

**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ
2018 - 2022**

ars
● Agence Régionale de Santé
Île-de-France



**AMÉLIORONS
LA SANTÉ
DES FRANCILIENS**

Accompagnement
des plus démunis



PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS

SOMMAIRE

Introduction	2
Eléments de méthode et de suivi.....	3
Développer l'accompagnement personnalisé des personnes démunies éloignées du système de santé.....	5
Contexte/enjeux	5
Objectifs et interventions préconisées	9
Développer la médiation en santé.....	9
Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé.....	10
Développer les actions de « aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé	11
Favoriser et renforcer l'accès à la santé des personnes démunies	12
Contexte/enjeux	12
Objectifs et interventions préconisées	15
Repérer plus précocement les personnes en difficultés à accéder au système de santé et/ou à se maintenir dans un parcours de santé.....	15
Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels	16
Promouvoir la prise en charge médicale des publics démunis.....	17
Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé.....	18
Renforcer le rôle des PASS au sein des territoires	20
Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives. Veiller à la bonne application du droit.....	21
Inscrire les personnes dans un parcours de santé.....	22
Contexte/enjeux	22
Objectifs et interventions préconisées	25
Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux.....	25
Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé.....	27
Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies	28
Structurer et développer l'offre en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)	29
Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs	30
Renforcer l'intervention auprès des femmes sans « chez-soi »	31
Développer l'observation sur le non recours aux soins de santé	32

Mieux répondre aux problématiques de santé mentale et de troubles psychiques.....	33
Contexte/enjeux	33
Objectifs et interventions préconisées	36
Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires.....	36
Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie.....	37
Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (AHI),	38
Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille.....	39
Renforcer les réponses aux conduites addictives	40
Contexte/enjeux	40
Objectifs et interventions préconisées	41
Approfondir et promouvoir les pratiques de réduction des risques et des dommages (RDRD) dans les lieux tenus par les professionnels du secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI) ..	41
Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, et en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie.....	42
Améliorer l'orientation des personnes placées sous-main de justice ou sortantes de prison présentant des pratiques addictives.....	43
Mieux prendre en charge les personnes sans chez-soi en perte d'autonomie (vieillissantes ou en situation de handicap)	44
Contexte/enjeux	44
Objectifs et interventions préconisées	47
Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées »	47
Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance	48
Informers les acteurs sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.....	49
Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement sociales et de soin résidentiel, le temps d'une orientation adaptée.....	50
Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation	51
Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes	52
Contributeurs.....	53
Bibliographie	54
Glossaire.....	57



Introduction

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est dédié aux personnes en situation de grande pauvreté. Il a vocation à **renforcer l'accès aux soins et à la santé de ces publics au sein du système de santé de droit commun** et s'inscrit ainsi dans la politique de réduction des inégalités sociales de santé portée par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS Île-de-France). Il constitue un des volets de son Projet régional de santé (PRS).

Ce deuxième PRAPS depuis la création de l'Agence en 2010, privilégie une approche plus resserrée et opérationnelle permettant un meilleur suivi des préconisations sur les cinq prochaines années.

Il se situe néanmoins dans la continuité du PRAPS initial.

La corrélation entre la vulnérabilité sociale et l'état de santé dégradé reste forte, dans le contexte de pauvreté en aggravation et devant les difficultés des populations concernées à trouver des réponses appropriées en termes d'orientation et de construction de parcours de santé. De nombreux rapports et expertises en attestent¹.

Dans ce contexte, les modalités opératoires à mettre en œuvre sont complexes et confirment d'emblée la nécessité de poursuivre les travaux engagés sur :

- **l'accompagnement transversal, pluridisciplinaire et plurisectoriel des publics** les plus éloignés du système de santé,
- **les ponts à bâtir entre les professionnels** issus des trois secteurs d'intervention que sont le sanitaire (incluant la psychiatrie et le champ des addictions), le médico-social et le social,
- **la montée en compétence des acteurs** face à une pauvreté en aggravation,

C'est une orientation majeure rappelée dans ce nouveau PRAPS.

1. Cf. annexe 2 : Bibliographie



Eléments de méthode et de suivi

La construction de ce programme résulte d'un large processus de concertation, mené avec les différentes parties prenantes de la santé et du social² intervenant en direction des publics très démunis. Les travaux, conduits durant le printemps 2017, ont été structurés via des réunions plénières et des groupes de travail réunissant des partenaires de l'Agence³. Chaque groupe de travail a fait l'objet d'un copilotage interne et externe. Les travaux ont pris appui sur les éléments de synthèse apportés par le bilan du premier PRAPS⁴.

Dans sa forme, ce programme n'a pas été agencé à partir d'un abord populationnel traitant spécifiquement de tel ou type de public, comme les personnes en errance, les personnes migrantes ou les personnes sortantes de prison. Il est destiné à l'ensemble des populations les plus vulnérables quelle que soit leur situation administrative, de genre ou de vie.

Sa structuration comporte six axes, dont :

- Trois axes transversaux portant sur :
 - > L'accompagnement personnalisé
 - > L'accès à la santé
 - > Le parcours de santé
- Trois axes spécifiques traitant de :
 - > La santé mentale et les troubles psychiques
 - > Les conduites addictives
 - > La situation des personnes en perte d'autonomie

Par ailleurs il ne développe pas un certain nombre de sujets traités autre part, dans le cadre du PRS ou de plans/schémas spécifiques, comme le sujet de l'habitat indigne ou la santé des personnes placées en centres de détention.

Il ne cherche pas non plus l'exhaustivité. Sa logique procède de l'identification collective d'un certain nombre de thématiques pouvant se révéler structurantes pour l'action partenariale des prochaines années.

A un autre niveau, les travaux du PRAPS 2 s'articulent avec ceux de la future "stratégie de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes"⁵, elle-même inscrite dans la prolongation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (plan gouvernemental, mis en place en 2013, piloté sur la région par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et auquel l'Agence a apporté sa contribution en lien avec ses partenaires).

2. Cf. annexe 1 : liste des partenaires ayant participé aux groupes de travail

3. D'avril à juin 2017 : quatre groupes de travail se sont réunis de trois à quatre fois autour de la définition des enjeux, puis des objectifs opérationnels, ensuite validés lors des réunions plénières (4 au total), soit un total de 18 réunions. Entre les mois de juillet et décembre 2017, a été réalisé un travail de validation interne avec les partenaires institutionnels, en lien avec les travaux portant sur la Stratégie Nationale de Santé (SNS). De janvier à avril 2018, le document a été soumis à un processus de consultation auprès des instances de la démocratie sanitaire.

4. Cf. Bilan du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins 2013-2017, disponible sur le site de l'ARS

5. Et dont les grandes lignes concernent la prévention de la pauvreté (les situations susceptibles de faire basculer dans la pauvreté), le repérage et les actions d'accompagnement des personnes en difficulté, la lutte contre la grande pauvreté (notamment pour les familles monoparentales, qui concentrent environ le tiers des situations de pauvreté) et le renforcement de la gouvernance, afin de garantir l'efficacité du plan d'action.



Soulignons enfin que les approches développées ici, centrées sur la grande précarité, ne doivent pas occulter les besoins spécifiques identifiés au sein des territoires et/ou auprès de publics défavorisés. L'enjeu au niveau de l'Agence est aussi celui de la prévention des risques de basculement des populations pauvres (et parfois invisibles comme les personnes âgées résidant en logement diffus, etc.) vers l'exclusion. Mais c'est le sens même de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé portée par l'ensemble du PRS.

Gouvernance et suivi

La gouvernance et le suivi seront organisés, en continuité avec le dispositif mis en place au cours du programme précédent, avec :

- un Groupe régional partenarial de suivi associant les différentes parties prenantes, lequel se réunira au moins une fois par an en relation avec le réseau des référents PRAPS internes à l'Agence et des représentants des personnes accueillies et hébergées ;
- des Comités de suivi spécifiques aux programmes de mise en œuvre ;
- des dynamiques de travail propres à chaque Délégation Départementale (Dd) de l'Agence, afin de tenir compte des spécificités des territoires.

Il s'agit d'autant d'espaces de concertation et de mobilisation de mise en œuvre du programme, permettant de s'assurer de son adaptation territoriale.

Par ailleurs, un comité de pilotage resserré, associant des représentants de l'Assurance Maladie, de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) et de la DRJSCS aura la mission d'analyser régulièrement l'état d'avancement des mesures préconisées. Il se réunira autant que de besoin.

Le suivi de la mise en œuvre du programme est coordonné par la Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (DPSRI), en collaboration avec la Direction de la Stratégie (DS) et en lien avec les pilotes des actions. L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Île-de-France participe à l'identification des indicateurs de suivi et de résultats.



Développer l'accompagnement personnalisé des personnes démunies éloignées du système de santé

Contexte/enjeux

Précarité et pauvreté sont facteurs de mauvaise santé⁶. Pourtant le recours aux soins se révèle souvent tardif chez les personnes les plus démunies, en général à un état avancé dans la maladie. En cause, bien sûr, les obstacles financiers et la baisse de la démographie médicale, mais aussi les difficultés à s'orienter dans le système de santé, à se projeter dans l'avenir, à se dégager des préoccupations de survie du quotidien, à être à l'écoute des signes de souffrance de son corps, à exprimer des demandes, etc.

Pour ces raisons, il est important de mobiliser des outils d'accompagnement et des méthodes d'intervention tels que la médiation, l'interprétariat et le « aller-vers », qui sont présentés dès le début de ce document, car ils s'appliquent à l'ensemble des axes mis en avant au sein de ce deuxième PRAPS. Leurs concepts sont précisés ci-dessous.

Les principes de la médiation et de l'interprétariat sont reconnus dans la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016 (art. L1110 - 13). Ils permettent d'aider les patients à mieux comprendre et utiliser le système de santé. Des référentiels ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2017, portant sur les compétences, la formation et les bonnes pratiques des acteurs, ainsi que sur leur place dans le parcours de soins des personnes concernées⁷.

Pour l'ARS et l'ensemble des acteurs du système de santé, la nécessité d'un recours renforcé à ces outils et ces méthodes s'impose aujourd'hui, par le biais d'une meilleure appréhension des ressources existantes, de leur promotion et de leur développement au sein de la région.

La médiation en santé

La médiation s'appuie sur l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'informations, éclaircir ou rétablir des relations avec le système de santé.

Le médiateur est donc un tiers facilitateur, neutre et indépendant. Il intervient en apportant de l'information sur l'accès aux soins, en accompagnant individuellement les personnes dans leur parcours de santé, en les soutenant dans leurs démarches administratives, en proposant des actions d'approches communautaires sur les questions de santé (comme au sein des bidonvilles). Il peut aussi intervenir dans la résolution des conflits en cas de relation tendue avec un professionnel du soin ou du social, ou face à certaines représentations du soin et de la maladie. Mais l'essence même de son action est d'aider la personne à devenir plus autonome dans son parcours de santé.

6. Aiach P. Les inégalités sociales de santé. Écrits. Paris : Economica, Sociologiques 2010. p. 43 - 77.

7. La place de l'interprétariat et de la médiation ont fait l'objet de rapports (références ci-dessous) afin d'améliorer les bonnes pratiques dans le cadre du soin.

- Projet Européen T-SHARE (novembre 2009-octobre 2011) www.tshare.eu
Améliorer les modèles européens de la santé et des systèmes de soins afin de les rendre plus accueillants pour les migrants,
Améliorer les relations entre les professionnels de la santé et du soin, les médiateurs culturels et les communautés immigrées,
Valoriser les différentes visions, approches, connaissances ou compétences propres aux cultures des migrants.

- Projet Européen AMAC (2010), sous l'égide de l'OIM
http://ec.europa.eu/health/newsletter/105/focus_newsletter_fr.htm
Rapport d'expertise (2010) concernant la formation des professionnels de la santé mentale et du social à travers l'Europe sur des problématiques culturelles.



Deux principes directeurs guident cette action : le « aller-vers » (au sens de déplacement dans les lieux fréquentés par les personnes démunies et/ou par les intervenants) et le « faire avec » les personnes ciblées (et non pas à leur place).

Différents termes sont utilisés : médiation en santé, médiation sanitaire, médiation communautaire, médiation interculturelle en santé, médiation en santé publique, etc. Ils sont considérés comme proches par la HAS, du moment qu'il s'agit de faire le lien entre les personnes éloignées de la prévention et des soins d'une part et les acteurs du système de santé d'autre part⁸. **Il est convenu ici, en lien avec le plus grand nombre de partenaires, d'utiliser les termes de médiation en santé**, employés par le référentiel HAS produit en octobre 2017. Cela permet de distinguer cette forme de médiation d'autres formes plus institutionnelles pouvant exister au sein du système de santé, avec les médiateurs médicaux ou paramédicaux intervenant en cas de plaintes ou de réclamations.

Il n'en demeure pas moins que certains acteurs franciliens ont souhaité faire valoir l'intérêt qu'il y aurait à privilégier aussi les termes de « médiation sociale dans le domaine de la santé », partant du principe que toutes les approches concourent au même objet : celui de l'amélioration du lien social. L'enjeu est ici, à travers cette dénomination plus générale, celui de la reconnaissance même du métier de médiateur social, ce qui n'est pas encore le cas.

Les concepts de médiateur pair, d'expert usager ou d'adulte-relai font appel à la notion d'entraide entre personnes ayant des expériences de vie proches. C'est le cas d'anciens patients, ou patients stabilisés, intervenant auprès de personnes souffrant de la même problématique de santé. Ces terminologies s'inscrivent pareillement dans le cadre de la médiation sociale dans le domaine de la santé. Cette entraide s'exprime à travers le partage du vécu (notamment dans le parcours de rétablissement) et le partage de l'expérience. Elle passe aussi par le soutien relationnel et le conseil dans les démarches d'accès aux droits⁹, comme pour tout autre médiateur.

La région Île-de-France compte un certain nombre d'opérateurs déjà impliqués dans le domaine de la médiation, dont certains dans le cadre d'un programme inter-associatif national de médiation sanitaire, lui-même inscrit dans le plan national pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.¹⁰

L'interprétariat

L'accompagnement des personnes allophones peut nécessiter le recours à un interprète.

L'interprétariat professionnel a des règles de fonctionnement, de formation (compétences sémantiques et conceptuelles), d'éthique et de déontologie (neutralité, objectivité, secret professionnel). L'interprète ne doit pas être simplement une personne parfaitement bilingue, mais un professionnel formé à l'écoute et en capacité à rester dans une attitude de profonde neutralité, tout en garantissant le respect de la confidentialité. Il participe au libre choix et à l'autonomie des personnes dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé. Il limite les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois à certaines représentations culturelles du soin et de la maladie.

8. Référentiel HAS médiation en santé – octobre 2017 :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve.pdf

9. En savoir plus sur <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale>

10. Le Programme national de médiation sanitaire fait suite à un programme expérimental, élaboré sur la base du constat d'un état de santé très préoccupant des populations roms migrantes vivant en squats ou en bidonville. Il consiste à développer des actions de médiation pour favoriser l'accès à la santé des populations en situation de précarité, par leur intégration dans le système de santé de droit commun, mais aussi à améliorer les connaissances des acteurs de santé vis-à-vis de ces personnes. Le programme est coordonné au niveau national par l'AŞAV - association pour l'accueil des voyageurs - qui assure notamment le suivi et l'évaluation des actions, l'appui et la mise en réseau des associations locales et la formation initiale et continue des médiateurs.

Suite aux résultats positifs de l'évaluation du programme, la promotion de la médiation sanitaire en direction des Gens du voyage a été incluse.



Sa présence dès l'accueil dans les structures médicales et sociales permet d'établir un premier niveau de communication favorisant la relation soignant-soigné.

Il est possible de faire appel à des compétences linguistiques internes aux équipes soignantes, aux partenaires, et/ou d'utiliser un logiciel de traduction, voire d'autres outils comme des livrets santé bilingues, etc. Mais dans certaines situations particulières ou complexes, comme en cas de psycho-traumatisme ou de consultation d'annonce, l'intervention d'un interprète professionnel en direct reste nécessaire.

De son côté, l'interprétariat réalisé par un proche se révèle parfois délicat et insatisfaisant pour aborder les questions de santé. Il s'agit d'être très attentif à la place laissée à cette aide et de s'assurer de la neutralité bienveillante du traducteur.

Enfin, il n'existe pas de service public de l'interprétariat en France. La question du financement de cette prestation reste à définir : son coût grève une partie du budget des opérateurs dans un contexte de besoins croissants, notamment à cause de l'arrivée constante de personnes migrantes en Île-de-France.

Les interventions au plus proche des publics (le « aller-vers » en santé)

Le concept de « aller-vers » désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé.¹¹ L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, puis de les informer, de les aider à exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accès aux droits et aux prestations de droit commun enfin de les accompagner et les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

La rue représente un espace privilégié pour de telles approches.

Mais les lieux d'intervention sociale comme les accueils de jour, les endroits de distribution alimentaire ou les structures d'hébergement peuvent aussi être investis.

Toutes les actions se réclamant d'une démarche de « aller vers » ne nécessitent pas pour autant un déplacement physique des intervenants. Elles peuvent se déployer virtuellement, par téléphone, par mail, voire par internet, dans certains contextes et auprès de certaines populations non visibles dans l'espace public (par le biais de forum ou de tchat spécialisés par exemple autour de la prostitution). Le déplacement peut aussi être symbolique, en travaillant à la réduction de la distance pouvant exister entre les codes du public cible et ceux des intervenants (à travers la pratique du non-jugement, le recrutement de personnel pair, l'adaptation des horaires d'ouverture, etc.). L'« aller-vers » symbolique relève d'un travail interne aux équipes visant une meilleure accessibilité et attractivité de leurs interventions.

Que le déplacement soit physique, symbolique ou virtuel, l'absence de demande de la personne ciblée et l'intervention hors les murs amènent les professionnels à faire évoluer leur position et à adapter leurs actions.

Dans le champ du « aller-vers », on identifie ainsi différentes formes d'intervention qui appellent à mieux comprendre les pratiques structurantes communes, comme :

- les maraudes sociales,
- les maraudes médicalisées,
- les équipes mobiles sanitaires (telles que l'équipe mobile tuberculose, ou les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP),
- les équipes mobiles de réduction des risques (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues [CAARUD], associations intervenant dans les lieux de prostitution, etc.),

11. [Addiction Méditerranée, 2015](#); [McCluskey, 2016](#); [Pichon, Franguiadakis, & Laval, 2000](#); [Roy, Otis, Vallancourt, & Côté, 2013](#).



- les permanences délocalisées d'orientation médicale ou proposant des actions de prévention, de sensibilisation et de réduction des risques et des dommages (RDRD), avec repérage et orientation vers les structures spécialisées de type CAARUD et CSAPA (comme des permanences ou consultations avancées de CSAPA au sein des structures sociales d'accueil et d'hébergement),
- des permanences d'accès aux droits et au dépistage de maladies infectieuses et de facteurs de risques cardio-vasculaires organisées par l'Assurance maladie à l'intérieur de structures d'accueil de publics vulnérables,
- le recours à des volontaires du service civique, dans certains établissements hospitaliers.



Objectifs et interventions préconisées

Développer la médiation en santé

- Réaliser un **état des ressources en médiation en santé** sur la région, conduisant à des préconisations et des recommandations.
- **S'assurer de la disponibilité d'un service en médiation en santé** auprès des personnes en errance, à la rue, dans les campements, dans les services d'urgence, dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), dans les maternités et plus largement s'assurer d'une couverture d'offre de service de médiation dans chacun des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Et **promouvoir les démarches d'auto-évaluation accompagnées**.
- **Soutenir les approches de médiateurs-pairs et d'usagers experts**¹² dans les champs de la santé mentale, des conduites addictives, etc., en qualité d'experts du quotidien (en se préoccupant de la valorisation des acquis de leur expérience pour leur compétence en médiation).
- Soutenir le réseau des acteurs dans la **reconnaissance d'un statut de médiateur(trice) social(e)** (avec les exigences de qualification en regard).
- **Soutenir la formation en santé des médiateurs sociaux**, en lien avec le plan régional de professionnalisation des adultes relais, sous l'égide de la DRJSCS et de la Fédération régionale des associations de médiation sociale et culturelle.

Acteurs

(du développement de la médiation)

Pilote : ARS

Copilotes : DRJSCS

Partenaires : Opérateurs sanitaires et sociaux, opérateurs de la médiation

Calendrier

Etat des lieux continu lancé en 2018

Renfort de la présence : dès 2018

Territoire(s)

Région

Avec une attention spécifique sur les bidonvilles, les territoires en politique de la ville, les villes en contrat local de santé (CLS).

Suivi-évaluation

(indicateurs)

- Réalisation d'un état des lieux des ressources et des besoins en médiation en santé et médiation par des pairs (T0).
- Etat annuel du nombre de médiateurs « sociaux » et de médiateurs pairs intervenant dans le domaine de la santé identifiés en Île-de-France.
- Etat de la progression de l'offre de service de médiation (en interne ou par conventionnement) au sein des GHT, au niveau des services d'urgence, des PASS et des maternités.
- Rapports d'auto-évaluation des opérateurs, comportant une analyse de la plus-value dans l'accès aux soins et l'autonomisation des publics bénéficiant de la médiation
- Mise en place d'un programme coordonné au niveau régional, de formation en santé des adultes relais (DRJSCS/ARS). Construction d'un contenu de formation. Nombre de personnes formées.
- Etat des actions concertées auprès du ministère pour la reconnaissance du statut de médiateur « social » en lien avec les acteurs concernés.

¹² <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-regions/hauts-de-france/article/l-usager-expert-acteur-de-l-amelioration-des-pratiques-professionnelles>



Développer l'accès à l'interprétariat professionnel dans les services de santé

- **Mettre en place une organisation régionale visant à faciliter le recours à l'interprétariat « professionnel » dans le domaine de la santé**, en lien avec les réseaux existants : identification des intervenants et des supports de traduction mobilisables (avec certification des compétences), mutualisation et renégociation de contrats à l'échelle régionale, mises en lien avec les organismes de formation ou les universités formant des étudiants en langues rares, recherche de modalités de soutenabilité financière, mise en place d'une plate-forme régionale d'appui et d'accès libre, capitalisation des expériences, soutien aux actions de formation croisée entre interprètes professionnels et soignants, etc.
- **Renforcer l'accès à l'interprétariat au sein de chaque GHT, en individualisant une personne référente sur « l'interprétariat professionnel »** à l'échelle de chaque GHT (et qui sera plus particulièrement chargée d'organiser et de soutenir les pratiques collaboratives entre soignants et interprètes).
- **En lien avec la DRJSCS, favoriser l'acquisition de la maîtrise du français** et renforcer l'intégration de la thématique santé au sein des ateliers sociolinguistiques.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRJSCS

Partenaires : Opérateurs en santé, structures spécialisées en interprétariat, OFII

Calendrier

Organisation d'une journée d'échange régionale en 2019

Plateforme opérationnelle en 2020/2021

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

- Accessibilité d'un contenu d'information inscrit sur le site de l'Agence et portant sur l'offre disponible en interprétariat dans la région.
- Evolution du % annuel des GHT ayant positionné une personne référente sur l'interprétariat professionnel.
- Evolution du % d'établissements publics de santé ayant passé une convention claire et reconnue avec un organisme d'interprétariat professionnel.
- Etat de la création d'une plate-forme téléphonique régionale en libre accès.
- Etat de la mutualisation à l'échelle régionale des contrats passés avec les organismes d'interprétariat (renégociations de tarifs préférentiels).
- Etudes permettant de mieux appréhender les connaissances et attitudes des médecins vis-à-vis des différentes modalités d'interprétariat (en PASS, à l'AP-HP)
- Identification des bonnes pratiques en matière de moyens de communication visant la bonne compréhension et l'accessibilité aux services de santé.



Développer les actions de « aller-vers » auprès des populations les plus éloignées du système de santé

- Mettre en place **une plateforme ressources régionale des actions de « aller-vers » en santé** visant à appuyer la coordination, la couverture et le suivi des interventions
 - Organisation d'une **coordination interinstitutionnelle (ARS-DRIHL-DDCS) à l'échelle régionale, et infra-territoriale** ;
 - Elaboration de **recommandations de bonnes pratiques des interventions de aller-vers** avec un lexique commun et un cahier régional de bonnes pratiques (modalités opératoires, indicateurs et outils de suivi) ;
 - **Identification des éléments de planification des interventions selon les publics visés et les besoins des territoires.**
- **Renforcer la couverture territoriale des maraudes mixtes « santé/social »**
 - Développement des approches de « aller-vers » pluridisciplinaires et/ou à travers des coopérations renforcées entre les acteurs des différents champs (social, somatique, santé mentale, addictions, adultes et enfants - à l'exemple de maraudes communes sociales/CAARUD et CAARUD/EMPP), en direction notamment des personnes résidant dans les bidonvilles, des femmes en période périnatale et/ou accompagnées de jeunes enfants hébergées à l'hôtel, des femmes isolées, des jeunes en errance, des personnes malades chroniques et/ou en perte d'autonomie.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL (et UD-DRIHL ou DDCS dans les départements)

Partenaires : Structures associatives, acteurs du système de santé

Calendrier

État des lieux 2018

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

Indicateurs intermédiaires : état du recensement des ressources et des coordinations existantes, typologie des actions, état des besoins des publics cibles.

Indicateurs de résultat :

- Proposition de schéma d'organisation à l'échelle des territoires avec éléments de planification des interventions et calendrier de déploiement.
- État de la progression du nombre de maraudes conjointes sociales et sanitaires en lien avec les CAARUD, CSAPA et EMPP.
- Référentiel opposable des actions de « aller-vers »



Favoriser et renforcer l'accès à la santé des personnes démunies

Contexte/enjeux

L'Île-de-France est un territoire particulièrement hétérogène où se cristallisent inégalités, difficultés sociales et exclusions.

Les données disponibles produites par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indiquent qu'en 2014, 15,6 % des Franciliens disposaient de moins de 1008 euros par mois par unité de consommation, vs 14,1% au niveau national.

Selon le même organisme, en 2016, 13,9 % de la population française vivait sous le seuil de pauvreté, soit près de 9 millions de personnes, parmi lesquelles **un enfant sur cinq**.

Le taux de pauvreté a augmenté de 54% entre 2004 et 2013.

Près d'un Francilien sur six est pauvre¹³, mais cette pauvreté n'est pas répartie de manière homogène au sein de l'Île-de-France et s'est intensifiée dans les territoires déjà les plus exposés. Elle est prégnante au nord de Paris, particulièrement dans la partie ouest de la Seine-Saint-Denis, dans certaines zones à l'ouest du Val-de-Marne, ainsi que dans quelques territoires de grande couronne, comme à Évry dans l'Essonne ou encore Pontoise dans le Val-d'Oise. Dans certains quartiers, notamment ceux de la politique de la ville (QPV), le taux de pauvreté atteint jusqu'à 60 %. En Seine-Saint-Denis, par exemple, près de trois habitants sur dix sont pauvres.

Un sujet majeur : celui de la grande pauvreté dans la région¹⁴

Selon l'INSEE, la grande pauvreté a progressé de 0.5 points sur la totalité de la population de la région entre 2007 et 2011 (de 2,8 % à 3,3 %), pour se chiffrer à près de 400 000 personnes en 2011.

Fin 2017, le nombre de personnes hébergées chaque jour en Île-de-France par l'État dans le cadre de son dispositif d'hébergement et de logement adapté est de plus de 100 000 personnes. Le nombre de places d'hébergement a augmenté de 10 % en un an, de 28 % en deux ans et de près de 50 % en trois ans¹⁵.

En dépit de ce renforcement des capacités d'hébergement et afin de mettre à l'abri au quotidien les publics les plus vulnérables, notamment les familles avec enfants, l'État a dû ces dernières années avoir de plus en plus recours à l'hébergement à l'hôtel : le nombre de nuitées hôtelières quotidiennes atteint aujourd'hui le chiffre de 39 000.

La population hébergée à l'hôtel est presque exclusivement composée de familles (pour 95 %) et de personnes jeunes (50 % sont mineures)¹⁶

Au 31 décembre 2017, l'Île-de-France comptait 113 campements et bidonvilles où résidaient près de 5 400 personnes.¹⁷

13. INSEE analyse, N° 67, décembre 2017.

14. On qualifie de personnes en situation de grande pauvreté celles qui ne disposent que d'un revenu inférieur à 40 % du revenu médian en France.

15. Sources DRIHL

16. Source : DRIHL - Enquête flash sur le profil du public hébergé dans le dispositif hôtelier dans la nuit du 06 au 07 mai 2015.

17. Données Préfecture d'Île-de-France. Novembre 2017.



Alors que la domiciliation administrative représente un enjeu fort pour les personnes sans domicile stable (en restant un préalable à toute ouverture de droit), les capacités de domiciliation de certaines structures domiciliaires sont aujourd'hui saturées, notamment sur les territoires où l'offre est la plus concentrée (en Île-de-France, au 31 décembre 2015, 127 112 attestations de domicile étaient en cours de validité).¹⁸

Enfin, près de 8 familles sur 10, dont 2 enfants sur 3, hébergés à l'hôtel, souffrent d'insécurité alimentaire.¹⁹

Une région fortement impactée par l'arrivée des migrants et des réfugiés

Depuis 2015, l'afflux massif de personnes fuyant l'instabilité politique, les crises économiques et les conflits que connaissent certains pays a conduit à une trentaine d'opérations de mise à l'abri et à l'ouverture de près de 10 000 places d'hébergement dédié réparties dans 90 centres en Île-de-France.

L'ouverture en novembre 2016 d'un centre de premier accueil (CPA), financé par l'État et la Ville de Paris, situé à la porte de La Chapelle et où sont accueillis les hommes isolés, ainsi que celle par la suite d'un centre d'hébergement d'urgence (CHU) Familles, situé à Ivry, ont permis de réduire le nombre d'opérations de mise à l'abri. Depuis fin 2017, l'ouverture de centres d'accueil et d'évaluation des situations administratives (CAES) dans plusieurs départements permettra de proposer aux personnes migrantes un hébergement, accompagné d'une évaluation de leur situation administrative et d'une réorientation vers un dispositif adapté à l'hébergement des demandeurs d'asile ou des réfugiés.

Depuis le mois de juin 2015, ce sont environ 50 000 propositions d'hébergement qui ont été faites en Île-de-France : 30 000 suite à des opérations de mise à l'abri, 19 000 personnes accueillies au CPA de Paris et 1000 personnes dans les CAES franciliens.

Les constats partagés avec les opérateurs sont les suivants :

- la persistance de difficultés récurrentes d'accès aux droits à la santé, notamment pour les personnes migrantes nouvellement arrivées ;
- la présence de nombreuses situations de renoncement aux soins (notamment pour l'accès aux soins bucco-dentaires, ophtalmologiques, gynécologiques ou psychiatriques), pour des raisons à la fois d'ordre économique, de méconnaissance voire de défiance vis-à-vis du système de soins, de raréfaction de l'offre accessible²⁰, de longueur de délais d'attente, etc. ;
- des situations individuelles médicales et sociales complexes avec des facteurs cumulatifs de vulnérabilité nécessitant une mobilisation d'acteurs au sein d'une approche pluridisciplinaire et plurisectorielle ;
- l'insuffisance d'information des professionnels de santé sur les dispositifs et les acteurs ressources/sociaux de proximité, freinant leur mobilisation ;
- la nécessité d'engager des modalités d'action de type « aller-vers » auprès des personnes démunies pour qui la santé n'est pas la priorité.

Les enjeux sont les suivants :

- mieux caractériser les causes du non accès aux droits à la santé, en particulier celles dues à la complexité des dispositifs ;
- renforcer le repérage précoce des situations à risque élevé de renoncement aux soins ;
- rendre davantage lisibles les droits et les ressources de proximité mobilisables pour en renforcer l'accessibilité ;

18. Source : DRIHL : Enquête SOLEN données 2015.

19. Enquête ENFAMS menée par l'Observatoire du Samu-Social de Paris auprès de 801 enfants et familles sans logement en Île-de-France, publiée en octobre 2014.

20. Un sujet traité plus largement dans le cadre du PRS.



- mieux sensibiliser les acteurs de terrain et les intervenants de première ligne, médicaux, éducatifs, sociaux, etc. aux besoins de santé et aux difficultés rencontrées par les personnes démunies pour les impliquer davantage dans la prise en charge et l'accompagnement des publics ;
- veiller à l'effectivité des réponses apportées par le système de santé (en termes notamment de gestion concertée, de délais de prise en charge) à travers une large coordination entre partenaires. Renforcer l'efficacité des prises en charge.



Objectifs et interventions préconisées

Repérer plus précocement les personnes en difficultés à accéder au système de santé et/ou à se maintenir dans un parcours de santé

- **Systématiser le repérage précoce dans les lieux d'accueil** et accompagner les personnes qui en ont besoin
 - > dans les structures de santé telles que les urgences médicales (SAU), les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), les maternités, ou dans le cadre des interventions des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), au moment des sorties d'hospitalisation, CeGIDD, CLAT,
 - > dans les structures à vocation solidaire comme les lieux de distribution alimentaire, les vestiaires, les associations de quartier, dans le cadre des maraudes bénévoles,
 - > au sein des structures médico-sociales.
- Identifier et mettre à disposition des **outils validés de repérage, utilisables au quotidien**, permettant de déceler les besoins de santé, les difficultés d'accès au système de santé, voire les renoncements aux soins. **Promouvoir l'analyse partagée à l'échelle locale des données d'observation.**

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : DRIHL, CPAM
Partenaires : opérateurs locaux

Calendrier

2018 - 2023

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de programmes territorialisés de repérage précoce organisé au sein des SAU, maternités, centres de santé, lieux de distribution alimentaire, CeGIDD, CLAT.
- Nombre de personnes repérées qui ont bénéficié par la suite d'une évaluation socio-sanitaire.
- Etat de l'évolution des modes d'adressage aux PASS et aux réseaux Précarité/accès aux soins.



Renforcer l'information en santé à destination des publics et des professionnels

- **Renforcer l'information et la formation des acteurs de première ligne** (agents d'accueil, éducateurs, travailleurs sociaux, associations de quartier, adultes relais, pairs, intervenants au sein de structures de dépistage, etc.) sur les questions du repérage et des modalités d'orientation des situations problématiques de santé et/ou d'ouverture de droit ainsi que sur les possibilités locales d'actions d'éducation à la santé et de prévention.
- **Identifier ou créer des contenus d'information permettant de mieux se repérer dans le système de santé francilien**, en lien avec Santé Publique France, sante.fr, l'Assurance Maladie et en concertation avec les personnes accueillies (infos pratiques, plaquettes imagées, annuaires santé en ligne, outil GPS, etc.).
- **Investir et diversifier les canaux de communication** : lieux de grand passage (bornes interactives au sein des gares, etc.), lieux de soins, lieux de distribution alimentaire, structures d'hébergement et d'accueil de jour, etc., mais aussi les réseaux sociaux.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : CPAM

Partenaires : DRIHL, FAS, DDCS, Ordres professionnels, Santé publique France, etc.

Calendrier

2018-2023

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de consultations en ligne de contenus d'informations adaptées placés sur le site de l'Agence, (cartographie des PASS, guide santé-hébergement, etc.) en lien avec sante.fr
- Nombre de sites de distribution alimentaire, de CHU, de CHRS, de lieux d'accueil de jour ayant organisé la diffusion de contenus d'information en santé. Nombre de personnes ayant bénéficié d'informations adaptées en santé.
- Evolution des pratiques d'orientation vers le système de santé au sein des structures AHI



Promouvoir la prise en charge médicale des publics démunis

- **Mieux faire connaître aux professionnels de santé les dispositifs ressources** de lutte contre le renoncement aux soins :
 - Actualiser et diffuser plus largement le « guide social du médecin ».
 - Communiquer sur les dispositifs portés par l'Assurance Maladie comme la Ligne Urgence Précarité (LUP), la Plateforme de gestion des renoncements aux soins : Plateforme départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS), le Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures (PLANIR).
- Développer les **collaborations entre les acteurs du territoire afin d'éviter l'isolement professionnel du médecin traitant** : inciter les médecins généralistes (MG) à collaborer avec les dispositifs de concertation et d'appui locaux, comme les réseaux de santé locaux, les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), etc.
- Soutenir les expérimentations visant à renforcer, au sein des cabinets de médecins de ville, l'accès à des **ressources en médiation en santé, en interprétariat et en accompagnement social** (tels les projets dits de « microstructures » développés dans le 93).
- Faciliter la **recherche de médecin traitant** : par la mobilisation des réseaux de santé et des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), par l'incitation à passer des conventions entre les structures AHI (Accueil hébergement insertion) et les centres de santé de proximité, ainsi qu'à construire des liens avec les PASS, etc. ; soutenir la mise en place d'un **volet accès aux soins clairement identifié au sein des PTA**.
- Développer les **stages d'externat et d'internat de médecine ainsi que les possibilités de service sanitaire des étudiants des métiers sanitaires** dans les services d'accueil de populations démunies (structures de soin résidentiel, PASS, équipes mobiles en santé) pour sensibiliser les futurs professionnels aux problématiques de la grande précarité.
- Veiller à rendre possible l'accès aux **équipements d'hygiène corporelle** à proximité des lieux de soins, afin de faciliter le travail des soignants, que ce soit dans les lieux d'accueil temporaire (accueil de jour) ou dans les quartiers (bains-douches).

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes :
Partenaires : FNCS (instance régionale),
FEMASIF

Calendrier

2018-2023

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de PTA dotées d'un volet accès aux soins.
- Nombre d'universités de médecine ayant mis en place des stages d'externat et/ou d'internat, de services sanitaires au sein de services d'accueil de publics démunis (PASS notamment).
- Analyse de l'évolution des difficultés rencontrées par les professionnels



Renforcer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé

- Promouvoir et développer les **démarches de prévention** : à travers la vaccination, la mise à disposition d'outils de RDRD comme le matériel de prévention et de réduction des risques infectieux (les préservatifs ou les tests de dépistage rapide du VIH/TROD), l'accès aux examens de dépistage des cancers et des infections sexuellement transmissibles (IST), de la tuberculose, etc., notamment dans le cadre des démarches de « aller-vers » et dans les contextes de violences sexuelles, tout en tenant compte des situations et des besoins de santé des personnes rencontrées.
- Faciliter l'accès aux **bilans de santé** : étendre le protocole des bilans infirmiers d'orientation, initialement destinés aux personnes migrantes d'arrivée récente, aux autres catégories de personnes accueillies en structures d'hébergement d'urgence ; rechercher des solutions pérennes permettant l'accès des bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME) aux bilans de santé réalisés en centres d'examen de santé, etc.
- Développer et renforcer les **actions de promotion de la santé**, et en visant en particulier :
 - > la sécurité alimentaire²¹ (avec par exemple l'information sur les lieux de distribution alimentaire, des ateliers sur « comment cuisiner dans une chambre d'hôtel » ou sur « comment équilibrer un repas avec des ressources financières très limitées », etc.) ;
 - > l'hygiène (avec l'accès aux WC, aux bains-douches, aux produits d'hygiène corporelle, etc.) ;
 - > l'estime de soi et l'empowerment (par le biais de lieux de socialisation, de groupes de parole, d'approches communautaires, etc.) ;
 - > ainsi que, pour les personnes en parcours d'insertion, et en tenant compte de leurs besoins spécifiques : la réduction du tabagisme, de la consommation d'alcool, la santé sexuelle, la lutte contre la sédentarité, etc.

21. « La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, la possibilité physique, sociale et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ». Comité de la Sécurité Alimentaire Mondiale, S'entendre sur la terminologie, CSA, 39e session, 15-20 octobre 2012, 17 p.



Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : Plateforme régionale de ressources en promotion de la santé - CPAM

Partenaires : opérateurs du secteur AHI, structures de gestion de dépistage des cancers, CeGIDD, CLAT, centres de vaccination et autres opérateurs en santé, Santé publique France.

Calendrier

2018-2023

Territoire(s)

Région

(en particulier Seine-Saint-Denis)

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Etat de la mise en place d'un outil commun à l'ensemble des opérateurs de « aller-vers » de recueil d'informations harmonisées de leurs démarches de prévention (vaccinations, TROD, etc.).
- Nombre d'actes de prévention effectués et de matériel de réduction des risques distribué dans le cadre des interventions de « aller-vers » financés par l'Agence (vaccinations au sein des bidonvilles, etc.).
- Nombre de programmes de promotion de la santé mis en place avec le soutien financier de l'Agence, notamment autour des questions de sécurité alimentaire. Nombre de bénéficiaires.
- Etat de la coordination engagée entre partenaires concernés par les dispositifs de bilans de santé.
- Nombre de personnes accueillies en structures d'hébergement d'urgence ayant pu bénéficier d'un bilan infirmier d'orientation.
- Pourcentage de publics en grande vulnérabilité sociale parmi les publics bénéficiaires d'un bilan de santé au sein des centres d'examen de santé.
- Existence de dispositions dérogatoires pour des personnes bénéficiaires de l'AME nécessitant un bilan de santé globale, dans des conditions particulières à définir. Nombre de personnes en AME ayant pu bénéficier d'un bilan de santé dans le cadre des centres d'examen de santé.
- Inventaire des bonnes pratiques répondant à des critères prédéfinis.
- Appréciation de l'efficacité des mesures proposées notamment dans le champ de la sécurité alimentaire.



Renforcer le rôle des PASS au sein des territoires

- **Déployer**, prioritairement sur la petite et la grande couronne, le dispositif de PASS ambulatoires (dites aussi « PASS de proximité »), facilitant le lien avec la médecine de ville.
- **Renforcer la visibilité de l'action de l'ensemble des PASS hospitalières et ambulatoires** : faire mieux reconnaître l'activité des PASS hospitalières au sein des établissements de santé (à travers leur inscription dans le projet médical et/ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens [CPOM] de l'établissement, le rattachement à une unité fonctionnelle dédiée, la mise en place d'un plan de communication/sensibilisation interne, etc.) ; **conduire des investigations d'audit et d'évaluation médico-économique** en lien avec des unités de recherches et d'études.
- Généraliser les **consultations de médecine générale** au niveau des PASS hospitalières à vocation généraliste. Conduire une expérimentation sur le **rôle transitoire de médecin traitant que certaines PASS hospitalières peuvent être amenées à jouer** (à titre subsidiaire, le temps d'une stabilisation de la situation du patient sur son hébergement, ses droits sociaux, etc.).
- **Renforcer les PASS bucco-dentaires et ophtalmologiques** (soins, dispositifs d'optique, prothèses dentaires) sur les secteurs en besoin et particulièrement à destination des enfants.
- **Intégrer davantage les PASS dans les dynamiques territoriales traitant des questions de pauvreté** : collaboration avec les PTA, contribution à des journées départementales, etc.

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes :
Partenaires : équipes PASS – PTA

Calendrier

2018-2023
Journées annuelles départementales et régionale PASS dès 2018

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs) Résultats attendus

- % de PASS généralistes hospitalières ayant mis en place des vacations hebdomadaires de médecine générale.
- Etat du plan de développement des PASS ambulatoires.
- Nombre de PASS hospitalières bénéficiant de leur propre unité fonctionnelle.
- Nombre de projets médicaux associant les équipes PASS et portés par les GHT.
- Nombre de journées annuelles départementales et régionales, ainsi que le nombre de comités et/ou instances de pilotage pluri-partenariaux impliquant les équipes PASS.
- Articulation des PASS avec les différents programmes territoriaux
- Etat des études/audit/recherche réalisés au sein des PASS



Rechercher la simplification et l'harmonisation des démarches administratives & veiller à la bonne application du droit

- Envisager la **création d'une instance régionale d'analyse partagée des pratiques** d'ouverture des droits à l'assurance maladie. Poursuivre les actions visant la simplification des démarches administratives.
- **Assurer une veille sur le refus de soins médicaux et paramédicaux** (à partir des recours effectués par les particuliers et des signalements remontés par les professionnels sociaux), en lien avec les dispositifs existants ou prévus par la loi. Notamment organiser les dispositions de l'article 54 de la loi HPST du 21 juillet 2009.²²
- **Poursuivre les actions partenariales**, menées avec la DRIHL, visant au **renforcement de l'accès à la domiciliation et à la reconnaissance de celle-ci** auprès des opérateurs (partenariats entre les organismes domiciliaires et les offreurs de soins, accès dématérialisé aux démarches et aux attestations, articulation avec le principe de la sectorisation en psychiatrie, interface avec la problématique des mineurs non accompagnés restant en dehors des dispositifs de l'ASE, etc.).

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : CPAM – Conseil de l'ordre des médecins - DRIHL
Partenaires : les associations –
Établissements de santé

Calendrier

2018-2023

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Etat de la progression du nombre de structures de soins (établissements de santé, centres de santé) ayant conventionné avec un organisme domiciliaire.
- Etat de la baisse du nombre d'établissements de santé obligés d'effectuer une action domiciliaire par subsidiarité (4 en 2017).
- Suivi des refus de soins signalés (acteurs, territoires, etc.)

22. « Hors cas de récurrence, une conciliation est menée dans les trois mois de la réception de la plainte par une commission mixte composée à parité de représentants du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie. »



Inscrire les personnes dans un parcours de santé

Contexte/enjeux

Les parcours de santé des personnes démunies restent émaillés de nombreuses ruptures ou obstacles, en dépit des multiples dispositifs de prise en charge et d'accompagnement pouvant exister.

De nombreuses raisons expliquent ces possibles difficultés de suivi des patients, comme :

- **La pénurie croissante de médecins généralistes en secteur 1 ;**
- **Les difficultés d'articulation entre les différents opérateurs**, notamment au cours des échanges entre les acteurs à l'intérieur du secteur médical, puis entre ceux des secteurs du médical et du social²³ (en particulier lorsqu'il s'agit de personnes très mobiles, comme les migrants nouvellement arrivés, rapidement réorientés vers d'autres régions de l'hexagone, ou de personnes sortant de détention ou placées sous-main de justice) ;
- **Le manque de places d'hébergement et de logement adapté** au sein de la région avec un maintien à la rue ou dans une instabilité résidentielle ou dans un éloignement du lieu d'hébergement, participe aussi à la mauvaise adhésion voire à un renoncement aux soins des publics concernés.

Ainsi sur les 4586 femmes venues accoucher en 2016 à la maternité du Centre hospitalier de Saint-Denis, 1250 avaient un hébergement précaire (squat, foyer, campement et baraquements, famille ou amis). Parmi elles, plus de 200 n'ont eu d'autre choix que de recourir au 115 au moment de leur sortie de la maternité.

En 2016, le 115 de la Seine Saint-Denis a reçu à lui seul 911 appels de femmes enceintes ou sortant de maternité sans hébergement. Au premier trimestre de 2017 : 861.

Une étude publiée par l'Insee en 2014 dénombrait, déjà en 2012, 28 800 adultes francophones sans domicile fixe à Paris, dont environ un quart dormaient dans la rue (un chiffre en hausse de 84 % par rapport à 2001).²⁴

Enfin, le nombre de places autorisées, au 31 décembre 2017, en structures de soin résidentiel, offrant un accueil temporaire et un suivi thérapeutique, comme en Lits halte soin santé (LHSS - 383 places), en Lits d'accueil médicalisé (LAM - 47 places) et en Appartements de coordination thérapeutique (ACT - 890 places), restent très en deçà des besoins identifiés.

Les enjeux identifiés sont les suivants :

- mieux anticiper les difficultés des patients à rester dans un parcours de santé, notamment pour ceux qui se retrouvent sans projet d'hébergement au moment de leur sortie d'hospitalisation, d'ACT ou de LHSS ; améliorer les liens à l'intérieur du secteur sanitaire, entre les acteurs des services hospitaliers et ceux des PASS, des centres de santé, des centres de lutte contre la tuberculose, puis entre les secteurs socio-sanitaires et de l'hébergement, etc. ;
- s'inscrire davantage dans une coopération interprofessionnelle construite dans la durée et recourant au partage d'informations (ce qui suppose la maîtrise du secret professionnel partagé, la capacité à mobiliser les ressources présentes dans l'environnement de la personne et l'utilisation de supports de liaison avec les différents acteurs – y compris ceux de la santé et de l'hébergement) ;

23. Cf. Chapitre « les enjeux éthiques et déontologiques de l'accompagnement en santé », de la page 27 à 37 du Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement. ARS/FNARS. 2016.

24. Les sans domiciles dans l'agglomération parisienne : une population en très forte croissance. E.Pierre Marie, Sandra Roger (APUR), M.L. Chausse, J. Labrador (INSEE Île-de-France). 2014



- accompagner et encourager les personnes démunies à s'impliquer davantage dans leur propre prise en charge; les aider à mieux comprendre les informations de santé les concernant ;
- faire face au manque de ressources médicales de secteur 1 (dont le traitement général relève du PRS) et de disponibilité des acteurs de santé de proximité,
- renforcer l'offre en structures de soin résidentiel (ACT, LHSS, LAM) ;
- porter une attention particulière aux mineurs non accompagnés et aux femmes en situation de grande précarité.

Concernant les mineurs non accompagnés (MNA)²⁵

Le rapport annuel d'activité 2016 de la Mission nationale Mineurs non accompagnés recense 1 977 personnes évaluées et reconnues en Île-de-France. Les associations estiment, quant à elles, à 5 000 l'ensemble du nombre de mineurs non accompagnés actuellement présents sur le territoire francilien.²⁶

L'Assemblée des Départements de France (ADF) estime de son côté à 25 000 le nombre de jeunes accueillis sur le territoire national en 2017, un chiffre qui pourrait atteindre les 40 000 en 2018.

Cette problématique préoccupe de plus en plus les offreurs de soins, confrontés à l'accueil d'un certain nombre de ces jeunes dont le parcours de soin s'avèrera complexe à mettre en œuvre. C'est le cas lorsque le jeune se présente comme mineur non accompagné, mais non reconnu comme tel par les services de la protection de l'enfance, tout en étant dans l'incapacité de produire un document attestant de son statut de majeur. C'est le cas aussi lorsque le jeune décide de contester la décision administrative de refus d'admission à l'aide sociale à l'enfance (ASE). Le constat est que le jeune se retrouve dans un flou juridique, d'indécision entre minorité et majorité, se traduisant par un double refus de prise en charge à la fois par les dispositifs destinés aux adultes, comme l'hébergement d'urgence via le 115 ou de soins résidentiels (lorsqu'apparaît la nécessité d'un suivi de soins), et par ceux destinés aux mineurs, relevant de la protection de l'enfance.

Autant de freins à l'accès aux soins et au suivi sanitaire :

- rendant difficile l'accès aux soins, entre la base de l'identité déclarative (avec la présentation d'une carte d'identité) ou de la majorité annoncée par les services;
- complexifiant le parcours de soins (par exemple dans le cas où les deux structures sollicitées pour la prise en charge du suivi d'un jeune souffrant de tuberculose, LHSS d'un côté, destiné aux personnes majeures, et foyer d'accueil de l'ASE, de l'autre, se déclarent mutuellement incompétentes) ;
- posant la question des autorisations « parentales pour soins ou opérations », inutiles pour une personne majeure, nécessaires pour une personne mineure, etc.

Selon l'évolution de la législation actuelle, il importe qu'une concertation soit mise en place entre l'ARS, la DRIHL (en charge de l'hébergement des personnes majeures), les Conseils Départementaux (ASE, PMI) et les services judiciaires, en coordination avec les CPAM, pour accompagner la résolution de ces difficultés d'accès aux soins et de parcours de santé pour ces mineurs non accompagnés, de plus en plus présents sur le territoire francilien.

25. Attention, des réflexions susceptibles de modifier certains éléments contenus dans cette rubrique sont engagées au niveau national !

26. Une étude de Médecins du monde réalisée en 2016, montre que parmi les 262 patients mineurs non accompagnés suivis: 73 pathologies aiguës ont été diagnostiquées, 69 cas ont été considérés comme urgents ou assez urgents et 10,5 % des consultations ont abouti à des orientations pour actes graves. La plupart des mineurs suivis présentait une fragilité psychique (du fait de l'errance mais aussi des conditions de voyage et de leur passé au pays d'origine). De ce fait 1/3 d'entre eux ont bénéficié de consultations psychiatriques dispensées par des psychiatres et pédopsychiatres. La moyenne d'âge était de 15,7 ans, avec la présence de très jeunes adolescents (14ans). 94 % étaient de sexe masculin.



Concernant les femmes

On constate chez les femmes très démunies non seulement un moindre accès à la prévention, en particulier aux actes de dépistage, mais aussi une prise en charge médicale tardive et un suivi discontinu.

Pendant la période de la grossesse, la plupart de ces femmes ont un recours plus tardif aux soins de suivi et bénéficient d'un moins grand nombre de consultations et d'examens complémentaires. La plupart de ces renoncements le sont pour des raisons financières face aux frais à engager en début de grossesse (examens d'échographie par exemple)²⁷.

Leur état de santé, souvent moins bon et présentant des comorbidités, impacte le bon déroulement de la grossesse (obésité, dépression, hypertension, diabète, etc.) avec des risques augmentés de mortalité maternelle, de mortinatalité, de prématurité et de faible poids de naissance pour l'enfant à venir.²⁸

27. R Rico Berrocal, E Le Mener. La grossesse et ses malentendus. Observatoire du Samu Social de Paris. 2015

28. Azria, E. 2015. « Précarité sociale et risque périnatal », ERES / »Enfances et psy », 2015/3 N°67 et J. Zeitlin, P Sauvegrain. Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis. Volet épidémiologique et audit des décès périnataux et néonataux. Inserm Epopé. 2015



Objectifs et interventions préconisées

Faciliter les démarches coordonnées entre les intervenants sanitaires et sociaux

- **Mieux appréhender la dimension sanitaire pour l'accès et le maintien dans un hébergement ou un logement**
 - Incitation à une meilleure prise en compte des aspects sanitaires dans la formulation des avis au niveau des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) pour les demandes initiales ou de changement d'hébergement (dans un contexte périnatal, de maladie chronique, infectieuse comme la tuberculose ou de perte d'autonomie) ;
 - Appui aux actions sanitaires développées au sein des dispositifs d'hébergement d'urgence en direction des personnes sortant de maternité ou d'hospitalisation ; développement des partenariats entre les établissements de santé, les établissements de soins résidentiels et les SIAO dans la recherche d'hébergements stables ;
 - Soutien aux initiatives d'intervention sanitaire (promotion de la santé, accompagnement vers le soin) auprès des publics en hébergement stabilisé ou en logement adapté ;
 - Promotion, en lien avec la DRIHL, aux actions visant à renforcer l'offre en hébergements stabilisés (d'une durée de plusieurs mois) ou en logements adaptés (accompagnés ou en Résidence Accueil) notamment en sortie d'hospitalisation (maternité) et/ou de soins résidentiels (comme les ACT).
- **Développer des interventions concertées de promotion de la santé dans les accueils de jour**, en direction des femmes (notamment en période périnatale) et des familles avec jeunes enfants.
- **Inciter à la mise en place de formations-actions et de recherches-actions pluridisciplinaires santé-social, au niveau local**, permettant principalement de développer les compétences des acteurs à s'inscrire dans des démarches coordonnées (supposant l'abord des questions relatives aux addictions, à la psychiatrie, au secret professionnel partagé, à la préparation des sorties d'hospitalisation, à la place des structures de soin résidentiel, aux pratiques de coopération professionnelle, etc.), notamment sur la base du guide « santé /hébergement ». **Associer les collectifs citoyens aux démarches**²⁹. **Développer les approches d'analyse partagée** des pratiques professionnelles.
- **Valoriser les espaces de concertation existants pour le traitement des situations médicales et sociales complexes**, telles que les cellules de concertation partenariale de type Réseaux d'Évaluation des situations d'Adultes en Difficulté (RESAD), les réunions de concertation pluridisciplinaire RCP, les expérimentation LAMPES, les dispositifs Sentinelle, les réseaux de santé, les PTA, etc. **Inciter à la participation des acteurs**.
- **Encourager le développement d'outils partagés entre les acteurs du sanitaire et du social** (comme une fiche de liaison entre un hôpital et les structures d'hébergement à proximité, des dossiers partagés, etc.), en portant une attention particulière au consentement éclairé des patients, à la confidentialité des données personnelles, et en veillant à la mise en cohérence des éléments recueillis à travers les systèmes d'information utilisés.
- **Maintenir et renforcer la présence des travailleurs sociaux au sein des services de santé** (PASS, CAARUD, CSAPA, CMP, Centres hospitaliers/maternités au sein des GHT, centres de santé, etc.).
- Faire la promotion de l'importance de la **formation sur les questions de pauvreté et de précarité dans le cursus des étudiants et élèves en santé, ainsi qu'en travail social**, etc.

²⁹. Par collectifs de citoyens on entend des organisations issues de la société civile s'organisant de manière spontanée et le plus souvent bénévoles.



Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : Acteurs de terrain, équipes PASS, réseaux de santé, représentants d'association de solidarité, collectivités territoriales

Calendrier

–

Territoire(s)

Formations pluridisciplinaires sur site, territoires prioritaires : 78, 77, 91, 92, 95

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Proportion de CLS, de PTA, de SIAO, de CLSM, de réseaux de santé ayant mis en place ou proposé (suivi d'effet) une formation-action sur le secret professionnel partagé. Couverture territoriale correspondante. Nombre de formations, nombre et typologie des participants (notamment les médecins généralistes).
- Evolution du nombre de personnes ayant eu un parcours de soins identifiés comme inadéquats (ruptures multiples et/ou orientation non adaptée), hébergées en CHU, en CHRIS, en centres de stabilisation, en hôtels sociaux, en centres d'accueil migrants et en structure d'accueil de jour (que ce soit des structures ouvertes à l'année ou uniquement en période saisonnière).
- Evolution du nombre de travailleurs sociaux au sein des GHT.
- Nature et caractéristiques des outils partagés entre les acteurs du sanitaire et du social. Etat de la mise à disposition des outils validés sur le site de l'ARS.
- Recensement des modalités de travail partagées au niveau local



Permettre aux personnes démunies d'être plus autonomes dans leur parcours de santé

Ce paragraphe vient en complément des actions de médiation et d'accompagnement individualisé développées en première partie du document.

- **Promouvoir l'utilisation par les personnes démunies de supports d'informations médicales leur permettant de mieux comprendre, s'approprier et co-construire leur parcours de santé** : carnet de santé papier et/ou dématérialisé (comme le Dossier Médical Partagé, et avec des éléments sur les dépistages effectués : tuberculose, IST, VIH, hépatite, etc.), applications mobiles pour l'accès à distance de données individuelles (RDV, contacts pour des patients rencontrés lors de maraudes, etc.), coffre-fort numérique (« Cloud Solidaire ») , etc. via un accompagnement personnalisé et approprié.
- Développer les programmes **d'accompagnement thérapeutique** adaptés aux personnes très démunies, en particulier au sein des structures médico-sociales (ACT, ACT un chez soi d'abord, LHSS, LAM, structures pour personnes âgées ou handicapées), et en structures d'accueil et d'hébergement (CHRS, ESI, etc.).
- **Promouvoir les pratiques professionnelles favorisant l'empowerment des personnes**, à partir de l'identification et de la mobilisation des ressources personnelles de ces dernières, en s'appuyant sur des outils méthodologique comme le guide « Agir avec les femmes en périnatalité » (en cours d'élaboration) ou sur des actions de santé communautaire, à l'exemple des co-formations associant usagers et professionnels.

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : CPAM, DRIHL
Partenaires :

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de programmes expérimentaux d'accompagnement thérapeutique du patient adaptés aux personnes très démunies, mis en place au sein des structures médico-sociales (notamment ACT, LHSS, LAM) et des structures d'accueil et d'hébergement (CHRS)
- Nombre et analyse des expérimentations portant sur les pratiques professionnelles d'ouverture à la participation des usagers
- Nombre d'outils individuels diffusés (carnets de santé). Nombre de comptes ouverts dans des applications mobiles pour l'accès à distance à des données individuelles. Nombre de personnes bénéficiant d'un coffre-fort numérique (« Cloud solidaire »). Nombre de structures de santé ayant intégré ce dispositif, en cohérence avec les structures d'hébergement du territoire.
- Evaluation de la participation des personnes concernées.



Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies

- **Faciliter le stockage sécurisé** (coffre-fort numérique) et la mise en partage **de données administratives et sanitaires individuelles** aux professionnels du cercle de santé, notamment au niveau des PASS ambulatoires et hospitalières, et des centres d'accueil migrants, en lien avec le Dossier Médical Personnalisé, en lien avec les expérimentations en cours.
- **Développer les programmes de télémédecine**, pour faciliter l'accès des populations démunies à l'expertise, par exemple :
 - > en dermatologie (notamment pour les résidents en CHU, ou en CHUM),
 - > pour le suivi sanitaire à distance des personnes dans les centres d'hébergement, ou lors de maraudes sanitaires,
 - > pour un avis en santé mentale,
 - > pour le dépistage des maladies chroniques, comme la rétinopathie diabétique, etc.
- **S'appuyer sur les projets de « e parcours » dans les territoires** pour développer les dynamiques locales de coopération d'acteurs et permettre à un plus grand nombre de professionnels d'intervenir auprès de ce public.
- **Accompagner les acteurs à l'utilisation de l'outil numérique** : formation, appui.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : centres de santé, établissements de santé, prestataires en numérique, établissements médico-sociaux, structures sociales

Calendrier

-

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de structures ayant intégré dans leur organisation le dispositif de cloud solidaire (formation, utilisation) : PASS, structures de soins résidentielles et structures médico-sociales en addictologie, ESI.
- Nombre d'usagers. Nombre de professionnels utilisateurs
- Etat des programmes de télémédecine



Structurer et développer l'offre en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), en Lits Halte Soins Santé (LHSS) et en Lits d'Accueil Médicalisé (LAM)

- Renforcer et poursuivre le développement de l'offre existante en ACT, LHSS et LAM en améliorant la structuration territoriale et en répondant mieux aux évolutions des besoins (pathologies chroniques sévères, évolutives, fin de vie etc.).
- Soutenir les expérimentations innovantes comme les ACT onco-pédiatriques, les ACT dédiées aux personnes en situation ou à risque de handicap psychique ou les ACT à domicile (dans l'attente d'un cahier des charges national).
- Poursuivre les travaux engagés d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilote :

Partenaires : gestionnaires de structures de soin résidentiel

Calendrier

2018-2023

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Evolution du nombre de places autorisées en structures de soin résidentiel



Intervenir en direction des mineurs non accompagnés et des jeunes non reconnus comme mineurs

- **Favoriser le développement d'équipes mobiles sanitaires et l'accompagnement des acteurs de première ligne** sur les questions de santé et de conduites addictives, notamment à travers un travail d'appui des équipes sociales (formation et intervention en binômes).
- **Encourager les initiatives d'accompagnement des jeunes personnes se présentant en tant que MNA, le temps de l'évaluation de leur situation administrative de minorité** sur les questions d'ordre médical, psychiatrique et psychologique.
- **Favoriser la mise en place d'organisations facilitant la prise en charge sanitaire des MNA** en appui aux services de l'ASE (bilans de santé, orientations médicales, etc.).
- **Développer la concertation partenariale et la recherche de solutions individualisées** sur la question des prises en charge en santé **des jeunes non** reconnus mineurs, du fait des conséquences des décisions administratives de non minorité (notamment par leur intégration dans les actions de Parcours Santé Jeunes menées par les caisses d'Assurance Maladie, dans le cadre de leur dispositif PLANIR).
- **Faciliter les prises en charge de la santé des jeunes en attente d'une décision judiciaire statuant sur leur minorité (en avançant la présomption de minorité)** : accueil en services de pédiatrie, anticipation et promotion de la mise en œuvre de contrat jeune majeur en cas de pathologie avérée nécessitant un accompagnement renforcé, mise en place d'un accompagnement en santé dans les structures d'accueil social adaptées, etc.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL, Conseil Départementaux (services de protection de l'enfance et de la santé), Service judiciaires de protection de l'enfance

Partenaires : acteurs sanitaires et médico-sociaux (établissements de santé, CSAPA, etc.), communes, CPAM

Calendrier

–

Territoire(s)

75, 91, 93, 94, 95

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre d'équipes de santé mobilisées dans l'accompagnement des acteurs sociaux-éducatifs de première ligne intervenant auprès de MNA
- Nombre d'initiatives soutenues d'accompagnement sur le volet santé des MNA pendant l'évaluation de leur minorité (en première instance ou en recours)



Renforcer l'intervention auprès des femmes sans « chez-soi »

- **Soutenir les actions d'accompagnement périnatal** de suivi des grossesses et d'accès à la prévention en période périnatale (ouverture de droits, accès aux actes de dépistage et suivi), en lien avec les services de PMI et les établissements de santé ; Clarifier les enjeux et collaborer avec les conseils départementaux pour le renforcement des services proposés par la PMI.
- **Systématiser le repérage des grossesses à risque** en raison du contexte social et des comorbidités associées à la pauvreté, orienter vers les dispositifs de prise en charge adaptée aux risques.
- **Evaluer les expérimentations** mises en œuvre dans le cadre du projet REMI, sur le volet traitant de la vulnérabilité sociale.
- **Soutenir les actions d'accompagnement sanitaire pour les femmes** (notamment en contexte de prostitution ou d'usage de substances psychoactives, en cas de violences subies, etc.)
- **Développer les interventions de promotion de la santé (dont la santé sexuelle et reproductive) et d'accompagnement vers le soin**, en lien avec les opérateurs de proximité dans une démarche de « aller-vers », notamment dans les espaces d'accueils dédiés aux femmes, dont l'offre reste à accroître.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes :

Partenaires : Conseils départementaux, structures AHI

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de protocoles signés avec les services départementaux de PMI.
- Résultat d'une évaluation des actions financées au titre de Remi sur la continuité du parcours de santé des femmes enceintes sans hébergement.
- Nombre d'actions de « aller-vers » en réduction de risques et des dommages à destination de lieux d'accueil spécifiques aux femmes



Développer l'observation sur le non recours aux soins de santé

Le refus de soin est traité p.19.

- Assurer une veille sur le non recours aux soins, en lien avec les informations recueillies sur les trajectoires des patients par les dispositifs comme PLANIR et PFIDASS et l'observatoire ODENORE30.

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : CPAM
Partenaires : Associations intervenant dans le champ de la solidarité, acteurs du secteur AHI, FAS, les ordres professionnels

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs) Résultats attendus

- Collection des données PLANIR, PFIDASS et ODENORE sur la région

30. <https://odenore.msh-alpes.fr/>



Mieux répondre aux problématiques de santé mentale et de troubles psychiques

Contexte/enjeux

Les problèmes de santé mentale sont prégnants chez les publics hébergés ou accueillis.

L'étude SAMENTA de 2009, conduite par le Samu social de Paris en Île-de-France³¹, montrait déjà qu'un tiers des personnes sans-abris souffraient de troubles psychiatriques sévères, une prévalence plus forte qu'en population générale.

Depuis 2015, la région Île-de-France est confrontée aussi à l'arrivée massive de personnes migrantes d'arrivée récente, dont une majorité présente une souffrance psychique due au périple migratoire, aux conditions de vie difficiles et aux violences subies.

Le territoire est organisée en 142 secteurs de psychiatrie générale et 50 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Différents dispositifs de santé mentale sont spécifiquement destinés aux personnes très démunies :

- 19 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité³² (75% du territoire couvert),
- 6 PASS psychiatriques,
- un ensemble de structures publiques ou associatives spécialisées dans la prise en charge médicale et psychique des publics migrants et/ou dans la médiation culturelle et/ou dans la prise en charge des personnes victimes de tortures ou de violences,
- et des programmes innovants comme « un chez soi d'abord ».

Par ailleurs, des plateformes de concertation partenariale, comme les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), auxquels sont rattachées des instances de type RESAD (Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficultés), ont été mises en place pour aider à la construction des politiques locales globales en matière de santé mentale. Elles contribuent notamment à l'accès et au maintien dans le logement des usagers de la psychiatrie.

Les constats effectués lors des travaux d'élaboration de ce deuxième PRAPS francilien, sont :

- le besoin de renforcer les articulations entre les champs du sanitaire et du social, et à l'intérieur même du champ sanitaire entre les secteurs de la psychiatrie, de l'addictologie et des soins somatiques, en dépit de la richesse et de la variété des réponses mises en œuvre. La santé mentale nécessite une approche pluridisciplinaire et plurisectorielle, du fait d'une pratique clinique se situant au carrefour de ces différents champs;
- la nécessité de répondre aux problèmes d'accès aux soins psychiatriques, d'accueil mais aussi de suivi, du fait de l'errance des personnes et de leur cumul de problématiques (comorbidités, difficultés d'accès aux droits, conditions de vie difficiles) venant compliquer les démarches de diagnostic, de suivi et de prise en charge ;³³
- l'importance de traiter les difficultés de réinsertion sociale et professionnelle des personnes malades ;
- concernant les personnes migrantes, la nécessité de repérer les besoins de prise en charge des psycho-traumatismes et/ou des pathologies mentales autres et/ou de la souffrance psychique (l'approche de cette dernière ne relevant pas du domaine strictement psychiatrique) ;

31. Laporte et al. 2009

32. CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge 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.



- la nécessité de prendre en compte les difficultés de réponse rencontrées par les acteurs sanitaires et sociaux de première ligne, devant la souffrance psychique des personnes qui se retrouvent sans perspective de vie stable (comme les migrants déboutés de leur demande d'asile).

Il convient ainsi à travers le PRAPS 2, de :

- développer l'accès aux services de droit commun des populations en errance notamment vers des soins psychiques sectorisés, au-delà de l'intervention initiale des opérateurs spécialisés, comme les EMPP. Il s'agit de repréciser le cadrage institutionnel et de poursuivre la réflexion sur les pratiques des offreurs de soins, du fait des fonctionnements très hétérogènes rencontrés vis-à-vis de ces publics ;
- renforcer les connaissances des équipes soignantes de soins psychiques sur la nature et les spécificités des dispositifs sociaux existants et sur l'impact des conditions de vie sur la santé mentale des personnes très démunies;
- aider les professionnels du social à repérer les moyens les plus pertinents pour l'entrée dans le système de santé des personnes en besoin de soins ou d'avis spécialisés, par le biais notamment de formations ;
- renforcer la prise en charge des pathologies somatiques et des problématiques sociales, lors de chaque hospitalisation en psychiatrie, via la mise en lien avec les services sociaux et de soins somatiques ;
- travailler des partenariats actifs permettant d'inscrire une citoyenneté effective de ces personnes dans la vie de la cité (dans le cadre par exemple des démarches de type « rétablissement » ou « recovery »).

Le cas particulier des enfants

Les enfants sont aussi victimes de psycho-traumatismes spécifiques ou en écho à ceux de leurs parents. Ils peuvent par exemple avoir vécu des ruptures de leurs liens d'attachement et continuer à vivre avec un adulte en grande souffrance du fait des expériences propres à ce dernier avec un effet pathogène cumulatif. C'est pourquoi en s'adressant aux enfants il faut toujours pouvoir simultanément prendre en compte la disponibilité psychique de l'adulte tuteur. Ceci est d'autant plus vrai pour les très jeunes enfants que la lecture des troubles reste difficile sans une formation et une expérience spécifique.³⁴

- Ainsi, pour les enfants de 0 à 6 ans, il est souhaitable
 - > de sensibiliser les équipes à la prise en compte spécifique des difficultés de ces enfants dès lors que celles de leur(s) parent(s) ou autre adulte tuteur sont abordées,
 - > de sensibiliser les personnels sanitaires et sociaux à cette dimension,
 - > de développer dans les lieux d'hébergement collectif des espaces bébés co-animés par des puéricultrices et des psychologues formés à la reconnaissance des signes de la détresse du nourrisson,
 - > de renforcer les dispositifs de suivi de la grossesse et de la période postnatale, tant la situation des femmes enceintes et des femmes après l'accouchement reste très préoccupante (grossesses non suivies, séjours en maternité très courts, etc.),
 - > d'orienter les situations inquiétantes vers les équipes de pédopsychiatrie spécialisées sur la petite enfance, en veillant à un accueil rapide de ces très jeunes enfants.

34. Par exemple, le fait qu'un nourrisson dorme « tranquillement » dans les bras de son parent pendant un entretien peut être trompeur, cet état correspondant parfois aussi à un mécanisme de défense de ce bébé contre un état de détresse.



■ Pour les enfants de 6 à 12 ans

La santé psychique des enfants d'âge scolaire repose autant sur la santé psychique de leurs parents que sur un environnement social stimulant, la stabilité des repères et la satisfaction de leurs désirs de connaissance. L'école et la fréquentation d'autres enfants restent indispensables.

Pour certains d'entre eux, l'instabilité des conditions de vie perpétue les traumatismes du parcours migratoire. Ces enfants peuvent alors développer des troubles comme le repli sur soi, un mutisme extra-scolaire, une instabilité motrice, des troubles attentionnels, etc. retentissant sur leurs facultés d'apprentissage malgré la présence d'un potentiel cognitif.

L'importance des liens entre la médecine scolaire et les services de soins doit être reconnue aux différents stades de l'enfance. Ces liens sont déterminants pour la suite. A ce titre, le travail effectué par les secteurs de pédopsychiatrie pour établir des relations de proximité vers des lieux de vie et de socialisation des enfants et des familles est en soi une ressource.

■ Pour les adolescents

La période d'adolescence est une période critique de recherche d'une identité individuelle à multiples composantes sociale, familiale, culturelle, etc. C'est aussi la période d'émergence des troubles mentaux de la période adulte. Cela nécessite une attention particulière des travailleurs de première ligne. Dans ce cas, les consultations de médiation culturelle en psychiatrie peuvent s'avérer utiles. Les liens entre médecine générale et psychiatrie doivent aussi être resserrés autour de cette thématique de santé mentale.

Pour les mineurs isolés, les lieux d'accueil pour pouvoir échanger avec des adultes bienveillants sont importants pour établir des liens de confiance. Leur orientation vers des soins psychothérapeutiques doit être mise en place autant que nécessaire. La consommation de drogues peut générer des comportements de violence et de délinquance. Les risques d'exploitation sexuelle et d'IST sont prégnants. Les expériences de maraudes issues des CAARUD sont là, entre autres, intéressantes à développer.

Les approches de médiation sociale en milieu sanitaire, reconnue dans la loi de modernisation du système de santé, concerne aussi la santé mentale et figurent dans une autre partie du document.



Objectifs et interventions préconisées

Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires

- **Renforcer la coordination régionale et infra-territoriale**
 - Production d'outils standardisés et partagés à l'échelle de la région (tableau de bord, fiches de bonnes pratiques, rapport d'activité harmonisé avec des indicateurs de suivi et de résultats communs, guide annuaire interactif, etc.) dans le double objectif : de mieux comprendre, de façon convergente et partagée, l'évolution des besoins à l'échelle régionale, ainsi que d'améliorer la réponse en partageant les bonnes pratiques et en ajustant les moyens aux besoins.
 - Renforcement du suivi régional et départemental des équipes.
- **Finaliser le maillage territorial en EMPP**
 - création d'EMPP ou renforcement d'équipes existantes sur les territoires non couverts, mobilisation des réseaux de santé spécialisés en santé mentale, etc.
- **Améliorer l'interface entre les EMPP et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion**
 - Développer les échanges de pratiques permettant de consolider les compétences : Intersession sur des exposés de situation en PASS, en CHRS, etc.
 - Inciter à développer et à formaliser les partenariats (conventions et/ou protocoles précisant les modalités d'intervention des EMPP), en lien avec les dispositifs locaux (PASS, CLSM, CAARUD, CSAPA, etc.)
- **Renforcer les liens entre les EMPP et les secteurs de la psychiatrie** : développement de protocoles, contractualisations inter-établissements au sein du territoire de rattachement, en appui sur les dispositifs locaux de coordination.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes :

Partenaires : personnels des EMPP, des secteurs de psychiatrie, partenaires locaux en lien avec les CLSM, Psycom

Calendrier

–

Territoire(s)

Couverture EMPP : à travailler sur 77, 78, 92, 94 et 95

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Etat de la couverture régionale d'activité en EMPP. (territoires d'attribution, territoires bénéficiant d'une intervention, etc.).
- Etat de l'opérationnalité de la coordination régionale (rapport d'activité standardisé mis en place, etc.).
- Etat de l'évolution des modalités d'allocation de ressources aux EMPP (standardisées, adaptées à l'activité déployée et avec une exigence de traçabilité).
- Suivi de la construction de conventions et de protocoles entre EMPP et secteurs de psychiatrie.
- Etat de la représentation des EMPP dans les Copils et les dispositifs partenariaux locaux : PASS, CLSM, RESAD, SIAO. Typologie des interventions dans ces espaces.



Améliorer les pratiques de prise en charge globale des personnes en situation de grande exclusion au sein des services de psychiatrie

- **Monter en compétence sur les questions relatives à la grande précarité et aux dispositifs mobilisables d'accueil, d'hébergement et d'insertion** : mettre en place des outils d'information et/ou de formation en direction des équipes soignantes psychiatriques (par exemple, en sollicitant les travailleurs sociaux présents au sein des établissements psychiatriques); soutenir une politique visant à renforcer la formation initiale des soignants sur les questions de précarité.
- **Produire des recommandations de bonnes pratiques** au sein des services de psychiatrie, y compris de psychiatrie infanto-juvénile, **afin d'améliorer le parcours de santé des populations démunies et en errance**, incluant l'accueil adapté, la continuité des soins, les actions en dehors des structures de soins, etc.³⁵
- **Développer les pratiques intégratives dans la prise en charge des situations individuelles complexes, médicales et sociales (en lien avec les secteurs somatique et des addictions)**, par exemple en renforçant l'accès aux soins somatiques et à la prévention au sein même des services de psychiatrie (développement des « Permanences d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique », actions de dépistage des cancers, du diabète, du VIH, des hépatites, tuberculose, interventions pour l'accès aux soins bucco-dentaires, pour la prise en charge des addictions, etc.).

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : CME des établissements, coordination de l'action sociale des établissements, etc.
Partenaires : –

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Etat des possibilités d'accès à une offre en médecine générale au sein de chaque établissement psychiatrique.
- Etat de la production et de la diffusion par l'Agence des recommandations régionales portant sur la prise en charge des populations démunies et en situation d'exclusion au sein des services de psychiatrie, avec des modalités d'accompagnement définies.
- Etat des outils d'information mis en place par les travailleurs sociaux des établissements psychiatriques en direction de leurs personnels soignants, pour renforcer leur connaissance des dispositifs sociaux.

35. Dont un suivi des recommandations de l'ARS pour la reconnaissance de la sectorisation et mise en place d'un protocole pour rendre domiciliables et donc sectorisables les structures d'hébergement.



Renforcer les liens entre les services de psychiatrie et les structures de l'Accueil, de l'Hébergement et de l'insertion (AHI)

- **Renforcer la coopération** entre les secteurs de la psychiatrie et de l'Accueil-Hébergement-Insertion dans la réponse à apporter aux besoins de santé des personnes (hébergement et accompagnement psychologique), et en lien avec les autres secteurs concernés dont les addictions (une dimension abordée aussi au chapitre suivant) :
 - mise en place de protocoles, de temps de concertation, de conventions partenariales (pouvant porter sur des études partagées de dossiers et sur une facilitation de la recherche d'hébergement/logement/insertion pour les personnes très démunies mais stabilisées, sortant d'une hospitalisation en psychiatrie ou de structure de soins résidentiels) ;
 - organisation de coopérations interinstitutionnelles, permettant, par exemple, aux SIAO de pouvoir bénéficier d'un avis sanitaire dans le champ de la santé mentale et d'une contribution à l'analyse des pratiques professionnelles ;
 - mobilisation de ressources en psychologues et/ou infirmiers sur les lieux d'hébergement ou d'accueil, pour un premier repérage et une prise de contact (en lien notamment avec les EMPP).
- **Soutenir le développement des compétences en santé mentale des acteurs sociaux** : formation à l'écoute active, au repérage précoce de la souffrance psychique, à la connaissance du psycho-traumatisme, à la compréhension des troubles du comportement, et à l'identification de relais locaux (sentiment d'impuissance des travailleurs sociaux), avec :
 - identification de personnes ressources au sein des structures sociales ;
 - capitalisation des expériences de formation « action sociale et santé mentale » ; avec déploiement territorial ;
 - communication de dé-stigmatisation du type « j'aime ma santé mentale » avec des actions en lien avec les usagers, familles et la ville (les GEM, CLS, etc.)
- **Promouvoir et développer les pratiques d'intervention innovantes et collaboratives**, comme le programme « un chez soi d'abord »³⁶ ; les pairs aidants ; les expériences innovantes de mutualisation d'allocations sociales entre personnes pour faciliter la recherche d'un logement adapté, etc.

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : DRIHL, CLSM, établissements psychiatriques
Partenaires : Acteurs locaux (dont les associations de patients et les médecins généralistes), RESAD

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs) Résultats attendus

- Nombre de SIAO ayant passé convention avec un établissement porteur de service de psychiatrie.
- Nombre de départements géographiques où une formation en santé mentale a été mise en place à destination des acteurs du secteur AHI.
- Etat des programmes développant des nouvelles pratiques d'intervention collaborative. Nombre d'établissements sanitaires travaillant en collaboration avec des pairs-aidants ayant l'expérience de la grande précarité

36. Ce programme propose un accès direct à un logement ordinaire depuis la rue, en lien avec un accompagnement soutenu.



Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille

Développer les interventions en pédopsychiatrie

- **Développer des équipes de psychiatrie périnatale et renforcer leur action en direction des femmes précaires isolées et auprès de leurs enfants** dans le cadre d'une évaluation globale somatique, sociale et psychique, et sur le soutien à la parentalité.
- Déployer des **compétences de pédopsychiatrie au sein des EMPP** à travers des démarches mixtes construites avec du personnel formé à l'évaluation des enfants. (cf. EMPP et actions d'aller-vers).
- Inciter les **secteurs de psychiatrie infanto-juvénile** à :
 - > **veiller à l'accueil** dans les CMP et CMPP des enfants vivant dans les structures sociales d'hébergement, en tant que de besoin
 - > **intervenir dans les lieux d'hébergement/de vie** (dont les hôtels), avec les acteurs de première ligne.
 - > **développer les démarches communes avec les EMPP** pour l'évaluation des enfants et de leur mère et/ou père, ainsi que des jeunes mineurs isolés,
 - > **faire lien avec la médecine scolaire et les services départementaux** (PMI-Service social - ASE), notamment par des rencontres partenariales sur le thème de l'enfance et de la très grande précarité organisées au niveau de chaque département, en veillant à ne pas faire d'amalgame entre protection de l'enfance et problématiques sociales isolées et à ne pas sous évaluer les risques de troubles psychiques des enfants parfois masquées par les difficultés sociales.

Promouvoir la prise en charge globale en santé mentale des enfants et des jeunes mères

- Mener des **actions renforcées en santé mentale auprès des femmes précaires isolées et de leurs enfants** dans le cadre d'une évaluation globale somatique, sociale et psychique (équipes de psychiatrie périnatale)
- Conduire un **plaidoyer pour un meilleur accès aux lieux d'accueil de la petite enfance** (crèches), en lien avec les PMI, l'ASE, notamment à travers les CLSM,
- **Adapter les Lieux d'Accueil Enfants Parents (LAEP)** en direction des familles très démunies.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes :

Partenaires : service de promotion de la santé en faveur des élèves, collectivités territoriales, secteurs de psychiatrie, médecins généralistes, CAF, Psycom

Calendrier

-

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre d'EMPP ayant organisé une présence interne de compétences en pédopsychiatrie.
- Nombre de départements francilien ayant bénéficié de conférence réunissant médecine scolaire, services départementaux et services de psychiatrie.
- Nombre de LAEP avec accueil de familles très démunies organisé et prévu.
- Nombre d'interventions mixtes d'aller-vers psychiatrie adulte/périnatalité
- Evolution de la durée moyenne d'attente pour un RDV en pédopsychiatrie
- Mention de la problématique de la petite enfance en lien avec la précarité dans les rapports d'activité des CLSM.



Renforcer les réponses aux conduites addictives

Contexte/enjeux

L'accompagnement des personnes en situation de grande précarité se complique en cas de conduites addictives, comme l'alcoolisation ou la poly-consommation de substances psychoactives.

L'enquête sur la santé mentale et les addictions (SAMENTA) réalisée en 2009 par l'observatoire du Samu Social de Paris montrait déjà que plus de trois personnes sans logement personnel sur dix étaient concernées par un phénomène de dépendance ou de consommation de substances psychoactives (alcool, drogues illicites/et ou médicaments détournés de leur usage)³⁷.

Le champ de l'addictologie concerne toutes les formes d'addictions, liées à une ou plusieurs substances psychoactives licites, illicites (alcool, drogues, tabac, médicaments, etc.) ou à un comportement (comme l'addiction aux jeux d'argent).

Les missions des acteurs se déclinent entre le soin, la réduction des risques et des dommages, et, pour certains, la prévention et l'insertion. Elles couvrent trois secteurs : le médico-social, le sanitaire hospitalier et la santé de ville.

Le secteur médico-social a en charge l'accompagnement de l'utilisateur et de son entourage au long de son parcours de santé. C'est le cas notamment des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), ces derniers s'adressant aux personnes non encore engagées dans une démarche de soins mais exposées à des risques majeurs (infectieux, comme l'hépatite C ou le VIH, d'accident, etc.) du fait de leurs consommations.

L'Île-de-France comptait, au 1^{er} janvier 2017, 20 CAARUD et 70 CSAPA, répartis sur l'ensemble du territoire francilien, mais sans couvrir pour autant l'ensemble des besoins identifiés.

Au sein de ces structures, l'accueil des personnes se fait de manière inconditionnelle, sans exigence préalable, de façon anonyme et gratuite.

Le public pris en charge est essentiellement masculin : hommes isolés, en situation de précarité et âgés en moyenne de 41 ans³⁸.

Les risques mis en avant susceptibles de fragiliser les personnes démunies en situation d'addiction sont les suivants :

- l'insuffisance d'offre en matière d'hébergement et d'insertion pouvant amener à la mise à l'écart des personnes concernées ;
- l'instabilité des lieux d'hébergement et le changement permanent d'interlocuteurs perturbant des parcours de santé devant s'inscrire dans la durée ;
- les interdictions totales de consommations de produits psychoactifs licites et/ou illicites inscrites dans les règlements de fonctionnement des lieux d'accueil et d'hébergement ne permettant pas aux personnes accueillies de développer des compétences pour mieux gérer et contrôler leur consommation.

37. Pour autant un tiers des femmes et un homme sur dix déclarent n'avoir jamais bu d'alcool de leur vie.

38. D'après l'exploitation des rapports d'activité standardisés annuels de 2016 des CSAPA et CAARUD.



Les enjeux repérés par les professionnels des différents secteurs, sont :

- améliorer le repérage et l'évaluation de la situation des personnes démunies présentant des conduites addictives, notamment par le biais d'actions d'aller-vers ;
- renforcer la communication entre les acteurs, en identifiant les éléments d'information pouvant être partagés dans le respect du secret professionnel ;
- co-construire une culture de travail commune à la croisée des champs du social, du sanitaire et du médico-social, ce qui suppose au préalable de faire connaissance entre partenaires au sein des territoires (sur les champs d'intervention et les contraintes respectives) ;
- développer le travail en réseau et le partage des bonnes pratiques professionnelles.

Un certain nombre de ces enjeux sont traités dans les précédents chapitres (« aller-vers, partage du secret professionnel, etc.) ou dans le cadre plus large du PRS et ne seront pas repris ici.

Objectifs et interventions préconisées

Approfondir et promouvoir les pratiques de réduction des risques et des dommages (RDRD) dans les lieux tenus par les professionnels du secteur d'accueil, d'hébergement et d'insertion (AHI)

- **Sensibiliser et former les professionnels de la filière AHI** aux thématiques des conduites addictives et de la réduction des risques et des dommages (en particulier sur les questions d'alcool et de tabac), notamment par la présence **des équipes mobiles en addictologie sur les sites d'accueil de jour ou d'hébergement**.
- Encourager la **coopération entre les acteurs**
 - Promotion de temps, d'instances et de rencontres inter et pluri professionnelles visant à partager les bonnes pratiques professionnelles, les données, les expériences, les outils (réunions de services conjointes, etc.),
 - Appui aux dynamiques de travail permettant un accompagnement pluridisciplinaire, coordonné et sans rupture des publics concernés.
- Soutenir les expérimentations visant la **mise en place d'actions de RDRD** dans les structures sociales et d'hébergement.
- Valoriser les **expériences d'usagers experts**.

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : DRIHL
Partenaires : structures du secteur AHI, acteurs de l'addictologie, collectivités territoriales (en particulier : Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques / Paris-93), FAS - MILDECA

Calendrier

–

Territoire(s)

Priorité Paris et le 93

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de CHRS ayant mis en place une politique de RDRD alcool, répartition régionale. Résultat d'enquêtes de ressenti portant sur les évolutions des problèmes violence à l'intérieur des établissements.
- Nombre de sessions de formation déployées, auprès des CHRS, LHSS, LAM et ACT, sur les conduites addictives et sur la réduction des risques et des dommages concernant l'alcool et le tabac, avec un contenu inscrit dans un référentiel régional uniformisé.
- Nombre de journées départementales ou régionales d'échange de pratiques organisées sur le sujet.



Travailler l'articulation des acteurs de première ligne avec ceux de l'addictologie, et en lien si nécessaire avec ceux de la psychiatrie

- **Promouvoir la formalisation des échanges entre les structures**, dans le respect des missions de chacune des parties, et avec l'accord de la personne accompagnée (comme l'expérimentation de contrats tripartites signés par exemple entre un CHRS, un CSAPA et une personne accueillie pour son suivi médico-psycho-social).
- Inciter à la mutualisation des compétences entre les professionnels de l'addictologie et ceux intervenant dans les SIAO afin d'**améliorer l'évaluation et l'orientation des personnes vers les structures adaptées**.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : gestionnaires de CSAPA/CARRUD, gestionnaires de CHRS

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de personnes orientées par les structures sociales d'accueil et d'hébergement vers les CAARUD et les CSAPA en vue d'un suivi et d'une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire des problématiques addictives



Améliorer l'orientation des personnes placées sous-main de justice ou sortantes de prison présentant des pratiques addictives

- Approfondir et promouvoir les collaborations entre les services de justice, les structures de soins en addictologie et les structures de soins résidentiels (telles que les places dédiées en Appartements de coordination thérapeutique par exemple).
- Renforcer l'offre de places dédiées en ACT.
- Soutenir les dispositifs dits « CSAPA référents » (permettant par exemple une mise à disposition d'un temps d'éducateur dédié pour la préparation à la sortie et l'accompagnement dans la continuité des soins) dans leur articulation avec les unités sanitaires des établissements pénitentiaires, le SPIP, les SIAO, les structures sociales et médico-sociales d'accueil et d'hébergement.

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes :

Partenaires : gestionnaires CSAPA, SPIP, SIAO, Unités sanitaires des établissements pénitentiaires

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Nombre de places d'ACT dédiées aux personnes sortantes de prison ou placées sous-main de justice



Mieux prendre en charge les personnes sans chez-soi en perte d'autonomie (vieillissantes ou en situation de handicap)

Contexte/enjeux

La présence de plus en plus importante de personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie sans chez soi à la rue ou dans les structures d'hébergement est constatée par de nombreux partenaires (même si l'espérance de vie à la rue reste basse – avec un âge moyen au décès des personnes sans-abri de 49 ans³⁹ contre 82 ans pour le reste de la population⁴⁰).

Les données publiées sur le sujet sont rares et peu précises.

On rapporte néanmoins que :

- 19% des personnes hébergées au sein des structures du Samu social de Paris avaient plus de 60 ans selon une étude interne réalisée en décembre 2016 ;
- Au moins 900 personnes ont été repérées vieillissantes et en perte d'autonomie lors d'une enquête conduite auprès de 112 établissements d'inclusion sociale, entre novembre 2016 et fin février 2017, par la Fédération des Acteurs de la Solidarité d'Île-de-France ;
- Plus de 26% des personnes accueillies en LHSS étaient dans un état de santé très dégradé, selon une évaluation nationale conduite en 2012⁴¹.

Rappelons que les troubles psychiatriques sont surreprésentés parmi les personnes sans chez soi. En 2009, l'étude Samenta, plusieurs fois citée dans ce document, montrait déjà l'importance dans la région des troubles psychiatriques sévères, présents chez plus d'un tiers des personnes accueillies dans le dispositif d'urgence (34,1%) et dans les hôtels sociaux (35,2%). Elle pointait aussi l'inadaptation de la prise en charge de ces personnes par la psychiatrie de secteur ou au sein des centres d'hébergement.

En dépit de ce constat, il est certain que l'orientation des personnes en perte d'autonomie et sans chez soi vers les structures médico-sociales appropriées se révèle particulièrement difficile et complexe.

Bien avant l'âge de 60 ans, les personnes démunies peuvent présenter un état de dépendance, notamment, mais pas uniquement, en cas de vieillissement précoce du fait de leur situation de vie très précaire.

Or c'est l'âge (à partir de 60 ans pour l'aide sociale département, à partir de 65 ans pour l'aide sociale d'Etat) – et non pas le degré d'avancement dans le vieillissement – qui demeure le critère décisif pour prétendre à l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), laquelle représente une aide financière indispensable à l'accès aux structures d'accueil spécialisées pour les personnes âgées (comme les foyers logement ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD).

39. Collectif des morts de la rue. Rapport « Dénombrer et décrire la mortalité des personnes SDF décédées de 2012 à 2016 ».

40. INSEE, RP 2016.

41. DGCS-1788- Evaluation du dispositif des Lits Haltes Soins Santé – Février 2013.



Les personnes de moins de 60 ans peuvent néanmoins être orientées vers des EHPAD ou des unités de soins de longue durée (USLD) mais d'autres difficultés apparaissent comme :

- Une majoration des délais de procédures, du fait de la nécessité d'une demande préalable de reconnaissance de handicap au niveau de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ainsi que d'une demande préalable de dérogation d'âge auprès du Conseil Départemental pour l'obtention de l'ASH ;
- L'absence de prise en charge du forfait dépendance.

Pour d'autres personnes, les obstacles rencontrés pour accéder aux structures médico-sociales adaptées sont le fait d'une situation administrative non résolue et complexifiée par le manque de documents administratifs (difficiles à rassembler dans un contexte d'errance et/ou de trouble de santé invalidant) ou par l'attente d'un titre de séjour pour soins : la régularité du séjour étant incontournable pour l'admission dans les structures médico-sociales du secteur du « handicap » ou des « personnes âgées ».

Concernant les personnes relevant de l'aide sociale à l'hébergement, c'est parfois la longueur des délais d'instruction qui est en cause, du fait notamment de la recherche du domicile de secours.

Par ailleurs, au sein des structures médico-sociales, comme les EHPAD, c'est la cohabitation des personnes ayant longtemps vécu à la rue et présentant des troubles de comportement et/ou des addictions, qui peut se révéler problématique avec les autres résidents.

Le constat est donc que nombre de personnes en perte d'autonomie se retrouvent accueillies par défaut au sein de dispositifs non adaptés, comme :

- les structures de type MCO ou SSR (avec des hospitalisations au long cours) ;
- les hébergements d'urgence ou de stabilisation (CHU, CHR, hôtels) ;
- les dispositifs de soins résidentiels.

Cette situation peut parfois durer plusieurs mois ou années dans l'attente d'une solution d'orientation satisfaisante, ce qui embolise d'autant la structure concernée.

Or ces dernières ne peuvent recevoir de façon pérenne ce type de public. La prise en charge et les soins quotidiens inhérents à la perte d'autonomie peuvent se révéler compliqués voire impossibles à mettre en œuvre, générant des risques de défaut de prises en charge, voire de maltraitance.

Ces difficultés de prise en charge peuvent même remettre en cause le concept d'accueil inconditionnel qui prévaut dans les structures d'hébergement (CHU, CHR), au détriment de ces populations en perte d'autonomie.

Quelques places d'accueil en LAM ont bien été ouvertes, dans le cadre d'un programme national. Mais leur nombre reste insuffisant, avec 47 places autorisées en Île-de-France, dont 31 installées au 1^{er} janvier 2018.

Il s'agit donc de promouvoir la prise en charge des personnes cumulant des problématiques à divers degrés de pauvreté, de fragilité sociale, de situations administratives précaires ou complexes (rendant difficile la mobilisation des aides publiques - sans garantie de résolution), de santé dégradée, tant physique que mentale, le tout dans un contexte où la perte d'autonomie nécessite une aide constante à la vie quotidienne.

Cependant, l'identification de l'ensemble des personnes sans chez soi en perte d'autonomie n'est pas évidente, surtout quand elle s'intéresse aux moins visibles, hébergées chez des tiers et/ou tributaires de conditions de vie encore plus précaires (n'ayant pas accès aux structures d'hébergement).

En termes d'enjeux, l'important est de diminuer le nombre de personnes accueillies par défaut dans les structures non adaptées dans l'attente d'une orientation adéquate.



Pour ce faire, il apparaît nécessaire de :

- mieux objectiver un état des besoins de prise en charge, à l'échelle régionale, de ces personnes démunies en perte d'autonomie et sans logement, actuellement accueillies au sein des établissements de santé de court séjour, de SSR, de structures d'hébergement et de soins résidentiels ;
- améliorer l'information des acteurs sur ce qui existe en ressources et en dispositifs d'accueil adéquats mobilisables, notamment les structures médico-sociales pérennes, et sur leurs modalités d'accès ;
- initier, dans l'attente d'une solution adaptée et pérenne, les accompagnements médico-sociaux personnalisés nécessaires, au sein même de ces lieux d'accueil du public, en favorisant l'intervention de professionnels de santé et d'équipes mobiles de proximité (tels que SSIAD, SAMSAH, HAD, etc.) ;
- faciliter et favoriser l'accès aux structures hospitalières (USLD) et médico-sociales pérennes (comme les EHPAD), en soutenant les projets d'établissements adaptés aux besoins spécifiques de ces publics ;
- mobiliser les partenaires institutionnels pour aider à l'accès ou au retour dans le système de droit commun, avec des délais adaptés, et pour trouver des réponses aux difficultés que rencontrent les structures médicosociales face aux frais non recouvrables⁴².

Il est à noter que la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, prévoit un plan d'accompagnement global individuel permettant d'identifier les différentes solutions de compensation proposées aux personnes en situation de handicap rencontrant des difficultés spécifiques pour couvrir leurs besoins.

⁴² Concernant l'accueil de publics en situation administrative précaire, comme les personnes de moins de 60 ans pouvant relever de dérogations d'âge mais ne pouvant pas actuellement prétendre à l'APA en établissement, ou comme les personnes bénéficiant d'une autorisation de séjour pour soins d'un an qui doit faire l'objet d'une demande de renouvellement annuelle.



Objectifs et interventions préconisées

Améliorer le repérage des personnes en perte d'autonomie résidant dans les structures « non adaptées »

- **Proposer une grille commune de repérage de signes de la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne** (utilisable au quotidien, communicable au SIAO et construite en cohérence avec les outils existants), destinée aux acteurs non soignants du secteur AHI et du médico-social résidentiel, leur permettent de mieux repérer les situations, de les aider à différencier la dépendance de la maladie, de mieux cerner les différents degrés de dépendance physique ou psychique des personnes dans leurs gestes ordinaires, et ainsi orienter leurs recherches de prise en charge.
- **Mener, en lien avec les observatoires santé existants, un état des lieux régional des besoins de prise en charge des personnes très démunies et en situation de perte d'autonomie, se retrouvant maintenues, faute de solution adaptée,** dans les structures d'hébergement, de soins résidentiels et les établissements de santé MCO (enquête « flash »).

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : structures d'hébergement, établissements de santé MCO et médico-sociaux, prestataires

Calendrier

2018 : outil de repérage défini – réalisation de l'enquête flash

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Réalisation d'une grille de repérage de la perte d'autonomie harmonisée utilisable par les acteurs de la filière AHI
- Progression de l'usage de cette grille de repérage harmonisée au niveau des acteurs de la filière AHI
- Pourcentage de structures ayant répondu à l'enquête flash
- Bilan quantitatif et qualitatif des besoins régionaux en matière de prise en charge des personnes en perte d'autonomie et en situation de grande précarité



Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance

- S'assurer de la présence d'**espaces de concertation et d'appui « précarité-perte d'autonomie »** à l'échelle départementale (à la fois comités de pilotage, lieux ressources pour les acteurs, instances de saisine sur les situations complexes) traitant des situations des personnes en perte d'autonomie en attente d'une orientation adaptée, en lien avec les dispositifs d'appui locaux comme les projets de plateformes territoriales d'appui, les Commissions techniques décentralisées sur les questions d'hébergement adapté (réunissant les acteurs du SIAO, du médico-social et du médical), les missions LAMPES.
- Installer un **comité de suivi au niveau régional** (mutualisation des outils, échange de pratiques, etc.).

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : MDPH, CPAM, Conseils départementaux, structures médico-sociales, établissements de santé, SIAO, préfetures

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Identification/désignation de référents UD- DIRHL, Dd- ARS et Conseil départemental chargés de l'animation de l'espace opérationnel et du suivi des situations de parcours complexes
- Nombre de départements géographiques disposant d'un espace d'appui précarité-perte d'autonomie
- Etat de la mise en place de l'instance de pilotage et de suivi au niveau régional
- Nombre et type d'acteurs participants aux différentes commissions mentionnées ci-dessus
- Nombre de situations individuelles étudiées au niveau des espaces de concertation départementaux, et/ou pour lesquelles une solution a été trouvée à terme



Informier les acteurs sur les ressources et les orientations possibles en matière d'accueil, de prise en charge et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie

- **Promouvoir et diffuser des contenus de formation/information sur les questions de perte d'autonomie** à destination des acteurs de l'hébergement, du secteur médico-social résidentiel (ACT, LAM, LHSS) et sanitaire, portant notamment sur les ressources du territoire (en structures spécialisées et en logements diffus accompagnés), sur les modalités d'orientation, en lien avec les réseaux de santé et en s'appuyant sur les guides santé et sociaux existants (en particulier le guide santé/hébergement).
- **Communiquer voire élargir l'accessibilité aux portails ressources et aux guichets intégrés** comme le portail national des maisons de retraite Via-TRAJECTOIRE (capacité, services et prestations, coût), les portails SIAO (sur l'hébergement /logement adapté à travers le SI-SIAO), et autres dispositifs d'orientation et d'accompagnement disponibles (en lien par exemple avec les MAIA).

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL

Partenaires : Acteurs de l'hébergement (CHRS, CHU, SIAO), acteurs sanitaires (MCO, SRR) et du médico-social résidentiel (LHSS, LAM, ACT)

Calendrier

-

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Existence d'un plan d'action en matière de formation
- Nombres de structures CHU et CHRS ciblées ayant pu bénéficier de ce plan de formation
- Etat des actions visant l'amélioration de l'accessibilité aux informations portant sur les ressources existantes (bilan des outils accessibles et mis en place)



Favoriser l'accompagnement individualisé dans les structures d'hébergement sociales et de soin résidentiel, le temps d'une orientation adaptée

- Promouvoir l'**intervention des acteurs du soin au sein des structures d'hébergements** à travers des partenariats avec les structures de soins intervenant à domicile (HAD, SSIAD, SAMSAH, infirmiers libéraux, médecins traitants, EMPP), en sollicitant éventuellement l'appui des réseaux de santé, des MAIA, voire de dispositifs expérimentaux.
- Inciter les **acteurs du secteur médico-social ou libéral à intervenir pour aider aux actes de la vie quotidienne** (aide-soignante, aide médico-psycho-éducative, etc.) : mobilisation des acteurs ; proposition d'une expérimentation appuyée par le niveau national pour les personnes ne pouvant bénéficier de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) ou de la PCH (prestation de compensation du handicap) pour des raisons administratives.
- Développer les **collaborations avec les MDPH** pour l'accompagnement des personnes de moins de 60 ans pouvant relever du secteur du handicap.
- Promouvoir et expérimenter des **dispositifs d'accompagnement individualisé** (du type référent parcours), en lien avec les PTA, les CLIC et les réseaux de santé, permettant d'apporter une aide dans l'organisation des prises en charge et des orientations vers les structures adaptées.
- Soutenir les actions menées par la DRIHL dans la poursuite de l'**adaptation des structures d'hébergement social aux normes d'accessibilité des personnes à mobilité réduite** (chambres PMR, accessibilité des douches, etc.).

Acteurs

Pilote : ARS

Copilotes : DRIHL – conseils départementaux

Partenaires : Acteurs de l'hébergement (CHRS, CHU, SIAO), du médico-social résidentiel (LHSS, LAM, ACT), acteurs sanitaires des territoires de proximité

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

- Nombre de personnes accompagnées dans les actes de la vie quotidienne et/ou bénéficiant d'un plan personnalisé de soin (avec des démarches engagées d'orientation vers une structure médico-sociale et/ou la mise en place d'interventions de santé à domicile) par rapport l'ensemble des personnes repérées en perte d'autonomie dans les structures d'hébergement ou de soin résidentiel
- Pourcentage de structures d'hébergement (CHU/CHRS/ACT) ayant mis en place une organisation (protocoles, conventions, etc.) permettant la mobilisation des acteurs du soin et/ou d'aide à la vie quotidienne en tant que de besoin
- Etat des dispositifs d'accompagnement individualisé (de type référent parcours) mis en place dans la région



Simplifier les dispositifs et les démarches d'orientation

- Développer les initiatives permettant **d'améliorer des procédures d'orientation vers les structures médicosociales** (de type : plateforme de centralisation des demandes d'EHPAD, guichet unique pour les demandes d'ACT, LAM, etc.) :
 - plaider pour des procédures unifiées par type de besoin et de dépendance,
 - renforcer les possibilités d'articulation interdépartementale pour les situations les plus complexes ou sans solution locale.
- Rechercher des **solutions dérogatoires ou d'assouplissement** pour l'accueil en EHPAD/USLD de **publics en situation administrative précaire ou complexe**, notamment pour :
 - la prise en charge des frais de dépendance et d'aide à la vie quotidienne pour les personnes de moins de 60 ans ; ainsi que des frais d'hébergement et de dépendance pour les personnes sans titre de séjour (proposition d'expérimentation, en lien avec le niveau national,) ;
 - faciliter les démarches administratives et d'accès aux droits sociaux (raccourcissement des délais d'obtention de documents, plaider pour un allongement de la durée de validité des titres de séjour dans les situations de grande dépendance, etc.) concernant l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'allocation adulte handicapé (AAH) et l'accès à la couverture maladie (notamment pour les personnes accueillies en LAM, LHSS et ACT).

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : –
Partenaires : –

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

Résultats attendus

- Etat de la mise en place des guichets uniques de demandes de places en EHPAD et en dispositifs de soins résidentiels.
- Etat de la diminution du nombre de longs séjours hospitaliers pour raisons administratives.
- Evolution du nombre et du pourcentage de sorties de personnes accueillies en structures d'hébergement et de soins résidentiels vers des établissements médico-sociaux adaptés.
- Bilan de l'inscription de la thématique des personnes sans chez-soi et en perte d'autonomie dans les CLS



Développer des solutions d'accueil adaptées aux situations complexes

- Renforcer les capacités du secteur médico-social adapté (EHPAD, Foyer d'Accueil Médicalisé, Maison d'Accueil Spécialisée, etc.), ou du logement adapté, à prendre en charge les publics dépendants, sans abri et présentant des fragilités connexes (comme des pathologies addictives ou mentales en cours d'équilibrage), à travers notamment **un accompagnement des équipes en place** : appui par des équipes mobiles extérieures, formation, aide en médiation, analyse des pratiques, etc.
- Mettre en place des expérimentations visant à **renforcer l'offre d'accueil inconditionnel de longue durée**; notamment rechercher des solutions pour démultiplier le nombre de places d'accueil dans les dispositifs de soin résidentiel (comme à travers des montages financiers innovants conjoints DRIHL-ARS).

Acteurs

Pilote : ARS
Copilotes : –
Partenaires : –

Calendrier

–

Territoire(s)

Région

Suivi-évaluation (indicateurs)

- Etat de la mise en place d'un plan d'accompagnement des équipes du secteur médico-social adapté, pour l'accueil de personnes en perte d'autonomie et/ou pouvant présenter des problèmes psychiatriques et/ou une consommation à risque d'alcool
- Nombre de structures CHU et CHRS ayant pu bénéficier de ce plan d'accompagnement
- Evolution du nombre de places créées en offre d'accueil inconditionnel de longue durée
- Evolution du nombre de personnes issues de la grande pauvreté accueillies en structures médico-sociales



Contributeurs

Ce deuxième PRAPS a été co-construit en lien avec ses principaux partenaires :

Des représentants des associations/fondations intervenant dans le champ de la solidarité

Armée du Salut, Association pour le Développement de la Santé des Femmes (A.D.S.F.), ATD Quart-Monde, Centre d'Action Social Protestant, COMEDE, Croix Rouge Française, L'Élan Retrouvé, Emmaüs Solidarités, Aurore, La Mie de Pain, Maison des Champs, Médecins du Monde, Médecins sans frontière, Première Urgence Internationale, Samu Social de Paris, S.O.S. Solidarités.

Des représentants de fédérations

Association des réseaux de santé d'Île-de-France » (RESIF), Fédération des Acteurs de la solidarité/Île-de-France, Fédération Addiction, Fédération des Associations de médiation sociale et culturelle d'Île-de-France, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Fédération Santé Habitat (ex FNH-VIH), Union professionnelle du logement accompagné (UNAFO), Union régionale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (URIOPSS).

Des acteurs institutionnels

Caisse primaires d'assurance maladie (CPAM) du 93 et du 75, Centre Hospitalier de Saint-Denis, Coordination Régionale des Équipes mobiles de psychiatrie, Etablissement public de santé mentale de Ville-Evrard, Centre Hospitalier Sainte-Anne, Centre Hospitalier Intercommunal André Grégoire (EMPP/la boussole), Mission Vulnérabilités de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), PASS du Centre hospitalier de l'Hôtel Dieu.

Des professionnels partenaires

Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France (ORS Île-de-France), Plateforme des réseaux de santé de l'ouest du 94 (Réseau Addictions Val de Marne Ouest [RAVMO], Réseau Dépression Paris Sud (DEPSU), Réseau périnatal SOLIPAM, Réseau de santé 92 Nord, Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO 93 / Inter-logement 93), SIAO Insertion 75.

Des représentants d'organismes de tutelle

Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité des Chances, Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS).

Des représentants de collectivités territoriales

Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis, Ville/Département de Paris, Ville de Saint-Denis.

Des représentants des personnes accueillies et accompagnées

Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CRPA).

Nous les remercions vivement de leur contribution, ainsi que l'ensemble des équipes de l'ARS qui se sont mobilisées.



Bibliographie

- Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Médico-Sociaux.
- Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire. 2012
- Agence Régional de Santé. Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. [Internet]. Disponible : <http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>
- Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France, *Guide : occupants de campements et personnes en errance, accompagnement vers les dispositifs de santé en Île-de-France*, Paris : ARS IDF, 2015.
- ARS Île-de-France, *Fiche pratique PRAPS*, Paris : ARS IDF 2016.
- ARS Île-de-France, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)*, Paris : ARS IDF, 2012.
- ARVEILLER Jean Paul, MERCUEL Alain, *Santé mentale et précarité, aller vers et rétablir*, Collection cahiers de Sainte Anne, Paris : Lavoisier, 2012.
- BEQUE M. L'enquête Parcours et Profils des migrants. Rev Eur Migr Int. 2009 Jun 1;25(1):215-34.
- BERCHET et al. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français, Questions d'économie de la santé, 2012, 172, pp. 1-8.
- BOHN Irène, *Patients psychiatriques ambulatoires, quelle coordination des soins ?* La Revue du Praticien Médecine Générale, Tome 21, n°770/771, mai 2007, p. 511-514.
- CAILLAT Anne Marie, *Précarité et accès aux soins : une nécessaire modification des pratiques professionnelles ?* mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), 2002
- Centre de recherche et de documentation en économie de la santé. Précarités, risque et santé. 2003. N°63
- COGNET M, HAMEL C, MOISY M. Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. Revue européenne des migrations internationales [Internet]. 2013 Juin. 28(2) :11-34
- COLLIN Thomas - Parcours de soins des consultants de la permanence d'accès aux soins de santé - Evaluation du retour au droit commun. Thèse de Médecine : Grenoble 2011
- Conseil Economique et Social, *Avis adopté sur la « grande pauvreté et la précarité économique et sociale »*, Paris : JO, 28 février 1987.
- CRAMBERT Geneviève, PUREN Agnès, BOUGON Aude, QUELLENEC Patrick, *Equipe Mobile Précarité : un outil pour travailler le lien*, Soins psychiatrie n° 287, juillet/août 2013, p 25-28.
- DEJOURS Christophe, *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*, Collection l'histoire immédiate, Paris : Seuil, 1998.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). *Quel logement pour les nouveaux bénéficiaires d'un titre de séjour en (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé*. 2006 [Internet]. [cité le 25 novembre 2014] <http://www.drees.sante.gouv.fr/quel-logement-pour-les-nouveaux-beneficiaires-d-un-titre-de-sejour-en-france.4312.html>
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), *Les PASS un dispositif en évolution*, Paris : DGOS, 2012.
- DOUGNON P et al. *La santé perçue des immigrés en France*. IRDES. 2008
- Fédération Hospitalière de France (FHF), Médecins du monde, *La prise en charge des personnes vulnérables : agir ensemble à l'hôpital et dans le système de santé*, Paris : FHF, médecins du monde, 2014.
- Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS), *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques*, Paris : FNARS, 2010.



- FINON Elizabeth, GIRARDIN Bernard, HOARAU Matthieu, DU SOUICH Hervé, TOUCHE Marie-Jo, VALDANT Jacques, *La Fracture territoriale - analyse croisée des inégalités en Île-de-France*, Paris : Secours Catholique – Caritas France, février 2016. p 29.
- France Terre d'Asile Rapport d'activité 2013. [Internet]. [Internet]. [cité le 25 novembre 2014]. Disponible : <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/rapport-activites/rapport-activit%C3%A9-2013-web.pdf>
- FURTOS Jean, *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologique et dispositifs*, Paris : Masson, 2008.
- GEERAERT Jérémy, RIVOLLIER Elizabeth, *L'accès aux soins des personnes en situation de précarité*, Soins n° 790, novembre 2014, p 14-18.
- GEORGES Claire, PLATON Jackie, *La PASS : micro modèle d'un système d'organisation des soins*, ASH n°550, février 2013, p 28-30.
- GEORGES TARRAGANO Claire, ASTRE Harold, PIERRU Frédéric, *Soigner (l') humain : manifeste pour un juste soin au juste coût*, Rennes : Presses de l'EHESP, 2015.
- HAMEL et al. Migrations, conditions de vie et état de santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et Origines, 2008, BEH, 2-3-4, pp. 21-24
- HAS. Parcours de soins. Questions/Réponses. Mai 2013. [Internet]. [cité le 8 décembre 2014]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
- Haut Comité de Santé Publique, *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, Rennes : ENSP, février 1998.
- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, Paris : HCSP, 2016.
- Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Rapport du 22 mars 2013. [Internet]. [cité le 18 novembre 2014]. Disponible : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avenir_assurance-maladie.pdf
- HELFTER Caroline, *Permanence d'accès aux soins de santé, le bouclier social de l'hôpital*, ASH n°2851, mars 2014, p 32-35.
- INSEE, *Bloc-notes de l'Observatoire économique de Paris*, Paris, Journal Officiel, 1987.
- JUSOT, SILVA, DOURGNON, SERMET. *Etat de santé des populations immigrées en France* IRDES. 2008
- LANG T. *Les inégalités sociales de santé*. Actualités et dossier en santé publique. 2010. 73 : 7-57
- LAPORTE Anne, CHAUVIN Pierre, *Rapport SAMENTA sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'IDF*, Paris : INSERM, Samu Social de Paris, 2010.
- LEGOFF Sophie, *L'accès des patients précaires aux parcours de soins de droits communs*, thèse de doctorat en médecine, 2014
- LEGROS Michel, *groupe de travail « santé et accès aux soins : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins*, Paris : conférence nationale contre la pauvreté et l'inclusion sociale, 2012.
- MARQUES Ana, FURLAN Julie, VELPRY Livia, *Les pratiques de prescription des ordonnances de précarité à l'EPS de Ville Evrard*, Santé publique volume 27, mai 2015, p 623-631.
- MECHALI Denis, DEHAUDT Sylvie, PINTIR Marie Laure, *Une permanence d'accès aux soins de santé un lien de confiance avec le patient*, la revue de l'infirmière n° 214.
- MERCUEL Alain, GRIMAUULT Sophie, BICINI Céline, MARIE LOUISE Sylvie, VEGAS Christiane, ARVEILLER Jean Paul, *Vers la construction d'une clinique psycho sociale, le service d'appui santé mentale et exclusion sociale*, soins psychiatrie n° 258, sept/octobre 2008, p 21-25.
- MOUZON Céline, *Accès aux soins : les PASS au service des plus précaires*, alternatives économiques n° 348, juillet 2015.



- NICOL Yvonne, *Favoriser l'accès aux soins des personnes malades en situation de précarité*, la revue de l'infirmière n°152, juillet/août 2009, p 21-22.
- Observatoire Régional de Santé (ORS), *La santé observée en Seine-Saint-Denis*, Île-de-France : ORS, 2015.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Ottawa (Canada), 1986.
- PAILHES S – *De la PASS au système de santé de droit commun.*-226 f, 4 ill., 11 tabl. Thèse de doctorat en Médecine. : Lyon 2008
- PARIZOT I. CHAUVIN P. *Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne*. Revue d'épidémiologie et de santé. 2003
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus*, collection le Lien social, Paris : Les Presses universitaires de France, 2003.
- PLURICITE *Etude et analyse du rôle et de la place des centres de santé dits « humanitaires » dans l'offre de soins francilienne*, Rapport final, ARS Île-de-France, Décembre 2015, www.pluricite.fr
- POTVIN L., MOQUET M.-J., JONES C. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p
- Rapports du CNLE : *Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale* - édition 2016.
- RODRIGUES MARQUES Anna Claudia, *Construire sa légitimité au quotidien : le travail micro politique autour d'une Equipe Mobile de Psychiatrie-Précarité*, thèse de doctorat en sociologie, 2010
- TAP Pierre, VASCONCELOS Maria de Lourdes, *Précarité et vulnérabilité psychologique*, Toulouse : Erès, 2004.
- TUDREJ Benoit, *Précarité : analyse d'un concept*, mémoire de Master 1, 2007.
- VELUT Nicolas, *Pathologie mentale et souffrance psychique de personnes en situation de précarité : de quoi parle-t-on ?*, Empan n°98, 2015, p 47-54
- WATREMEZ Valerie, *Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), somatique en milieu psychiatrique : un dispositif pivot de la coordination des parcours des soins* », mémoire de master 2 « santé et médico-social, Centre Hospitalier St. Anne Université Paris est Marne la Vallée, décembre 2016.
- WRESINSKI. J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.

Législation

- Article L1411-1-1 du code de santé publique, modifié par la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Circulaire DGS/6C/DHOS/O2/DGAS/DIV n° 2001/393 du 02 août 2001, d'orientation relatives « aux actions de santé conduites dans le cadre des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale ».
- Circulaire DGOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005.
- Circulaire DGOS/R4 n°2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)
- Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions
- Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)



Glossaire

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

ADF : Assemblée des Départements de France

AHI : Secteur d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion

AME : Aide Médicale d'Etat

AP- HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Aide sociale à l'hébergement

ASV : Atelier Santé Ville

BAPSA : brigade d'assistance aux personnes sans-abri

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CAES : Centres d'Accueil et d'Examen de Situation (pour migrants)

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCPP : Commission de coordination des politiques publiques

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence

CHUM : Centre d'Hébergement d'Urgence pour migrants

CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

COPIL : Comité de pilotage

CPA : Centre de Premier Accueil

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREDOC : centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Dd : Délégation Départementale (ARS Île-de-France)

DDCS (PP) : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DMS : Durée moyenne de séjour

DOSMS : Direction de l'offre de soins et médico-sociale

DPC : Développement Professionnel Continu

DPSRI : Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (ARS Île-de-France)

DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

DS : Direction de la stratégie (ARS Île-de-France)

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ELSA : Equipe Liaison Soins Addictologie

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ESI : Espace Solidarité Insertion

ETECAP : Ensemble des Troubles causés par l'alcoolisation Fœtale

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FAS : Fédération des acteurs de la solidarité

FémasIF : représente en Île-de-France la Fédération Française des Maisons et des Pôles de Santé

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

FIR : Fond d'Intervention Régional



GIP : groupement d'intérêt public

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (aujourd'hui Agence Santé Publique France)

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IREPS : Instance Régionale d'Education Pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LAMPES : (mission de) Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Sociale

LAEP : lieux d'Accueil Enfants Parents

LHSS : Lits halte soins santé

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

LUP : Ligne Urgence Précarité

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

MAS : maison d'accueil spécialisée

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MDM : Médecins du Monde (Association)

MDO : maladies à déclaration obligatoire

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecin Généraliste

MIG : Mission d'Intérêt Général

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (programme)

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PFIDASS : Plateforme Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé

PLANIR : Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Prévention Promotion de la Santé

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PRENAP : Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes précaires

PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins

PRS : Projet régional de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

PUMa : Protection Universelle Maladie

QPV : quartier politique de la ville

RASA : Rapport d'Activité Standardisé Annuel

RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

RDRD : Réduction des risques et des dommages

RéMI : Réduire la Mortalité Infantile et périnatale (Projet pour)

RESAD : Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SPIP : Services pénitentiaires d'insertion et de probation.

SRAIOPS : Service régional d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes sortantes (de prison)

SRHH : Schéma Régional de l'Hébergement et du Logement

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UF : Unité de Fonctionnement

UD-DRIHL : Unité départementale de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine



iledefrance.ars.sante.fr



[@ars_IDF](https://twitter.com/ars_IDF)