les réunions d'informations activées par les structures sociales (CHRS-FNARS) dans les hôpitaux, difficultés de mobiliser les médecins. Pas d'échanges sur les pratiques professionnelles avec les médecins.

- Nécessité d'avoir une équipe pluridisciplinaire pour décloisonner, pour avoir une cohérence de discours et de prise en charge. Cela suppose une connaissance mutuelle des acteurs.

- Constat d'une certaine inquiétude chez les professionnels hospitaliers d'aller travailler à l'extérieur (qui peut s'avérer anxiogène), par exemple dans les CHRS. Une solution est proposée : afficher dans le projet d'établissement des établissements de santé la volonté politique de travailler sur la coordination et le partenariat avec les structures en charge de la précarité.

- Certaines expériences locales font apparaitre des difficultés à travailler avec les professionnels de santé amenant au recrutement d'un de ces professionnels au sein de la structure pour établir un contact et permettre une prise en charge.

- Nécessité de revoir la place de la psychiatrie dans la formation des médecins et des travailleurs sociaux.

- Nécessité d'une prise en charge particulière du syndrome de stress post traumatique notamment des personnes étrangères, des personnes victimes de violences conjugales, de violences sexuelles : erreur de diagnostic à 60% aux urgences - repérage fait par les travailleurs sociaux mais absence d'interlocuteur pour la prise en charge - formation indispensable des professionnels (ce type de traumatisme ne nécessite pas de médicaments mais une prise en charge hebdomadaire alors qu'elle n'est que mensuelle actuellement).

- Le travail avec les médecins généralistes : le médecin généraliste est une passerelle importante car il peut faire jouer son propre réseau.

- Partenariat indispensable avec les CMPS (centres de médecine préventive) pour le repérage ainsi qu'avec les CCAS.

- Face au manque d'interlocuteurs sanitaires de proximité, une réponse pourrait être apportée avec les maisons de santé pluridisciplinaire.

- La question des moyens : des équipes mobiles psychiatrie précarité avec peu de moyens humains mais qui doivent rester intégrées à l'hôpital. La pérennité des moyens est indispensable. La question de la mutualisation des fonctions support pour les CHRS se pose.

➲ Réunion thématique PRAPS « Contrats Urbains de Cohésion Sociale » (CUCS) - le 30 juin

Les 18 CUCS étaient invités à faire part à l'équipe projet PRAPS de leurs témoignages sur les problématiques de la personne en situation de précarité. Seuls 3 CUCS se sont déplacés : Grand Troyes – Fumay – Charleville-Mézières.

Les débats ont fait ressortir les thèmes suivants :

- La santé, une question indissociable de l'insertion.

- Des difficultés d'observation sur la santé, objectif : avoir une base d'observation solide du territoire tant en termes sanitaires qu'en termes de partenaires potentiels.

- Une offre de soins au niveau local qui n'est pas à la hauteur des besoins - peu de médecins spécialistes (difficultés pour la prise de rendez vous) et une méconnaissance des dispositifs de santé.

- Des thématiques de santé récurrentes : les souffrances psychiques, les addictions, la prévention (dont vaccination), l'isolement dont celui des personnes âgées, les difficultés de mobilité en raison de transports urbains insuffisants.

- Des interventions pluridisciplinaires : centres sociaux, CODES, médecins libéraux. Mais des difficultés de partenariats et d'articulation entre les champs du social et de la santé.

- Des difficultés en termes de coordination du dispositif.

- Des leviers sont proposés :
  - Un guide à destination des acteurs et du public
  - L'identification de structures « moteurs »
  - Des échanges de pratiques autour des difficultés rencontrées pouvant faciliter le rapprochement entre les partenaires (forum d'échanges, outils dématérialisés)

Il convient de rester prudent dans les thèmes abordés, compte tenu du faible nombre de participants CUCS. Si ces thèmes sont réels pour les 3 CUCS qui ont participé à la réunion, ils doivent être vérifiés auprès des autres CUCS.

➲ Réunion thématique PRAPS « Jeunes » - le 30 juin

Etaient conviés à la réunion, le délégué régional des missions locales, l'université de Reims, les 2 mutuelles étudiantes, le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), les services sociaux du CROUS, le Centre Régional Information Jeunesse (CRIJ) et l'Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes (URHAJ). Le milieu universitaire était très peu représenté.

- *Les jeunes en missions locales*

Le profil type du jeune accueilli en mission locale :
- 18/21 ans
- Niveau 5
- Hébergé par ses parents majoritairement
- Peu mobile, ne détient pas le permis
- Souhaite un emploi immédiat sans savoir dans quel domaine

Les problématiques repérées par les missions locales chez les jeunes de 16 ans et plus en insertion sociale :
- Accès aux droits - accès aux soins : beaucoup de jeunes bénéficiaires CMU : besoin d'accompagnement, d'informations sur les démarches à suivre pour être bénéficiaires de la CMU.

- Souffrances psychiques : étude réalisée par un psychologue - Contraception/sexualité - Addictions : le taux n'est pas plus élevé que celui de la population jeune en général – alimentation et hygiène. Problématique de la sexualité : se référer à l'enquête nationale. Accès aux droits, aux soins - Accompagnement – Vaccinations - Problèmes dentaires.

- Cartographie de l'offre de soins peu lisible

- Perception de la santé : la santé n'est pas la priorité, perception conduisant à une absence de continuité des soins - délais de rendez-vous sont longs.

- Bilan de santé proposé aux jeunes pris en charge par les missions locales : pas facile à mettre en place, se pose la question de la mobilité – 6 000 jeunes sur les 30 0000 suivis ont annuellement bénéficié d'un accompagnement santé (CMU, orientation vers un spécialiste …)

Les partenariats des missions locales :

- Partenariat avec la mission générale d'insertion et l'Education nationale, Centres de Formation des Apprentis (CFA), Direction Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt (DRAAF) : les jeunes ayant quitté le milieu scolaire depuis au moins 1 an et en rupture sociale constituent la population cible (Plateforme de décrochage).
- Partenariat avec l'Assurance Maladie : convention pour les bilans de santé en Centre d'examen de santé - Convention pour les scores EPICE - Partenariat important car la CPAM est une source d'informations pour les professionnels.
- Partenariat avec les centres hospitaliers (Hôpital de Fumay- Hôpital de Belair – etc…)
- Partenariat avec le Conseil général sur des actions bien précises et avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Partenariat avec le Planning familial
- Partenariat avec les acteurs du domaine de la prévention : CODES, ANPAA.
- Partenariat avec la Mission locale : cette structure est peu connue des professionnels de l'Education Nationale.

Les échanges de pratiques entre les missions locales relèvent du rôle de l'animation régionale :

- Rôle de professionnalisation.
- Recenser, favoriser les échanges de pratiques dont la santé est un des thèmes.
- Animation d'un groupe régional santé (à mettre en place) pour permettre aux référents santé de pouvoir échanger sur leurs pratiques quotidiennes sur leurs actions.
- Animation des réunions des psychologues (1 psychologue par département financé par le Conseil Régional) : favoriser entre eux un réseau - Thématique de réflexion : souffrances psychologiques (anxiété sociale, phobie sociale…).
- Favoriser des rencontres entre les directeurs et les institutions (ARS-DRJSCS)

Existence d'un espace santé au sein des missions locales avec une organisation différente dépendant du fonctionnement interne de la structure et de la dynamique partenariale déployée.

Le travail en équipe en Mission locale :

- Référents santé et psychologues ont été réunis 2 fois ensemble.
- Le psychologue est intégré dans les travaux des référents ; contact régulier entre ses deux professionnels.
- Il existe toujours un retour d'échanges d'informations entre le psychologue et le référent santé.
- Le psychologue repère, diagnostique, oriente ; il ne fait pas d'accompagnement psychologique (2 entretiens maxi avec le jeune). Il n'a pas d'actions de soins. Mais il s'avère difficile d'orienter le jeune vers une prise en charge psy car les délais de rendez-vous sont longs (liste d'attente).
- La psychologue de la Marne écrit des chroniques sur des expériences vécues; lors des réunions trimestrielles les psychologues exposent leurs situations.

Accompagnement physique du jeune quelque fois. Après 26 ans, difficile de trouver des interlocuteurs. Liens avec le SIAO à penser.

Souhaits des missions locales :

- Mission locale, une structure de 1er accueil : socle de 1ères informations à garantir.
- Coordination des acteurs à développer (besoin d'un chef de file).

- Capacité à obtenir un soutien pour des actions innovantes.

o *Les étudiants*

Les problématiques repérées chez les étudiants en situation de précarité :

- Un problème d'accès aux droits : difficultés à donner aux étudiants les informations sur leurs nouveaux droits. Complémentaire santé : 20% des étudiants sont sans mutuelle.

- Un renoncement aux soins pour des motifs économiques, par manque de temps (étudiants salariés pour financer leurs études).

- Des problèmes d'accès à la prévention primaire : population en expérimentation cannabis (non sur-consommatrice par rapport à la population jeune en général) - population déclarant être mal informée sur la thématique des addictions.

- La perception de leur santé : non prioritaire mais identification des problèmes sur la nutrition et le rythme de vie.

- Les étudiants étrangers peuvent constituer un public précaire.

Quelles priorités de santé pour les étudiants ? Une réflexion est à engager sur le repérage des étudiants en situation de précarité.
Les mutuelles étudiantes ont connaissance des étudiants en CMU. Un travail au niveau national se met en place pour attribuer aux étudiants des aides financières afin qu'ils puissent bénéficier d'une complémentaire santé.
Les partenariats dans le monde universitaire : avec la Médecine préventive universitaire : une visite médicale est obligatoire pour les étudiants de 1ère année. Des bilans de santé sont proposés aux étudiants mais les délais d'attente sont longs (3 mois). L'expérience de la Lorraine est à citer : des consultations « prévention santé » sont mises en place ; elles peuvent aboutir à une orientation vers un professionnel. Cette expérience n'est pas transposée en Champagne Ardenne en raison de difficultés pour trouver une source de financement.
La LMDE informe les étudiants de la possibilité de faire un bilan de santé. Il n'y a pas de réflexion spécifique sur la médecine préventive universitaire et peu de travail en commun entre celle-ci et la LMDE. Le médecin en charge de la médecine préventive universitaire souhaite rendre plus lisible ses missions.
Il n'y a pas de lisibilité sur les étudiants en errance. Aucune plateforme de décrochage à destination des étudiants n'est organisée pour les repérer.
Peu de structures interviennent seules sur la population étudiante. L'acteur qui doit fédérer est l'université.

o *Le CRIJ*

- Effectif : 1 documentaliste.
- Accueil anonyme et gratuit.
- Intervention sur multisectorielles à destination de tout public.
- Existence d'un espace santé qui se doit d'être développé et doit être rendu plus lisible.
- De plus en plus de personnes sont en situation de handicap, en situation de souffrances psychiques…il est très difficile d'apporter une réponse car ce sont des demandes indirectes du public. L'accueil est difficile à gérer.
- Projet de mettre en place des réunions d'infos thématiques – thématique addiction sollicitée par les jeunes.
- Utilisation du répertoire CCAS.
- Création de plaquettes d'infos santé par « INTEREG ».
- Public plus masculin.

Chapitre 4 – Présentation des objectifs par axe stratégique

Les objectifs du PRAPS se présentent par axe stratégique selon une déclinaison identique :

- Axe stratégique
- Enjeux
- Priorités et objectifs de référence du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)
- Objectifs spécifiques aux publics précaires
- Objectifs opérationnels et plan d'actions
- Transversalité avec les schémas
- Partenariat institutionnel
- Territoires spécifiques (le cas échéant)
- Indicateurs de suivi et d'évaluation des objectifs spécifiques aux publics précaires

Le partenariat institutionnel doit être entendu tant au niveau régional que départemental.

Pour le PRAPS, **4 axes stratégiques** se déclinent en **objectifs spécifiques aux publics précaires :**

I LE REPERAGE ET LE DIAGNOSTIC DES DIFFICULTES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE EN TERMES DE SANTE.

I.1 Faciliter le repérage et promouvoir le diagnostic le plus en amont possible pour permettre un accès à la santé (droits - soins - prévention) adapté aux personnes en situation de précarité.

II L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE.

II.1 Favoriser la capacité des personnes en situation de précarité à rechercher du soutien social et à prendre en compte leur santé, en développant leurs ressources et leurs compétences psycho-sociales.
II.2 Faciliter l'accès à la santé (droits - soins - prévention) en développant l'accompagnement social, éducatif, psychique et physique des personnes en situation de précarité.

III LA PROMOTION DES ACTIONS DE PREVENTION DE PROXIMITE AUPRES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET LE RENFORCEMENT DES DISPOSITIFS SPECIFIQUES.

III.1 Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.
III.2 Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent les passerelles vers les dispositifs de droit commun.

IV LE PARTENARIAT DES ACTEURS DE PROXIMITE ET INSTITUTIONNEL.

IV.1 Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leur parcours.
IV.2 Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs et partagés.

Chaque objectif spécifique aux publics précaires est traduit en objectifs opérationnels. Un tableau récapitulatif est disponible en annexe 6. Il permet de recenser l'ensemble des objectifs opérationnels

précités par problématique et par type d'accès (accès aux droits, accès à la prévention et accès aux soins).

Chaque objectif opérationnel se décline lui même en plan d'actions.

Ces plans d'actions se traduisent, dans le texte, en **fiches actions** détaillées en annexe 8 selon un modèle type.

Chaque fiche action connait ainsi une déclinaison identique :

- Rappel de la problématique
- Rappel des objectifs (spécifiques aux publics précaires et opérationnels) auxquels la fiche action se rattache
- Intitulé de la fiche action
- Typologie d'actions
- Types d'actions attendues (le cas échéant)
- Modalités de mise en œuvre de la fiche action :
    - Actions relevant d'un appel à projets
    - Actions relevant du comité de suivi PRAPS
    - Autre
- Structures / acteurs concernés par la fiche action :
    - Promoteurs
    - Comité de suivi PRAPS
    - Référent précarité de l'ARS
- Cible populationnelle et/ou géographique
- Partenaires mobilisables
- Attentes particulières
- Type d'indicateurs d'évaluation attendus :
    - Indicateurs quantitatifs
    - Indicateurs qualitatifs

Les pages suivantes détaillent, dans ce chapitre 4 du PRAPS, les objectifs par axe stratégique tels que précisés en supra.

RAPPEL :

Note d'attention pour le lecteur

👁 cf. « intitulé du schéma ou programme »

Cet encadré signale un renvoi ou une articulation vers un autre schéma ou programme.

Selon les cas, l'encadré comprendra :

- la référence de l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur est invité à consulter
OU
- la référence et l'extrait de l'autre schéma ou programme que le lecteur pourra consulter dans cet encadré.

AXE STRATEGIQUE :

1 - Le repérage et le diagnostic des difficultés des personnes en situation de précarité en termes de santé

ENJEUX :

Dans le cadre de la consultation en ligne « précarité » des acteurs, améliorer le repérage et le diagnostic fait partie des trois principaux leviers d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Il est nécessaire d'identifier les personnes en situation de précarité, en particulier celles non prises en charge par un dispositif particulier. Dès lors, le ciblage de structures aux missions généralistes s'avèrent nécessaires (ex : maisons de quartiers, etc.).

S'agissant des structures de prise en charge des personnes en situation de précarité, elles sont naturellement identifiées comme lieux de repérage et de 1er diagnostic.

PRIORITES ET OBJECTIFS DE REFERENCE DU PSRS :

Enjeux et objectifs transversaux :

4.4.6 Développer la prévention tout au long de la vie – dépistage et repérage précoce.

4.4.8 Garantir le respect des droits des usagers.

Priorités et objectifs par domaine d'action[11] :

Avertissement :

La référence à un public ou à une thématique cible dans le PSRS n'exclut en rien de cibler d'autres publics en situation de précarité ou d'autres thématiques dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS.

Priorité 7 « Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles ».
Objectif spécifique : dépister, diagnostiquer et orienter les grossesses à risque médical et/ou social.

Priorité 9 « Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social »
Objectif spécifique : assurer le dépistage de la souffrance psychique de l'enfant, des troubles des conduites et des comportements des troubles de développement à des âges déterminants (2 ans, 3/4 ans), des troubles spécifiques d'apprentissage à destination de tous les enfants à partir de la 6ème année.

Priorité 13 « Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques »

[11] Cinq domaines stratégiques d'actions ont été arrêtés dans le PSRS : Handicap et Vieillissement – Risques sanitaires – Périnatalité et Petite Enfance – Maladies chroniques et leurs déterminants – Santé mentale, Addictions, Santé des Jeunes. Pour en savoir plus : http://www.ars.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/PSRS_-_version_finale.pdf

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES I.1 DU PRAPS :

I.1 Faciliter le repérage et promouvoir le diagnostic le plus en amont possible pour permettre un accès à la santé (droits - soins - prévention) adapté aux personnes en situation de précarité.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

I.1.1 Mobiliser les structures de proximité généralistes d'une part (organismes et associations de 1ère ligne) et les structures d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité d'autre part, susceptibles de faire un repérage et un relais d'information pour l'ouverture des droits de publics cibles afin de garantir un meilleur accès aux droits.

Fiche action I.1.1.1 : Recenser les structures de proximité généralistes d'une part et les structures d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité d'autre part.

Fiche action I.1.1.2 : Former et informer les professionnels, référents, des structures de proximité et les structures d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité sur l'ouverture des droits et promouvoir les outils existants adaptés visant à faciliter l'ouverture des droits et à développer les liens interprofessionnels.

Fiche action I.1.1.3 Développer les actions visant à lever les freins d'accès aux droits.

I.1.2 Promouvoir les outils d'aide au repérage et au diagnostic pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Fiche action I.1.2.1 : Recenser les outils d'aide au repérage et au diagnostic et en assurer leur promotion

Fiche action I.1.2.2 : Développer une politique de formation interprofessionnelle pour aider au repérage au diagnostic (professionnels sociaux) et pour prendre en compte la dimension sociale dans la prise en charge des personnes en situation de précarité (professionnels de santé).

Fiche action I.1.2.3 : Améliorer le recours aux soins en facilitant l'accès aux praticiens libéraux et en établissements de santé en secteur 1 par la réduction des dépassements d'honoraires ainsi que par la déclinaison du tiers payant social

👁TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

👁 Cf. SRP – volet Prévention et Promotion de la santé

Chapitre 3 : Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1*. : Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée*

Chapitre 4 : *Axe 3 : Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques*

Objectif opérationnel 3.1. *: Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective*

👁 Cf. SROS – volet hospitalier – Psychiatrie

Prise en charge des personnes en situation de précarité

Objectifs opérationnels : Améliorer la prise en compte de la « dimension précarité » dans la prise en charge des patients.

👁 Cf. SROS – volet Hospitalier – Personnes détenues

◆ La préparation à la sortie des personnes détenues

4.2.4 Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins.

👁 Cf. SROS – volet hospitalier – Médecine chirurgie – Prise en charge globale et continue de la personne en situation de précarité

Objectif opérationnel : Conforter la mission de soin des établissements de santé auprès des personnes en situation de précarité.

👁 Cf. SROMS – volet Addictologie

Le Réseau Addica a pour finalité de former les professionnels de santé de 1er recours et les professionnels sociaux sur les thématiques de la prise en charge des conduites addictives. Lors de ces formations/coordinations, le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) doit être développé.

L'articulation entre les professionnels sur cette thématique, le développement des outils type RPIB doit être porté par le réseau ADDICA et le réseau Périnatalité pour les professionnels de la périnatalité.

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

Assurance Maladie – DRJSCS (s'appuyer sur les SIAO) – Education Nationale – CAF – Communes.

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

Territoires prioritaires de la prévention.
Territoires des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).
Etablissements scolaires prioritaires.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES I.1 DU PRAPS

Nombre de structures identifiées.
Type de structures / professionnels formés
Nombre de formations mises en place (sur l'accès aux droits – sur l'aide au repérage et au diagnostic).
Nombre d'actions visant à lever les freins d'accès aux droits.
Nombre d'outils d'aide au repérage et au diagnostic pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins.
Nombre d'outils diffusés et modalités de diffusion.
Impact des formations dispensées et outils diffusés (en évaluation finale).

AXE STRATEGIQUE :

2 - L'accompagnement des personnes en situation de précarité

ENJEUX :

Constat partagé (équipe projet PRAPS et consultations des acteurs) de la nécessité d'un accompagnement, aux réponses variées et dans la durée, des personnes en situation de précarité et de prodiguer le principe « d'aller vers ».

Le développement du principe « d'aller vers » et de l'accompagnement des personnes font partie des leviers d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité les plus souvent proposés par les structures.

Notion d'accompagnement multi dimensionnelle : accompagnement "psychologique" – accompagnement "physique" – accompagnement social – etc.

Des réponses et des degrés d'accompagnement variés, tout en tenant compte du libre arbitre de la personne.

La nécessité d'une proximité des "offres" de santé et de leur accessibilité.

Une des problématiques majeures qui freinent un accompagnement efficace : la souffrance psychique et donc la nécessité d'agir sur les compétences psychosociales.

PRIORITES ET OBJECTIFS DE REFERENCE DU PSRS :

Enjeux et objectifs transversaux :

4.4.3 Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé

4.4.6 Développer la prévention tout au long de la vie – promotion de la santé

Priorités et objectifs par domaine d'action :

Avertissement :

La référence à un public ou à une thématique cible dans le PSRS n'exclut en rien de cibler d'autres publics en situation de précarité ou d'autres thématiques dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS.

Priorité 5 « Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire »
Objectif spécifique : améliorer l'accès aux professionnels de santé, notamment dans les territoires où les populations rencontrent des difficultés socio-économiques particulières.

Priorité 9 « Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social »

Priorité 13 « Prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques »

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES II.1 DU PRAPS :

II.1 Favoriser la capacité des personnes en situation de précarité à rechercher du soutien social et à prendre en compte leur santé, en développant leurs ressources et leurs compétences psycho-sociales.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

II.1.1 Renforcer les ressources et compétences psycho-sociales des personnes en situation de précarité.

Fiche action II.1.1.1 Mener des actions de valorisation et de socialisation pour permettre aux personnes en situation de précarité une meilleure prise en compte de leur santé, et d'être ainsi co-auteur de leur parcours de soins, notamment en prévention de la souffrance psychique.

TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

Cf. SRP – volet Prévention et promotion de la santé

Chapitre 3 : Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1. : Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

Cf. SROS – volet Hospitalier – Personnes détenues

La prévention du suicide des personnes détenues

4.2.3 Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral

Cf. SROS – volet hospitalier – Psychiatrie

Prévention en santé mentale

Objectifs opérationnels : Améliorer la prévention primaire et le repérage précoce de la souffrance psychique, des troubles mentaux et des conduites addictives :

- chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- chez les aidants, familles et enfants de personnes atteintes de troubles psychiatriques.

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

DRJSCS – DRDFE – Education Nationale – DDPJJ

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

Territoires prioritaires de la prévention.
Territoires des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).
Etablissements scolaires prioritaires.
Etablissements pénitentiaires.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES II.1 DU PRAPS

Dans l'appel à projets « prévention et promotion de la santé », nombre d'actions de valorisation et d'estime de soi, par type de territoires prioritaires.

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES II.2 DU PRAPS :

II.2 Faciliter l'accès à la santé (droits - soins - prévention) en développant l'accompagnement social, éducatif, psychique et physique des personnes en situation de précarité.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

II.2.1 Accompagner les personnes en situation de précarité dans l'ouverture de leurs droits.

Fiche action II.2.1.1 : Diffuser une information adaptée aux personnes en situation de précarité autour des droits et orienter vers les structures adaptées.

II.2.2 Accompagner les personnes en situation de précarité et les orienter vers les dispositifs adéquats à leur situation (et en particulier de droit commun) et en assurer leur suivi, pour développer les dispositifs d'accompagnement.

Fiche action II.2.2.1 Identifier les besoins d'accompagnement en fonction de leur nature et les territoires concernés.

Fiche action II.2.2.2 Mener des actions d'accompagnement en adéquation avec les besoins identifiés.

II.2.3 Développer l'accessibilité géographique du système de santé par des réponses adaptées de proximité.

Fiche action II.2.3.1 Recenser les expériences de mobilité et les promouvoir pour une transposition sur des territoires prioritaires.

Fiche action II.2.3.2 Développer la mobilité des structures pour aller vers les personnes en situation de précarité sur les territoires prioritaires.

Fiche action II.2.3.3 Faciliter la mobilité géographique des personnes en situation de précarité en identifiant les expériences existantes de déplacement et en incitant à leur transposition sur des territoires non couverts.

👁 TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

👁 Cf. SRP – volet Prévention et promotion de la santé

Chapitre 2 : Axe 1 : la structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. : Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.3. : Garantir l'équité d'accès à la prévention en favorisant la mise en place d'actions en direction des populations peu ou pas touchées par la prévention

Chapitre 3 : Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1. : Promouvoir le développement d'actions d'EPS/PS efficaces et de qualité en

soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

👁 Cf. Programme régional de développement de la télémédecine

Axe 2 : maillage territorial pour le premier recours

Objectifs : Organiser un maillage territorial de points d'accueil de télémédecine afin d'améliorer l'accès aux soins de premier recours à proximité des lieux de vie dans tout le territoire, d'éviter les déplacements inutiles de patients et d'optimiser les transports sanitaires. Ce maillage doit à terme pouvoir s'appuyer sur tous les acteurs de proximité.

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

DRJSCS – Assurance Maladie – Education Nationale – Conseils Généraux – DDPJJ

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

Territoires prioritaires de la prévention.

Zones prioritaires de 1er recours.

En particulier en milieu rural pour l'objectif opérationnel II.2.3.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES II.2 DU PRAPS

Dans l'appel à projets « prévention et promotion de la santé » part des actions visant à développer l'accompagnement éducatif, psychique et physique des personnes en situation de précarité.
Evolution du nombre de dispositifs d'accompagnement et couverture géographique.
Evolution du nombre de personnes accompagnées par dispositif.
Constitution d'un groupe de travail issu du comité de suivi PRAPS (par transformation de l'équipe projet PRAPS).
Nombre d'expériences de mobilité recensées et typologie.
Nombre d'expériences de mobilité reproduites sur les territoires prioritaires.

AXE STRATEGIQUE :

3 - La promotion des actions de prévention de proximité auprès des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.

ENJEUX :

Adapter les actions de prévention aux publics en situation de précarité ; les sensibiliser afin qu'ils aient recours à ces actions ; deux enjeux du PRAPS et qui font écho au constat de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale[12] qui précise que *« paradoxalement, les campagnes de prévention, que ce soit à travers des actions de dépistage ou d'éducation à la santé, peuvent conduire à court terme à un accroissement des inégalités sociales de santé, les populations les plus favorisées y étant plus réceptives et leur contenu étant quelque fois inadapté au public cible »*

PRIORITES ET OBJECTIFS DE REFERENCE DU PSRS :

Enjeux et objectifs transversaux :

4.4.3 Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé.

4.4.6 Développer la prévention tout au long de la vie – promotion de la santé.

4.4.7 Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé.

Priorités et objectifs par domaine d'action :

Avertissement :

La référence à un public ou à une thématique cible dans le PSRS n'exclut en rien de cibler d'autres publics en situation de précarité ou d'autres thématiques dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS.

Priorité 6 « Promotion et accompagnement de la maitrise par chaque femme (mineure, majeure et/ou en situation de vulnérabilité) ou chaque couple, de son projet ou non projet de grossesse
Objectif : accentuer les actions de communication et de prévention autour de l'éducation affective, à la sexualité et à la santé en matière de reproduction.

Priorité 7 « Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles »
Objectif : dépister, diagnostiquer et orienter les grossesses à risque médical et/ou social – cibler en particulier les femmes isolées en les informant des différents dispositifs de suivi de la grossesse.

Priorité 9 « Accompagnement de l'enfant et de son entourage pour un état optimal de bien-être physique, mental et social »

Priorité 10 « Prévention primaire, secondaire, tertiaire des pathologies chroniques »
Objectif : conforter et développer la prévention sur les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires, du diabète et des cancers, et plus globalement les risques communs à l'ensemble des maladies chroniques, en développant l'éducation physique adaptée, l'éducation pour la santé, notamment sur les thèmes tabac et alcool, nutrition / alimentation, sédentarité, VIH / IST.

[12] Rapport ONPES 2003-2004

Priorité 11 « Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins »
Objectif : favoriser un accès aux soins pour les personnes en situation de précarité, notamment via les dépistages systématiques des cancers et la gratuité des bilans de santé.
Priorité 14 « Promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé »
Objectif : développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des personnes vulnérables. »

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES III.1 DU PRAPS :

III.1 Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

III.1.1 Promouvoir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées sur les milieux fréquentés par les personnes en situation de précarité, à tout âge de la vie et selon des approches informative et éducative.

Fiche action III.1.1.1 : Informer les structures de proximité généralistes (associations – adultes relais – réseaux – professionnels relais), les structures de prise en charge des personnes en situation de précarité (structures sociales et médico-sociales, PMI, etc.) et les professionnels (notamment de santé libéraux) lors de leur temps de formation continue, des offres de prévention.

Fiche action III.1.1.2 : Mener des actions de prévention et promotion de la santé adaptées aux personnes en situation de précarité et à tout âge de la vie.

III.1.2 Garantir le suivi des bilans de santé destinés aux personnes en situation de précarité.

Fiche action III.1.2.1 : Promouvoir, par la communication, les bilans de santé auprès des personnes en situation de précarité et des professionnels et développer des réponses en termes d'accessibilité aux bilans de santé pour les personnes en situation de précarité, en mettant en place des solutions de transport et des permanences mobiles adaptées.

Fiche action III.1.2.2 : Assurer, dans le cadre des bilans de santé, le relais auprès des professionnels concernés (médecins traitants – accompagnateurs santé – adultes relais – structures prenant en charge les personnes en situation de précarité – éducateurs de rue).

III.1.3 Promouvoir les actions de dépistage auprès des personnes en situation de précarité en délivrant des messages adaptés de sensibilisation.

Fiche action III.1.3.1 : Développer des actions de sensibilisation aux dépistages spécifiquement adaptées aux personnes en situation de précarité ciblées de par leur profil ou leur situation géographique.

👁 TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

👁 Cf. SRP – volet Prévention et promotion de la santé
Chapitre 2 – Axe 1 : La structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. : Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.2. : Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »
Objectif opérationnel 1.2.3. : Garantir l'équité d'accès à la prévention en favorisant la mise en place d'actions en direction des populations peu ou pas touchées par la prévention

Chapitre 3 : Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1. : Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

Chapitre 4 : Axe 3 : la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Objectif opérationnel 3.1. : Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective

Objectif opérationnel 3.3. : Consolider les dispositifs de dépistage existants et améliorer la participation en ciblant les populations qui en sont le plus éloignées

👁 Cf. SROMS – volet Addictologie
1.1.5 La prévention des addictions dans le cadre des dispositifs pour les 16-25 ans : les missions locales

👁 Cf. SROS – volet Hospitalier – Personnes détenues

3.2 Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale

4.2.3 Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral

4.2.4 Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

DRJSCS – Assurance Maladie – Education Nationale

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

Territoires prioritaires de la prévention.
Territoires prioritaires de 1er recours.
Territoires CUCS.
Etablissements pénitentiaires de la région.
Etablissements scolaires prioritaires.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES III.1 DU PRAPS

Dans le cadre de l'appel à projets « prévention et promotion de la santé », part des actions de prévention auprès des personnes en situation de précarité.

Taux des dépistages cancer réalisés auprès des personnes en situation de précarité (si indicateur disponible).

Nombre d'interventions externes des CIDDIST, centres de vaccination et centres tuberculose, dans le cadre du suivi de l'activité de recentralisation, à destination des structures accueillant des personnes en situation de précarité.

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES III.2 DU PRAPS :

III.2 Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent les passerelles vers les dispositifs de droit commun.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

III.2.1 Poursuivre le recensement des dispositifs passerelles et définir des orientations les concernant.

Fiche action III.2.1.1 : Identifier, au sein du comité de suivi PRAPS, les dispositifs spécifiques aux personnes en situation de précarité et mettre en œuvre un plan d'actions concerté.

III.2.2 Donner de la lisibilité aux objectifs des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé et en suivre leur exécution et aux équipes mobiles psychiatrie précarité.

Fiche action III.2.2.1 : Inciter le directoire des établissements de santé (direction hospitalière et présidence de la CME) à promouvoir la PASS et l'équipe mobile psychiatrie précarité et valoriser leur positionnement vis-à-vis des autres services hospitaliers et vis-à-vis des partenaires externes.

III.2.3 Consolider les dispositifs spécifiques existants.

Fiche action III.2.3.1 Promouvoir les dispositifs spécifiques existants et encourager leur implication dans une logique de coordination des acteurs sur un territoire d'intervention donné.

👁 TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

👁 Cf. SRP – volet Prévention et promotion de la santé

Chapitre 2 : Axe 1 : La structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. : Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.2. : Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »

👁 Cf. SROS – volet Hospitalier – Personnes détenues

◆ La préparation à la sortie des personnes détenues

4.2.4 Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins.

👁 Cf. SROS – volet hospitalier – Médecine chirurgie

Prise en charge globale et continue de la personne en situation de précarité

Objectif opérationnel :
Conforter la mission de soin des établissements de santé auprès des personnes en situation de précarité.
Les patients en difficulté économique et/ou sociale doivent pouvoir faire l'objet d'une attention particulière, leur accès aux soins hospitaliers devant être garanti en vue de la prévention de la dégradation de leur état de santé et de la préservation de leur capital santé.

👁 Cf. SROS – volet hospitalier – Psychiatrie

Prise en charge des personnes en situation de précarité

Objectif opérationnel :
Améliorer la prise en compte de la « dimension précarité » dans la prise en charge des patients.

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

DRJSCS – Assurance Maladie

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

Territoires d'implantation des dispositifs spécifiques :
- Centres hospitaliers ayant une PASS.
- Hôpitaux psychiatriques ayant une équipe mobile psychiatrie précarité.
- Missions locales.
- Autres territoires en fonction des résultats du recensement.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES III.2 DU PRAPS

Nombre de dispositifs spécifiques recensés.
Participation de la direction de la santé publique au volet précarité des CPOM hospitaliers.

AXE STRATEGIQUE :

4 - Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel

ENJEUX :

Dans le cadre de la consultation en ligne « précarité », interrogées sur les pistes d'amélioration de prise en charge de la personne en situation de précarité, les structures déclarent important de développer les partenariats en particulier avec :

- Les professionnels du champ social en intervention sociale : 95%
- Les professionnels du champ en intervention éducative : 86%
- avec les professionnels de santé médicaux hospitaliers : 87%
- avec les professionnels de santé médicaux libéraux : 77%
- avec les professionnels de santé paramédicaux : 72%
- avec les professionnels de l'aide à domicile : 71%
- avec les professionnels du champ médico-social secteur personnes âgées : 60%

Toujours dans ce même cadre, les principales raisons motivant les professionnels à travailler en partenariat :

- 43% des structures exposent la complémentarité des interventions (avec la notion d'une meilleure connaissance des dispositifs) et la pluridisciplinarité
- 17% des structures exposent la continuité (notion de relais), le suivi et une meilleure prise en charge de la personne
- 14% l'approche globale de la personne et 12% la coordination / mise en réseau

Plus globalement, les travaux du PRAPS font apparaitre la nécessité de partenariats locaux : les acteurs sont en demande d'une meilleure connaissance et d'une articulation avec les autres professionnels.

Sous l'angle institutionnel, le partenariat entre les institutions constitue un véritable enjeu dans la politique de santé développée sur la région.

PRIORITES ET OBJECTIFS DE REFERENCE DU PSRS :

Enjeux et objectifs transversaux :

4.4.4 Développer la coordination, l'articulation, les réseaux.

4.4.5 Améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge – par la professionnalisation des acteurs et des actions.

4.4.9 Favoriser la coordination avec les politiques publiques ayant un impact sur la santé (environnemental, logement, éducation, travail…)

Priorités et objectifs par domaine d'action :

Avertissement :

Le rattachement aux priorités du PSRS n'est pas exclusif en termes de publics et de thématiques de santé publique. Dès lors, la référence à un public ou à une thématique cible dans le PSRS n'exclut en rien de cibler d'autres publics en situation de précarité ou d'autres thématiques dans la mise en œuvre des objectifs du PRAPS.

Priorité 15 « Décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes »

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES IV.1 DU PRAPS :

IV.1 Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leur parcours.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

IV.1.1 Favoriser une culture commune des professionnels autour des problématiques de la précarité, par le développement des échanges de pratiques et de fonctionnement.

Fiche action IV.1.1.1 Promouvoir les échanges de pratiques entre dispositifs de même nature.

IV.1.2 Mettre en cohérence et en complémentarité les interventions pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes en situation de précarité et encourager un travail de relais pour garantir une continuité dans le parcours de soins et d'insertion des personnes en situation de précarité, en favorisant le maillage des acteurs.

Fiche action IV.1.2.1 : Développer des actions démontrant une coordination multi professionnelle et un relais dans la prise en charge des personnes en situation de précarité sur un territoire donné, tant sur l'accès aux droits, l'accès à la prévention et l'accès aux soins.

IV.1.3 Consolider et articuler les réseaux régionaux et de proximité, généralistes ou non.

Fiche action IV.1.3.1 Renforcer le positionnement des réseaux sanitaires et sociaux en s'assurant d'une couverture géographique effectivement régionale et garantir une articulation avec les réseaux de proximité.

👁 TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

👁 Cf. SRP – volet Prévention et promotion de la santé

Chapitre 2 – Axe 1 : La promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 1.2.1. : Améliorer la connaissance des professionnels et de la population sur les ressources disponibles (acteurs, services) et les actions en renforçant l'information et la communication

Objectif opérationnel 1.2.2. : Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »

Chapitre 3 : Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1. : Promouvoir le développement d'actions d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

Objectif opérationnel 2.2. : Faciliter la mise en œuvre des partenariats

👁 Cf. SROS – volet hospitalier – Médecine chirurgie

Prise en charge globale et continue de la personne en situation de précarité

Objectif opérationnel : Conforter la mission de soin des établissements de santé auprès des personnes en situation de précarité.

👁 Cf. SROS – volet hospitalier – Psychiatrie

Prise en charge des personnes en situation de précarité

Objectif opérationnel : Améliorer la prise en compte de la « dimension précarité » dans la prise en charge des patients.

👁 Cf. SROS – volet Hospitalier – Personnes détenues

3.1 Améliorer l'accès aux soins

3.2 Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

Assurance Maladie – DRJSCS

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

Territoires prioritaires de la prévention.
Territoires Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).
Etablissements scolaires prioritaires.
Etablissements pénitentiaires.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES IV.1 DU PRAPS

Nombre et typologie des espaces d'échanges de pratiques sur la région.

Dans le cadre de l'appel à projets « prévention et promotion de la santé », nombre de projets financés présentant une coordination pluri professionnelle.

Effectivité de la couverture géographique des réseaux régionaux (ex : Réseau Santé Précarité Addica Carédiab) et de leur articulation avec des réseaux de proximité (par exploitation de leur rapport d'activité)

OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES IV.2 DU PRAPS :

IV.2 Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs et partagés.

Objectifs opérationnels et plan d'actions du PRAPS :

IV.2.1 Renforcer l'articulation entre le PRAPS et les politiques de droit commun de l'ARS et de ses partenaires institutionnels sur le champ de la précarité.

Fiche action IV.2.1.1 : Garantir la prise en compte de la précarité dans les politiques menées par l'ARS

Fiche action IV.2.1.2 : Définir des thématiques communes attestant d'une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité, notamment dans le cadre des travaux menés par la Commission de Coordination Prévention.

TRANSVERSALITE AVEC LES SCHEMAS :

Cf. Schéma régional de prévention, volet Prévention et promotion de la santé

Chapitre 2 : AXE 1 : la structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.1. : ***Construire une synergie autour des activités de prévention et promotion de la santé en améliorant la collaboration inter institutionnelle***

Objectif opérationnel 1.1.1. : ***Partager les priorités en matière de PPS et établir un consensus régional sur les stratégies de financement***

Objectif opérationnel 1.1.3. : ***Disposer d'un système d'information performant et partagé sur les actions et les acteurs en PPS***

Objectif opérationnel 1.1.4. : ***Organiser le pilotage des activités de prévention***

PARTENARIAT INSTITUTIONNEL :

Les membres du comité de suivi du PRAPS.

TERRITOIRES SPECIFIQUES (LE CAS ECHEANT) :

La région.

INDICATEURS DE SUIVI ET D'EVALUATION DE L'OBJECTIF SPECIFIQUE AUX PUBLICS PRECAIRES IV.3 DU PRAPS

Nombre de thématiques communes aux institutions engagées dans la démarche.
Nombre de missions ARS ayant une dimension précarité et auxquelles est associé le référent précarité.
Nombre de politiques des institutions partenaires ayant une dimension précarité et auxquelles est associé le référent précarité.

Chapitre 5 – Eléments de transversalité avec les schémas

La transversalité entre les objectifs du PRAPS et ceux des schémas se justifie par les problématiques multiples rencontrées par les personnes en situation de précarité.

Les plans nationaux cités en infra (Chapitre 3 Diagnostic régional) en sont une parfaite illustration. Les articulations entre PRAPS et schémas formulées dans chaque axe stratégique du PRAPS constituent l'une des mises en œuvre de cette transversalité.

Le PRAPS est ainsi au carrefour des trois schémas du PSRS, permettant ainsi d'aborder la dimension préventive, sanitaire et médico-sociale.

Les éléments de transversalité entre le PRAPS et les trois schémas sont donc contenus dans chaque axe stratégique du PRAPS (Chapitre 4).

Le tableau ci-après en fait un rappel par ordre d'apparition dans chaque axe stratégique du PRAPS, en précisant la nature de ces transversalités.

SCHEMAS ET PROGRAMMES DU PRS	👁 ELEMENTS DE TRANSVERSALITE AVEC LE PRAPS
5.1 Schéma régional de prévention – volet prévention et promotion de la santé	
	👁 Chapitre 3 : Axe 2 : la promotion de la santé et l'éducation pour la santé **Objectif opérationnel 2.1.** : Promouvoir le développement d'actions d'EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée **Actions à mener :** – Harmoniser les concepts et les outils d'intervention, diffuser les référentiels de bonnes pratiques en PPS, promouvoir les outils contribuant aux démarches qualité (PREFFI 2.0, guide d'auto évaluation élaboré par l'INPES…), au suivi et à l'évaluation des actions (modèle de catégorisation des résultats des actions de prévention). – Organiser des journées pour échanger sur les pratiques, partager des outils, présenter et mettre en valeur des actions probantes, efficaces, efficientes, innovantes. **Objectif opérationnel 2.2**. : Faciliter la mise en œuvre des partenariats **Actions à mener :** – Conforter les partenariats existants en incitant à leur formalisation. – Susciter le rapprochement entre acteurs intervenants sur le même territoire et/ou le même milieu et/ou la même population et/ou la même thématique. – Favoriser les projets qui s'appuient sur la mise en réseau des acteurs

locaux, renforcer le partenariat entre les acteurs de terrain et assurer la continuité du parcours de santé des populations concernées.

- Organiser une journée régionale afin d'encourager la connaissance mutuelle des acteurs et le partage et la mutualisation d'expériences.

- Créer des espaces d'échange de pratiques et de coordination de tous les acteurs : usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques, institutionnelles en matière de prévention et en éducation pour la santé.

👁 Chapitre 4 : Axe 3 : Prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Objectif opérationnel 3.1. : Mobiliser tous les acteurs de proximité, professionnels spécialisés et non spécialisés, autour de la prévention sélective

Actions à mener :

- Favoriser l'articulation entre les structures en charge de la prévention sélective (dépistages, vaccinations) et les autres professionnels en amont (professionnels de premier recours, intervenants en éducation pour la santé et en promotion de la santé) ou en aval (professionnels intervenant dans la prise en charge, professionnels spécialisés,), notamment en améliorant la circulation de l'information.

👁 Chapitre 2 : Axe 1 : la structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. : Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.3. : Garantir l'équité d'accès à la prévention en favorisant la mise en place d'actions en direction des populations peu ou pas touchées par la prévention

Actions à mener :

- Mener une réflexion sur l'opportunité d'une stratégie différenciée selon les populations/territoires visés :

  - territoires non prioritaires et/ou population générale : privilégier les actions supports en direction des professionnels relais (première ligne auprès de la population), de type appui méthodologique et formation.

  - territoires prioritaires et/ou populations spécifiques (exemple relevant de dispositifs d'insertion) : soutenir des interventions ciblées de proximité touchant directement les populations concernées, en complément des actions d'appui aux professionnels de première ligne.

👁 Chapitre 2 – Axe 1 : La structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.2. : Améliorer la couverture des actions, notamment au plan territorial

Objectif opérationnel 1.2.1 : Améliorer la connaissance des professionnels et de la population sur les ressources disponibles (acteurs, services) et les actions en renforçant l'information et la communication.

Actions à mener :

- Relayer auprès des porteurs de projet les actions nationales en lien avec les priorités de la région pour favoriser le montage d'actions de proximité ciblant notamment les territoires ou les publics prioritaires.

- Mettre à disposition des informations territorialisées sur les actions réalisées, notamment les effets obtenus, les financements octroyés.

- Assurer la lisibilité des différents services, dispositifs, structures et acteurs de prévention.

- Organiser la coordination entre les annuaires réalisés sur des secteurs qui se recoupent.

Objectif opérationnel 1.2.2. : Inciter à une approche intégrée en proximité « prévention, soins, médico-social et/ou social »

Actions à mener :

– Définir le contenu d'un volet « activités de prévention » (EPS/PS, dépistage, vaccination, ETP…) pouvant être développé par les professionnels de santé dans différentes circonstances : projets des maisons de santé pluridisciplinaires, réseaux et centres de santé, projets des établissements sanitaires et médico-sociaux (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conventions tripartites), des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), contrats locaux de santé, instruments de la politique de la Ville (volet santé des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), ateliers santé ville (ASV), agenda 21)

– Favoriser le développement d'actions en éducation pour la santé au sein des établissements médico-sociaux et sanitaires en apportant un appui aux professionnels de ces établissements.

– Elaborer et mettre en œuvre des programmes populationnels en partenariat interinstitutionnel, intégrant les aspects spécifiques liés à une thématique de santé publique (articulation avec programmes et plans nationaux).

– Améliorer la coordination entre tous les acteurs de la prévention, du soin, du médico-social et du social, afin de faciliter les actions pluridisciplinaires de proximité, notamment en direction des populations en situation de précarité / vulnérabilité.

Objectif opérationnel 1.2.3. : Garantir l'équité d'accès à la prévention en favorisant la mise en place d'actions en direction des populations peu ou pas touchées par la prévention

Actions à mener :

- Redéfinir les territoires prioritaires d'intervention en prévention en cohérence avec les autres territoires : territoires de premier recours, notamment les territoires prioritaires, territoires de la politique de la ville (ASV, CUCS) et des futurs contrats locaux de santé.

- Mener une réflexion sur l'opportunité d'une stratégie différenciée selon les populations/territoires visés :

  - territoires non prioritaires et/ou population générale : privilégier les actions supports en direction des professionnels relais (première ligne auprès de la population), de type appui méthodologique et formation.

  - territoires prioritaires et/ou populations spécifiques (exemple relevant de dispositifs d'insertion) : soutenir des interventions ciblées de proximité touchant directement les populations concernées, en complément des actions d'appui aux professionnels de première ligne.

👁 Chapitre 4 : Axe 3 : la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques

Objectif opérationnel 3.3. : Consolider les dispositifs de dépistage existants et améliorer la participation en ciblant les populations qui en sont le plus éloignées

Actions à mener :

- Améliorer la connaissance de la couverture des dépistages des cancers déjà mis en œuvre dans la région, notamment en analysant les disparités infrarégionales de recours :

  - Réaliser en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Champagne Ardenne et les 4 structures de gestion du dépistage organisé des cancers une étude de la couverture du dépistage des cancers du sein et colorectal (dépistage organisé et dépistage individuel) par territoire de premier recours et des facteurs influençant le recours au dépistage.
  - Mettre en place des actions de sensibilisation adaptées aux situations identifiées.

- Renforcer le dépistage des hépatites et des IST, en particulier l'infection à chlamydiae.

- Améliorer la couverture territoriale du dépistage des IST (notamment dans le département de la Haute-Marne).

- Promouvoir les dispositifs existants en informant et en sensibilisant la population sur les structures existantes.
- Améliorer l'accessibilité des dispositifs existants aux personnes en situation de vulnérabilité (personnes en situation de précarité, handicapées, détenues) et développer des actions de sensibilisation ciblées.

👁 Chapitre 2 : Axe 1 : la structuration générale de la prévention

Objectif spécifique 1.1. : Construire une synergie autour des activités de

prévention et promotion de la santé en améliorant la collaboration inter institutionnelle

Objectif opérationnel 1.1.1. : Partager les priorités en matière de PPS et établir un consensus régional sur les stratégies de financement

Actions à mener :

- Identifier les acteurs institutionnels intervenant dans le champ de la prévention et promotion de la santé, connaitre et faire connaitre leurs priorités et les actions qu'ils mènent ;
- Recenser et mobiliser l'ensemble des ressources budgétaires disponibles dans le respect des contraintes et compétences de chaque institution
- Réaliser un inventaire des ressources existantes en dépenses d'intervention et suivre en continu leur complétude, leur actualisation et leur évolution :
    - En interne à l'ARS : crédits d'intervention en prévention, fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), enveloppe Missions d'intérêt général (MIG) des établissements de santé …
    - En externe : crédits relevant de la compétence des membres de la Commission de coordination prévention.

Objectif opérationnel 1.1.3. : Disposer d'un système d'information performant et partagé sur les actions et les acteurs en PPS

Actions à mener :

- Disposer d'un système d'information institutionnel permettant la gestion des informations relatives aux actions financées, depuis le dossier de demande de subvention jusqu'aux résultats de leur évaluation
- Construire une base de données des actions de prévention du GRSP/ARS et l'élargir à celles financées par les partenaires.
- Organiser la maintenance de cette base de données (alimentation, mise à jour, exploitation) et la mise à disposition large des informations (vers les institutionnels, promoteurs, grand public), notamment sous une forme cartographique (outils de type « OSCARS » développé en région PACA), dans le cadre d'une structure commune prenant appui sur les structures existantes (ORS, pôle régional de compétence en éducation pour la santé…).

Objectif opérationnel 1.1.4. : Organiser le pilotage des activités de prévention

Actions à mener :

- Mettre en place une organisation (intra ARS et avec ses partenaires externes) sous la forme de groupes techniques permettant de coordonner les acteurs et suivre les activités :
    - Au niveau régional :
        - Des groupes techniques thématiques, portant sur

	des thèmes et/ou populations prioritaires : • Périnatalité et petite enfance, santé des enfants et des jeunes, santé des séniors et des personnes âgées, addictions, maladies chroniques (y compris diabète et maladies cardio-vasculaires), cancer, nutrition – obésité (y compris activité physique et sportive / sport santé). • Ces groupes techniques réunissent les acteurs clés pour la mise en œuvre du thème, y compris les promoteurs, l'animation est assurée par des binômes ARS / institution (partenaire majeur sur la thématique concernée) • Un groupe technique de coordination, composé de membres issus de la commission de coordination (correspondant à identifier par chaque institution). o Au niveau départemental : coordination des acteurs intervenants sur le même territoire. – Traduire les préconisations des groupes de travail dans les accords de partenariat interinstitutionnel, dans la contractualisation avec les intervenants.
5.2 Schéma régional d'organisation des soins	
Schéma Régional d'Organisation des Soins - SROS	***VOLET HOSPITALIER – PSYCHIATRIE – Prise en charge des personnes en situation de précarité*** **Objectifs opérationnels** : Améliorer la prise en compte de la « dimension précarité » dans la prise en charge des patients. **Plan d'actions :** - Encourager l'identification d'équipes mobiles psychiatrie précarité au sein des établissements de santé autorisés à l'activité de psychiatrie. - Renforcer le rôle des équipes mobiles psychiatrie / précarité et, en leur absence, des équipes de secteur, en organisant l'intervention de ces équipes au sein des établissements et structures sociales. - Organiser des temps d'échanges entre équipes de psychiatrie et professionnels des structures sociales afin de sensibiliser les équipes de psychiatrie au repérage et à l'orientation des patients en situation de précarité. **Ces interventions pourront consister :** - en l'organisation d'actions de sensibilisation, de formation et/ou d'accompagnement des professionnels de ces établissements et structures en matière de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques ; - en une initiation de la prise en charge psychiatrique, lorsque l'état des personnes hébergées ou suivies dans ces établissements et structures le nécessite.

	VOLET HOSPITALIER – PSYCHIATRIE – Prévention en santé mentale **Objectifs opérationnels** : Améliorer la prévention primaire et le repérage précoce de la souffrance psychique, des troubles mentaux et des conduites addictives : - chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques ; - chez les aidants, familles et enfants de personnes atteintes de troubles psychiatriques. Améliorer l'accès à la prévention des personnes atteintes de troubles psychiatriques. **Plan d'action** : Actions de prévention en direction de la population : - Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale. - Renforcer et pérenniser les programmes de prévention primaire et de repérage précoce en direction des populations spécifiques et des populations vulnérables. **VOLET HOSPITALIER – PERSONNES DETENUES – La préparation à la sortie des personnes détenues** **4.2.4 Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins.** La préparation à la sortie de la personne détenue constitue un des maillons de la prise en charge à ne pas négliger. Nombre d'acteurs interviennent là encore à un moment donné : une coordination est donc nécessaire. 1.2.4.1 : Droits sociaux et accès aux soins La préparation à la sortie doit en effet intégrer, outre les modalités de continuité des soins, les conditions d'hébergement futur des personnes détenues ainsi que la continuité des droits sociaux en particulier. En effet, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) constituent le seul dispositif permettant l'accès intégral aux soins pour les personnes détenues dépourvues de protection sociale. Sur ce dernier point, une convention entre établissement pénitentiaire, établissement de santé de rattachement de l'UCSA, SPIP et CPAM du département concerné, sera formalisée. Elle doit permettre de faciliter la continuité du bénéfice des droits sociaux de la personne détenue dès sa sortie *(droits ouverts pendant une période d'une année à compter de la date de la libération),* permettant l'articulation des acteurs chargés de la mise en œuvre de ces droits. La personne détenue doit pouvoir être informée de ses droits (*comprenant les éventuelles mises à jour intervenues pendant l'incarcération pour elle-même ou ses ayants droits*). Elle doit par ailleurs être destinataire, à sa libération, de l'attestation d'ouverture

des droits fournie par la CPAM concernée, voire de la carte vitale, dans toute la mesure du possible.

Un groupe projet régional rassemblant les quatre CPAM et les SPIP de la région sera mis en place, en lien avec le référent PRAPS, organisé par l'ARS avec le concours de la DISP, afin de cadrer l'organisation, mais aussi et surtout afin de capitaliser sur les expériences de chacun, permettant outre l'harmonisation des actions, une réelle cohérence d'ensemble du dispositif.

👁 VOLET HOSPITALIER – PERSONNES DETENUES – La prévention du suicide des personnes détenues

La prévention du suicide des personnes détenues constitue une priorité de l'Administration pénitentiaire. Les personnes détenues cumulent de nombreux facteurs de risque auxquels se surajoutent ceux qui sont liés au délit ou au crime, à la vie juridique et pénitentiaire.

Les diverses stratégies pour faire face au suicide incluent des actions de promotion de la santé, la prévention proprement dite, en agissant sur les facteurs de risque, l'intervention de crise suicidaire et la postvention.

Prévenir le suicide dans un contexte où le cloisonnement organisationnel et architectural est omniprésent porte spécifiquement sur les facteurs de risque qui sont sources de fortes souffrances.

La première étape consiste à leur identification le plus tôt possible dans la trajectoire de la personne afin d'évaluer le poids des facteurs de risque (*ce que réalisent les équipes intervenant à l'UCSA*) et surtout d'atténuer dans la mesure du possible, la souffrance induite par l'exposition à ces facteurs.

Le partage d'information entre les intervenants auprès d'une personne détenue pose des questions légales, déontologiques et éthiques, qui sont à travailler dans chaque établissement de santé, en lien direct avec chaque établissement pénitentiaire.

4.2.3 Développer l'éducation et la promotion de la santé en milieu carcéral

En prévention du risque suicidaire, une action cible est prévue :

la participation d'un membre de l'UCSA (*a minima une IDE),* d'un membre de l'équipe de l'établissement autorisé à la psychiatrie intervenant en milieu carcéral, et d'un membre du CSAPA en tant que de besoin, à la Commission Pluridisciplinaire Unique (*CPU*) instituée au sein de chaque établissement pénitentiaire, sera systématisée de façon régulière et formalisée, en préservant les questions ayant trait au secret médical.

👁 VOLET HOSPITALIER – PERSONNES DETENUES – 3.2 Articuler les prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale

La prise en charge des addictions en milieu carcéral se trouve au croisement des objectifs sanitaires, sociaux et pénitentiaires.

Cet objectif d'amélioration de la coordination et de l'articulation entre les différents intervenants auprès des personnes détenues est repris dans les différents plans nationaux actuellement en vigueur, et figure parmi les objectifs spécifiques du PSRS de Champagne-Ardenne.

	👁 VOLET HOSPITALIER – PERSONNES DETENUES – 4.2.4 Préparer les personnes détenues au retour à la liberté : concourir à la continuité des soins La loi pénitentiaire a introduit une disposition visant à l'obligation de proposer une visite médicale dans le mois précédant la libération. Un bilan médical de pré-sortie devra doit être organisé. Les listes des personnes détenues libérables seront transmises à l'UCSA de façon régulière (*soit hebdomadaire, soit mensuelle*) par l'établissement pénitentiaire, de façon à pouvoir programmer (*sous 7 jours environ)*, les bilans de pré-sortie, en lien avec le SPIP et le CSAPA, si la personne le souhaite. L'information de l'UCSA par l'établissement pénitentiaire, suffisamment en amont, conditionne la réalisation effective de cet examen. Dans ce cadre, une attention particulière sera portée aux personnes détenues sous surveillance électronique fin de peine (SEFIP), régime d'exécution de peine pouvant rendre délicate la réalisation de la visite médicale de pré-sortie, compte-tenu de la non maîtrise des délais de libération (*dans les 5 jours après la notification de la décision*), à la main du magistrat. Ce dispositif sera formalisé dans le protocole d'organisation et de fonctionnement UCSA-établissement pénitentiaire et fera l'objet d'une évaluation annuelle. L'objectif de ce bilan de pré-sortie est, en premier lieu, d'éviter une rupture dans la prise en charge médicale de la personne. **👁 VOLET HOSPITALIER – MEDECINE CHIRURGIE – Prise en charge globale et continue de la personne en situation de précarité** **Objectif opérationnel :** Conforter la mission de soin des établissements de santé auprès des personnes en situation de précarité. Les patients en difficulté économique et/ou sociale doivent pouvoir faire l'objet d'une attention particulière, leur accès aux soins hospitaliers devant être garanti en vue de la prévention de la dégradation de leur état de santé et de la préservation de leur capital santé. **Plan d'actions :** - participation des établissements de santé à la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, par le biais des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, dont les objectifs et moyens font partie intégrante des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements.
5.3 Schéma régional d'organisation médico-sociale	
Schéma Régional d'Organisation Médicosociale – SROMS	**👁 Volet Addictologie – Le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB)** Le Réseau Addica a pour finalité de former les professionnels de santé de 1er recours et les professionnels sociaux sur les thématiques de la prise en charge des conduites addictives. Lors de ces formations/coordinations, le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) doit être développé. L'articulation entre les professionnels sur cette thématique, le développement des outils type RPIB doit être porté par le réseau ADDICA et le réseau Périnatalité

	pour les professionnels de la périnatalité. **👁 Volet Addictologie – 1.1.5 La prévention des addictions dans le cadre des dispositifs pour les 16-25 ans** Les missions locales, qui ont pour rôle l'insertion professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans, rencontrent un public vulnérable en difficulté scolaire, professionnelle, sociale et parfois familiale, ces difficultés étant un terreau favorable à des conduites à risques. En effet, les situations d'échec scolaire sont considérées comme un facteur de risque de consommations précoces sans qu'on puisse déduire des études existantes une relation simple de causalité. Parmi les jeunes fréquentant les missions locales, certains sont déjà concernés par des consommations excessives, ce qui peut avoir des conséquences sur leur insertion professionnelle. Ces jeunes doivent donc être repérés et orientés vers les structures médico-sociales spécialisées. Concernant les jeunes qui n'ont pas de comportement à risque, les missions locales peuvent jouer un rôle de préventeur en délivrant des messages de prévention adaptés ainsi qu'en montant des actions de prévention sur cette thématique. Les missions locales peuvent, à cette fin, s'appuyer sur les espaces santé dont elles disposent, ceux-ci étant plus ou moins développés en fonction des professionnels en présence (médecins, psychologues…). La prévention des conduites addictives doit intégrée dans les missions de ces structures. L'Agence Régionale de Santé pourra contractualiser avec les missions locales qui développeraient un projet de santé incluant les conduites addictives.
5 .4 Programme régional de développement de la télémédecine	
Programme régional de développement de la télémédecine	**👁 Axe 2 : maillage territorial pour le premier recours** **Objectifs** : Organiser un maillage territorial de points d'accueil de télémédecine afin d'améliorer l'accès aux soins de premier recours à proximité des lieux de vie dans tout le territoire, d'éviter les déplacements inutiles de patients et d'optimiser les transports sanitaires. Ce maillage doit à terme pouvoir s'appuyer sur tous les acteurs de proximité.

Chapitre 6 – Suivi et évaluation du PRAPS

1- Le suivi du PRAPS

1.1 - Définition

Le suivi est un processus continu de collecte et d'analyse d'informations pour apprécier comment un projet (un programme ou une politique) est mis en œuvre, en comparant avec les performances attendues.
Le principe adopté pour le PRAPS sera de suivre l'état d'avancement des travaux prévus dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs.

1.2 - Mise en œuvre du suivi du PRAPS

Le tableau ci-après retrace les 1ers indicateurs identifiés pour permettre ce suivi :

Référence au PRAPS	Intitulé des indicateurs
I.1. Faciliter le repérage et promouvoir le diagnostic le plus en amont possible pour permettre un accès à la santé (droits - soins - prévention) adapté aux personnes en situation de précarité.	Nombre de structures de proximité généralistes (ex : structures caritatives de 1ère ligne) et de structures d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité identifiées.
	Type de structures / professionnels informés / formés
	Nombre de formations mises en place (sur l'accès aux droits – sur l'aide au repérage et au diagnostic).
	Nombre d'actions visant à lever les freins d'accès aux droits.
	Nombre d'outils d'aide au repérage et au diagnostic pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins.
	Nombre d'outils d'aide au repérage et au diagnostic pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins diffusés et modalités de diffusion.
	Impact des formations dispensées et outils diffusés.
II.1. Favoriser la capacité des personnes en situation de précarité à rechercher du soutien social et à prendre en compte leur santé, en développant leurs ressources et leurs compétences psycho-sociales.	Dans l'appel à projets « prévention et promotion de la santé », nombre d'actions de valorisation et d'estime de soi, par type de territoires prioritaires.
II.2. Faciliter l'accès à la santé (droits - soins - prévention) en développant l'accompagnement social, éducatif,	Dans l'appel à projets « prévention et promotion de la santé » part des actions visant à développer l'accompagnement éducatif, psychique et physique des personnes en situation de précarité.

psychique et physique des personnes en situation de précarité.	Evolution du nombre de dispositifs d'accompagnement et couverture géographique.
	Evolution du nombre de personnes accompagnées par dispositif.
	Constitution d'un groupe de travail issu du comité de suivi PRAPS (par transformation de l'équipe projet PRAPS).
	Nombre d'expériences de mobilité recensées et typologie.
	Nombre d'expériences de mobilité reproduites sur les territoires prioritaires.
III.1. Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.	Dans le cadre de l'appel à projets « prévention et promotion de la santé », part des actions de prévention auprès des personnes en situation de précarité.
	Taux des dépistages cancer réalisés auprès des personnes en situation de précarité (si indicateur disponible).
	Nombre d'interventions externes des CIDDIST, centres de vaccination et centres tuberculose, dans le cadre du suivi de l'activité de recentralisation, à destination des structures accueillant des personnes en situation de précarité.
III.2. Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent les passerelles vers les dispositifs de droit commun.	Nombre de dispositifs spécifiques aux personnes en situation de précarité recensés.
	Participation de la direction de la santé publique au volet précarité des CPOM hospitaliers.
IV.1. Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leur parcours.	Nombre et typologie des espaces d'échanges de pratiques des dispositifs spécifiques aux personnes en situation de précarité sur la région.
	Dans le cadre de l'appel à projets « prévention et promotion de la santé », nombre de projets financés présentant une coordination pluri professionnelle.
	Effectivité de la couverture géographique des réseaux régionaux (ex : Réseau Santé Précarité Addica Carédiab) et de leur articulation avec des réseaux de proximité (par exploitation de leur rapport d'activité)
IV.2. Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs et partagés.	Nombre de thématiques communes aux institutions engagées dans la démarche.
	Nombre de missions ARS ayant une dimension précarité et auxquelles est associé le référent précarité.
	Nombre de politiques des institutions partenaires ayant une dimension précarité et auxquelles est associé le référent précarité.

2- L'évaluation du PRAPS

2.1 - Définition

L'évaluation est un processus d'analyse qualitatif ou quantitatif qui consiste à apprécier le déroulement d'une action, ou encore à mesurer leurs effets. Elle comporte une combinaison des procédures, méthodes et outils par lesquels on pourra répondre à 5 questions essentielles :

- Quoi ? Avons-nous accompli ce que nous avions prévu de faire ?
- Pourquoi ? Qu'avons-nous appris sur ce qui marche et sur ce qui ne marche pas ?
- Et Puis ? Avions-nous fait œuvre utile ?
- Et Après ? Comment comptons-nous utiliser les résultats de l'évaluation dans un but d'apprentissage ?

L'évaluation se distingue du contrôle en tant qu'elle n'est notamment pas en rapport avec des normes officielles, ni une « preuve » de conformité ou non-conformité à une norme. C'est plutôt un suivi qui va permettre de :

- Analyser si les interventions ont fonctionné ou non et dans quelles conditions. Comprendre les écarts possibles.
- Analyser les retombées positives et/ou négatives des actions.
- Permettre la participation active des acteurs à l'amélioration et la performance des actions en santé.

L'évaluation, comment ?

- Définir l'objectif général et les objectifs opérationnels.
- Choisir les indicateurs et les outils qui permettront de mesurer les objectifs opérationnels
- Déterminer des moyens et la méthode (spécifique à l'évaluation) : technique de recueil des informations
- Comparer les résultats avec les objectifs opérationnels initiaux, expliquer les écarts et les communiquer.

2.2 - Modalités dans le cadre du PRAPS

Comme précisé en infra (Chapitre 2 Démarche d'élaboration du PRAPS), l'équipe projet se transforme en comité de suivi du PRAPS.

L'une de ses missions sera de suivre la mise en œuvre du PRAPS.

La dimension évaluation du PRAPS est double :

- Elle cible l'évaluation des objectifs du PRAPS.

- Elle cible également l'évaluation des actions qui seront mises en œuvre et qui devront être en adéquation avec les objectifs du PRAPS.

Pour le 1er, dans chaque axe stratégique du PRAPS, tout objectif spécifique aux publics précaires s'accompagne nécessairement d'indicateurs de suivi (Chapitre 4 Présentation des objectifs par axe stratégique).

Pour le 2nd, chaque action qui sera développée dans le cadre de la mise en œuvre du PRAPS en adéquation avec les fiches actions, devra prévoir son évaluation sur la base d'indicateurs préalablement définis.

Annexes

- Annexe 1 : Glossaire
- Annexe 2 : Textes officiels
- Annexe 3 : Composition de l'équipe projet PRAPS
- Annexe 4 : Territoires prioritaires du PRAPS (lien hypertexte)
- Annexe 5 : Consultation en ligne « précarité »
- Annexe 6 : Tableau récapitulatif des objectifs du PRAPS
- Annexe 7 : Proposition de modèle d'une fiche action type

Annexe 1 – Glossaire

AAH Allocation Adulte Handicapée

ACS Allocation Complémentaire Santé

ADD Addictions

AEEH Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AHI Accueil Hébergement Insertion

AME Aide Médicale Etat

ANPAA Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS Agence Régionale de Santé

ASPA Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

ASV Atelier Santé Ville

BIT Bureau International du Travail

BTP Bâtiment et Travaux Publics

CAARUD Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues

CADA Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile

CAF Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CAST Centre d'Accueil et de Soins pour Toxicomanes

CCAS Centre Communal d'Actions Sociales

CDAG Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

CES Centre d'Examens de Santé

CFA Centres de Formation des Apprentis

CIDDIST Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissible

CHRS Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CIDFF Centres d'Information et de documentation des Femmes et des Familles

CISS Collectif Inter-associatif Sur la Santé

CLIC Centre Local d'Information et de Coordination

CMP Centre de Médecine Préventive

CMU Couverture Maladie Universelle

CMU-C Couverture Maladie Universelle – Complémentaire

CNLE Conseil National des politiques de Lutte contre la pauvreté et l'Exclusion sociale

CODES COmité Départemental d'Education à la Santé

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPU Commission Pluridisciplinaire Unique

CRIJ Centre Régional Information Jeunesse

CROUS Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

CSAPA Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP Catégorie Socio-Professionnelle

CUCS Contrat Urbain de Cohésion Sociale

DDCSPP Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DGS Direction Générale de la Santé

DRAAF Direction Régionale de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Forêt

DRDFE Délégation Régionale aux Droits des Femmes et Egalité des chances

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRJSCS Direction Régionale Jeunesse et Sports et Cohésion Sociale

DTD Délégation Territoriale Départementale

DTPJJ Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

ECLAIR Ecoles – Collèges – Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite

EMPP Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EPS/PS Education et Promotion de la Santé / Prévention de la Santé

EPAD Etablissement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP Education Thérapeutique du Patient

FHF Fédération Hospitalière de France

FIQCS fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FNARS Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale

FNPEIS Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information de la Santé

GRSP Groupement Régional de Santé Publique

HCSP Haut Comité de Santé Publique

IME Institutes Médico-Éducatifs

INPES Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

INSEE Institut National des Statistiques et Etudes Economiques

IRDES Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

IREPS Instance Régionale en Education et Promotion de la Santé

IST Infection Sexuellement Transmissible

LGT Lycée d'enseignement Général et Technique

LMDE La Mutuelle Des Etudiants

LP Lycée Professionnel

MSA Mutualité Sociale Agricole

OMS Office Mondial de la Santé

ONPES Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

ONSMP Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité

ONZUS Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles

ORSCA Observatoire Régional de la Santé de Champagne Ardenne

PAIO Permanences d'Accueil d'Information et d'Orientation

PASS Permanences d'Accès aux Soins de Santé

PMI Protection Maternelle et Infantile

PRAPS Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRIPI Programme Régional d'Intégration des Personnes Immigrées

PRS Projet Régional de Santé

PRSP Programme Régional de Santé Publique

PSRS Programme Stratégique Régional de Santé

PSY Souffrances Psychiques

RPIB Repérage Précoce et Intervention Brève

RSA Revenu de Solidarité Active

RSI Régime Social des Indépendants

RSS Réseaux de Réussite Scolaire

SCORE EPICES Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé pour les Centres d'Examen de Santé

SEFIP Surveillance Electronique de FIn de Peine

SEX Sexualité

SIAO Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

SMPR Service Médico-Psychologique Régional

SPIP Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

SROMS Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS Schéma Régional d'Organisation des Soins

SRP Schéma Régional de Prévention

SSIAD Services de Soins Infirmiers A Domicile

SUMPPS Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

UCSA Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UNAFAM Union Nationale de Familles ou Amis de personnes malades et handicapées psychiques

URHAJ Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes

URIOPSS Union Régionale Interfédérales des œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

URPS Union Régionale des Professionnels de Santé

ZEP Zone d'Education Prioritaire

ZUS Zone Urbaine Sensible

Annexe 2 – Textes officiels

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a prévu un outil essentiel pour faire reculer les inégalités en matière de santé : le PRAPS. C'est le premier programme de santé qui a donné toute sa place à cette articulation entre le sanitaire et le social. Cette loi a permis de créer deux dispositifs complémentaires visant à réduire les inégalités de santé : les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ainsi que le dispositif de gratuité des soins sous condition de ressources (la Couverture Maladie Universelle CMU).

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

« Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible" (article L. 1110-1 du code de la santé publique). Il est précisé également qu' « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins » (article L. 1110-3 du code de la santé publique).

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait encore mis l'accent sur la question de la santé des plus vulnérables. **L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique** disposait alors que :

- l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé ;
- les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

L'article L. 1411-11 du même code prévoyait que chaque plan régional de santé publique devait comporter un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment un PRAPS des personnes les plus démunies.
La circulaire n° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au PRAPS définit les modalités d'élaboration du PRAPS et en précise ses enjeux.

Enfin, le PRAPS a été confirmé par la **loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** Il constitue l'un des programmes obligatoires du PRS et vise, aux termes de la loi, les personnes « les plus démunies ».

L'article L. 1431-2 du le Code de la Santé Publique énonçant : « les agences régionales de santé […] f) veillent à assurer l'**accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion** ».

L'article L. 1434-2 Code de la Santé Publique énonce également « le Plan Stratégique Régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ».

PASS permanence d'accès aux soins de santé
Code de la santé publique : article L 6112-6 et suivants
http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021939874&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110822&oldAction=rechCodeArticle
- Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010
http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021868310&fastPos=1&fastReqId=716044994&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte
Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 1
- Circulaire du 25 mai 1999 relative à la mise en place des PASS
http://i.ville.gouv.fr/sfPropelFileAssoc/download/file_id/185

- Organiser une permanence des soins (le guide)
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf
- Fiche de synthèse sur les études concernant les PASS
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_synthese.pdf

Lits halte soins de santé
Code de l'action sociale et des familles : article L 312-1 et suivants et D 312-176-1 et suivants.
http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006906571&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20110822&oldAction=rechCodeArticle
- Décret n° 2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé »
http://corse.sante.gouv.fr/text_soc/pr000171.pdf
http://legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000819044&fastPos=1&fastReqId=1211651724&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte
- Circulaire n° 2006-47 du 07 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommés « lits halte soins santé »
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-03/a0030038.htm

Lits d'accueil médicalisé
Arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité
http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Arrete20_mars_2009_portant_agrement_d_une_experimentation_d_actions_medico-sociales.pdf

Appartements de coordination thérapeutiques
Code de l'action sociale et des familles : article D 312-154 et D 312-155
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006906387&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20110822&oldAction=rechCodeArticle
- Circulaire n° 2002-551 du 30 octobre 2002 relative aux appartements de coordination thérapeutique (ACT)
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15735.pdf
- Décret n° 2002-1227 du 3 octobre 2002 relatif aux appartements de coordination thérapeutique
http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F09FB14E7E463CAB7D41580D2C22E6D3.tpdjo07v_1?cidTexte=JORFTEXT000000598718&categorieLien=id

Equipes mobiles psy précarité
Circulaire n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_13422.pdf
- Circulaire n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientation relative aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale
http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11695.pdf

CMU et CMU-C
Code de la sécurité sociale : article L 380-1 et suivants
- Circulaire n° 2007-418 du 23 novembre 2007 relative au bénéfice de la couverture maladie universelle de base (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) des ressortissants de l'Union Européenne, de l'Espace économique européen et de la Suisse résidant ou souhaitant résider en France en tant qu'inactifs, étudiants ou demandeurs d'emploi
http://www.securite-sociale.fr/comprendre/europe/europe/0711123_circ_dss_cmu_ue.pdf
- Arrêté du 28 août 2000 fixant les modèles des formulaires « CMU - protection maladie de base ; déclaration de ressources annuelles » et « CMU - demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence »
http://legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000585217&fastPos=1&fastReqId=1353729043&categorieLien=id&oldAction=rechTexte
- Arrêté du 12 novembre 2007 relatif aux modalités d'exercice du contrôle financier sur le fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire du risque maladie (fonds CMUC)

http://legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000523944&fastPos=1&fastReqId=1434685798&categorieLien=id&oldAction=rechTexte

UCSA unité de consultations et de soins ambulatoires
Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du Code de la sécurité sociale
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020398786&dateTexte=&categorieLien=id
- Arrêté du 30 avril 2003 portant création d'un traitement automatisé d'informations issues d'une enquête auprès des médecins des unités de consultations et de soins ambulatoires des maisons d'arrêt et des personnes entrant de l'état de liberté
http://legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000412634&fastPos=1&fastReqId=45118971&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale
http://legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979&fastPos=4&fastReqId=520971913&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

SPIP service pénitentiaire d'insertion et de probation
Code de procédure pénale
- Arrêté du 3 janvier 2011 modifiant le code de procédure pénale (quatrième partie : Arrêtés) et relatif aux services pénitentiaires d'insertion et de probation
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023412919&dateTexte=&categorieLien=id
- Arrêté du 29 mars 2011 modifiant le code de procédure pénale (quatrième partie : Arrêtés) et relatif aux services pénitentiaires d'insertion et de probation
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023826955&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id
- Décret n° 99-276 du 13 avril 1999 modifiant le code de procédure pénale et portant création des services pénitentiaires d'insertion et de probation
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000211204&fastPos=1&fastReqId=689372745&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

CSAPA centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
Code de la santé publique : L 3411-1 (loi du 31 décembre 1970)
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021940301&dateTexte=20110823
- Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=A9832840EBE0476F18646C5B4C6C1F89.tpdjo06v_1?cidTexte=JORFTEXT000021868310&idArticle=LEGIARTI000021869994&dateTexte=20110823&categorieLien=id#LEGIARTI000021869994

- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
http://legifrance.gouv.fr/./affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000461683&fastPos=1&fastReqId=1765683675&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte

CIDDIST centre d'information et de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Code de la santé publique : article D 3121-38 et suivants
- Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022502881&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

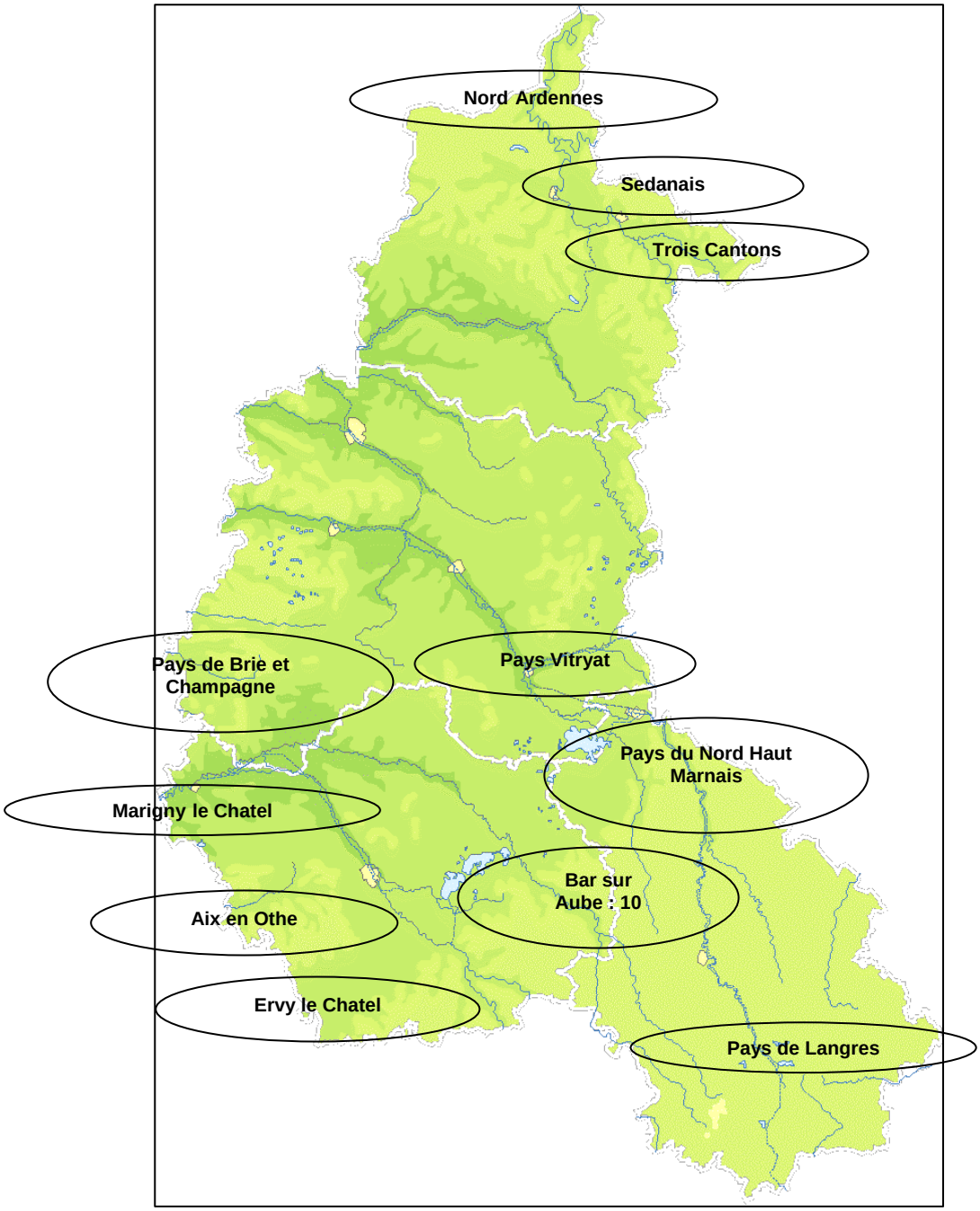
CDAG centre de dépistage anonyme et gratuit
Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022502881&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id

- Arrêté du 23 mars 2007 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000273621&idArticle=LEGIARTI000006261738&dateTexte=20070327&categorieLien=cid

Annexe 3 – Composition de l'équipe projet du PRAPS

Institution	Référent
ARS	MHCAILLET
	Laurence ZIADA
	Anabell GUENON
	Stéphane SANCHEZ
	Stéphanie HUE
	Nora VINCENT
	Marielle TRABANT
DRJSCS	Sandrine SAINT HUBERT – responsable pôle cohésion sociale
DDCSPP 51	Pierre-Emmanuel CARCHON - Didier MARTIN -
RECTORAT	Docteur Pascal DEMONS – médecin conseil près du Recteur
CONSEIL REGIONAL	Gérard SIGAL
Coordination Régionale Prévention Assurance Maladie	Esther MATHIEU
CPAM 51	Daniel FONTAINE
	Pascal PORCHEDDA
	Rafiaä BENAICHA
CAF 08	Cécile BOISTUAUD - Mme GLACHANT
RSI	Anne LOSFELD
MSA 10 - 52	Christian LEBEGUE (service social)
CARSAT	Catherine VERONIQUE
CARSAT	Catherine BLONDEL
SPIP 51	Nadine DELABRE
Revin (élu santé)	Mme RUELLE adjointe communale aux affaires sociales et conseillère générale - MADOUANI Lahcen, coordonnateur CUCS
Saint Dizier (Haute-Marne)	Pascale KREBS adjointe au maire
	Dany ESSENPREIS
DRDFE	Béatrice PAILLARD – déléguée régionale
DTPJJ	Sylvie RIVERON - directrice

Annexe 4 – Territoires prioritaires du PRAPS – Territoires de la prévention



Annexe 4 – Territoires prioritaires du PRAPS – Les établissements scolaires
Source : Rectorat de l'Académie de Reims Décembre 2011

I. GENERALITES

Dans une région où les indicateurs sanitaires, scolaires et sociaux sont en décalage négatif avec les moyennes nationales, les actions de prévention et d'éducation devraient se concentrer sur les zones les plus à risques.
De ce point de vue l'établissement de priorités répondrait à quelques principes directeurs.

A) Agir sur les populations les plus jeunes en secteur défavorisé :

En effet, ***le collège est le milieu scolaire où les comportements à risques ou des pathologies se développent et sont repérables.*** Sans préjuger de leur réussite, les élèves de ces établissements constituent une bonne part des décrocheurs précoces, et s'orientent principalement vers des filières de formation professionnelle courte (plus subies que choisies). Le temps d'éducation est donc limité et indique la priorité.

Par ailleurs et afin d'obtenir une continuité éducative, ***il est souhaitable de donner aussi priorité aux collèges incluant les écoles primaires du secteur de recrutement.***

B) Agir sur les filières professionnelles, dans 2 cas prioritaires :

- ➞ Rattachement du lycée à un réseau prioritaire.
- ➞ Filières de métiers exposés à des risques ⇨ BTP, industrie-maintenance, transports, bois, hôtellerie-restauration principalement.

C) Les thématiques prioritaires

- ➞ Obésité et surpoids (sport – santé)
- ➞ Education à la sexualité
- ➞ Comportements à risque (addiction – dépendance – violences – suicide – accidents de la voie publique)
- ➞ L'hygiène et la sécurité avec un développement particulier sur le secourisme.

II. LES PROJETS ET LES POPULATIONS PRIORITAIRES

A) Introduction

La logique de l'éducation prioritaire par zone a évolué au profit du ***concept de réseau, reposant sur un diagnostic et identifiant les causes des réussites et des élèves.***

Il existe 2 types de réseaux[13] :

- Les établissements ECLAIR (Ecoles – Collèges – Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite)
- Les établissements en RSS (Réseaux de Réussite Scolaire)

[13] Pour en savoir plus : http://www.education.gouv.fr/cid187/l-education-prioritaire.html

Le programme ECLAIR (Ecoles – Collèges – Lycées pour l'Ambition, l'Innovation et la Réussite) vise à :

- améliorer le climat scolaire et faciliter la réussite de chacun
- renforcer la stabilité des équipes
- favoriser l'égalité des chances.

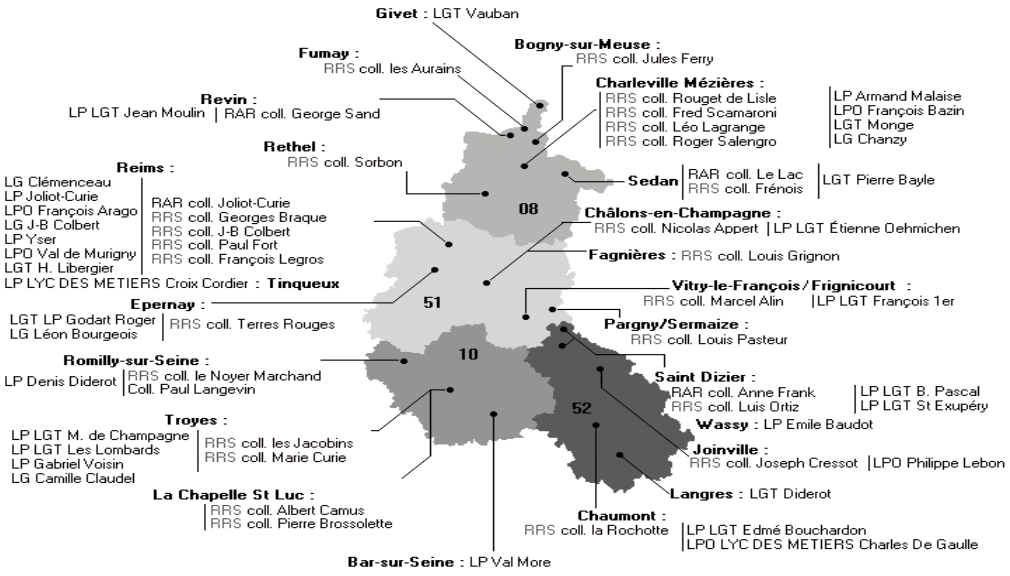
Les établissements ECLAIR :

- ARDENNES :
  - GIVET : écoles maternelle et primaire Campagne et école primaire Calmette.
  - SEDAN : école maternelle La Plage, école élémentaire G Ouvrad, école primaire Leclerc-Adam, écoles primaire l'Esplanade, école primaire la Prairie et collège le Lac.
  - REVIN : école maternelle Campagne, école élémentaire Campagne, école primaire Campagne et collège Georges Sand.

- MARNE :
  - REIMS : école maternelle de l'Hippodrome, école maternelle Joliot Curie, école maternelle les Auvergnats, école maternelle Provençaux, école élémentaire Joliot Curie, école élémentaire Provençaux et collège Joliot Curie.

- HAUTE-MARNE :
  - SAINT-DIZIER : école maternelle Camus, école maternelle Louise Michel, école primaire Camus, école primaire Jean de la Fontaine et collège Anne Franck.

Les Réseaux de Réussite Scolaire (cf. cartographie en page suivante) visent à rechercher une continuité et une complémentarité de l'action éducative entre les temps familiaux, scolaire et de loisirs.



CAREP de Reims

Dans cette organisation pilotée, la logique est celle d'une approche «populationnelle».

B) La classification en réseau prioritaire répond à des critères scolaires et sociaux

- ➙ Part de Catégorie Socio – Professionnelle (CSP) défavorisée.
- ➙ Part des enfants dont les parents sont bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA).
- ➙ Part des enfants non francophones.
- ➙ Part des élèves ayant des résultats faibles aux évaluations de 6ème (différentiel de 20 points).
- ➙ Part des élèves ayant un retard scolaire de 2 ans en sixième.

✱ *Il est à noter que dans la mesure où un établissement aurait des critères équivalents tout en se situant hors réseau prioritaire, une étude argumentée des critères pourrait donner au projet un caractère prioritaire.*

La différence entre appartenance à un RAR et un RRS, tient à une homogénéité du premier et à une plus grande hétérogénéité de population dans le second cas.

C) La nature et la thématique des projets

Les priorités thématiques ont été abordées précédemment. Deux principes repérables devraient cependant être contenus dans les projets :

a) quel que soit le mode thématique d'entrée, le projet devrait décrire des actions de développement des habiletés sociales
b) permettre dans tous les cas un relais vers l'accès aux soins et au diagnostic.

✱ *Commentaire : le développement des habiletés (apprendre à…) par exemple en matière de premier secours ou de secourisme, s'inclut parfaitement dans le concept de socle de compétences.*

III. LES ETABLISSEMENTS PRIORITAIRES

29 COLLEGES SONT IDENTIFIES COMME ETABLISSEMENTS SCOLAIRES PRIORITAIRES

1. ARDENNES

- Collège George Sand à REVIN (RAR)
- Collège Le Lac à SEDAN (en RAR)
- Collège Frénois à SEDAN (en RAR)
- Collège de BOGNY SUR MEUSE (en RRS)
- Collège de FUMAY (en RRS)
- Collège Robert de Sorbon à RETHEL (en RRS)
- Collège Rouget de Lisle à CHARLEVILLE-MEZIERES (en RRS)
- Collège Scamaroni à CHARLEVILLE-MEZIERES (en RRS)
- Collège Léo Lagrange à CHARLEVILLE-MEZIERES (en RRS)
- Collège Roger Salengro à CHARLEVILLE-MEZIERES (en RRS)

2. AUBE

- Collège Le Noyer Marchand à ROMILLY SUR SEINE (en RRS)
- Collège A. Camus à CHAPELLE SAINT LUC (en RRS)
- Collège Brossolette à CHAPELLE SAINT LUC (en RRS)
- Collège Les Jacobins à TROYES (en RRS)
- Collège Curie à TROYES (en RRS)

3. MARNE

- Collège Nicolas Appert à CHALONS EN CHAMPAGNE (en RRS)
- Collège de FAGNIERES (en RRS)
- Collège Terres Rouges à EPERNAY (en RRS)
- Collège Pasteur à SERMAIZE LES BAINS
- Collège Joliot Curie à REIMS (en RAR)
- Collège G. Braque à REIMS (en RRS)
- Collège Colbert à REIMS (en RRS)
- Collège Paul Fort à REIMS (en RRS)
- Collège François Legros à REIMS (en RRS)
- Collège M. Allin à VITRY LE FRANCOIS (en RRS)

4. HAUTE-MARNE

- Collège La Rochotte à CHAUMONT (en RRS)
- Collège Cressot à JOINVILLE (en RRS)
- Collège Anne Franck à SAINT DIZIER (en RAR)
- Collège Louis Ortiz a SAINT DIZIER (en RRS).

24 LYCEES SONT IDENTIFIES COMME ETABLISSEMENTS SCOLAIRES PRIORITAIRES

(Les lycées rattachés à des réseaux ou prioritaires)

1. ARDENNES

- LP-LGT Jean Moulin à REVIN
- LGT Vauban à GIVET
- LP Armand Malaise à CHARLEVILLE
- LGT Pierre Bayle à SEDAN

2. AUBE

- LGT-LP Les Lombards à TROYES
- LP Gabriel Voisin à TROYES
- LP – LGT Marie de Champagne à TROYES
- LP Val Moré à BAR SUR SEINE
- LP Diderot à ROMILLY SUR SEINE

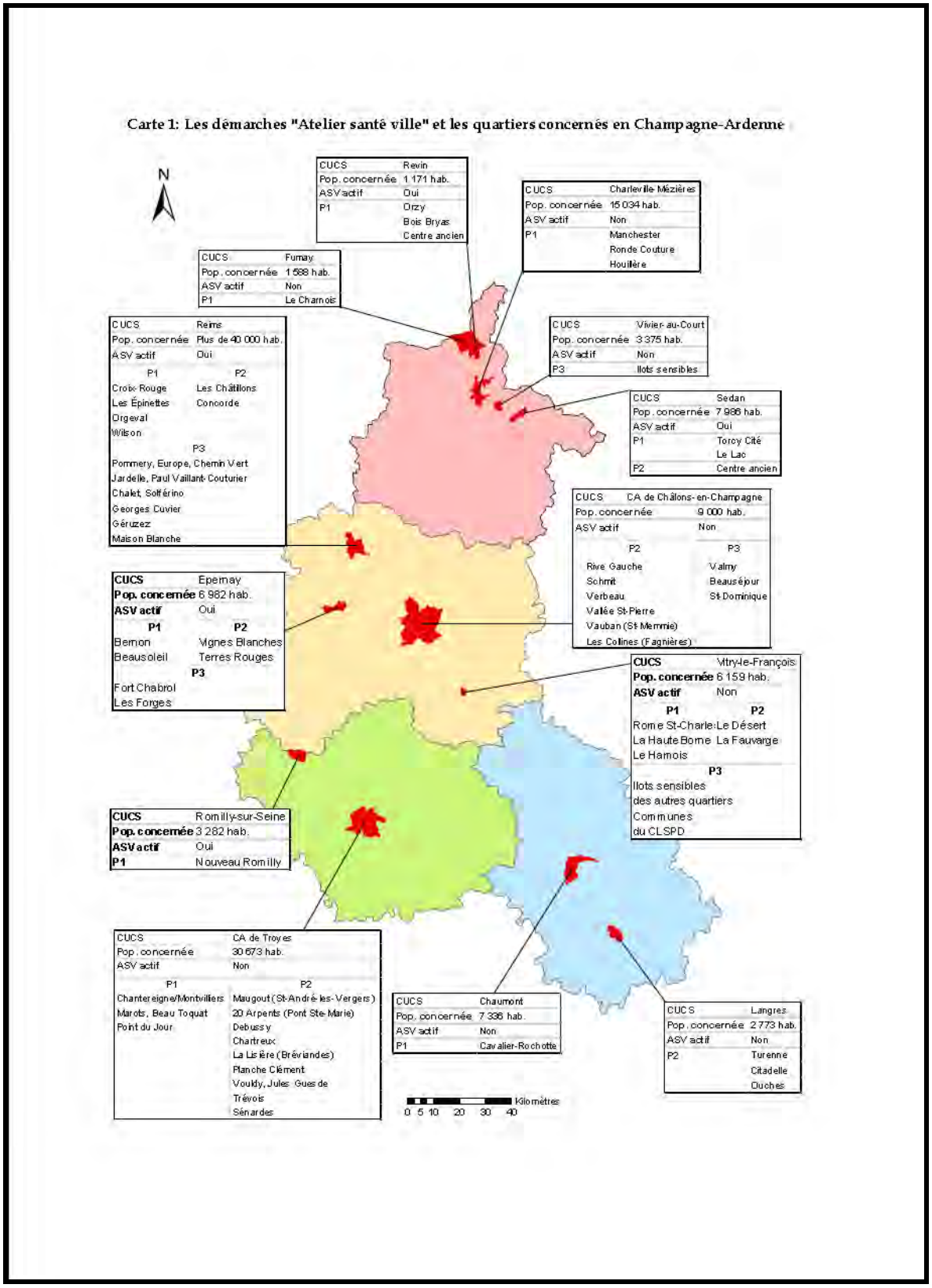
3. MARNE

- LP Joliot Curie à REIMS
- LPO Arago à REIMS
- LG J.B. Colbert à REIMS
- LP Yser à REIMS
- Lycée des métiers Croix Cordier à TINQUEUX
- LP-LGT Oehmichen à CHALONS EN CHAMPAGNE
- LP-LGT Godart Roger à EPERNAY
- Lycée François 1er à VITRY LE FRANCOIS

4. HAUTE-MARNE

- LP-LGT Blaise Pascal à SAINT DIZIER
- LP-LGT Saint Exupéry à SAINT DIZIER
- LP Emile Baudot à WASSY
- LPO Philippe Lebon à JOINVILLE
- LGT Diderot à LANGRES
- LPO Charles de Gaulle à CHAUMONT
- LP E. Bouchardon à CHAUMONT

Annexe 3 – Territoires prioritaires du PRAPS – Cartographie des CUCS



Annexe 5 – Synthèse de l'enquête en ligne « Précarité »

SOMMAIRE

1. Propos introductifs
    a. Une démarche participative par la consultation écrite dans le cadre de la construction du PRAPS
    b. Un objectif de la consultation visant à enrichir les débats autour de la précarité
    c. Un calendrier ambitieux pour mener l'enquête
    d. Des structures destinataires14 du questionnaire aux horizons variés
    e. Un taux de réponses perfectible mais relativement satisfaisant
    f. Des avertissements nécessaires sur la composition de l'échantillon consulté.
2. Une représentation des structures répondantes relativement fidèle à celle de l'échantillon des structures consultées.
3. Une représentation des activités des structures répondantes correspondant à leur profil.
4. Des départements d'interventions correspondants à l'implantation géographique des structures consultées
5. Des territoires d'intervention classiquement en milieu urbain au détriment du milieu rural ?
6. Une sur représentation des adultes des deux sexes.
7. Des difficultés d'accès à la santé qui demeurent multiples et prégnantes :
    a. Un accès aux droits et un renoncement aux soins encore prégnants
    b. Des résultats similaires entre libéral et hospitalier concernant l'accès aux soins mais à nuancer
    c. Des difficultés d'accès à la prévention variables en fonction de la nature de celle-ci.
8. Des problématiques de santé qui restent multiples mais qui ciblent en particulier deux d'entre elles : les souffrances psychologiques et les addictions.
9. Des difficultés de mobilisation également multiples mais dont l'analyse renvoie aux compétences psychosociales de la personne en situation de précarité.
10. Des leviers d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité qui restent classiques.
11. Un partenariat dont l'enjeu est reconnu mais des faiblesses sous-jacentes à l'analyse du questionnaire.
12. Des structures qui s'accordent sur les principales raisons motivant à travailler en partenariat.
13. Des structures qui s'accordent également sur les leviers pour améliorer le partenariat dans la prise en charge de la personne en situation de précarité.
14. Des problématiques variées non abordées dans le questionnaire.
15. Un récapitulatif par type de structure
16. Conclusions.

[14] La liste des structures destinataires de l'enquête « précarité » est disponible en suivant le lien suivant : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/Acteurs_PRAPS_VF_pr_Site_ARS.pdf

1. Propos introductifs

a. Une démarche participative par la consultation écrite dans le cadre de la construction du PRAPS

Dans le cadre du principe de démocratie sanitaire arrêté pour la construction du Plan Stratégique Régional de Santé de Champagne Ardenne et de ses déclinaisons en schémas et programme[15], l'équipe projet PRAPS[16] a décidé de consulter les acteurs de terrain, selon trois formes :

- Auditions réalisées dans le cadre du Schéma Régional de Prévention (SRP) : prise en compte de la dimension précarité.
- Réunions thématiques PRAPS : personnes sous main de justice – social / sanitaire – CUCS – jeunes.
- Une enquête en ligne, objet de la présente synthèse.

a. Un objectif de la consultation visant à enrichir les débats autour de la précarité

L'objectif général de l'enquête en ligne vise à consulter les structures de champs d'intervention variés (social – médico-social – sanitaire – sportif – judiciaire – etc.), afin de compléter la démarche de consultation précitée, pour alimenter la réflexion dans la construction du PRAPS.
Cette consultation doit permettre de disposer d'une meilleure connaissance du terrain en identifiant les difficultés et les leviers concernant les besoins des publics les plus démunies / les territoires / les partenariats.

b. Un calendrier ambitieux pour mener l'enquête

1ère quinzaine de mai : construction du questionnaire par l'équipe rapprochée PRAPS, service Prévention et Promotion de la Santé, en collaboration étroite avec le service OSA et le service Communication de l'ARS.
18 au 23 mai : expérimentation auprès d'un échantillon de structures (CODES de la Marne / trois structures adhérentes de l'URIOPSS / les services d'urgences du CHU de Reims) et d'un échantillon interne à l'ARS.
24 mai : lancement de la consultation auprès de 464 structures avec deux relances.
8 juin : échéance pour le retour des questionnaires.
9 juin et jour(s) suivant(s) : exploitation de l'enquête.
20 juin ou 7 juillet : présentation à l'équipe projet PRAPS.
Septembre / Octobre : synthèse aux structures consultées.

c. Des structures destinataires[17] du questionnaire aux horizons variés

Compte tenu des problématiques multiples des personnes en situation de précarité, la sélection des structures destinataires du questionnaire « précarité », sans pouvoir être exhaustive, s'est toutefois voulue variée.

- Les promoteurs financés dans le cadre de l'appel à projets "santé publique et prévention" de l'ARS.
- Les CADA - les CHRS - les centres sociaux - le réseau familles rurales - le réseau IREPS/CODES - le réseau ANPAA - les missions locales et PAIO - les associations UNAFAM - les associations familiales.
- Les CIDFF de la région.
- Des SSIAD - des CLIC - des EPAD - des IME - des CAST.

[15] Le principe de démocratie sanitaire dans la construction du PSRS de Champagne Ardenne réside notamment dans la mise en place d'auditions des acteurs de terrain pour l'élaboration des Schémas et Programmes.

[16] L'équipe projet PRAPS s'est voulue volontairement interinstitutionnelle compte tenu des problématiques multiples de la personne en situation de précarité

[17] La liste des structures destinataires de l'enquête « précarité » est disponible en suivant le lien suivant : http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/Acteurs_PRAPS_VF_pr_Site_ARS.pdf

.

- Les CCAS – les communes disposant d'un CUCS – les PMI
- Les quatre centres d'examen de santé
- Les centres hospitaliers généraux et spécialisés – les services d'urgence des hôpitaux – les centres de soins infirmiers – les équipes mobiles psy précarité – les PASS - le FHF.
- Des mutuelles.
- Les SPIP – les UCSA – le SMPR.
- Des établissements scolaires (collèges et lycées), l'université et ses services sociaux.
- Les cinq URPS.

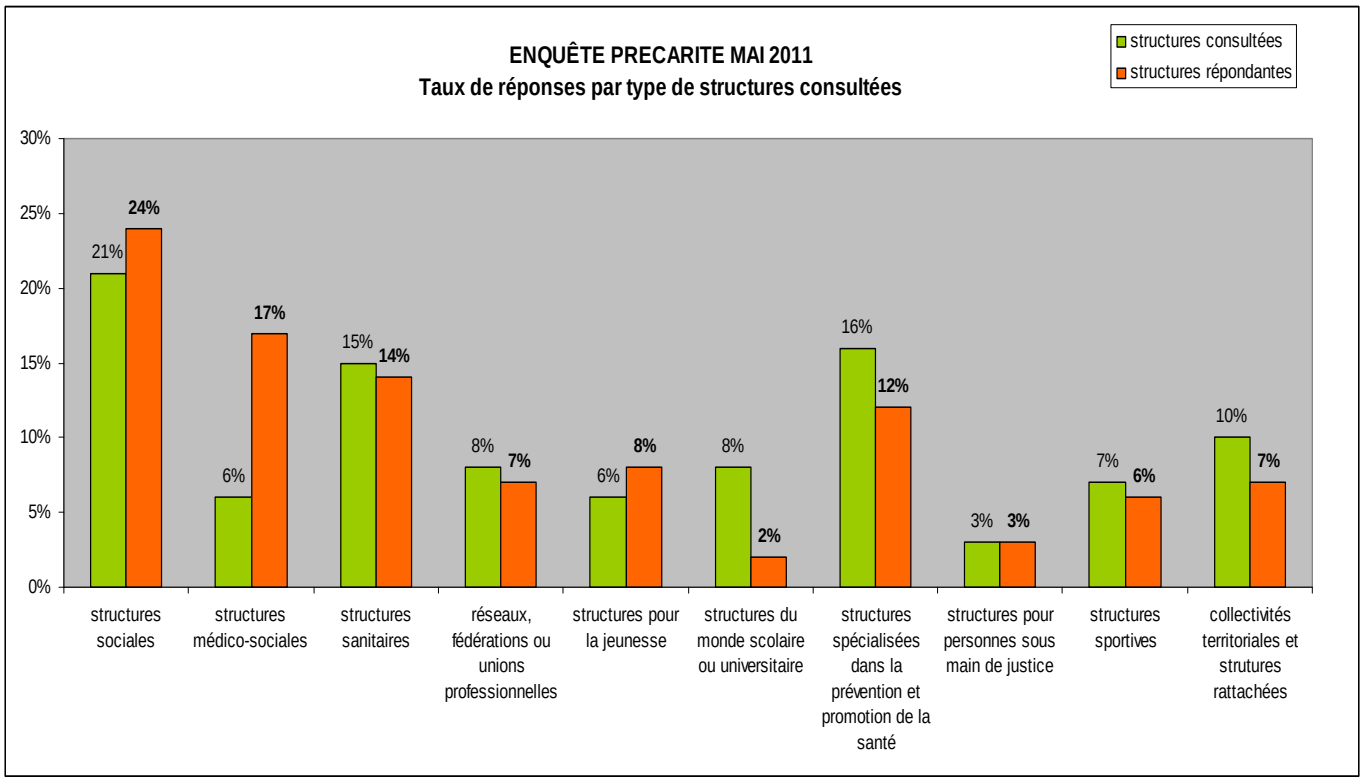
d. Un taux de réponses perfectible mais relativement satisfaisant

Sur 464 consultées, 145 structures ont répondu au questionnaire dans un délai qui reste court, soit un **taux de réponses de 31.25%.**
Le nombre de réponses partielles reste élevé : 89 structures concernées soit 19% de l'échantillon. Celles-ci ne seront pas exploitées compte tenu de leur caractère incomplet.

e. Des avertissements nécessaires sur la composition de l'échantillon consulté

La composition de l'échantillon s'est essentiellement basée sur le listing des promoteurs financés dans le cadre de l'appel à projets "santé publique et prévention" de l'ARS. Auxquelles se sont ajoutées, en concertation avec les membres de l'équipe projet PRAPS, d'autres structures.
Cet échantillon ne constitue donc pas un échantillon représentatif et proportionné des structures existantes sur la région.

2. Une représentation des structures répondantes relativement fidèle à celle de l'échantillon des structures consultées



L'échantillon des répondants est assez représentatif de l'échantillon choisi pour mener l'enquête Précarité, avec en particulier :

- une **représentation satisfaisante** pour :
  - les **structures sociales** : 24% des répondants vs 21% des consultés appartenant à cette catégorie ;

  - les **structures spécialisées dans la prévention et promotion de la santé** : 12% des répondants vs 16% des consultés appartenant à cette catégorie ;
  - et les **structures sanitaires** : 14% des répondants vs 15% des consultés appartenant à cette catégorie.

- Une différence existant avec :

  - une **sur représentation du champ médico-social** : 17% des répondants vs 6% des consultés appartenant à cette catégorie ;
  - une **sous représentation du monde scolaire et universitaire** : 2% des répondants vs 8% des consultés appartenant à cette catégorie.

Dans chacune de ces catégories, **certaines structures se démarquent par une représentation plus importante** sans doute liée à une consultation systématique de certaines d'entre elles. Par exemple : toutes les missions locales ont été consultées.
Ces structures sont les suivantes :

- les structures sociales : **30%** des répondants sont des **centres sociaux et 27% des CHRS ;**

- les structures médico-sociales : tous les **CSAPA** ont répondu ;

- les structures sanitaires : les **centres hospitaliers généraux** représentent **45%** des répondants dans cette catégorie ;

- les structures pour la jeunesse : 9 **missions locales** ont répondu représentant **83%** des répondants dans cette catégorie ;

- les structures spécialisées dans la prévention et promotion de la santé : il convient de noter que **les 4 centres d'examen de santé** ont répondu ;

- les structures sportives : ce sont essentiellement les fédérations ou comités sportifs qui ont répondu, représentant 75% dans cette catégorie.

En revanche, certaines structures ciblées n'ont pas répondu au questionnaire. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce constat :
- un contenu qui n'est pas forcément adapté à leurs missions ;
- des difficultés d'utilisation du support (questionnaire en ligne) ;

Ainsi, certains profils de structures ne sont pas du tout représentés dans l'analyse du questionnaire :

- URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé) malgré une tentative de l'URPS des pharmaciens
- FHF (Fédération Hospitalière de France)
- CDAG / CIDDIST (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit et Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissible)
- Equipes mobiles psychiatrie précarité
- PAIO (Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation)
- Services sociaux du CROUS (Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires)
- Plannings familiaux
- Etablissements pénitentiaires
- Centres de médecine sportive
- PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Seuls 3 établissements scolaires ont répondu sur 26 consultés
- Seuls 1 UCSA et 1 SPIP ont répondu
- Seuls 2 CUCS ont répondu sur les 18 de la région

Il convient toutefois de noter qu'une grande majorité d'entres elles sont consultées sous d'autres formes : tables rondes et auditions.

3. Une représentation des activités des structures répondantes correspondant à leur profil

De manière corrélable aux types de structures représentées dans l'enquête, les répondants déclarent les activités principales suivantes :

- Pour 19% d'entre eux il s'agit d'une prise en charge sociale et/ou d'insertion ;
- Pour 13% de l'hébergement ;
- Pour 12% une prise en charge médico-sociale et prise en charge médicale ou paramédicale hors hospitalisation ;
- Pour 11% il s'agit de la mise en réseau, la coordination et le soutien des actions des acteurs ;
- Pour 8% de l'accueil de public précaires ;
- Pour 6% une hospitalisation générale et spécialisée ;
- Pour 5% de la prévention et éducation pour la santé ;
- En proportion 3% des déclarants interviennent dans les champs d'intervention des collectivités locales, les activités médico-psychosociales et la réalisation d'activités physiques et adaptées ;
- Pour 2% des répondants il s'agit d'une activité d'enseignement et de participation à la réflexion autour des politiques de santé et représentation de structures ;
- Enfin 1%, une minorité, déclare intervenir par l'aide à la personne sans hébergement.

Les activités essentiellement représentées concernent **la prise en charge sociale et/ou d'insertion et l'hébergement**, ce qui est corrélable avec la représentation constatée des structures du champ social.
Viennent ensuite la prise en charge médico-sociale et la mise en réseau, coordination et soutien des actions des acteurs. Ces activités sont cohérentes avec la représentation observée des structures.

4. Des départements d'interventions correspondants à l'implantation géographique des structures consultées

Les départements d'intervention correspondent notamment à l'implantation géographique des structures consultées.
La répartition géographique est la suivante :

- 42.8% dans la Marne
- 38.6% dans les Ardennes
- 24.8% dans l'Aube
- 22.1% en Haute-Marne.

Compte tenu de la composition de l'échantillon, il n'est guère possible de pousser l'analyse sur ce point.

5. Des territoires d'intervention classiquement en milieu urbain au détriment du milieu rural ?

Les structures déclarent intervenir pour **87% d'entre elles en milieu urbain**, y compris dans les quartiers sensibles de la politique de la ville.
Plus de 50% des répondants interviennent également **en milieu rural**

6. Une sur représentation des adultes des deux sexes

Les tranches d'âges proposées dans le questionnaire sont inégalement représentées entre les personnes mineures et les personnes majeures :

- 16% des structures déclarent travailler souvent ou très souvent auprès des 0 à 5 ans
- 34% auprès des 6 à 16 ans
- **75% auprès des 17 à 25 ans**
- **77% auprès des 26 à 60 ans**
- 53% auprès des plus de 60 ans

La faible représentation des moins de 6 ans peut s'expliquer par l'insuffisante représentation des structures qui en ont la charge (ex : les PMI).

Le sexe n'est pas un critère discriminant pour l'échantillon, puisque les déclarants indiquent prendre en charge des personnes des deux sexes pour la majorité d'entre eux.

7. Des difficultés d'accès à la santé qui demeurent multiples et prégnantes

Les ¾ des structures affirment que les personnes en situation de précarité rencontrent des **difficultés d'accès aux droits et/ou aux soins et de renoncement.**

a. Un accès aux droits et un renoncement aux soins encore prégnants :

- **l'accès aux droits : 70% des répondants** déclarent que les personnes en situation de précarité rencontrent souvent ou très souvent des difficultés de cette nature

- **Un renoncement aux soins** avec comme motifs : des **raisons psycho-sociales** qui arrivent en tête avec **75%** des répondants affirmant qu'il s'agit très souvent ou souvent d'une difficulté. Les structures affirment ensuite à **72%** que le renoncement aux soins est dû très souvent ou souvent pour des **raisons économiques.** Elles sont **64%** à affirmer un **accompagnement insuffisant de la personne.**

Sur ce dernier constat, corrélativement et de manière cohérente, **l'accompagnement des personnes a été identifié parmi les trois plus importants leviers** d'amélioration de la prise en charge de la personne en situation de précarité.

b. Des résultats similaires entre libéral et hospitalier concernant l'accès aux soins mais à nuancer :

- **concernant les professionnels de santé libéraux**, les structures répondantes déclarent que les personnes en situation de précarité rencontrent souvent ou très souvent des difficultés d'accès auprès **:**

    - **des professionnels libéraux spécialisés : 69%** (kinésithérapeutes, dentistes, ophtalmologistes, gynécologues, orthophonistes, psychologues et psychiatres)
    - **des professionnels libéraux généraux : 56%** (médecins notamment)

De manière paradoxale, **55% des structures déclarent travailler le plus fréquemment avec ces professionnels** (les professionnels du champ social en intervention sociale, en intervention éducative, les professionnels de santé médicaux hospitaliers, et libéraux). Pour autant, le développement du partenariat avec ces derniers a été identifié par **77% des structures répondantes comme piste d'amélioration de la prise en charge de la personne en situation de précarité**.

- s'agissant des **établissements de santé**, les structures **sont moins nombreuses** à déclarer que les personnes en situation de précarité rencontrent souvent ou très souvent des difficultés d'accès auprès de **:**

    - établissements de santé généraux : 34%
    - établissements de santé spécialisés : 52%

Par ailleurs, **23%** des structures identifient comme difficulté de mobilisation de la personne en situation de précarité **l'attitude des professionnels de la santé** (discrimination et refus de soins) et pour 11% des répondants le rapport patient / professionnel.

c. Des difficultés d'accès à la prévention variables en fonction de la nature de celle-ci :

Globalement, **au moins la moitié des structures déclare que les personnes en situation de précarité rencontrent souvent ou très souvent des difficultés d'accès à la prévention**. Il est toutefois constaté des nuances :

- elles sont **66%** s'agissant de la **prévention primaire** (promotion et éducation à la santé)
- 53% s'agissant de la prévention secondaire (dépistages)

- 49% s'agissant de la prévention tertiaire (réduction des conséquences de la maladie)

Ces nuances, modestes malgré tout, peuvent s'expliquer par la composition structurelle de l'échantillon répondant (rappel : 25% structures du champ social, notamment)
Les résultats sur les difficultés à la santé ne permettent pas de faire ressortir une problématique particulière. Ils démontrent en revanche la nécessité de tenir compte de toutes ces difficultés en les priorisant.
S'agissant de la prévention primaire, il convient de s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour mobiliser les personnes en situation de précarité dans leur participation à des actions de prévention.

Le croisement des difficultés d'accès aux droits avec le type de structures peut permettre de cibler celles avec qui il convient de travailler pour servir de relais à l'information sur les droits des personnes.

De même, le croisement des principaux résultats sur l'accès aux soins auprès des professionnels de santé libéraux avec les problématiques de santé permet, avec prudence, d'émettre des hypothèses expliquant ces difficultés et de rechercher des pistes pour lutter contre.

Ces deux croisements sont disponibles dans le tableau joint à la présente synthèse.

8. Des problématiques de santé qui restent multiples mais qui ciblent en particulier deux d'entre elles : les souffrances psychologiques et les addictions

Pour plus de 70% des structures répondantes, les personnes en situation de précarité rencontrent très souvent ou souvent, par ordre d'importance les difficultés suivantes :

- **des problèmes psychologiques 91% des structures répondantes ;**
- **des problèmes d'addictions 81% des structures répondantes ;**
- des problèmes de nutrition 72% des structures répondantes ;
- des problèmes dentaires 70% ;
- des problèmes psychiatriques 66% des structures répondantes ;
- des problèmes de vue 54% ;
- moins de structures déclarent que les personnes en situation de précarité rencontrent des problèmes liés à la sexualité 38%.

9. Des difficultés de mobilisation également multiples mais dont l'analyse renvoie aux compétences psychosociales de la personne en situation de précarité

Pour rappel, parmi les raisons de renoncement aux soins, 58% des structures évoquent les raisons liées à la mobilité.

Les difficultés de mobilisation de la personne en situation de précarité déclarées par les structures sont, par ordre croissant :

- **la façon dont les personnes perçoivent leur propre santé : 90% (en lien avec les difficultés psychosociales)**

- l'absence de moyen de locomotion pose problème aux personnes pour 62% des répondants. Pour autant, la mobilité géographique figure parmi les deux derniers leviers d'amélioration de la prise en charge.

- L'observance des traitements est identifiée par 61% des déclarants. Ceci étant en lien direct avec les compétences psychosociales et le suivi.

- L'attitude négative de professionnels de santé par discrimination, ou refus de soins est déclarée être pour 23% de répondants un frein pour leurs publics.

- Enfin 11 % des structures déclarent identifier des difficultés en lien avec l'image de soi et la culture, le rapport entre patient et professionnels, une information insuffisante sur les actions proposées, et le fait que la santé ne soit pas une priorité au regard d'autres problématiques. (en lien avec les compétences psychosociales).

10. Des leviers d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité qui restent classiques

Huit leviers d'amélioration, dont un en réponse ouverte, étaient proposés par le questionnaire :

- intervenir dès le plus jeune âge
- faciliter la mobilité géographique
- améliorer le partenariat
- développer le principe « d'aller vers »
- développer l'accompagnement de la personne
- améliorer le repérage et le diagnostic
- faciliter la médiation

Les leviers d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité les plus souvent proposés par les structures sont, par ordre d'importance :

- **intervenir dès le plus jeune âge**
- **développer le principe « d'aller vers »** et **développer l'accompagnement des personnes ;**
- **améliorer le repérage et le diagnostic.**

En revanche, les deux leviers les moins importants identifiés par les structures répondantes sont la mobilité géographique et l'amélioration du partenariat. La forte prévalence d'intervention en milieu urbain, bien pourvus en mode de transport en commun, peut expliquer la réponse des structures interrogées.
Pour 12,5% des structures répondantes, il existe d'autres leviers, reclassés comme suit au regard des propositions formulées :

- Notion de parcours de soin continu favorisée par une coordination des partenaires
- Question autour de l'absence de prise en charge des frais de soins
- Développement des compétences psycho-sociales
- Développement des interventions et supports

11. Un partenariat dont l'enjeu est reconnu mais des faiblesses sous-jacentes à l'analyse du questionnaire

Le partenariat est une formalisation nécessaire de relation inter acteurs qui permet d'améliorer l'efficience des prises en charges.

Ainsi une grande majorité des structures connait et travaille avec les autres professionnels relevant ou non de leur champ d'intervention.

76% des structures déclarent avoir une bonne connaissance des dispositifs permettant une orientation adéquate de la personne en situation de précarité. De ce fait, elles sont à **92% à déclarer orienter**, quand cela s'avère nécessaire, les personnes vers les professionnels adaptés.

Les répondants travaillent en partenariat le plus fréquemment avec :

- **Les professionnels du champ social en intervention sociale : 87%**
- Les professionnels du champ en intervention éducative : 67%
- Les professionnels de santé médicaux hospitaliers : 60%
- Les professionnels de santé médicaux libéraux : 55%

L'analyse des partenariats par structure fait apparaitre que ce sont les professionnels du champ social en intervention sociale qui travaillent essentiellement avec les professionnels des autres champs.

Interrogées sur les **pistes d'amélioration de prise en charge** de la personne en situation de précarité, les structures déclarent **important de développer les partenariats** en particulier avec :

- **Les professionnels du champ social en intervention sociale : 95%**
- **Les professionnels du champ en intervention éducative : 86%**
- **avec les professionnels de santé médicaux hospitaliers : 87%**
- avec les professionnels de santé médicaux libéraux : 77%
- avec les professionnels de santé paramédicaux : 72%
- avec les professionnels de l'aide à domicile : 71%
- avec les professionnels du champ médico-social secteur personnes âgées : 60%

Les résultats relatifs aux partenariats effectifs sont à prendre avec prudence. En effet, pour plus de 90% des déclarants une meilleure connaissance des intervenants (du même champ ou non) est nécessaire et constitue un levier d'intervention. **Les acteurs de terrains ont à la fois l'impression de travailler en partenariat et de connaitre l'ensemble des acteurs touchant ces publics, tout en restant en demande d'une meilleure connaissance et d'une articulation avec les autres.**

En revanche, 13% des structures seulement déclarent travailler avec les structures médico-sociales dans le secteur du handicap. De manière cohérente, plus de 50% déclarent important ou très important de développer le partenariat avec ce secteur.

12. Des structures qui s'accordent sur les principales raisons motivant à travailler en partenariat

Cette rubrique était une question ouverte pour les structures répondantes. Les 145 structures ayant rempli le questionnaire ont émis au moins une raison qui motive à travailler en partenariat, 81% deux raisons et 54% trois raisons.

Parmi les principales raisons motivant à travailler en partenariat :

- **43%** des structures exposent la **complémentarité des interventions** (avec la notion d'une meilleure connaissance des dispositifs) et la **pluridisciplinarité**

- **17%** des structures exposent la **continuité** (notion de relais), le **suivi** et une **meilleure prise en charge de la personne**

- **14% l'approche globale de la personne** et 12% **la coordination / mise en réseau**

- De manière plus isolée sont également exposées comme raisons : un meilleur accès aux droits et aux soins, une réponse plus adéquate aux besoins des personnes.

- La raison consistant à développer la prévention n'est citée qu'à deux reprises.

Les raisons ensuite émises reprennent sensiblement les deux premières précitées : complémentarité des interventions et la pluridisciplinarité d'une part et suivi et une meilleure prise en charge de la personne d'autre part.
Même de façon occasionnelle, la rupture de l'isolement, le partage d'une culture commune, les formations (notamment au repérage précoce) et la notion d'efficacité de l'action sont autant de raisons émises qui motivent à travailler en partenariat.

13. Des structures qui s'accordent également sur les leviers pour améliorer le partenariat dans la prise en charge de la personne en situation de précarité

Les leviers déclarés par les structures sont, par ordre d'importance, le développement :

- **D'échanges de pratiques : 97%**
- **De réseaux professionnels : 93%**
- **D'actions communes : 93%**
- **De formations entre professionnels quelque soit le champ d'intervention : 89%**
- D'aide méthodologique : 73%
- D'outils dématérialisés (sur le net) de mise en réseau : 44%

Les structures répondantes avaient la possibilité d'émettre un **autre levier. 10%** d'entre elles ont formulé une proposition de levier. Toutefois, toutes les réponses ne sont pas exploitables dans la mesure où elles ne correspondent pas forcément au libellé de la question (le partenariat). Exemple : la réponse proposée d'améliorer les taux de remboursement ne constitue pas un levier permettant d'améliorer le partenariat.

Il ressort des propositions de leviers proposés pour améliorer le partenariat les notions de **connaissance des autres professionnels, l'approche pluridisciplinaire et transversale** (émise en supra) **et la coordination et le maillage** (également émise en supra).

14. Des problématiques variées non abordées dans le questionnaire

Toutes les structures ont identifié une problématique. La moitié d'entre elles en ont identifiées deux.
Les principales problématiques soulevées portent sur :

- La thématique de l'accès aux droits est préoccupante pour 1/3 des structures. Cela comprend également la question du libre consentement aux soins en incluant sa dimension économique.

- Les thématiques de santé sont rappelées par 15% des répondants : en particulier sur la santé mentale et le psychisme en général loin devant les activités physiques et les addictions.

- La thématique portant sur la dotation financière des structures.

- La thématique portant sur l'accompagnement et le suivi de la personne, illustrée de dispositifs : médiateur, soutien à la parentalité.

- La thématique du partenariat, qu'il soit considéré comme important ou insuffisant est également abordé.

D'autres thèmes sont également abordés de façon moins fréquente :
- profil des populations (personnes âgées, personnes handicapées, hommes inactifs) ;
- repérage et diagnostic ;
- social et logement ;
- échanges des pratiques et efficience des interventions.

15. Un récapitulatif par type de structure

Une synthèse sous forme de tableau est présentée en annexe. Il s'agit d'une présentation des principales réponses de chaque type de structure sur les items suivants :
- Milieu d'intervention
- Age des publics précaires
- Difficultés d'accès aux droits et aux soins
- Problèmes de santé

Cette présentation ne permet toutefois pas d'identifier des spécificités des structures en fonction de l'item abordé.

16. Conclusions

Ainsi au regard de l'exploitation de l'enquête « précarité », sont mises en lumière, les principales problématiques de santé des personnes en situation de précarité (souffrances psychologiques et

addictions principalement) ainsi que les résistances à accéder à un meilleur état de santé (perception de la santé, renoncement aux soins, raisons économiques).

Se dessinent, à l'exploitation de l'enquête, trois axes majeurs :

- L'accès aux droits : des difficultés de cet ordre encore très présentes.
- L'accès aux soins : des difficultés aux raisons multiples et complexes.
- L'accès à la prévention, par la nécessité notamment de développer les compétences psychosociales.

Un enjeu transversal est largement présent dans ces trois axes majeurs : le partenariat. Ce dernier est existant sur le terrain, à l'analyse du questionnaire, mais il n'en demeure pas moins perfectible à la lecture des difficultés rencontrées et des leviers proposés.

Exploitation de la consultation "précarité" par type de structures

Type de structure	Milieu d'intervention	Age des publics précaires	Difficultés d'accès aux droits et aux soins	Problèmes de santé
structures sociales	urbain quartiers sensibles	17 - 25 ans 26 - 60 ans	renoncement aux soins pour des raisons psycho-sociales accompagnement insuffisant de la personne	souffrances psychologiques perception de la santé par la personne elle-même problèmes dentaires
structures médico-sociales	urbain quartiers sensibles	17 - 25 ans 26 - 60 ans plus de 60 ans	renoncement aux soins pour des raisons psycho-sociales renoncement aux soins pour des raisons économiques accompagnement insuffisant de la personne difficultés d'accès à la CMU et CMU-C difficultés d'accès chez les professionnels de santé difficultés de mobilité	souffrances psychologiques perception de la santé par la personne elle-même problèmes d'addictions problèmes dentaires problèmes psychiatriques difficultés d'observance du traitement médical
structures sanitaires	Urbain	26 - 60 ans	difficultés d'accès à la CMU et CMU-C difficultés d'accès à la prévention primaire renoncement aux soins pour des raisons psycho-sociales	souffrances psychologiques perception de la santé par la personne elle-même problèmes psychiatriques problèmes d'addictions difficultés d'observance du traitement médical
réseaux, fédérations, unions professionnelles	urbain rural	26 - 60 ans plus de 60 ans	renoncement aux soins pour des raisons économiques difficultés de mobilité	perception de la santé par la personne elle-même souffrances psychologiques difficultés d'observance du traitement médical problèmes de nutrition problèmes d'addictions
structures pour la jeunesse	Urbain	17 - 25 ans	difficultés d'accès à la CMU et CMU-C renoncement aux soins pour des raisons économiques difficultés d'accès aux professionnels libéraux et psychiatriques	problèmes d'addictions perception de la santé par la personne elle-même problèmes de nutrition souffrances psychologiques
structures du monde scolaire et universitaire	non exploité en raison d'un faible nombre de répondants			
structures spécialisées dans la prévention et promotion de la santé	urbain quartiers sensibles rural	17 - 25 ans 26 - 60 ans	renoncement aux soins pour des raisons économiques renoncement aux soins pour des raisons psycho-sociales difficultés de mobilité	problèmes d'addictions perception de la santé par la personne elle-même souffrances psychologiques problèmes dentaires
structures pour personnes sous main de justice	urbain quartiers sensibles rural	17 - 25 ans 26 - 60 ans	renoncement aux soins pour des raisons psycho-sociales difficultés d'accès à la CMU et CMU-C	souffrances psychologiques perception de la santé par la personne elle-même
structures sportives	quartiers sensibles rural	26 - 60 ans	renoncement aux soins pour des raisons économiques renoncement aux soins pour des raisons psycho-sociales difficultés de mobilité	problèmes d'addictions souffrances psychologiques perception de la santé par la personne elle-même
collectivités territoriales ou structures associées	quartiers sensibles rural	26 - 60 ans	difficultés d'accès à la CMU et RSA renoncement aux soins pour des raisons économiques accompagnement insuffisant de la personne	problèmes dentaires problèmes de nutrition problèmes en sexualité perception de la santé par la personne elle-même

Annexe 6 – Tableau récapitulatif des objectifs du PRAPS

AXES STRATEGIQUES	OBJECTIFS SPECIFIQUES AUX PUBLICS PRECAIRES	OBJECTIFS OPERATIONNELS
I Le repérage et le diagnostic des difficultés des personnes en situation de précarité en termes de santé.	I.1 Faciliter le repérage et promouvoir le diagnostic le plus en amont possible pour permettre un accès à la santé (droits - soins - prévention) adapté aux personnes en situation de précarité.	I.1.1 Mobiliser les structures de proximité généralistes d'une part et les structures d'accueil et de prise en charge des personnes en situation de précarité d'autre part, susceptibles de faire un repérage et un relais d'information pour l'ouverture des droits de publics cibles afin de garantir un meilleur accès aux droits.
		I.1.2 Promouvoir les outils d'aide au repérage et diagnostic pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.
II L'accompagnement des personnes en situation de précarité	II.1 Favoriser la capacité des personnes en situation de précarité à rechercher du soutien social et à prendre en compte leur santé, en développant les ressources et les compétences psycho-sociales.	II.1.1 Renforcer les ressources et compétences psycho-sociales des personnes en situation de précarité.
	II.2 Facilité l'accès à la santé (droits - soins - prévention) en développant l'accompagnement social, éducatif, psychique et physique des personnes en situation de précarité.	II.2.1 Accompagner les personnes en situation de précarité dans l'ouverture de leurs droits.
		II.2.2 Accompagner les personnes en situation de précarité et les orienter vers les dispositifs adéquats à leur situation (et en particulier de droit commun) et en assurer le suivi, pour développer les dispositifs d'accompagnement.
		II.2.3 Développer l'accessibilité géographique du système de santé par des réponses adaptées de proximité.
III La promotion des actions de proximité auprès des personnes en situation de précarité et le renforcement des dispositifs spécifiques.	III.1 Favoriser la démarche préventive des personnes en situation de précarité.	III.1.1 Promouvoir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées sur les milieux fréquentés par les personnes en situation de précarité, à tout âge de la vie et selon des approches informative et éducative.

		III.1.2 Garantir le suivi des bilans de santé destinés aux personnes en situation de précarité.
		III.1.3 Promouvoir les actions de dépistage auprès des personnes en situation de précarité en délivrant des messages adaptés de sensibilisation.
	III.2 Renforcer et optimiser les dispositifs spécifiques existants qui constituent les passerelles vers les dispositifs de droit commun.	III.2.1 Poursuivre le recensement des dispositifs passerelles et définir des orientations les concernant.
		III.2.2 Donner de la lisibilité aux objectifs des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des centres hospitaliers et en suivre leur exécution et des équipes mobiles psychiatrie précarité.
		III.2.3 Consolider les dispositifs spécifiques existants.
IV Le partenariat des acteurs de proximité et institutionnel.	IV.1 Optimiser la prise en charge des personnes en situation de précarité et fluidifier leur parcours.	IV.1.1 Favoriser une culture commune des professionnels autour des problématiques de la précarité, par le développement des échanges de pratiques et de fonctionnement.
		IV.1.2 Mettre en cohérence et en complémentarité les interventions pour une prise en charge unique et pluridisciplinaire des personnes en situation de précarité et encourager un travail de relais pour garantir une continuité dans le parcours de soins et d'insertion des personnes, en favorisant le maillage des acteurs.
		IV.1.3 Consolider et articuler les réseaux régionaux et de proximité, généralistes ou non.
	IV.2 Garantir une coordination des interventions institutionnelles autour de la problématique de la précarité sur des objectifs communs partagés.	IV.2.1 Renforcer l'articulation entre le PRAPS et les politiques de droit commun de l'ARS et de ses partenaires institutionnels sur le champ de la précarité.

Annexe 7 – Projet de fiche action type

Rappel de la problématique :	
Rappel de l'objectif général et de l'objectif opérationnel :	
INTITULE DE LA FICHE ACTION :	
Modalités de mise en œuvre :	Appel à projets Ou Actions relevant du comité de suivi PRAPS Ou Autre ?
Typologie d'actions attendues :	
Structures / acteurs concernés :	Promoteurs Ou Comité de suivi PRAPS Ou Référent précarité de l'ARS
Cible populationnelle et/ou géographique :	
Partenaires mobilisables :	
Attentes particulières : Diagnostic préalable exposant les besoins. Projet construit avec les bénéficiaires (structures et personnes) Partenariat avec les acteurs de terrain de proximité. Programmation territoriale et temporelle des interventions.	
Types d'indicateurs d'évaluation attendus :	Indicateurs quantitatifs Et Indicateurs qualitatifs