

BILAN

Projet régional de santé Île-de-France
2013-2017

Programme
régional
d'accès à la
prévention
et aux soins

**PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**
2018 - 2022

**ars**
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



Lire les pages qui décrivent les premières années du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est un exercice non seulement utile mais indispensable, à trois titres.

D'abord, ce document permet de mesurer, même imparfaitement, l'ampleur de la grande précarité dans notre région : 40 000 personnes, dont 35 000 en familles, hébergées en hôtel chaque nuit par l'Etat ; des milliers

d'autres dans des centres d'hébergement moins précaires mais encore transitoires ; plus de 50 000 utilisateurs annuels des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans nos hôpitaux. Ce document impose les faits dans leur violente évidence: dans notre région, la grande précarité est une question massive.

Ensuite, ce rapport donne à voir l'inventivité des réponses mises en œuvre. Cette inventivité mobilise professionnels de santé, associations, équipes de l'ARS, de l'Assurance Maladie, de l'Etat ou des collectivités territoriales ; il s'agit là, je le dis, d'un modèle encore trop rare de collaboration. Une collaboration respectueuse, donc exigeante, sans concession, où les difficultés sont affrontées, et pour cela énoncées. Mais une collaboration qui cherche, crée, innove ; qui permet, pour mieux répondre aux besoins de nos concitoyens les plus en difficultés, de s'aventurer dans des expérimentations, d'aller parfois aux racines des difficultés.

Ce document ne donne pas seulement à voir : il donne aussi, et c'est pour moi le plus important, à comprendre. Il donne à comprendre non seulement aux acteurs du PRAPS, mais aussi, et je dirais surtout, aux autres, à tous ceux qui s'intéressent à notre système de santé. En décodant les obstacles aux soins et les mécanismes d'atteintes à la santé pour les plus démunis, on analyse les dysfonctionnements et les difficultés de l'ensemble de notre système de santé, y compris dans sa relation avec le monde social d'aujourd'hui et de demain.

Affirmons-le sans ambages : l'amélioration de la qualité de ce système de santé, sa capacité à innover, à s'adapter et à rester performant, mais aussi sa pérennisation économique, imposent que ceux qui le pilotent, le gèrent, le mettent en œuvre, s'approprient les leçons de ce bilan. Et c'est pour cela que je souhaite qu'il soit lu bien plus largement que par ceux qui ont contribué aux actions. J'ai eu l'occasion de le dire en de nombreuses occasions : nous devons déspecialiser la prise en charge des questions de santé des plus défavorisés. Ce doit être l'enjeu du service hospitalo-universitaire comme du médecin généraliste, du directeur d'établissement de santé comme du travailleur social, du professionnel de l'information médicale comme de celui de l'hébergement. Ce doit être l'enjeu de toutes les équipes de l'Agence.

Ainsi, s'approprier ce que nous disent les auteurs de ce bilan, ce n'est pas une question de solidarité sociale, pas une exigence morale – encore que ce ne soit pas négligeable ; c'est d'abord un impératif stratégique et technique pour tous ceux qui veulent améliorer la santé de l'ensemble des Franciliens.

Le législateur a souhaité, et l'on ne peut que s'en féliciter, que le futur Projet régional de santé comprenne un nouveau PRAPS. A la lecture de ce premier bilan, chacun comprendra l'importance que va prendre dans notre PRS 2018-2022 non seulement le deuxième PRAPS, mais aussi, globalement, la prise en compte de la grande précarité dans notre démarche collective.

Christophe DEVYS
Directeur général ARS Île-de-France



Depuis les débuts de mon parcours professionnel d'hospitalier francilien, j'ai toujours entendu à chaque commencement de projet de plan, de programme d'action sanitaire et sociale : «l'Île-de-France, région capitale est riche, jeune et dynamique, sans doute l'une des plus riches d'Europe». Mais c'est aussi la région la plus marquée par un niveau record d'inégalités des revenus, engendrant l'exclusion, la précarité, la marginalisation de larges couches de population qui accèdent peu ou qui n'accèdent plus aux soins.

Constats répétés, volonté d'action maintes fois proclamée, mais au bout du compte constat d'une certaine impuissance face à une réalité qui ne cesse de se dégrader !

Ainsi les dernières statistiques disponibles indiquent que 15% des franciliens (1.8 million de personnes) disposent d'un revenu mensuel inférieur à 990 € (par unité de consommation).

Ces dernières années la pauvreté s'aggrave plus dans notre région que dans le reste du pays et touche des territoires de plus en plus nombreux à Paris et en petite couronne notamment.

Mais le sujet majeur désormais, le plus intolérable de tous c'est celui de la grande pauvreté (revenu disponible inférieur à 40% du revenu médian) qui touche près de 450 000 personnes dont de nombreux enfants.

Rappelons que chaque jour, fin 2016, l'Etat hébergeait environ 92000 personnes et qu'il existait au 30 septembre 2015, 135 bidonvilles en Ile-de-France.

De plus, nous sommes désormais confrontés à une arrivée importante de réfugiés, demandeurs d'asile politique en provenance de pays en guerre. Ainsi l'évolution de la crise financière, économique et sociale, le contexte géopolitique alimentent, augmentent toujours plus les situations de précarité et posent de manière aiguë la question de la prise en charge sanitaire et sociale de ces personnes, parce qu'elles n'ont pas ou n'ont plus l'autonomie d'usage du système de santé

Face aux inégalités les plus criantes l'Etat s'est mobilisé (loi de santé de juillet 2009 et de janvier 2016) en dotant les régions d'un outil structurant et facilitant l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Cet outil c'est le PRAPS, programme obligatoire du PRS. Il a pour vocation de fédérer l'action des différentes composantes de l'Agence régionale de santé sur les questions de santé des plus fragiles et des exclus.

Le PRAPS francilien de première génération (2013 - 2017) fut conçu et mis en œuvre comme «un outil de guidance, un référentiel de repères et de bonnes pratiques».

Le présent bilan présente, tant au plan global que par des focales réalisées sur des «sujets spécifiques un panorama des travaux menés.

A défaut d'un dispositif rigoureux d'évaluation, il dégage cependant des appréciations qualitatives utiles pour l'avenir notamment sur : les dynamiques de travail instaurées et les progrès réalisés dans l'exercice en transversalité (y compris au niveau local) ; l'efficacité des outils d'accompagnement adaptés aux populations concernées ; la visibilité et la pertinence des dispositifs passerelles, par exemple les PASS.

Au regard de tous ces enjeux, la CRSA par sa représentativité et la diversité de ses expertises sera un acteur volontariste, contributif à l'élaboration du nouveau PRAPS (années 2017 – 2022). Non dans une démarche d'assistantat envers les personnes les plus fragiles mais en vigilance sur le respect du droit fondamental de ces personnes à la prévention et aux soins.

Jean-Pierre BURNIER
Président de la Conférence Régionale de
Santé et de l'Autonomie

SOMMAIRE

Glossaire	Page 2
Introduction	Page 3
Données sur l'état de la grande précarité en Île-de-France	Page 5
Réalisations 2012-2015, dans le cadre du PRAPS	Page 7
Focale sur des sujets emblématiques :	Page 28
<ul style="list-style-type: none"> • Les actions de prévention et de promotion de la santé dans le champ de l'exclusion 	Page 29
<ul style="list-style-type: none"> • Les PASS hospitalières 	Page 34
<ul style="list-style-type: none"> • Les Réseaux de santé disposant d'un volet « accès aux soins » 	Page 41
<ul style="list-style-type: none"> • Les dispositifs de soins résidentiels (LHSS, LAM, ACT) 	Page 49
<ul style="list-style-type: none"> • Les expérimentations de mission LAMPES 	Page 56
<ul style="list-style-type: none"> • Les expérimentations de PASS ambulatoires 	Page 66
<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions en direction des personnes en situation de prostitution 	Page 64
<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions en direction des campements/bidonvilles, composés de regroupements communautaires 	Page 68
<ul style="list-style-type: none"> • L'action sanitaire en direction des personnes migrantes nouvellement arrivées 	Page 73
<ul style="list-style-type: none"> • Une contribution au plan de réduction des nuitées hôtelières 	Page 77
<ul style="list-style-type: none"> - Éléments de synthèse et conclusion 	Page 79
<ul style="list-style-type: none"> - Bibliographie 	Page 84

Remarque :

Certaines actions relevant d'un double périmètre, comme par ex PRAPS/SROS ou PRAPS/SROMS, ne seront pas développées ici, car traitées dans le cadre des schémas ad hoc. C'est le cas de la santé mentale, de la périnatalité, des recherches/études, des CLS, CLSM... La question du logement indigne présente dans le PRAPS 1 est traitée elle aussi, dans un volet spécifique du bilan général du PRS 1.

GLOSSAIRE

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique	IREPS : Instance Régionale d'Education Pour la Santé
ADT : Aide à Toute Détresse (Association)	IST : Infections Sexuellement Transmissibles
AME : Aide Médicale d'Etat	IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	LAM : Lits d'Accueil Médicalisés
PA-PHAP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris	LAMPES : (mission de) Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Sociale
ASE : Aide Sociale à l'Enfance	LHSS : Lits halte soins santé
ASV : Atelier Santé Ville	MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie.
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale	MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
CCPP : Commission de coordination des politiques publiques	MDM : Médecins du Monde (Association)
CeGIDD : Centre Gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	MDO : maladies à déclaration obligatoire
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	MDPH : Maison Départementale Des Personnes Handicapées
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence	MIG : Mission d'Intérêt Général
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement	ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
CLS : Contrat local de santé	PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (programme)
CLSM : Conseil local de santé mentale	PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
COMEDE : Comité médical pour les exilés (Association)	PMI : Protection Maternelle et Infantile
COFIL : Comité de pilotage	PPS : Prévention Promotion de la Santé
COSA : Dossier-type de demande de subvention	PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
CPA : Centre de Premier Accueil	PRENAP : Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes précaires
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	PREPS : Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	PRS : Projet Régional de Santé
CREDOC : centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie	PUMa : Protection Universelle Maladie
CRHS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	RASA : Rapport d'Activité Standardisé Annuel
CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie	RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
DD : Direction départementale	REMI : Réduire la Mortalité Infantile et périnatale (Projet pour)
DDCS (PP) : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)	RESAD : Réseau d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficulté
DIRRECT : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi	RSA : revenu de solidarité active
DMS : Durée moyenne de séjour	SAF : Syndrome d'Alcoolisation Foetale
DOSMS : Direction de l'offre de soins et médico-sociale	SIAO : Service intégré de l'accueil et de l'orientation
DPC : Développement Professionnel Continu	SRAIOPS : Service régional d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes sortantes (de prison)
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement	SRHH : Schéma Régional de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité Copils externes (SRHH)	SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs	SSR : Soins de suite et de réadaptation
ESI : Espace Solidarité Insertion	UF : Unité de Fonctionnement
ETECAF : Ensemble des Troubles causés par l'alcoolisation Foetale	UMI : Unité Mobile Interdépartementale Transmissibles
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé	UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
FIR : Fond d'Intervention Régional	UT- DRHIHRIILL : Unité territoriale de la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.
FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
GIP : groupement d'intérêt public	
HAD : hospitalisation à domicile	
Île-de-France : Île-de-France	
INCa : Institut national du cancer	
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (aujourd'hui Agence Santé Publique France)	

INTRODUCTION

Le Programme Régional d'Accès à la prévention et aux soins pour les publics très démunis (PRAPS) fait partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS), et a vocation à fédérer l'action des différentes composantes de l'Agence régionale de santé (ARS) et ses partenaires, sur les questions de santé des personnes les plus exclues.

Rappel des objectifs du PRAPS

Le PRAPS francilien 2013-2017, élaboré au moment de la création de l'Agence, se présente essentiellement comme un outil de guidance, un référentiel de repères et de bonnes pratiques.

Quatre principes directeurs ont été retenus :

- Ne pas créer de filière de soins spécifique aux personnes les plus démunies, mais chercher à adapter en permanence les organisations des structures de droit commun à l'accueil et la prise en charge de ces publics ;
- Ajuster en permanence la dynamique de l'action à la réalité propre des territoires ;
- Construire d'avantage de cohérence dans les parcours de santé, souvent complexes, en travaillant sur les articulations d'amont et d'aval entre les opérateurs de santé ;
- S'assurer de la mise en place de démarches de suivi/accompagnement individualisées dans les démarches de santé.

La structure générale du document s'organise autour de quatre objectifs généraux, bases de recommandations :

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

Ces objectifs généraux sont déclinés en 16 axes d'intervention, dont le bilan est présenté ci-dessous. Il est à noter que certains sujets peuvent nourrir plusieurs de ces axes.

Les publics concernés

Pour définir les publics concernés par le PRAPS, trois critères ont été retenus :

- Une précarité qui affecte plusieurs domaines de l'existence (absence de revenu, de logement, d'emploi, de lien social ...),
- Une période de vulnérabilité particulière (maternité, vieillesse, maladie chronique, conduite addictive, conduite prostitutionnelle, sortie de prison...),
- Des difficultés structurelles ou personnelles d'accès aux droits, à la prévention et aux soins, qui conduisent à une problématique commune : celle du renoncement aux soins ou de la rupture du parcours de santé.

Le profil des populations en situation de très grande précarité est ainsi varié :

- **Personnes sans abri ou en logement précaire** (parents isolés dont femmes enceintes, femmes avec des nourrissons et de jeunes enfants, populations vivant en campement précaire...);
 - **Personnes en difficulté majeure avec une aDDiction à un produit**, et/ou présentant des troubles mentaux majeurs, ou souffrant de maladies chroniques graves (diabète, VIH, Hépatites...);
 - **Personnes en situation administrative instable**;
 - **Personnes pratiquant la prostitution** dans un contexte de vulnérabilités multiples...;
 - **Jeunes en difficulté d'insertion sociale** (dont mineurs étrangers isolés, jeunes sortis du dispositif Aide sociale à l'enfance, jeunes en errance...);
 - **Personnes âgées en situation de très grande précarité** financière et isolées ;
- .../...

Présentation du bilan

Ce document se présente en plusieurs parties :

- Quelques données sur l'état de la grande précarité dans la région ;
- Des éléments factuels sur les réalisations opérées dans le cadre du PRAPS, entre 2012 et 2015, et abordées de façon relativement panoramique ;
- Des focales plus détaillées (avec une présentation des réalisations engagées, des avancées, des leviers, des freins, ainsi que des premiers enjeux émergents pour le PRAPS 2) portant sur les sujets emblématiques, tels que :
 - Les actions de prévention et de promotion de la santé dans le champ de l'exclusion ;
 - Les PASS hospitalières ;
 - Les Réseaux de santé disposant d'un volet « accès aux soins » ;
 - Les dispositifs de soins résidentiels (LHSS, LAM, ACT) ;
 - Les expérimentations de mission LAMPES ;
 - Les expérimentations de PASS ambulatoires ;
 - Les interventions en direction des personnes en situation de prostitution ;
 - Les interventions en direction des campements/bidonvilles, composés de regroupements communautaires ;
 - L'action sanitaire en direction des personnes migrantes nouvellement arrivées ;
 - Une contribution au plan de réduction des nuitées hôtelières.

Il se termine, avant de conclure, par une analyse d'ensemble.

Données sur l'état de la grande précarité en Île-de-France

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), déjà en 2012, indiquent que 15 % des franciliens (1,8 million de personnes) disposent de moins de 990 euros par mois par unité de consommation, vs 14% au niveau nationale.

Les Franciliens pauvres le sont plus que la moyenne nationale. La moitié d'entre eux ont un revenu inférieur de 24% au seuil de pauvreté (moins de 750 euros), versus 21% pour le reste de la France métropolitaine.

Cette pauvreté s'aggrave en Île-de-France, de façon plus forte que dans le reste du pays, et avec une hausse plus marquée en Seine-Saint-Denis. Le taux de pauvreté des enfants franciliens a, lui-même, progressé de plus de 2 points (22% en 2009 vs 24,3% en 2013).

Cette pauvreté est fortement concentrée en Seine-Saint-Denis, dans certaines zones du nord-est de Paris, et dans une partie du Val de-Marne. Elle touche par ailleurs le sud du 95 et l'est du 77.

Le sujet majeur de la grande pauvreté dans la région (revenu disponible inférieur à 40 % du revenu médian).

Sur la totalité de la population de la région, la grande pauvreté a progressé de 0,5 points en 4 ans, de 2007 à 2011 (de 2,8 % à 3,3 %), ce qui représente près de 400 000 personnes.

Cette grande pauvreté progresse davantage dans les départements les plus pauvres (Seine-Saint-Denis, Val d'Oise et Val-de-Marne) : en 4 ans, elle a augmenté de 1,1 point en Seine-Saint-Denis, 0,9 point dans le Val d'Oise et 0,7 point en Val-de-Marne, contre 0,5 point au niveau régional.

En Seine-Saint-Denis, elle touche 6,1 % de la population.

Une région fortement marquée aussi par la crise du logement.

Fin 2016, chaque jour, l'État héberge en Île-de-France environ 92 000 personnes dans son dispositif d'hébergement et de logement adapté (dont 35 000 à l'hôtel). Le nombre de places s'est ainsi accru de 15 % en un an et de 30 % en deux ans pour atteindre un total de 69 700 places d'hébergement.

Le nombre de nuitées hôtelières qui concernait environ 19 800 personnes en novembre 2012 est passé à environ 35 000 personnes hébergées chaque nuit en 2016.

Les enfants et adultes en famille représentent 94 % des personnes hébergées à l'hôtel. Les enfants, à eux seuls, 50 % des personnes hébergées (dont la moitié environ est âgé de moins de 3 ans). 55% des appels au 115 de Paris étaient en 2014 des appels de familles.¹

¹ Source Direction Régionale de l'Hébergement et du Logement – DRIHL.

Il est important de noter que près de 8 familles sur 10, dont 2 enfants sur 3, hébergés à l'hôtel, souffrent d'insécurité alimentaire.²

Par ailleurs, les zones les plus pauvres de la région, comme la Seine-Saint-Denis ou le Nord-Est parisien, sont aussi celles qui concentrent le plus de centres d'hébergement d'urgence (CHU).³

Au 30 septembre 2015, il y avait, en Île-de-France, 132 bidonvilles dans lesquels vivent 7 124 personnes, dont 2 117 mineurs.⁴

Enfin, alors que la domiciliation administrative représente un enjeu fort pour les personnes sans logement personnel et dans un contexte où les difficultés liées à l'hébergement ont un impact direct sur l'accès aux droits à la santé, les capacités de domiciliation des structures domiciliataires sont aujourd'hui saturées (environ 131 000 places au 31 décembre 2014)⁵. Une adresse est le préalable à toute ouverture de droits.

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

Depuis plus d'un an, l'Île-de-France est confrontée à une arrivée quantitativement importante des personnes en provenance de pays en guerre et en quête d'asile politique.

Depuis le 2 juin 2015, 30 opérations de mise à l'abri de personnes, installées dans des campements de fortune dans l'espace public, ont été organisées et plus de 21 728 offres de places d'hébergement ont été proposées.

L'évolution de la crise économique, financière et le contexte géopolitique de dernières années impactent toujours plus la situation de la précarité en Île-de-France.

Son périmètre et le degré de paupérisation de la population évoluent en permanence. Sur le terrain, les acteurs ont à inventer/réinventer sans cesse, dans un processus de collaboration, les actions les mieux adaptées, tant au niveau organisationnel que politique.

² Enquête ENFAMS menée par l'Observatoire de Samu-Social de Paris auprès de 801 enfants et familles sans logement en Île-de-France, publiée en octobre 2014.

³ Etude publiée par le Secours Catholique, en février 2016 : « La fracture territoriale analyse croisée des inégalités en Île-de-France ».

⁴ Source Préfecture d'Île-de-France.

⁵ Source DRIHL

Réalisations 2012-2015 dans le cadre du PRAPS

La première partie de ce bilan propose de tracer un panorama global des actions menées dans le cadre du PRAPS ; plusieurs des actions abordées ici sont détaillées plus largement dans la deuxième partie, consacrée à des focales spécifiques.

Pour ce panorama, il a été choisi de suivre la structure initiale du PRAPS, et d'identifier les réalisations sur chacun des axes. Il est clair que toutes les propositions inscrites dans le document n'ont pas pu être traitées au titre des réalisations, mais ont fait l'objet d'une priorisation selon l'importance des enjeux et des possibilités locales d'intervention.

 Les actions identifiées par ce pictogramme renvoient au développement présenté de façon plus précise dans la partie traitant des sujets emblématiques.

Enjeu n°1 : Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité

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

En regard de ces objectifs, on retient :

1) Le soutien aux actions d'accompagnements individualisés en santé

Il s'agit de considérer avec une attention particulière les situations des personnes démunies par des **actions d'accompagnements individualisés dans les démarches de santé**.

De telles actions ont été développées en prévention - promotion de la Santé (PPS) dans le domaine de la très grande précarité, par plus de 45 opérateurs en 2015. Mais, l'insuffisance de caractérisation de l'accompagnement individualisé en santé rend difficile l'exercice de bilan. Pour autant, il a été pris en compte chaque fois qu'il procédait d'une démarche organisée et inscrite dans le temps.

Les dispositifs dits « passerelles » peuvent aussi être appréhendés comme contribuant à l'accompagnement individuel en santé. En 2015, ce sont plus de 67 000 personnes qui ont été prises en charge par les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) hospitalières, les PASS ambulatoires, les réseaux de santé (sans compter les personnes vues dans le cadre des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), les PASS PSY, et les structures de soins résidentielles telles que les LHSS, LAM, ACT...)

2) Une focale sur la médiation

La médiation en santé, valorisée dans le guide du promoteur des actions en PPS à partir de 2015, gagne en visibilité.

On compte, en 2015, dix opérateurs impliqués, alors qu'ils étaient cinq en 2012, notamment dans les campements illicites, les bidonvilles ou auprès des personnes en situation de prostitution. Même si les moyens apparaissent aujourd'hui insuffisants, les actions de médiation ont bénéficié d'une augmentation budgétaire de 35% en trois ans-

A un autre niveau, des interventions de **médiateurs socio-culturels** se développent aussi dans les structures de soins. On citera pour exemple deux établissements de santé soutenus en 2015 sur le département de la Seine-Saint-Denis (d'autres expériences existent accompagnées par d'autres financeurs), ainsi qu'une recherche-action sur la médiation transculturelle effectuée par des soignants multi linguistes et multiculturels (Centre Babel).

Pour autant, la notion de médiation, très largement intriquée avec celle de l'interprétariat, nécessite encore aujourd'hui d'être mieux précisée. Des travaux sont en cours au sein du programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de grande précarité. L'Agence y est associée.

3) Le recours à l'interprétariat

Les questions d'interprétariat ne sont pas spécifiques au PRAPS. Mais elles constituent un axe majeur sur lequel l'ARS souhaite renforcer sa mobilisation, en lien avec ses partenaires, notamment la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Dans le cadre du PRAPS, la focale a été faite sur l'identification des besoins au sein des PASS (enquête livrée en juin 2015) et depuis, plus globalement au sein de l'AP-HP, à travers le CPOM (travaux en cours).

Il convient maintenant d'envisager une possible mutualisation de ressources à l'échelle régionale, après une clarification des pratiques. Une réflexion est aussi à mener sur la place des dispositifs innovants de recours à l'interprétariat professionnel (via les applications téléchargeables comme celle conçue par l'AP-HP).

4) La participation à une expérimentation de « référent social unique »

Dans le cadre du Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion, l'Agence accompagne et apporte sa contribution méthodologique à une expérimentation de « référent social unique » portée par la Ville de Paris (démarrée en juin 2016).

5) Une valorisation de bilans de santé en direction des publics bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat (AME) et/ou migrants

Des bilans de santé destinés aux publics bénéficiant de l'AME ont été proposés par la CPAM 93, entre 2014 et 2015. Cette expérimentation devrait faire l'objet d'un retour d'expérience.

 Suite à l'arrivée d'un nombre très important de personnes migrantes et en demande d'asile sur les places parisiennes, un programme de bilans infirmiers d'orientation sanitaire dans les structures

d'hébergement a été initié en 2015. Ces bilans infirmiers – il ne s'agit pas de bilan de santé à proprement parler – sont conduits par deux opérateurs, le Samu Social de Paris (SSP) et la Croix Rouge française. En cas de besoin de soins médicaux, les migrants/refugiés sont ensuite orientés vers les PASS.

1.2 Développer les compétences de proximité et de "aller vers" des acteurs

Le renforcement des **compétences des acteurs non sanitaires** présents au contact direct des personnes et le **"aller vers"** sont des axes majeurs du PRAPS.

Ce dernier procède des méthodes d'intervention d'accompagnement des publics les plus éloignés du système de santé, même si la littérature montre que cette notion nécessite d'être clarifiée, tant les mises en pratique peuvent différer selon les opérateurs et les contextes. Ont été retenus les éléments suivants, comme constitutifs de ce « aller-vers » : l'accompagnement physique dans un parcours de santé (développé ci-dessus), les maraudes et les actions « hors les murs ».

1. L'appui au développement des compétences en santé des acteurs sociaux

En direction des travailleurs sociaux et des aidants, a été produit un « **Guide d'Accompagnement vers les dispositifs de santé des personnes occupants des campements et des personnes en errance** ». A ce jour, 1600 exemplaires « papier » ont été mis à disposition des associations. Le guide est aussi disponible en ligne sur le site internet de l'ARS. 2055 consultations ont été enregistrées en 1 an, entre septembre 2015 et juillet 2016, témoignant de son impact et de son utilisation.

Plus spécifiquement, et en collaboration avec l'association régionale de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale (FNARS Île-de-France) et la Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL), a été créé « **un guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement** », aujourd'hui en cours de diffusion par l'intermédiaire des Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO), avec 1300 exemplaires « papier ». Une action d'accompagnement à la sortie du guide auprès des acteurs concernés est prévue entre octobre et décembre 2016. Le guide est également disponible en ligne sur le site de l'ARS depuis novembre 2016.

 A leur niveau, les Réseaux de santé précarité/access aux soins, les Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), proposent des **actions de sensibilisation et d'appui** (participation à des synthèses, organisation de « débriefing », de séances de formation, d'échanges de pratiques...)

Enfin, animées par l'IREPS et la Fédération ADDiction - dans le cadre de la Plate-forme Régionale de Coordination PRC EPS, et avec le soutien de la DRJSCS - des **journées de sensibilisation des Médiateurs Sociaux** franciliens aux questions de Santé ont été organisées. 95 personnes ont pu en bénéficier.

2. La mise en place de maraudes et d'actions « hors les murs »

L'Agence soutient 8 opérateurs assurant des **maraudes santé**, chargées du repérage de problématiques de santé et/ou de démarches de réduction des risques. En 2015, ces maraudes sont assurées :

- par trois opérateurs, auprès des publics en situation de prostitution ;
- par cinq opérateurs, auprès des publics de bidonvilles.

L'un d'entre eux intervient sur l'ensemble de la région par le biais d'une équipe mobile tuberculose.

Citons aussi la mobilisation d'une délégation départementale de l'ARS sur l'expérimentation d'une **maraude sante-sociale** autour de la Gare du Nord, dans le cadre des travaux du Pacte Parisien de Lutte contre la Grande Exclusion, prévue sur 14 mois, débutée en juin 2016.

Au-delà de ces maraudes spécifiques, un certain nombre d'acteurs du système de santé s'impliquent également dans des actions hors les murs : CeGIDD, établissements de santé, certaines PASS (maraudes de la PASS ambulatoire du 77 et de la PASS hospitalière d'Ambroise Paré...). Ces actions sont probablement trop peu visibles et nécessiteraient d'être davantage valorisées et capitalisées.

Pour le PRS2, un recensement des actions intéressantes du "aller-vers" devra être réalisé, pouvant déboucher sur un référentiel de bonnes pratiques rendant plus facile l'extension de cette démarche dans des conditions d'efficience et d'adaptation aux publics.

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

1) Des opérateurs développant des approches communautaires et/ou participatives

Les acteurs du champ de la grande précarité, quand ils interviennent sur la santé, développent très généralement une approche globale de la personne et contribuent à renforcer « l'empowerment ». On observe que l'ensemble des opérateurs concernés (45 opérateurs) sont investis sur des projets de santé communautaires et/ou participatifs (implication de comités de résidents...) et/ou sur des actions PPS qui mobilisent ou remobilisent les personnes sur leur propre santé.

Dans le Projet Régional visant à Réduire la Mortalité Infantile et périnatale (RÉMI), un des axes de travail porte sur la place donnée aux femmes dans leur parcours de santé. Un cahier des charges est en cours d'élaboration pour promouvoir les initiatives d'acteurs en santé dans le champ de la santé communautaire en périnatalité, en particulier pour les femmes en situation de grande précarité. Ici, la question du soutien technique et financier des équipes est posée ; tout comme celle de l'accompagnement des professionnels face à des femmes plus autonomes, sachant mieux formuler des demandes.

2) Le développement de la démocratie sanitaire

Il s'agit de promouvoir la représentation des personnes très démunies dans les instances de démocratie sanitaire (comité des usagers, conférences de territoire...).

Des efforts ont été portés sur les conseils de la vie sociale dans le secteur des soins résidentiels (LHSS, LAM, ACT...). L'Agence rédige actuellement des recommandations dans le guide de bonnes pratiques des LHSS, avec des éléments sur les droits des usagers.

Elle a initié des démarches, pour un programme collaboratif, auprès du Conseil Consultatif régional des Personnes Accueillies (CCPA). Mais les moyens restent à définir.

Il n'a pas été possible à ce jour d'intégrer un ou des usagers au niveau du groupe partenarial élargi du PRAPS. En revanche, des représentants de personnes très démunies se retrouvent dans les Conseils de vie sociale au sein des LHSS, LAM et ACT.

Cet axe se poursuivra dans le cadre du PRS 2.

3) Sur les pairs aidants

Si la démarche de promotion de la santé par les pairs est, depuis longtemps, valorisée à l'échelle régionale, la mise en œuvre de stratégies s'appuyant sur des pairs aidants au sein des publics concernés par le PRAPS progresse pas à pas.

Trois opérateurs, soutenus par l'ARS, font appel à des pairs aidants dans leurs actions auprès des populations "transsexuels" et « en situation de prostitution ». Des médiateurs pairs sont aussi impliqués dans le programme « Un chez soi d'abord », présenté plus loin.

Une réflexion est à conduire sur la place et le rôle de ces « pairs aidants ».

4) Sur les ateliers sociolinguistiques

Les ateliers sociolinguistiques constituent des espaces privilégiés pour aborder les questions de santé au sein d'une démarche globale visant l'autonomie sociale des personnes migrantes. Cet abord commence à se structurer dans trois départements où la thématique santé s'intègre aux programmes mis en place (ce qui correspond, par exemple, à 10% des ateliers sur Paris).

La référence aux ateliers sociolinguistiques se retrouve par ailleurs dans plusieurs actions de promotion de la santé portées par des opérateurs locaux ou régionaux.

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

Cette thématique des coûts et de la solvabilité rejoint la question de l'ouverture des droits à l'assurance maladie et de la réduction des obstacles financiers aux soins.

1) Un rôle de plaidoyer auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)

Les enjeux de la solvabilité, des coûts résiduels, et de l'accessibilité financière mobilisent un nombre important d'acteurs. Le PRAPS offre le cadre d'une action de plaidoyer, visant à interpeller sur les difficultés rencontrées par les publics, et à engager le débat sur les leviers mobilisables.

Parmi les acteurs privilégiés, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) jouent un rôle majeur pour une meilleure prise en compte des difficultés d'accès à la santé des publics démunis. Une dynamique d'échange régulier, entre les délégations départementales de l'ARS et les CPAM, est ainsi entretenue sur 6 territoires.

Entre 2014 et 2015, l'équipe opérationnelle PRAPS a animé un groupe de travail régional partenarial sur les freins financiers à l'accès aux soins, associant la coordination régionale des CPAM, des associations humanitaires et des représentants de structures de santé. Les travaux ont donné lieu à la production d'une note de synthèse, sur les leviers mobilisables.

Les démarches d'accès au système de santé se révèlent souvent difficiles pour les personnes démunies et nécessitent qu'un accompagnement soit mis en œuvre, notamment dans leur accès aux droits à l'assurance Maladie.

De nouvelles questions surgissent : par exemple, la mise en place de conventions avec les structures de santé permet une amélioration des délais pour les personnes utilisant ces structures. Il convient de voir comment modéliser et étendre ces acquis, pour éviter les systèmes à plusieurs vitesses.

La Protection universelle maladie (PUMa), créée en janvier 2016, constitue une avancée importante pour toute personne travaillant ou résidant en France depuis plus de trois mois de manière régulière. Un travail collaboratif pourra être renforcé davantage en lien avec la démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non recours des Incompréhensions et des Ruptures) mise en place par les caisses.

Enfin, des échanges réguliers, tant au niveau régional qu'avec le niveau décisionnaire national, doivent permettre de continuer à simplifier et rendre plus lisible par les intervenants la liste des documents nécessaires à l'ouverture de droits.

2) Un soutien aux opérateurs de santé pour intégrer l'intervention sociale

Dans le cadre du PRS, l'intervention sociale joue un rôle important au sein des structures de santé, en particulier au niveau de l'accompagnement à l'ouverture de droits.

 C'est le cas au sein des PASS hospitalières et ambulatoires, mais aussi des réseaux de santé précarité/accès aux soins, en complément des actions réalisées par les services sociaux hospitaliers.

On évalue à 2,8 entretiens en moyenne le nombre d'entretiens sociaux réalisés pour chaque personne accueillie en PASS hospitalières.

L'Agence maintient aussi un soutien financier à la présence d'assistantes sociales, au niveau des services d'accueil et de traitement des urgences, dans différents établissements de santé privés (20 établissements concernés).

Pour autant, le constat actuel fait état de besoins mal couverts et en augmentation. Une dimension à développer dans le PRS2.

3) Les questions de domiciliation

La construction des schémas départementaux sur la domiciliation a mobilisé les délégations départementales de l'ARS dans six départements.

Face aux coûts d'hospitalisation et de soins induits par l'absence de domiciliation, dans un contexte de capacités de domiciliation saturées, **un certain nombre d'établissements de santé ont pris l'initiative d'effectuer par eux-mêmes des domiciliations** (ex 3 équipes de PASS hospitalière). Toutefois cette domiciliation « spécifique, temporaire et internalisée », au cœur de l'hôpital, n'a pas vocation à être le support de la prise en charge sociale globale, telle que le prévoit la loi ALUR.

L'accompagnement social et la stabilisation des personnes sans domicile fixe restent donc une préoccupation majeure dont doivent continuer de s'emparer les autres acteurs du champ de l'exclusion. Une recommandation pour défendre la reconnaissance de la prise en charge médicale comme critère de domiciliation dans l'urgence a été éditée à cet effet (au même titre que la scolarisation des enfants, ou l'accès aux titres de séjour).

Dans le cadre du PRS2, le renforcement des coopérations entre les établissements de santé et les organismes domiciliaires (Centres communaux d'action sociale et associations agréées) pour faciliter les démarches d'ouverture de droit, devrait être une piste de travail.

4) Une aide à la sensibilisation des professionnels de santé

 Des actions de sensibilisation/formation sur ces questions sont développées par les 63 PASS hospitalières (dont l'accueil de nouveaux internes), les 6 PASS ambulatoires et les 11 réseaux de santé précarité disposant d'un volet « accès aux soins ».

La sensibilisation des professionnels de santé est à poursuivre, afin de renforcer la prise en compte, dans leur pratique, des contraintes financières, et plus largement des freins rencontrés dans l'accès aux soins.

1.5. Inscrire le soin en cohérence avec le parcours de vie (prenant en compte l'avant et l'après de l'épisode pathologique), et plus largement développer les démarches intégrées "santé-social"

Pour les publics fragiles, le domaine social représente une porte d'entrée majeure vers la santé et inversement. Aussi, pour des questions de cohérence du parcours de santé, il est nécessaire de veiller à articuler les démarches sociales et de santé.

Mais la mise en cohérence des approches « santé – social » se heurte aux différences de temporalité entre ces deux champs, ce dont il faut tenir compte (nécessité de soins alors que les droits ne sont pas ouverts, sorties de LHSS sans solution d'hébergement ...). Ce souhait d'intégration des démarches « santé-social » gagnerait à être soutenu par la mise en synergie des financements avec les conseils départementaux et les services de cohésion sociale.

1) Le plaidoyer pour le développement de formations, initiales et continues, interprofessionnelles sur les intrications santé et social pour les personnes très démunies

Aujourd'hui, les **formations pluridisciplinaires** ne sont pas reconnues au titre du Développement Professionnel Continu (DPC), notamment dans le domaine de la précarité/exclusion. C'est un frein à la participation des professionnels de santé qui auraient souhaité pouvoir se former à la prise en charge globale des patients, à travers une approche interprofessionnelle. Ce travail de plaidoyer pour une intégration dans le DPC reste à bâtir.

2) Le développement d'espaces d'accueil pluridisciplinaire "santé-social"

On signalera l'expérimentation nationale d'un **espace santé au sein d'un Espace Solidarité Insertion (ESI)**, conduit par le GIP Samu social de Paris (l'Agence étant chargée de l'animation du comité de suivi et d'évaluation). 97 personnes sont accueillies chaque jour, en moyenne, pouvant bénéficier sur place de soins médicaux et infirmiers. L'accueil médical prévoit une évaluation de l'état de santé, des soins primaires et, le

cas échéant, une orientation vers une structure de soins complémentaire. L'équipe comporte un médecin généraliste, un médecin psychiatre, un médecin spécialisé en alcoologie...

Par ailleurs, ont été soutenues des **actions de formations des personnels d'accueil des centres de santé** sur la dimension sociale du parcours de soins, notamment dans le cadre des CLS.

3) Le suivi d'actions-pilotes d'accompagnement à la santé de personnes sans logement

De façon globale, la question de l'expérimentation d'actions en matière de santé des personnes sans logement imprègne l'ensemble du PRAPS, et plus largement, tout le PRS. On la retrouve dans des actions présentées plus haut sous le registre du « aller vers », mais aussi dans des actions de renforcement de la prise en charge des personnes lors de leurs passages dans les centres d'hébergement, par exemple. On rencontre également cette approche dans le domaine de la périnatalité, en direction notamment des femmes enceintes, par le biais d'actions conduites au niveau du réseau SOLIPAM, ou dans le cadre du projet REMI. Elle est également présente dans les efforts visant à déployer les LHSS. Il ne peut donc être possible de regrouper dans ce chapitre la totalité des initiatives ayant trait à la santé des personnes sans abri.

Toutefois, deux expériences menées, l'une et l'autre, par le Samu-social de Paris peuvent ici être mises en exergue :

- **Les maraudes des «Equipes Mobiles d'Aide» (EMA)**, conduites dans le cadre d'une expérimentation nationale. Ces équipes se composent d'un travailleur social, d'une infirmière et d'un chauffeur, assistés par un médecin d'astreinte. Elles fonctionnent toutes les nuits. Les équipes recueillent les personnes sans résidence stable demandeuses d'aide et d'accompagnement, et les orientent vers les services d'urgence des établissements de santé ou un centre d'hébergement d'urgence. 35 925 rencontres ont été notifiées en 2015, débouchant sur 1 534 actes infirmiers (+ 22 % vs 2014). L'Agence anime le comité de pilotage du dispositif.
- **L'équipe mobile tuberculose (EMLT)**, a été mise en place pour accompagner les patients, sans abris et confrontés à la tuberculose, vers une meilleure observance thérapeutique. La file active de l'EMLT se composait de 303 personnes en 2015.

Enjeu n°2 : Adapter le fonctionnement des dispositifs de santé pour mieux accueillir et prendre en charge les populations démunies

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

Si le travail en direction des personnes et des relais est fondamental, le système de santé ne peut rester à l'écart de la stratégie du PRAPS. C'est le sens de cet axe.

1) La production d'outils d'information et de communication sur le système de santé

Outre la construction des **guides "santé"** décrits plus haut (guide pour les acteurs de la filière de l'hébergement et guide/référentiel "accompagnement des personnes en errance ou en campement »), une étape importante a été la production **d'un annuaire en ligne des PASS**. Publié sous la forme d'une cartographie interactive sur le site de l'Agence en septembre 2015, ce dernier propose des informations pratiques tant pour les professionnels que pour les usagers. Depuis, 4000 consultations sont enregistrées par semestre (soit 18 vues en moyenne quotidienne).

Les efforts pour améliorer la lisibilité des PASS continuent par ailleurs, avec, par exemple, la diffusion d'un **pictogramme commun** permettant d'améliorer la visibilité des dispositifs au sein des établissements hospitaliers, mais aussi sur tous les supports de communication utilisés.

Au niveau de la santé mentale, le **développement du PSYCOM francilien** (espace ressources d'information et de formation - y compris sur les questions de précarité) se poursuit.

2) Le plaidoyer auprès des structures de santé pour une meilleure prise en compte des questions de précarité

Le cadre de la contractualisation de l'Agence en direction de ses opérateurs (CPOM), est aujourd'hui peu adapté pour l'inscription de la thématique de la précarité au sein des conventions. Pour autant, on note que 17 **CPOM** comportent déjà des engagements dans ce domaine, dont celui de l'AP-HP. Et parmi les établissements concernés, 11 sont en lien avec la psychiatrie.

Par ailleurs, animée par l'Agence, **une recherche-action portant sur la mise en lien des acteurs du social et du sanitaire** est en cours à Paris depuis 2012. L'objectif est d'améliorer l'accès aux services de santé de premier recours et aux actions de prévention des personnes en situation de précarité. Sont visées les structures de premier recours de droit commun (centres de santé et maisons de santé pluri professionnelles, en particulier) en lien étroit avec les structures sociales dédiées à l'accompagnement des publics spécifiques (ESI, maraudes, structures d'hébergement...). Diverses approches sont ainsi déployées : cartographie des ressources de proximité, état des lieux participatifs, valorisation des bonnes pratiques de rapprochement... et surtout accompagnement au développement de comportements de « aller vers » entre professionnels permettant d'appréhender de manière partagée et plus pérenne les environnements de travail respectifs.

3) Les recommandations pour l'accueil des personnes sans domicile au sein des structures de santé mentale

En juin 2013, les règles d'accueil des personnes sans domicile dans les secteurs de santé mentale ont été réactualisées et précisées dans une note d'orientation adressée aux établissements psychiatriques. Un bilan des effets est à prévoir.

Un guide de procédure des soins sans consentement (non spécifique à la grande précarité) a également été produit et diffusé en juin 2014, à l'intention des maires.

4) La mise en place d'un dispositif de veille sur les difficultés d'accès au système de santé

 Un outil d'information important est le dispositif de signalement des difficultés d'accès au système de santé pour les personnes Roms résidant dans des bidonvilles/campements illicites. Ce dernier a été mis en place en février 2014, et construit en lien avec le service de réclamation de l'Agence.

La création de ce dispositif répondait à la préoccupation des associations de mieux prendre en compte les situations de refus de soins. Il semblait notamment que des problèmes se posaient au niveau des dispositifs d'accueils théoriquement inconditionnels comme les PASS ou les PMI.

Au total, 15 signalements, concernant 14 structures différentes, ont été reçus et traités sur la période 2014-2016. La majorité des cas font référence à des difficultés d'accueils de la part d'opérateurs du système de droit commun, mais très peu au sein des structures d'accueil inconditionnelles.

Ce dispositif ne paraît cependant pas pleinement utilisé. Les raisons méritent d'en être mieux cernées. Il a néanmoins permis de mener des actions d'alerte et de communication auprès des établissements et des professionnels concernés.

5) L'encouragement et le suivi de dispositifs d'accueil inconditionnel en médecine ambulatoire (notamment pour des personnes sans droit ouvert à la couverture maladie)

 L'Agence a impulsé, fin 2013, un programme d'expérimentation de PASS ambulatoires, impliquant 2 réseaux de santé précarité/accès aux soins et 4 communes gestionnaires de centres de santé, déjà mobilisés dans ce champ.

La file active enregistrée en 2015 est de 1416 personnes. On compte aussi 1241 démarches d'ouverture de droits à la couverture maladie, dont 936 qui ont abouties. Sur les PASS ambulatoires rattachées à un CMS, 203 patients ont intégré un parcours de santé à la suite de leur passage.

Une démarche d'analyse est en cours pour mesurer la pertinence du modèle, l'intérêt de son déploiement, la place du soutien de l'Agence, en lien avec la CPAM et le Ministère de la santé.

Des supports méthodologiques ont été produits, de façon collaborative, en particulier en matière de process et de suivi, pouvant conduire à l'élaboration d'une boîte à outils mise à disposition des opérateurs.

D'ores et déjà, pour la seule Seine Saint-Denis, 9 CLS font état d'un besoin de création de PASS ambulatoire sur leur secteur.

6) De l'identification des bonnes pratiques pour la prise en charge des publics très démunis en aval des urgences.

Cette recherche de bonnes pratiques reste à approfondir, dans le cadre du Programme Régional d'Aval des Urgences (PRAU), et au travers de la mise en œuvre d'expérimentations portant sur le lien ville/hôpital (référentiels partagés et recommandations de bonnes pratiques).

 Par ailleurs, les processus mis en œuvre dans les expérimentations de missions LAMPES, et présentées dans la partie « focales » de ce document, seront analysés dans les prochains mois.

7) L'appui aux professionnels de santé de première ligne

 Rappelons le rôle **des réseaux de santé**, pour apporter un soutien aux acteurs de première ligne : dans l'expertise, l'aide à la coordination des soins au domicile...

Une restructuration de ces réseaux est actuellement à l'œuvre, pour, notamment, renforcer la dimension « accès aux soins », c'est à dire : de prise en charge des personnes démunies pour les accompagner vers les services de santé dont elles ont besoin.

4 réseaux de santé pluri-thématiques ont ainsi déployé des volets « accès aux soins », permettant d'étendre la couverture territoriale sur deux nouveaux départements par rapport à la situation de 2013 : de 3 départements en 2013 (77, 92, 94), on en compte 5 actuellement (en sus : 93 et 91).

Des réseaux spécifiques, par ailleurs déjà positionnés sur les publics très démunis, ont été régionalisés, comme le DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins), SOLIPAM (Solidarité Paris Maman) ou le projet de « coursiers sanitaires et sociaux » (CRCMRP).

Au total, on dénombre 11 réseaux de santé en 2015, et 12 en 2016, qui assurent cette prestation d'accès aux soins/précarité.

Dans un autre domaine, celui du champ de la santé mentale et de la psychiatrie, l'appui aux professionnels de santé de première ligne passe aussi par l'action des **EMPP**, au niveau des territoires couverts.

Enfin, l'Agence contribue au financement d'un **guide social du médecin** édité par « A ta santé service », réactualisé annuellement.

8) Le soutien aux dispositifs de santé destinés aux femmes enceintes en situation de grande précarité et de leurs enfants

Les actions en matière de périnatalité recoupent très fréquemment celles du PRAPS, et ce de façon logique : la surmortalité infantile régionale est révélatrice des difficultés dans la prise en charge des femmes exposées à des difficultés sociales et, parmi elles, des femmes les plus précaires – notamment celles se retrouvant sans logement.

Ainsi, dans le cadre du PRS 2013-2017, ont été soutenus **les réseaux de périnatalité**, qui coordonnent les prises en charge médicales.

 De son côté, le réseau périnatal **Solidarité Paris Maman (SOLIPAM)**, spécialisé aussi auprès des femmes enceintes, en situation de grande précarité et sans hébergement, et des nouveau-nés jusqu'à 3 mois, a été régionalisé (nous venons d'en parler), avec la mise en place d'une plateforme téléphonique d'accueil (numéro vert, aux horaires d'ouverture du réseau qui permet aux femmes et aux professionnels d'alerter sur des situations particulières).

De même ont été financées deux **structures de SSR**, au titre de la DAF, accueillant les femmes en situation de grande vulnérabilité et de précarité, et/ou toxicomanes, pour leur proposer un accompagnement sanitaire et social le temps de la grossesse et des trois premiers mois de l'enfant.

On note aussi le développement de **staffs médico-psycho-sociaux en anténatal** dans les établissements de santé, encouragés dans le cadre des CPOM.

Seront précisés enfin plus loin les actions menées au titre des **projets REMI** et **PRENAP**.

Pour autant, les besoins restent importants. Et ce sujet doit faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du PRS 2.

2.2. Favoriser et formaliser la pluridisciplinarité dans les "démarches de santé de proximité"

1) L'incitation au travail partenarial formalisé entre les acteurs de la santé, du social et du médico-social, dans un enjeu de transversalité et de filière de soin (partenariats d'amont et d'aval)

Dans ce champ, l'Agence a assuré une animation territoriale et incité à la signature de **conventions partenariales**, dans un but opérationnel, avec les CPAM, les CCAS, EMPP, les PASS, les associations humanitaires.

 On note ainsi que :

- 4 réseaux précarité/accès aux soins sur les 12 présents en 2016 ont signé une convention avec les CPAM (CPAM 77, CPAM 92, CPAM 94, CPAM 93)
- 3/12 ont signé une convention avec l'EMPP de proximité (77 Sud, 94 Ouest et Est)
- 4/12 ont une convention signée avec les PASS (77 Sud et Nord, 94 Est et Ouest)
- 12/12 ont signé une convention avec des associations dites humanitaires
- 1/12 ont signé avec des CCAS (le réseau 92 Nord avec 3 CCAS)

 Concernant les PASS, si seulement 10 nouvelles conventions partenariales ont été formalisées en 2015 avec des associations et/ou structures de proximité, les équipes ont néanmoins investi le champ de la **communication** pour faire mieux connaître leur existence, tant en interne, auprès des autres acteurs de leur établissement de rattachement, qu'en externe, auprès de leurs partenaires. L'interaction avec les autres structures du territoire (réseaux, ESI, CCS, ASV, centres d'hébergement...), plutôt timide par le passé, occupe aujourd'hui une dimension importante pour une grande partie des PASS, indépendamment de leur lieu d'implantation. A ce titre, on peut noter le rôle de certaines associations qui ont relayé la communication autour de ces PASS (comme autour des ACT, LAM, LHSS, PASS) permettant ainsi de renforcer leur visibilité et leur lisibilité dans la région.

Par ailleurs, l'Agence soutient une **démarche de RCP sociale** portée par un réseau de santé précarité/accès aux soins dans le 93. Il s'agit de réunions pluri professionnelles, d'entrée social/précarité, permettant de réunir des acteurs des champs du social et de la santé.

Le rôle de l'animation territoriale est, enfin, particulièrement important pour soutenir les stratégies d'organisation qui favorisent les **approches partenariales locales**. Des travaux sont menés en ce sens, notamment sur Paris, en direction des ESI et des opérateurs de santé de proximité, comme cités précédemment.

2) L'accompagnement à la mise en place de pratiques de liaison pour le repérage, le suivi adapté, l'anticipation et la préparation à la sortie des personnes hospitalisées, en situation médico-sociale complexe



L'Agence a impulsé une démarche **d'expérimentations de missions LAMPES** (mission de Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Social) auprès de 6 établissements de santé franciliens volontaires.

La file active déclarée, en 2015, est de 7 471 patients. Mais il s'agit d'une donnée non consolidée, explicitée plus loin dans le document.

Comme dans l'expérimentation des PASS ambulatoires, les outils ont été élaborés, de manière collaborative, en impliquant les opérateurs : indicateurs, trame de rapports d'activité, support de recueil d'informations patient, outils de reporting, autres outils de gestion, critères d'inclusion des patients...

La question du devenir du dispositif expérimental des missions LAMPES est posée.

Cependant, la boîte à outils est en cours de finalisation et devrait pouvoir être mise à disposition des établissements de santé désireux de s'en saisir, avec ou sans accompagnement de la part de l'ARS.

3) L'impulsion de partenariats entre maternités et accueils de jour/ centres d'hébergement

De 2010 à 2015, l'Agence a mis en place **un dispositif ville-hôpital, PRENAP**, dans un établissement parisien. Ce dispositif s'adressait aux femmes enceintes et/ou sortant de maternité. Il offrait les conditions d'une organisation d'aval de maternité, structurée à partir d'un accueil de jour, et construit en lien avec l'HAD. La file active des personnes accompagnées se montait à 998 personnes accueillies (mères, enfants, pères), en 2014, et à 1001 personnes, en 2015. Cette expérimentation a conduit à une démarche de structuration d'un parcours de santé des femmes très démunies en sortie de maternité (cf 4.1.1).

Une approche de même type, adaptée aux conditions de la Seine-Saint-Denis – caractérisées par une densité plus faible de ressources sanitaires, et une présence plus forte de femmes éligibles - a été mise en place par la suite, en 2014, dans ce département, notamment autour de l'hôpital de Saint-Denis (avec 691 personnes accueillies en 2015).

D'autres actions intéressantes ont été développées.

L'approche la plus systémique a été celle conduite dans le cadre du **projet stratégique RÉMI** (Réduction de la Mortalité Infantile en Seine-St-Denis). Les travaux de recherche-action (avec un volet épidémiologique conduit par l'INSERM et un volet socio-anthropologique piloté par l'Observatoire du Samu Social de Paris) sur l'interface entre la prise en charge par le système de santé et les contraintes sociales (parmi lesquelles, pour certaines femmes, se trouve la grande précarité) ont débouché sur différentes actions :

- des actions d'amélioration des pratiques médicales et sanitaires ;
- des actions de coordination des politiques publiques ;
- des actions de promotion de la santé.

Citons, à ce titre, des interventions de promotion de la santé globales et autour de la santé périnatale introduites dans des accueils de jour et des CHU (385 personnes concernées en 2015). D'autres territoires se sont mobilisés, par exemple, avec le conventionnement avec les SIAO pour améliorer l'accès à l'hébergement en sortie de maternité.

D'autres actions novatrices ont aussi vu le jour, avec la création d'une cellule d'orientation au sein d'un SIAO, accessible par les services sociaux de maternités hospitalières pour un accès à l'hébergement des femmes enceintes ou sortant de maternité (313 familles hébergées en 2015), l'instauration de places réservées d'hébergement stabilisé en lien avec le SIAO 93, la création de deux appartements collectifs pour l'accueil de femmes enceintes ou sortant de maternité dans lesquels un suivi en promotion de la santé est assuré.

Ces travaux ont été possibles grâce à une forte mobilisation des acteurs sur le terrain et des institutions DRIHL-UT 93. Leur principale limite est celle de la pérennisation des financements.

4) La mise en place d'une plateforme de guichet unique d'orientation

Une plateforme de traitement des demandes d'ACT a été installée en Seine Saint-Denis. Ce guichet unique permettant la mutualisation des informations, la réduction des démarches pour les demandeurs et l'optimisation des processus de traitement des demandes, est opérationnel depuis le 1er janvier 2012.

5) L'appui et le suivi de projets innovants, en lien avec des partenariats intersectoriels, pluridisciplinaires

Différents projets innovants, rassemblant une grande diversité d'acteurs, sont à l'œuvre.

L'expérimentation "Un chez soi d'abord", est un dispositif national qui sera pérennisé à partir du 1er janvier 2017. Il teste l'accès direct au logement - moyennant un accompagnement pluridisciplinaire - de personne sans-abri souffrant de pathologies psychiques, sans condition préalable de traitement ni d'arrêt des consommations de produits psychoactifs. Les premières données de l'évaluation mettent en évidence, dès la première année et pour l'ensemble des sites expérimentés en France, une réduction de moitié des temps d'hospitalisation des personnes suivies. Ils montrent aussi une sortie des patients des dispositifs de l'urgence sociale pour leur inscription dans un parcours de santé et d'insertion mieux coordonné. A Paris, sur les 60 usagers qui participent à la recherche : 90% se sont maintenus dans leur logement, 98% ont un suivi social ou sont autonomes dans leurs démarches administratives, 92% se font suivre régulièrement par un médecin.

D'autres projets, plus locaux, sont aussi soutenus, tels des **projets de microstructures sanitaires de coopération de professionnels ambulatoires** confrontés à la prise en charge de patients complexes très démunis, en situation d'addiction (avec des vacations de travailleurs social, des réunions de synthèse...) dont 2 devraient être installés en 2017 en Seine Saint-Denis.

 Le PRS 2013-2017 a enfin contribué au financement/suivi/développement (avec une régionalisation des interventions - versus 1 département concerné en 2013) d'un dispositif de coursiers socio-sanitaires, lesquels viennent en appui des médecins de ville pour les aider dans la prise en charge des patients dont la situation sanitaire et sociale est « complexe ». Leur rôle est notamment de décharger les médecins de certaines tâches administratives et sociales (comme de relancer des partenaires tels que : la Sécurité sociale, la MDPH, l'hôpital...). 404 patients ont ainsi été suivis en 2014 et 2015 (données cumulées). 80% des accompagnements se sont déroulés sur Paris et en Seine Saint-Denis.

Pour le PRS 2, la mobilisation est à poursuivre.

6) L'expérimentation d'Appartements de Coordination Thérapeutique en oncopédiatrie

L'Agence Régionale de Santé Île-de-France, avec le soutien et en lien avec la Direction Générale de la Santé (DGS – Ministère des Affaires Sociales) et l'Institut National du Cancer (INCA), expérimente 4 places en Appartement de Coordination Thérapeutique (ACT), orientés en oncopédiatrie, pour proposer un suivi médico-social à des enfants atteints de cancer, et en situation de fragilité psychologique et sociale. L'orientation est régionale. Les places sont situées dans le département de Seine-Saint-Denis.

7) L'appui et/ou la participation à la mise en œuvre de modalités de concertations pluridisciplinaires

 Des modalités de concertation pluri-professionnelles sont mises en place à partir de dispositifs tels que les PASS, les EMPP, les réseaux de santé ou les CLSM (RESAD), détaillés par ailleurs. Il est indispensable à ce titre de croiser les regards dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé (Service public territorial de santé,...).

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

1) Les PASS hospitalières, les LHSS, les ACT, les LAM, les réseaux de santé accès aux soins/précarité

 L'appui apporté aux réseaux de santé précarité/accès aux soins, aux dispositifs de soins résidentiels (LHSS, ACT, LAM) et aux PASS hospitalières fait l'objet d'une présentation détaillée plus loin, au sein de ce document.

2) Les EMPP

23 EMPP existent au total.

Les travaux réalisés, ou en cours, sont les suivants :

- La mise en place d'une coordination régionale confiée à une EMPP parisienne ;
- La finalisation d'un annuaire des EMPP franciliennes ;
- Le démarrage d'un état des lieux des EMPP franciliennes, avec 19 réponses à une enquête lancée à l'été 2016 (dépouillement en cours) ;
- L'incitation au développement d'EMPP auprès d'établissements psychiatriques ;
- L'inscription d'objectifs PRAPS clairement définis dans les CPOM des établissements psychiatriques ;
- Une contribution à l'enquête nationale sur les EMPP.

La couverture de l'ensemble des territoires n'est pas complète en matière d'EMPP. Il est à noter que plusieurs équipes de liaison, non étiquetées EMPP, peuvent néanmoins intervenir sur le même type de mission, comme avec des interventions au sein de CRHS, par exemple. Mais des besoins existent encore dans certains territoires, en particulier dans le 95.

Pour le PRS 2, il conviendra de s'intéresser à :

- L'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques en EMPP ;
- Le renforcement des interfaces entre les EMPP et les PASS ;
- Le renforcement des interfaces avec les autres acteurs du champ de la santé mentale et du MCO.

Une réflexion serait aussi à engager sur la santé mentale des femmes accueillies au titre de l'ASE dans les foyers d'accueil et les centres maternels.

3) Le renforcement du rôle et de la place des centres de soins spécialisés dans l'accueil des personnes démunies

L'Île-de-France compte quelques structures de type centre de santé, spécialisées dans l'accueil de personnes réfugiées et en exil. Elles sont souvent regroupées sous l'intitulé « centres de santé dits humanitaires » car centrées sur ce public spécifique. Les plus importants d'entre eux sont le centre de santé du COMEDE (Kremlin-Bicêtre), le centre Primo Lévi, et le centre Parcours d'Exil. Ces trois structures représentent un apport majeur, unique et incontournable à la prise en charge des personnes victimes de violences de guerre ou de l'exil. Or, l'équilibre financier de ces structures et donc leur viabilité est précaire, et ce alors même que les conséquences de la situation géopolitique internationale rendent leur activité de plus en plus importante et indispensable.

Un état des lieux médico-économique a donc été conduit auprès de ces 3 structures par un prestataire extérieur mandaté par l'Agence (rapport d'étude livré en décembre 2015).

Le rapport ouvre des hypothèses pour **consolider et réaffirmer leurs possibilités d'intervention**. Pour le PRS 2, il conviendra de mettre en œuvre les mesures préconisées.

2.4 et 2.5 Favoriser la formation et l'accompagnement des acteurs de proximité. Introduire des enseignements sur les spécificités liées à la précarité à destination des professionnels de santé

1) L'appui aux acteurs sociaux sur les questions de santé

On citera à nouveau ici, sans le développer, la production du guide d'accompagnement vers les dispositifs de santé pour les personnes en errance ou en bidonville et celle du guide santé destiné aux intervenants de la filière de l'hébergement.

2) Le soutien aux actions de formations et d'accompagnement interdisciplinaires

 Des actions de formation interdisciplinaire et d'accompagnement, sur les questions de précarité et santé, ont été organisées par les PASS et les réseaux de santé, notamment par :

- les 12 réseaux de santé précarité/accès aux soins : 1 d'entre eux dispose d'un agrément Développement Professionnel Continu (DPS), et 2 ont conventionné avec un organisme disposant d'un agrément DPC;
- les 6 PASS ambulatoires;

- les 63 PASS hospitalières (avec 4200 personnes touchées en 2015 - une donnée qui ne prend pas en compte les séminaires, colloques ou journées nationales organisés par le Collectif National des PASS, pouvant réunir plusieurs centaines de personnes).

Tous ces opérateurs mènent des actions de formation à la fois en interne, auprès de leur propre personnel, et en externe, en direction des autres acteurs locaux. Par ailleurs, des actions de formations spécifiques d'acteurs à la thématique de la précarité, conduites dans le cadre d'un projet PPS, en lien avec l'IREPS sont aussi été soutenues : 11 projets en 2015.

3) Le plaidoyer auprès des organismes de formation professionnelle des professionnels de la santé,

Le plaidoyer auprès des organismes de formation professionnelle, pour former les professionnels de la santé à une meilleure prise en compte de la thématique de la précarité, n'a pas pu être mis en œuvre même si, dans ce cadre, les collaborateurs de l'Agence, à titre individuel, ont pu apporter leur contribution à diverses formations universitaires.

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

Cet aspect vient en complément de la partie la "prise en compte des questions de santé par les acteurs sociaux".

L'Agence reste attentive à la prise en compte de la santé globale et à la qualité de vie des personnes malades au sein dans les programmes de prévention et de promotion de la santé qu'elle soutient. Elle cherche notamment à renforcer l'inscription dans un parcours de santé coordonné et à long terme, dans une approche globale de la personne.

On peut ici mentionner les expérimentations de **missions LAMPES**, à l'œuvre dans les établissements de santé, qui visent à améliorer les conditions de sortie et à diminuer le risque d'hospitalisations itératives.

On peut aussi citer 4 **programmes** d'Education thérapeutique du patient (ETP) qui visent à aider les patients très démunis à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. De ce point de vue, l'extension de dispositifs d'adaptation des programmes ETP aux personnes en situation de précarité ou de grande précarité est un enjeu majeur qui devra être abordé dans le prochain PRS.

Par ailleurs, le constat est fait d'une augmentation des populations vieillissantes ou handicapées en CHRS. **La question est posée du devenir des personnes en perte d'autonomie et sans droit ouvert** qui ne peuvent accéder aux structures médico-sociales. Des travaux sont en cours en lien avec la DHRIL.

Enjeu n°3 : Développer les partenariats afin d'assurer l'accès aux droits fondamentaux et de s'assurer de leur pérennité

3.1 et 3.2 - Renforcer le pilotage territorial et le partenariat

1) Une contribution à la transversalité, en interne à l'Agence

Pilote du PRS, l'Agence se doit de **s'organiser en interne pour une meilleure culture transversale dans le champ de la "grande précarité"** : il s'agit d'un enjeu important, même si l'ensemble des acteurs souligne que cela dépasse le cadre des simples collaborateurs de l'ARS. Cette transversalité se construit progressivement au sein de l'Agence, en lien avec les problématiques de mobilité et de disponibilité des équipes en interne.

La gouvernance du PRAPS s'est d'emblée attachée à faire intervenir les différents secteurs de l'Agence. Elle est détaillée plus loin (chapitre 4.2.1). Il est important de rappeler que ce programme transversal gagne à bénéficier d'un portage au niveau directionnel pour toucher tous les secteurs concernés.

 Certains projets font l'objet d'un pilotage partagé entre plusieurs secteurs du siège et des DD, comme c'est le cas avec les expérimentations de PASS ambulatoires et de missions LAMPES, avec les PASS hospitalières, les Centres de santé dits "humanitaires", etc...

Pour le PRS2, cette mobilisation transversale est à poursuivre. Il convient notamment de veiller à l'inscription d'un volet PRAPS dans les feuilles de route des DD, et de réinterroger le niveau de portage quand cela est nécessaire. La mise en cohérence du PRAPS avec les autres plans stratégiques de l'Agence (comme la mise en lien des expérimentations de missions LAMPES avec le PRAU) est également à poursuivre.

2) Une contribution à la transversalité des politiques publiques

La mise en cohérence des politiques publiques est une des clefs de leur réussite, y compris dans les champs qui ne relèvent pas de la santé.

Sur les sujets majeurs en rapport avec la grande précarité, l'Agence est présente à des degrés divers, sur les territoires départementaux suivants :

- Plan pluriannuel national contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (janvier 2013) : 78, 91, 92, siège
- Plan de résorption des nuitées hôtelières, lancé par la ministre du logement (3 février 2015) et/ou en direction des personnes hébergées : 75, 95
- Stratégie Régionale pour les campements illicites en Île-de-France (Préfecture - avril 2016) : siège et DD
- Schémas Régionaux et départementaux de l'Hébergement et de l'Habitat (SRHH) et son diagnostic préalable (2015-2016) : siège
- Schémas départementaux de la Domiciliation : 75, 77, 91, 92, 94
- Pacte Parisien de Lutte contre la Grande Pauvreté : 75

- Plan de lutte contre les violences faites aux femmes, en lien avec la délégation aux droits des femmes (dont violences faites aux femmes, prostitution...) : 75, 78, 91, 92, siège (opérationnel 2013-2014)

Des documents contributifs ont également été produits au niveau régional (notamment sur les problématiques de santé des personnes hébergées ou en rupture d'hébergement).

On constate que les positionnements proposés ont souvent été retenus par les pilotes de ces dispositifs : Une forme de stratégie de plaidoyer qui fait ici la preuve d'un début d'efficacité.

De façon symétrique, l'ARS a été conduite à intégrer dans sa propre stratégie des éléments de diagnostic ou de politique relevant d'autres pilotages, et à contribuer à la mise en œuvre de dispositifs qu'elle n'avait pas initiés. Il faut souligner l'importance de la convergence multi-niveau, c'est-à-dire de l'apport du niveau régional à des politiques locales de réduction de l'impact de la grande précarité sur la santé.

Pour le PRS 2, le partenariat opérationnel engagé avec les partenaires institutionnels est à poursuivre, notamment avec la DRIHL sur l'accès à la santé des personnes hébergées. Dans le cadre des instances régionales de concertation portées par l'Agence, la Commission de coordination des politiques publiques (CCPP) devrait pouvoir être investie davantage sur les questions du PRAPS.

3) Déclinaison opérationnelle et suivi des politiques publiques

Différentes illustrations sont à noter.

- Un groupe régional partenarial de suivi du PRAPS a été mis en place en 2015, associant notamment les grands opérateurs associatifs. Au plan local, 3 DD ont mis en place un comité de pilotage partenarial spécifique au PRAPS, associant les partenaires locaux : CPAM, SIAO, associations, DDCS ou UT-DRHIL ... 2 DD ont inscrit la question du PRAPS dans les instances départementales CLS, un aspect qui pourrait être développé, avec un état des lieux, dans le cadre du PRS2. 4 DD ont présenté la question de la précarité en conférence de territoire.

- Des rencontres régulières sont organisées dans les départements avec les services de l'Etat : 3 DD conduisent ou participent à des rencontres régulières avec les UT DRIHL ou DRJSCS (en grande couronne), et de la délégation territoriale aux droits des femmes. Plusieurs d'entre elles apportent leur contribution à des comités territoriaux d'échanges ou de pilotage (tels le Pacte parisien de lutte contre l'exclusion, les CLS, les CLSM), participent à différents COPIL organisés par les structures (PASS hospitalières, PASS ambulatoires, EMPP, "un chez soi d'abord"...). Les liens sont en cours de reconstruction avec les unités DRIHL et DDCS.

La contribution de l'ARS à des comités de pilotage participe de la connaissance de terrain, du renforcement des liens avec les partenaires locaux, et mobilise son expertise. Néanmoins, toutes les DD ne sont pas sollicitées de la même façon par leurs partenaires sur les problématiques de la pauvreté et de la grande exclusion, et leur niveau de disponibilité peut aussi être variable.

- Des travaux thématiques ont été engagés, notamment sur la santé des personnes transgenres précaires (outils, cartographie des maraudes...), sur les bonnes pratiques dans les LHSS, etc.
- Soulignons ici le travail d'animation territoriale de mise en lien des acteurs du social et du sanitaire, avec rapprochement des structures de l'urgence sociale du réseau santé de proximité, impliquant les centres de santé, les accueils de jour, les maraudes, les structures d'hébergement, etc... comme cela a été détaillé pour Paris. Le rôle de coordination est important, tant au niveau territorial qu'au régional selon les sujets et leur niveau d'impact (comme la prostitution, les migrants).

- L'Agence participe à la construction de synergies d'action, en lien avec les Préfectures, sur :
 - les problématiques des campements illicites. Elle plaide en faveur de la prise en compte de la dimension santé lors des opérations d'évacuation.
 - Le parcours de santé des publics sortants de prison (3 DD). Un travail est à poursuivre avec le Service Régional d'Accueil d'Information et d'Orientation pour les Sortants de Prison (SRAIOPS) et le ministère de la justice pour la définition d'un plan d'action permettant de garantir la continuité du parcours de soins des personnes au moment de la levée d'écrou.

Concernant la prise en compte des problématiques santé rencontrées par les jeunes en errance, un plan d'action reste à définir.

A signaler, sur la question de la mise à l'abri dans le cadre des plans hiver ou d'accueil des personnes migrantes, l'Agence effectue le recensement régulier des capacités d'accueil en structures sanitaires et médico-sociales. Ainsi, **1 297 places de mise à l'abri ont été mises à disposition de la préfecture par l'Agence en 2015.**

- L'Agence est particulièrement vigilante sur la continuité des parcours de santé des personnes en grande précarité et incite au conventionnement entre les acteurs locaux pour en assurer une meilleure fluidité. C'est le cas par exemple du lien entre les structures de soins résidentiels et les SIAO, entre les maternités et les structures d'hébergement dans le cadre du projet RÉMI (recherche de solutions locales d'hébergement pour des femmes en sortie de maternité), PRENAP

4) Renforcer la concertation et la coordination interprofessionnelles

Les fonctions de coordination et d'animation inter-équipes, sont soutenues, même s'il est difficile de préciser le nombre d'opérateurs ayant mis en place de tels dispositifs. C'est le rôle des 12 réseaux présentant un volet accès aux soins/précarité.

On note aussi par exemple que 92 % des PASS hospitalières (58/63) organisent un copil opérationnel alors qu'elles étaient 50% en 2014. C'est aussi le cas au niveau des expérimentations de PASS ambulatoires.

Une incitation a été conduite pour la nomination d'un référent médical dans toutes les PASS franciliennes permettant de les doter ainsi d'une coordination médico-sociale. Des référents médicaux PASS (à différencier des médecins assurant des consultations de médecine générale au titre de la PASS) sont maintenant clairement identifiés dans 54 PASS (VS 37 PASS en 2014, et 27 en 2012).

3.3. Organiser les modalités de résolution des cas individuels complexes

On nomme situations complexes des situations avec une **intrication lourde de problématiques médicales (avec comorbidité et perte d'autonomie) et sociales.**

 Les expérimentations de missions Lampes et de PASS Ambulatoires prévoient dans leur mission, le traitement de cas complexes. Aussi, dans leur organisation, les structures ont installé des séances de concertation pluri professionnelles sur le traitement de situations problématiques (7 471 inclusions déclarées en 2015).

Le soutien a été maintenu auprès des EMPP, des réseaux de santé et des opérateurs PPS (24 opérateurs concernés, pour 49 actions) également dans ce cadre.

5 réseaux de santé ont installé un dispositif de type réunions de concertations pluri professionnelles (RCP) pour l'étude des situations complexes dans les départements du 93, 92 (nord), 94 (ouest) et pour l'un d'entre eux sur l'ensemble de la région. On peut y rattacher le rôle des instances de concertation autour des situations complexes en santé mentale mises en place dans le cadre des CLSM, bien qu'elles ne soient pas spécifiques à la grande précarité.

D'autres dispositifs de concertation existent sur les cas complexes. Il serait intéressant de regarder la dimension grande précarité en leur sein : MAIA, PAERPA, MDPH, ... De même les réseaux de santé peuvent être confrontés à la gestion de cas complexes médicaux et sociaux, (commissions techniques internes aux établissements de santé...). Ces coordinations sont soumises à l'enjeu du décalage entre les temps du traitement social (ouverture de droits, attribution de logement...) et celui du médical.

Enjeu n°4 : Améliorer les savoirs et les connaissances sur la précarité et les processus d'exclusion

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

1) De la contribution à la connaissance de la santé des publics très démunis

Familles-enfants

- Soutien apporté par l'Agence à l'enquête ENFAMS (ENfants et FAMilles Sans logement personnel en Île-de-France), conduite en 2014 et effectuée par l'Observatoire du Samu social, avec une contribution financière de l'ARS.
- Accompagnement/suivi et financement de travaux de recherche conduits dans le cadre du projet Remi, notamment ceux effectués par l'Observatoire du Samu social (volet socio-anthropologique : « la grossesse et ses malentendus ») et l'INSERM (volet épidémiologique).
- Expérimentation d'un parcours de santé en périnatalité à Paris (projet PRENAP) : suivi de la DMS, des visites post-natales, approche médico-économique (ARS/INSERM 953/669).

Médiation transculturelle

- Suivi de travaux de recherche, notamment en lien avec le CH Necker, sur l'impact médico-économique d'un dispositif de médiation transculturelle externe (mais non spécifique à la grande précarité).

Autres études

- L'étude ISTIA, dans l'objectif d'approfondir nos connaissances dans le domaine de l'insécurité alimentaire. Il s'agissait d'interroger sur les possibles « facteurs de risque » sociaux (et financiers) de l'insécurité alimentaire, de rechercher des associations entre insécurité alimentaire et certaines caractéristiques sanitaires. (Equipe Pierre Chauvin, ERES 2014 - ISTIA : Les inégalités socio-territoriales de l'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne et ses liens avec le surpoids et l'obésité).

2) De la valorisation des PASS franciliennes comme lieu d'observation et de recherche

- Un soutien a été apporté à l'étude pilote EVA PASS (en 2013). Le pré-rapport d'étude a été livré.
- La coordination régionale des PASS a participé à la rédaction d'une réponse à un appel d'offre DGOS (PREPS) pour une recherche médico-économique dans les PASS spécialisées (ophtalmiques et bucco-dentaires) et qui a fait l'objet d'un préavis favorable.

3) De l'identification des tensions et des phénomènes émergents sur les questions de santé concernant les publics démunis

Cet axe n'a pas été développé.

Des lieux d'observation diversifiés sur la santé des plus précaires existent : Médecins du Monde, Samu Social, COMEDE, Minskowska, Urc-éco de l'Hôtel Dieu, ONPES, ADT, SIAO...

Il pourrait être intéressant pour le PRS 2 de développer une veille scientifique et un suivi des études sur les questions de précarité et santé en Île-de-France.

4.2. Garantir le suivi et l'évaluation du PRAPS

Ce programme impulse un certain nombre d'actions que l'Agence construit, en coordination avec ses partenaires, et en lien avec les politiques publiques. L'évaluation du PRAPS doit donc s'inscrire dans le contexte global de l'évaluation du PRS 2013-2017, et des 3 schémas qui le composent.

1) De la gouvernance du PRAPS

La gouvernance du PRAPS s'est structurée des 2014 avec l'installation d'une cellule précarité au siège, d'une équipe opérationnelle, et l'identification de référents PRAPS au sein des DD et des directions métiers.

L'équipe opérationnelle PRAPS, transversale et interne à l'ARS, compte 7 personnes et se réunit sur un rythme mensuel ; les référents PRAPS, une trentaine de personnes, font l'objet de rencontres trimestrielles.

Au fil des années, la gouvernance du PRAPS s'est renforcée avec la mise en place de :

- Un comité de pilotage interne à l'Agence, en 2015, auquel sont invités des représentants de la DRIHL et de la DRJSCS ;
- Un groupe partenarial élargi aux associations et aux représentants d'usagers (qui s'est réuni à deux reprises en un an) ;
- Et, enfin de groupes projets qui ont travaillé sur des thématiques particulières : les PASS, les expérimentations des PASS ambulatoires, LAMPES, sur la prostitution...

Certaines DD ont mis en place une organisation propre, qui va du référent au comité de pilotage spécifique. Une équipe PRAPS transversale a été identifiée dans 3 DD, avec une représentation importante du secteur de la PPS, deux DD ont mis en place un COPIL spécifique sur leur territoire. Dans 2 DD, la feuille de route départementale intègre un volet PRAPS.

Globalement la mobilisation au sein de l'Agence a été bonne, avec une participation active de référents de la Direction de l'Offre de soins et médico-sociale, de la Direction de la Stratégie et des DD. Cette organisation s'est cependant heurtée au problème du turn-over des personnels et de la tension des effectifs, avec un impact sur la mobilisation des équipes dans la durée.

2) Du bilan des dispositifs dits "passerelles"

 Différents états des lieux concernant les PASS hospitalières franciliennes ont été menés (en 2013 puis en 2014). Celle sur les PASS PSY est en cours de réalisation. Par ailleurs, l'Agence a contribué à l'enquête nationale PASS en 2014 (portant sur les données de l'année 2013).

Concernant les EMPP, l'Agence a contribué à l'enquête nationale conduite en 2015 par la DGOS. Au niveau francilien, l'état des lieux est en cours. La définition de la matrice d'enquête a été réalisée.

Un état des lieux des dispositifs d'accueil social dans les établissements ex OQN, en 2015, a été réalisé.

Une étude a été confiée à un prestataire externe pour l'analyse du rôle et de la place des centres de santé dits "humanitaires" dans l'offre de soins francilienne en 2015. Un plan d'action est en cours de définition.

Le bilan du dispositif expérimental PASS ambulatoire se déroule actuellement. Un questionnaire en ligne a été diffusé aux coordinateurs pendant l'été 2016. Il est complété par des visites sur sites. L'exploitation des données est en cours. Il devrait permettre de nourrir la réflexion sur le devenir du dispositif, les conditions de sa pérennisation, voire de son développement.

Enfin, des travaux collaboratifs ont été conduits pour l'harmonisation des critères d'inclusion conduits en PASS, PASS ambulatoires et LAMPES.

3) De l'évaluation des actions PPS

Des recommandations d'intervention en santé publique ont été clairement formulées dans le guide 2016 à destination des opérateurs.

Une grille d'aide à la décision a été mise en place en 2016 pour hiérarchiser les actions éligibles à un financement au titre du FIR Santé publique. Un état de la situation de l'offre en santé publique à destination des publics en situation d'exclusion et soutenue par l'Agence a été réalisé sur la base des données 2015, précisé plus loin dans le document.

Pour le PRS 2, il serait intéressant de modéliser des parcours de santé à partir d'expérimentations développées par les opérateurs et des données de la littérature.

FOCALE SUR DES SUJETS EMBLEMATIQUES

- Les actions de prévention et de promotion de la santé dans le champ de l'exclusion
- Les PASS hospitalières
- Les Réseaux de santé disposant d'un volet « accès aux soins »
- Les dispositifs de soins résidentiels (LHSS, LAM, ACT)
- Les expérimentations de mission LAMPES
- Les expérimentations de PASS ambulatoires
- Les interventions en direction des personnes en situation de prostitution
- Les interventions en direction des campements/bidonvilles, composés de regroupements communautaires
- L'action sanitaire en direction des personnes migrantes nouvellement arrivées
- Une contribution au plan de réduction des nuitées hôtelières

Les actions de prévention et de promotion de la santé

Une évolution des critères de priorisation entre 2014 et 2016

L'un des obstacles majeurs pour le bilan des actions de promotion de la santé est l'absence de système d'information précis. Cette absence est d'autant plus pénalisante que, sur la période du PRAPS, deux difficultés ont été récurrentes :

- D'une part, et en conformité avec la nomenclature LOLF, les personnes en grande précarité sont incluses dans la catégorie bien plus vaste des « personnes en difficultés » ;
- D'autre part, des actions peuvent être soutenues dans le cadre d'une programmation en direction des jeunes ou en matière de santé mentale, et concerner essentiellement ou exclusivement des personnes relevant du PRAPS.

Progressivement cependant, en matière d'actions PPS, les attentes de l'Agence ont été clarifiées. Ainsi, **depuis 2015, il existe une fiche « Accès à la santé des personnes démunies et en difficulté d'insertion »** dans le guide du promoteur (fiche 9), avec des précisions quant aux modalités d'intervention (l'accueil, le repérage, le « aller-vers », les projets de soins partagés, l'articulation d'amont et d'aval, « l'empowerment », l'accompagnement dans les démarches de santé, la médiation ...).

En 2016, la notion de grande exclusion sociale (fiche 9 retravaillée) **est distinguée** de celle des personnes confrontées aux difficultés sociales (fiche 10). Les modalités d'intervention, l'accompagnement individualisé, la médiation, la coopération intersectorielle... sont réaffirmés. Les publics cibles prioritaires et l'approche territoriale sont clarifiés.

Etat des lieux des actions PPS financées relevant du cadre du PRAPS, en direction des publics en situation de grande exclusion sociale, en 2015

A partir d'une entrée thématique « grande exclusion sociale », un recensement spécifique des actions financées en 2015 a été réalisé. Mais l'analyse reste limitée du fait de la difficulté à identifier précisément la répartition des actions « dites régionales » au niveau des territoires.

Ce bilan porte sur les dossiers des publics les plus exclus, caractérisés par l'absence de chez soi, quelle que soit leur position dans les champs populationnels et thématiques de la classification LOLF (santé mentale, nutrition, aDDiction, santé des populations en difficultés sociales ...).

Ce choix autorise une vision claire sur ce public qui, en outre, ne souffre pas d'ambiguïté dans son périmètre.

Cet état des lieux a été réalisé à partir de l'étude des dossiers COSA, des conventions, des bilans et rapports d'activité, Il a été complété par une consultation des DD, permettant de mieux identifier les actions concernées.

Ont été ciblées les actions portant sur les populations suivantes :

- Personnes sans domicile-fixe, à la rue, en CHU ;
- Personnes privées de domicile personnel ;
- Vivant en chambre d'hôtel ;
- Vivant en habitat de fortune : cabanes, construction provisoire ;
- Hébergées chez des tiers, faute d'autres solutions, et dans des conditions de logement très difficiles ;
- Vivant en structure d'hébergement et d'insertion (type CHRS...) ;
- Vivant en structure de soins résidentiels ;
- Vivant en résidence sociale, et à condition d'être en situation de grande vulnérabilité sociale (personne immigrée en situation administrative irrégulière, personnes âgées en grande difficulté notamment pour faire valoir ses droits...).

Les actions en direction des femmes enceintes et mères de très jeunes enfants sont sous-évaluées car elles ne sont pas toujours spécifiques de la grande précarité.

DONNEES ET ANALYSE

On dénombre **45 opérateurs** mobilisés dans le champ PPS, au bénéfice de populations en grande précarité, pour l'année 2015 (un total de **88 actions**). Le soutien financier de l'Agence se monte au total à **3 362 965 euros**.

19 actions ont été financées à 100% par l'ARS, en particulier pour des travaux concernant des approches communautaires de réduction des risques (exemple d'associations intervenant dans le champ de la prostitution, ne pouvant prétendre à d'autres financements). La file active n'est pas indiquée ici compte tenu de l'insuffisance des données remontées par les opérateurs

Répartition territoriale des actions et des opérateurs PPS/PRAPS en 2015

Paris et le département de la Seine-St-Denis rassembles le plus d'actions et d'opérateurs. Certains opérateurs et actions couvrent plusieurs départements.

Tableau de répartition, par département : nb d'opérateurs (nb d'actions)

75	77	78	91	92	93	94	95
14 (48)	6 (13)	5(6)	5 (6)	3 (10)	17 (31)	2 (13)	5 (6)

Les méthodes d'intervention

Les méthodes d'intervention ont été regardées sous l'angle des approches promues dans ce secteur :

- « **Aller vers** » : 34 actions sur 88 (38,63%) comportent de « l'aller vers » sous forme de maraudes, de bus, d'accompagnement physique vers les structures de soins, vers le médecin généraliste. 45 opérateurs ont mis en place des accompagnements individualisés vers les soins.

- **Processus visant « l'empowerment »** : Tous les opérateurs de la grande précarité visent à développer «l'empowerment», au sein de leurs programmes. 10 opérateurs ont mis en place des actions de médiation

sanitaire/santé. 3 opérateurs qui ont fait appel à des pairs aidants (dont en particulier transgenres ou en situation présente ou ancienne de prostitution).

- **Coopération intersectorielle** : ce type de coopération est utilisé par 38 opérateurs. - 24 opérateurs ont mis en place un travail intersectoriel sur des situations individuelles complexes, mais c'est probablement un chiffre sous-évalué. 99% des actions sont pluridisciplinaires.

- **Prise en compte de l'ouverture des droits/solvabilité** : il est très difficile d'affirmer que, si l'opérateur ne mentionne pas expressément cet item, il ne réalise aucune action dans ce champ : en effet, indirectement, lorsqu'il y a de l'accompagnement individuel et même des ateliers collectifs, l'OD est appréhendée (information, orientation..).

On relève que 99% des opérateurs utilisent au moins deux de ces méthodes.

Par ailleurs, 11 opérateurs ont réalisé des actions de formation en direction de professionnels ou de bénévoles.

Les tranches d'âge

Tranches d'âge	Périnatalité (0-3ans/femmes enceintes)	3-12 ans	12-18 ans	18-25 ans	18-65 ans	Plus 65 ans
Nb d'actions	20	11	10	8	65	4

On relève très peu d'actions en direction de personnes âgées de 65 ans et plus.

Près d'un quart des actions concerne la périnatalité (22,72%), mais cette donnée est probablement sous-évaluée pour des raisons de référencement.

Les populations concernées par l'action

Parmi les populations cibles du PRAPS, on dénombre :

- Populations en campement précaire ou bidonville (personnes «Roms»....) : 5 actions
- Femmes enceintes et femmes avec des nourrissons et de jeunes enfants : 20 actions
- Femmes isolées : 4 actions
- Personnes en situation de prostitution : 14 actions
- Jeunes en errance : 2 actions
- Personnes sous-main de justice au moment de la levée d'écrou : 1 action

Certaines populations n'ont pas fait l'objet d'intervention spécifique dans le champ de la grande précarité en PPS, ce sont notamment celles présentant un handicap ou une perte d'autonomie importante et les mineurs isolés.

Les thématiques de santé traitées

9 thématiques ressortent :

domaines d'intervention	Nb d'actions
Hygiène bucco-dentaire	8
Cancer	11
Santé mentale	35
VIH	19
ADDiction	14
Tuberculose	15
Santé sexuelle	26
Périnatalité	20
Diabète-obésité	26
Nutrition	23
Vaccination	4

Les partenariats

Le partenariat semble riche, sans toutefois faire l'objet de convention formalisée et être valorisée dans les dossiers des opérateurs. Il s'agit d'acteurs ressources en termes d'expertise ou d'orientation, et de partenaires contributeurs et soutien de l'action.

Pour exemple :

Structures partenariales	Nombre d'actions
PASS	17
CPAM	16
PMI	19

Focale sur les actions PPS en santé mentale

35 actions intègrent une dimension « santé mentale ». Parmi elles, 13 actions (12 promoteurs) sont spécifiquement centrées sur ce domaine.

Toutes ces actions s'exercent en partenariat avec les centres hospitaliers, dont les EMPP.

Elles sont focalisées sur trois publics : les personnes sans-abri, les personnes migrantes victimes de tortures et /ou de violence, les personnes en situation d'exploitation sexuelle.

CONSTATS – COMMENTAIRES

Il convient d'être prudent sur les conclusions tirées de ce premier bilan des actions PRAPS/PPS/ grande exclusion compte tenu des biais constitués par le manque de stabilité de la base de recueil sur la période de 2012 à 2015, et l'hétérogénéité des données fournies par les opérateurs.

Pour autant, on peut cependant relever quelques constats :

- En termes de répartition territoriale des actions PPS dans le champ de la grande exclusion, deux départements se détachent : Paris puis la Seine Saint-Denis.

- Les méthodes d'intervention les plus fréquemment utilisées dans les actions sont l'accompagnement individuel et les ateliers collectifs, à part égale.
- L'existence des pairs aidants dans les actions soutenues reste à la marge et cette notion demande à être mieux explicitée.
- Le « aller vers » apparaît comme une notion largement intégrée par les opérateurs.
- Certaines actions PPS/PRAPS développent des approches spécifiques dites de « santé communautaire »
- L'approche de la santé comporte souvent une dimension globale avec une pluralité de thématiques abordées (santé mentale, périnatalité, VIH, Cancer....)
- La diversité/pluralité des partenaires est à noter, à la fois dans les champs sanitaire, médico-social et social. Tous les opérateurs ont développé un partenariat de qualité.
- La dimension sociale dans les interventions est systématiquement intégrée.

Peu de promoteurs sortent de leur territoire de proximité pour formaliser un travail intersectoriel plus ambitieux en termes de mutualisation des ressources.

PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES

A la lecture de cet état des lieux des actions 2015 PPS/PRAPS/Focale grande exclusion, des travaux sont à engager pour le PRS2, devant porter sur :

- Une harmonisation des bilans, notamment sur la nature et les niveaux de renseignement exigés ;
- Une définition des indicateurs d'évaluation, de résultats et d'impact fiables, simples, exploitables et en nombre réduits, dans une vision programmatique ;
- Une recherche et une analyse des données probantes pour définir des programmes d'actions toujours plus adaptés et efficaces.

D'autres préconisations, sous réserve de financements dédiés, sont souhaitables :

- Développer la médiation en santé et l'interprétariat ;
- Progresser avec les opérateurs sur des modèles d'organisation économique et d'intervention synergique dans une volonté de recherche d'efficience.

La base de données des actions PPS va être revue par l'ARS. L'approche devra mieux prendre en compte les spécificités et les contraintes du PRAPS pour permettre une évaluation et gagner en visibilité.

Les PASS hospitalières

Définition

Les permanences d'accès aux soins de santé sont des dispositifs d'accueil inconditionnel auxquels peut s'adresser toute personne démunie, en difficulté d'accès au système de santé. Elles assurent une prise en charge médicale et une délivrance de soins, à titre gratuit pour les patients qui ne disposent d'aucune couverture sociale. Les PASS proposent un accompagnement social, une aide à l'ouverture des droits à l'assurance maladie, et une orientation dans le système de santé de droit commun. Elles concourent en ce sens à développer et animer le réseau local d'intervenants sur les questions d'accès aux soins et de parcours de santé des personnes démunies. Leur localisation se trouve à l'intérieur des établissements de santé, bien qu'elles ne soient pas destinées aux personnes hospitalisées.

Contexte

Les permanences d'accès aux soins de santé ont été créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Leur rôle et leur importance ont été clairement réaffirmés par le plan gouvernemental actuel de lutte contre les exclusions et pour l'inclusion sociale adopté le 21 janvier 2013.

En 2013, on comptait en France 410 PASS. En Île-de-France, 7 PASS ont été créées au début des années 90, avant la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion ; 18 en 1998 ; les autres essentiellement entre les années 2000 et 2010.

Le PRAPS 2013-2017, avait fait le constat d'un certain nombre de difficultés à traiter, notamment le manque de visibilité des PASS existantes et de la lisibilité de leur mode de fonctionnement : « *La préoccupation de l'ARS est d'essayer de défendre au mieux ces structures, inscrites dans la loi et de les renforcer dans leur rôle de facilitation de l'accès aux soins de populations démunies. Les PASS représentent avant tout une interface permettant d'inscrire les personnes dans un parcours de droit commun à court et à moyen terme. Un espace de travail collaboratif régional existe depuis septembre 2011, animé par l'Agence. L'Agence s'assurera que les dispositifs de PASS correspondent bien à ce que préconise la loi. Pour cela, elle poursuivra le travail en cours d'élaboration concertée d'un référentiel minimal commun – un document opposable pour versement de la MIG PASS. Il s'agit de garantir la bonne adéquation entre l'activité développée et les financements perçus. Elle préconisera un système de recueil d'informations en lien avec le niveau national. Elle veillera et contribuera à renforcer la lisibilité des PASS : répertoire, guide des PASS, cartographie, logo. Elle œuvrera à l'amélioration des modalités de fonctionnement des dispositifs en place : meilleure ouverture sur la ville, inscription renforcée dans les réseaux d'amont et d'aval...Elle s'attachera à positionner les PASS comme lieu d'articulation avec la prévention et les soins spécialisés : maternité, bucco-dentaires, pédiatriques, ophtalmologistes, psychiatriques,...Elle valorisera les initiatives et les études existantes, ou à venir. En ce qui concerne les PASS bucco-dentaires : elle continuera le suivi de la mise en œuvre des PASS financées en 2009 ; elle mettra en place un comité régional de coordination, d'évaluation et de suivi ; et elle*

soutiendra la création de PASS odontologiques en milieu psychiatrique en complément des PASS médicales existantes. »

Financement

Les PASS sont financées – pour celles qui relèvent du secteur MCO (médecine somatique) - par une dotation inscrite dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG) : la MIG PASS. Il est utile de bien différencier la MIG « PASS » de la MIG « précarité », laquelle est affectée aux frais liés à un surcroît de prise en charge de patients hospitalisés en situation de précarité.

La circulaire du 22 avril 2015 a délégué à la région Île-de-France un budget MIG PASS de 15,4 M€ [net des économies], comprenant 1,4 M€ de crédits supplémentaires par rapport à 2014.

Cette augmentation de la MIG PASS et son redéploiement opéré en 2015 ont permis d'assurer une dotation effective à toutes les PASS de la Région d'Île-de-France d'un budget d'au moins 50 000 euros (et plus, en fonction de l'activité développée), ainsi que préconisé par la circulaire de la DGOS du 18 juin 2013.

Les PASS psychiatriques sont financées sur la dotation annuelle de financement (DAF) qui se chiffre aujourd'hui à 0,6 M€. Les PASS-bucco dentaires font l'objet d'un financement fléché annuel, aujourd'hui de 1,2 M€.

Présentation des réalisations

L'Agence a mis en place, à compter de 2012, une dynamique de travail à vocation participative (siège DOSMS-DSP/DT/équipes PASS) qui a permis d'établir un état des lieux de l'activité des PASS sur la région et une cartographie des établissements concernés.

Une coordination régionale a été installée en décembre 2013. En lien avec les délégations territoriales, les directions métier de l'Agence, les divers partenaires et les équipes PASS, elle a permis de :

- Déterminer un référentiel partagé (missions, critères d'inclusion, périmètre d'action, etc.) ;
- Mettre en place un rapport d'activité annuel standardisé pour les PASS généralistes, les PASS PSY et les PASS bucco-dentaires ;
- Construire et proposer un système d'Information pour le recueil dématérialisé des données d'activité pour les PASS généralistes ;
- Définir des critères de répartition de la MIG PASS, critères objectivables et pondérés, et qui ont permis une redistribution de la MIG en adéquation avec l'activité développée ;
- Animer des rencontres sur sites, par territoire de santé, assurer une présence aux COPIL, en lien avec les DD..., (échange de pratiques, évaluation, procédures ...) ;
- Créer un annuaire/répertoire interactif mis en ligne sur le site de l'ARS (avec des fiches de présentation individualisée sur chaque PASS)⁶ ;

⁶ L'annuaire des PASS en ligne depuis octobre 2015 sur l'extranet de l'ARS est consulté 4000 fois par semestre, soit une moyenne de 17,69 vue /jour.

- Faire adopter le pictogramme commun national pour tout support de communication en PASS ;
- Accompagner l'ouverture de 3 nouvelles PASS en 2015 : une généraliste et deux ophtalmologiques, (une première en France) ;
- Réaliser une étude de besoins sur le recours à l'interprétariat professionnel.

DONNEES CHIFFREES 2016

Les PASS généralistes

49 PASS généralistes

- dont 2 **hors les murs** de l'hôpital : Créteil⁷ (94) et Pontoise (95) ;
- dont 1 avec une **action mobile** : maraudes dans le Bois de Boulogne /Ambroise Paré (92) ;
- dont 1 nouvelle PASS à l'Hôpital de Montereau (77).

Les PASS spécialisées

13 PASS spécialisées :

- 1 PASS spécialisée en **dermatologie** (à St. Louis, Paris) ;
- 4 PASS **buccodentaires**⁸
- 6 PASS **PSY** (Financement DAF)⁹
- 2 PASS **ophtalmologiques**¹⁰

Avant la mise en place de la coordination régionale, les enquêtes (régionales puis nationales) sur les PASS se concentraient d'avantage sur l'organisation et le fonctionnement que sur la caractérisation des patientèles. **Le premier rapport d'activité standardisé a été réalisé sur la base des données recueillies au cours du premier semestre 2014.** La mise en place d'un système d'information auprès des PASS qui en étaient dépourvues, fonctionnel depuis avril 2015, a permis de stabiliser les données d'activité. Il n'est donc pas

⁷ Le Centre Médical de Santé fondé par l'association Créteil Solidarité est depuis mai 2015 financé par la MIG PASS, devenant officiellement ainsi PASS externe du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

⁸ Les PASS de la Pitié Salpêtrière, de Louis Mourier et Henri Mondor proposent la prise en charge des prothèses dentaires sur avis d'une commission d'études de cas. Les PASS de Louis Mourier et Henri Mondor prennent en charge également les enfants.

⁹ Les PASS-Psy de Ville Evrard et de Maison Blanche ont étendu leur activité à l'accès aux soins buccodentaires pour les patients de leur file active, en se dotant d'un fauteuil dentaire. Ces deux PASS (Maison Blanche et Ville Evrard) présentes en milieu psychiatrique sont centrées sur les soins somatiques avec la présence d'un médecin généraliste. 2 autres PASS-Psy ont fusionnées avec les Equipes Mobiles Psychiatriques Précarité (EMPP) de leur secteur : la PASS de l'EPS Les Murets et Barthelemy Durand / DIAPASOM. C'est le médecin psychiatre de l'EMPP qui assure la prise en charge et l'orientation médicale somatique et psychiatrique des patients. Les 2 PASS-Psy de Henri Mondor et du CASH de Nanterre sont positionnées en milieu MCO et proposent des consultations d'orientation de psychiatrie. La file active annuelle moyenne en PASS-Psy s'évalue à 126 personnes. Et 2,2 ETP sont dédiés en moyenne dans chaque PASS-Psy.

¹⁰ Fondation ophtalmologique Rothschild (75) et Hôtel Dieu (75). Les PASS-O reçoivent tous patients à condition d'avoir été orientés par un médecin. Elles offrent un bilan orthoptique, des examens complémentaires, de traitements optiques, médicaux et un accompagnement dans les démarches d'accès aux soins.

possible de bénéficier d'une lecture comparative fine entre les années 2014 et 2015, d'autant plus que les critères d'inclusion de patients dans la file active ont été par la suite harmonisés.

Il convient donc de prendre avec précaution les données antérieures à 2015, du fait de possibles biais méthodologiques.

L'analyse porte sur 48 PASS généralistes et non sur 49, la PASS de Montereau n'ayant démarré son activité qu'à partir de la fin d'année 2015.

Les deux PASS ophtalmologiques ont-elles-mêmes été créées en fin d'année.

Les données présentées ici ne prennent pas non plus en compte les personnes vues à partir d'actions de « aller-vers » : ex. les maraudes de la PASS d'Ambroise Paré dans le bois de Boulogne, l'intervention des équipes PASS dans des centres d'hébergement d'urgence (dont les gymnases), etc.

Au niveau des PASS psychiatriques, l'année 2015 a été marquée par l'étape de la définition du contenu du rapport d'activité prenant en compte leur spécificité d'approche et l'hétérogénéité de leurs modes de fonctionnement (cf. page 3). Un recueil standardisé des données est maintenant effectif depuis janvier 2016.

Néanmoins, au-delà des chiffres, en cours de stabilisation, certaines évolutions peuvent être notées :

- Si la dimension sociale reste prédominante (en quantité d'équivalents temps pleins), des référents médicaux sont maintenant clairement identifiés dans toutes les PASS (vs 37 PASS en 2014, et 27 en 2012) ;
- L'ensemble des PASS permet l'accès aux consultations spécialisées de l'hôpital, à son plateau technique et aux médicaments disponibles dans la pharmacie hospitalière (en 2012 elles étaient 39) ;
- A la date de juin 2016, un Comité de Pilotage est constitué dans 58 PASS (généralistes et spécialisées confondues) (vs 30 PASS en 2014 et 24 en 2012) ;
- Un partenariat récent entre l'APHP et la CPAM 75 a permis une augmentation significative du nombre de conventions opérationnelles sur les questions d'ouverture de droits, de 14 en 2015 à 37 en 2016. D'autres conventions sont en cours de signature entre les PASS et les CPAM notamment dans le 77 et dans le 94 ;
- **En 2014, le délai moyen entre le dépôt d'un dossier et l'ouverture de droits se montait à plus de trois mois. En 2015, pour la presque totalité des PASS, ce délai s'est réduit à une moyenne régionale de 1 à 3 mois**, tenant compte des différences significatives selon les caisses et les situations individuelles (en particulier quand l'utilisateur est domicilié sur un autre département) ;
- Si seulement 10 nouvelles conventions partenariales ont pu être formalisées en 2015, les équipes ont néanmoins veillé à faire connaître le fonctionnement de la PASS tant en interne qu'auprès des partenaires externes. L'interaction avec la ville (CLS, FNARS, réseaux de santé, ESI, CCS, ASV, centres d'hébergement...), prend une dimension importante pour une grande partie des équipes, quel que soit le lieu d'implantation. Au total les actions d'information et d'échanges ont touché 4200 personnes en 2015.

En 2015 les **PASS généralistes franciliennes ont permis l'accès aux soins à 57 613** personnes, dont 60% sont primo consultants. Les hommes représentent 57% de la file active globale, l'âge moyen est situé entre 20 et 40 ans. La ration file active / consultation / entretien social est de 2,8.

En 2015, les **PASS buccodentaires**, ont soigné 1606¹¹ personnes. Les personnes démunies sans couverture médicale peuvent ainsi bénéficier de soins dentaires de phase 1. L'accès aux prothèses dentaires, quant à elles, est conditionné à l'avis d'une commission pluridisciplinaire propre à chaque PASS bucco-dentaire, qui étudie les situations au cas par cas.

Il est à noter que la délivrance des soins prothétiques concerne souvent des personnes possédant une assurance maladie mais pour qui le reste à charge est trop important - la majorité de la patientèle retrouvant ses droits le temps du déroulement de la phase 1 (une moyenne de 10 soins est nécessaire avant d'envisager la pose d'une prothèse).

Par ailleurs, les PASS buccodentaires ont la spécificité d'un suivi de patientèle sur un plus long temps et d'un taux de « perdus de vue » quasiment inexistant (d'autant que la question de la compliance aux soins est prise en compte lors de l'étude de la situation de la personne en commission, pour la décision de délivrance de prothèse).

Typologie de la patientèle des PASS

En 2015, **76% de patients arrivés à la PASS n'ont aucune couverture médicale** (vs 72% en 2014) et sont sans ressources.

Les modes d'hébergement/logement au moment de l'arrivée à la PASS, montrent **qu'une majorité de personnes se trouve hébergée chez un tiers (de façon provisoire et aléatoire)** : 50% en 2015 vs 57% en 2014.

L'Afrique subsaharienne reste, en 2015, la zone d'origine de la majorité des patients des PASS, comme en 2014 : 38% en 2015 vs 33% en 2014. Face à l'afflux massif de personnes migrantes nouvellement arrivées, l'Agence demandera aux PASS de notifier avec plus de précisions les zones géographiques de provenance (données 2017).

Si l'initiative personnelle ou l'entourage reste le principal mode d'adressage (43% en 2015 vs 45% en 2014), en 2015 **les orientations effectuées par les associations, les structures de ville et les services sociaux vers les PASS représentent 31% des adressages** vs 20% en 2014.

En cohérence avec l'évolution des modes d'adressages, un plus grand nombre de patients est déjà suivi et pris en charge par une structure préexistante (12% en 2015 vs 9% en 2014).

¹¹ Cette file active ne prend pas en compte l'activité de stomatologie de l'Hôpital de St. Denis, (ni celle des PASS PSY), du fait que depuis 2009 et jusqu'en juin 2016, seulement les patients inscrits dans le circuit de la PASS pouvaient bénéficier de soins dentaires. Depuis juin 2016 une permanence dédiée buccodentaire proposant de soins de phase 1 est ouverte aux personnes orientées par les associations partenaires (une journée par semaine, soit une base hebdomadaire de 15 patients).

Pour 2015, l'ARS a demandé aux équipes une estimation du nombre de personnes vivant dans un département autre que celui d'implantation de la PASS et du nombre de patients allophones pour qui un recours à l'interprétariat professionnel avait été nécessaire. Les réponses ne sont pas quantitativement suffisantes pour permettre des projections à partir de cohortes représentatives. On note cependant que :

- A Paris et en petite couronne, 1/4 de la file active déclare « vivre » dans un département autre que celui de la PASS où ils viennent consulter ;
- En grande couronne, un quart de la file active a déjà « entamé une démarche administrative » dans un département autre (probablement en rapport avec l'offre d'hébergement / mise à l'abri) ;
- En 2015, le recours à l'interprétariat professionnel (quand celui-ci est autorisé par l'établissement hospitalier) est sollicité pour 1/6 de la file active. Les équipes évoquent la possibilité de mobilisation interne de ressources linguistiques et/ou la présence d'un « proche » francophone. Néanmoins, l'augmentation du nombre de personnes se présentant seules en PASS et parlant des langues « inconnues » représente une difficulté croissante. pour les équipes.

Ce qui reste problématique

- Les délais d'attente et/ou l'insuffisance de possibilité d'orientation vers des structures domiciliataires, et dans un contexte d'accroissement du nombre des demandes de domiciliation ;
- Une durée de prise en charge prolongée de certains patients dits « cas complexes » (ayant des difficultés de compréhension du bon usage de l'offre de soins et/ou en rupture de lien social et/ou ayant des poly pathologies chroniques et/ou comportements aDDictifs et/ou des difficultés d'ordre psychique et relationnel, des difficultés liées aux conditions de vie ou à leur situation socio-administrative...) ou du fait d'une insuffisance dans l'offre de soins de secteur 1 de proximité ou à cause des délais d'obtention et de renouvellement des droits... ;
- La faible utilisation de l'interprétariat professionnel, en dépit de son intérêt, car coûteux et complexe à mettre en place;
- Des frais pharmaceutiques parfois exorbitants (anti-cancéreux...), en particulier au moment des sorties d'hospitalisation, quand l'ouverture de droits n'a pas été réalisée au préalable;
- Certains acteurs (collectivités ou associations) considèrent que, dans le domaine des droits comme dans l'ensemble des pratiques de service public, le mouvement de réduction du nombre de points d'accès direct pose des difficultés pour les publics précaires, moins en capacité que les autres à utiliser les processus dématérialisés.
- L'instabilité de l'hébergement, cause de multiples « perdus de vue » ;
- L'insuffisance de ressources en santé mentale au sein du dispositif de premier recours, y compris au niveau des PASS ;
- La résistance de certaines équipes d'établissements médico-sociaux à accueillir de grands précaires ayant pourtant des droits ouverts ;

- La législation en cours qui ne permet pas l'accueil dans des structures médico-sociales les personnes en perte d'autonomie sans papiers à la rue, et qui restent ainsi sans solution de prise en charge ;
- Les longs délais d'attente pour l'accès aux structures médico-sociales, en particulier CMP et structures de pédopsychiatrie ;
- La saturation ou le manque (dans certains territoires) d'offre en centres de santé, en structures de soins résidentiels...;
- Turn-over important des interlocuteurs quelques soient les niveaux et les structures...

Ce qui n'a pas été pris en compte ou difficile à anticiper

- Le phénomène récent de l'arrivée de personnes migrantes/refugiées, alors que les moyens alloués aux PASS ont été calibrés sur les données d'activité de 2014. Une aide régionale exceptionnelle a été attribuée pour cette surcharge de travail fin 2015 à la hauteur de 900 000 euros à quelques établissements dont l'AP-HP ;
- La quantité et la fréquence des arrivées et des évacuations de campements ;
- L'augmentation dans la patientèle de familles, d'enfants, de jeunes adultes isolés et de personnes vieillissantes.

Avancées et leviers

- Le cadre formalisé apporté par la signature d'un CPOM entre l'ARS et l'APHP et mentionnant la prise en charge de la précarité ;
- L'augmentation conséquente de la MIG PASS en 2015, permettant le renforcement des équipes et de l'intervention des PASS, ainsi que leur visibilité et lisibilité ;
- La construction et la mise en place partagées de protocoles de prise en charge de situations dites « de crise », notamment lors de suspicion de cas multiples de gale ;
- Les démarches d'articulation des équipes PASS avec les structures d'hébergement ;
- Le dépistage systématique VIH SIDA Hépatites et la vaccination dans 15 PASS de la région (dont PASS H. Mondor pour expérimentation de la prise en charge Hépatite C) ;
- L'animation territoriale et le suivi assuré par les DD en direction des PASS ;
- Un renforcement du travail pluri disciplinaire au niveau des PASS (équipes, pilotage, partenaires) ;
- La mise en place des PLANIR au niveau des CPAM, et le rapprochement CPAM/PASS, dont des conventions de partenariat opérationnels, ayant comme effet la réduction des délais d'instruction des dossiers de demande d'ouverture de droits ;
- L'appui des CPAM aux démarches d'ouverture des droits pour les demandeurs d'asile ;
- La nomination des référents précarité en CPAM ;
- Les expérimentations de PASS ambulatoires et/ou la présence de dispositifs d'accueil médico-social inconditionnel local.

Enjeux émergents

- Plaider pour que les PASS deviennent des unités fonctionnelles (UF) indépendantes, dans un souci de visibilité et de « sanctuarisation » de leur financement ;
- Les accompagner pour que toutes puissent assurer une offre de médecine générale (d'une vacation au minimum) ;
- Promouvoir le rôle des infirmiers et des aides-soignants ;
- Mieux prendre en compte la parole et l'avis des usagers sur le fonctionnement des PASS et la construction de leur parcours de santé ;
- Valoriser et promouvoir l'abord transdisciplinaire de la PASS comme un modèle d'approche médicale élargi à la prise en compte des déterminants psycho-sociaux de la santé ;
- Anticiper la montée des besoins au regard des flux migratoires actuels dans une région déjà sous forte tension ;
- Poursuivre la réflexion sur l'anticipation et l'amélioration de sorties d'hôpital pour les populations vulnérables (ex : mission LAMPES) ;
- Renforcer les PASS situées en petite et grande couronne en regard de la localisation des sites d'hébergement mis à disposition des migrants / réfugiés.

Les Réseaux de santé disposant d'un volet « accès aux soins »

Définition

Depuis la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé sont régis dans le code de la santé publique par les articles : L.6321-1 et L.6321-2 pour la partie législative et D.6321-1 à -7 pour la partie réglementaire :

- Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant dans le parcours de soins des patients en situation complexe.
- Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
- Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.
- Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières, etc.) et de professionnels non médicaux (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.).
- Dans leur grande majorité, constitués sous forme d'association loi 1901, ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge.

Contexte

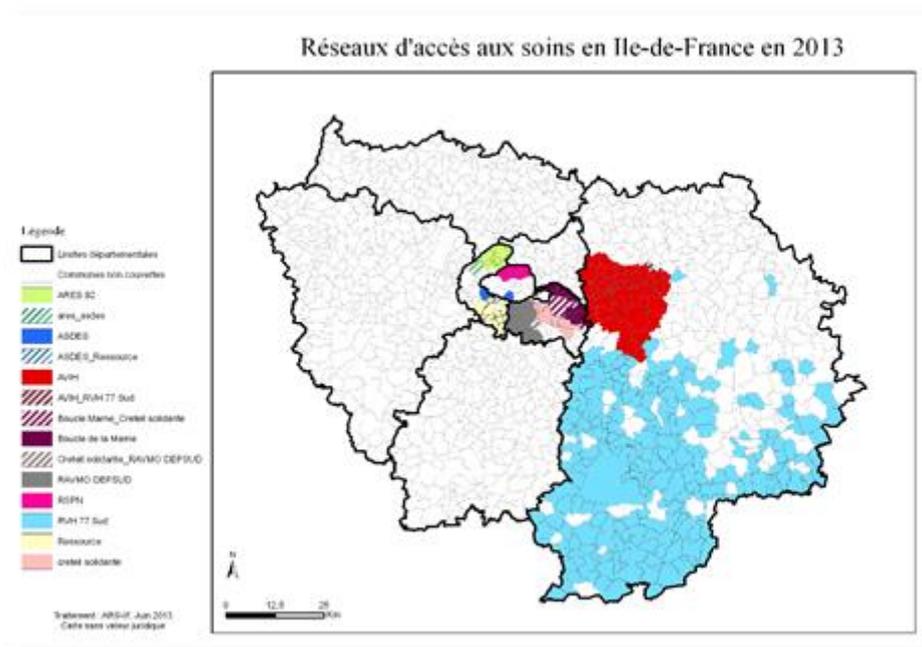
En 2013, on comptait en Île-de-France 103 réseaux de santé dont 12 réseaux de santé avec un volet précarité/accès aux soins.

A l'origine, les réseaux d'accès aux soins, apparus pour la majorité il y a une vingtaine d'années, se sont développés autour de la prise en charge des patients toxicomanes et/ou VIH et viroses chroniques. Ils se sont construits grâce aux mobilisations des acteurs du sanitaire et du social (Professionnels de santé de ville, de l'hôpital, travailleurs sociaux etc...) et dans un contexte local diversifié. En 2008, à la suite d'une réflexion et de travaux collectifs, leur objet s'est progressivement élargi à toutes situations de difficultés d'accès aux soins dans un contexte de complexité sociale et sanitaire. Ces réseaux sont une particularité de l'Île-de-France, ils n'existent pas sous cette forme dans les autres régions françaises.

Les réseaux d'accès aux soins coordonnent le parcours de santé d'une personne en situation de vulnérabilité médico-psycho-sociale souffrant d'une ou plusieurs pathologies et ayant des difficultés d'accès aux soins.

En 2013 :

- 3 réseaux d'accès aux soins dans le 92 (ARES 92, RESSOURCE, ASDES)
- 2 dans le 77 (AVIH et RVH 77 sud)
- 3 dans le 94 (Créteil Solidarité, RAVMO-DEPSUD, Boucle de Marne)
- 3 dans Paris (Paris Nord, Solipam, DAPSA)
- 1 fédération (FEDERASIF)
- Pas de réseaux d'accès aux soins dans les départements 93, 95, 78 et 91



En 2013, on observait une hétérogénéité des missions des réseaux de santé d'Ile de de France, une organisation par thématiques ou population (gérontologie, périnatalité, cancérologie..), peu lisible pour les professionnels, comme pour les usagers, et une couverture territoriale parcellaire.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies demandait la recherche d'un meilleur équilibre entre les réseaux précarité/accès et les autres réseaux de santé parfois en difficulté devant les questions de précarité. Une meilleure couverture de la région était aussi à trouver.

Depuis fin 2012, avec la parution du guide méthodologique élaboré par la DGOS à l'attention des ARS, intitulé : « *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* », l'Agence a mis en œuvre une politique de regroupement des réseaux thématiques cancérologiques, gérontologiques et soins palliatifs et accès aux soins, pour ne former qu'une seule entité de coordination territoriale.

L'objectif étant de développer des réseaux territoriaux pluri-thématiques, d'assurer une couverture territoriale sur l'ensemble de la région Île-de-France, et d'intégrer ou développer dans des réseaux territoriaux pluri-thématiques, la composante « accès aux soins ». Il n'y a pas de verbe dans cette phrase ?

Rappels des objectifs du PRAPS 2013-2017 :

Valoriser des actions déjà mises en œuvre par les réseaux accès aux soins ;

Instaurer un groupe de travail en lien avec la FEDERASIF (fédération des réseaux accès aux soins) pour progresser dans l'élaboration d'outils commun ;

Favoriser la mise en place de partenariats avec les organisations représentatives des professionnels de santé libéraux en particulier les médecins traitants ;

Aider à formaliser des liens au niveau régional avec, par exemple, les associations spécialisées dans l'hébergement des publics migrants ;

Chercher à impliquer les réseaux « accès aux soins » dans la démarche de développement des professionnels de santé.

FINANCEMENT

Les réseaux de santé sont pour la plupart des associations loi 1901, financés majoritairement par le Fonds Intervention Régional, au titre du fonctionnement et, pour certains, au titre d'actions spécifiques en réponse à des appels à projet prévention promotion de la santé de l'ARS.

Certains ont des co-financements de collectivités territoriales ou d'autres associations.

Le budget de fonctionnement de l'ensemble des réseaux de santé, au titre du FIR dans son volet réseaux, est depuis 2013, de l'ordre de 35 millions/an.

Ce budget est relativement constant mais a connu des baisses successives de 3 à 5% en 2013 et en 2014.

Toutefois, **les crédits FIR réseaux n'ont pas diminué sur l'accès aux soins, voire même ont augmenté, malgré les fermetures et les regroupements de réseaux** (en 2013 : 3,1 millions, en 2016 : 4,6 millions).

REALISATIONS

En 2012

- Octobre 2012 : parution du guide méthodologique DGOS « *Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?* », l'Agence y définit la politique de regroupement des réseaux territoriaux.
- Rédaction des objectifs PRAPS et SROS concernant les réseaux de santé.

En 2013

- Harmonisation des missions et objectifs : rédaction d'objectifs communs aux réseaux de santé territoriaux ;
- Harmonisation et cohérence des territoires : découpage territorial réalisé ;
- Régionalisation des réseaux DAPSA, SOLIPAM et du projet soins de ville « coursiers sanitaires et sociaux » (CRCMRP) ;
- Avec la FEDERASIF : réflexion sur l'évolution des réseaux d'accès aux soins et leur intégration dans une coordination pluri-thématique territoriale unique ;
- Arrêt des activités du réseau PARIS Nord.

En 2014

- Elaboration d'un rapport d'activité standardisé en ligne pour l'ensemble des réseaux ;
- Création d'une page dédiée sur le site Internet PRAPS ÎLE-DE-FRANCE rassemblant les informations : annuaire des réseaux de santé, informations, cartographies ;
- Ouverture d'un volet accès aux soins dans le 93 porté par le réseau ONCO 93 devenu ACSANTE 93 par la suite ;
- Réorganisation des réseaux du 92 et du 94 : projet de regroupement.

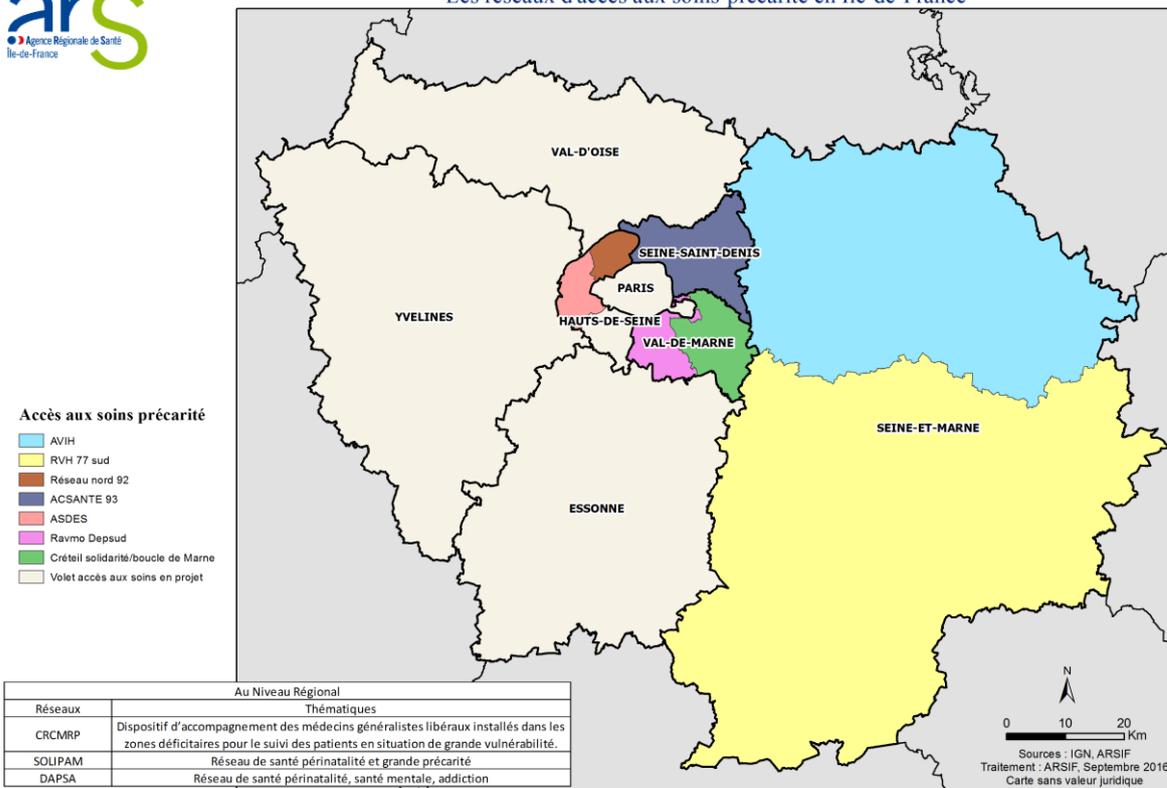
En 2015

- Réorganisation du réseau ASDES et création d'un réseau pluri-thématique ;
- Echec du projet de regroupement dans le 92 sud et arrêt du réseau RESSOURCE ;
- Mis en place d'outils d'évaluation et d'indicateurs de suivi d'activité communs standardisé : TDB mutualisé, outil de modalisation des activités des réseaux (OMAR) ;
- Un suivi financier optimisé : mise en place d'une comptabilité analytique avec socle commun pour les réseaux territoriaux ;
- Début des expérimentations PASS ambulatoires : le réseau nord 92 et le réseau AVIH (77 nord) participent à l'expérimentation.

En 2016

- Création d'une fédération unique des réseaux de santé : le RESIF regroupant les fédérations FEDERASIF (accès aux soins), RESPALIF (soins palliatifs) et FREGIF (gérontologie) ;
- Ouverture de l'accès aux soins au sein du réseau territorial (SPES) sur le 91 sud ;
- Création du réseau Nord 92 : réseau de santé territorial pluri-thématique avec un volet accès aux soins.
- Sont en cours des projets d'ouverture de volet « accès aux soins » dans les réseaux « 92 Sud » et « 91 Nord ».

Les réseaux d'accès aux soins-précarité en Île-de-France



DONNEES CHIFFREES 2016

En 2013, 103 réseaux de santé au total, 98 en 2014, 92 en 2015 et 80 en 2016.

Dont 12 réseaux avec volet précarité/accès aux soins en 2016 (12 en 2013 et 11 en 2014, 2015).

72 000 patients ont été suivis au sein des réseaux de santé en 2015. Parmi eux, **6 517 patients ont été suivis par les 11 réseaux accès aux soins en 2015**. Pour ces derniers, on note une évolution entre 2013 et 2016 du nombre de patients suivis de plus de 9 %

Il y a une amélioration de la couverture territoriale pour l'accès aux soins, avec :

- deux nouveaux départements couverts par rapport à 2013 : le 93 et le 91 ;
- et la régionalisation des réseaux DAPSA, SOLIPAM et du projet soins de ville « coursiers sanitaires et sociaux » porté par le CRCMRP.

Le nombre de réseaux pluri-thématiques avec le volet « accès aux soins » progresse : de 0 en 2013 à 4 en 2016. Les départements couverts sont le 92 (2), 93 (1) et 91 (1).

OBJECTIFS PRAPS 2016

Les réseaux avec volet précarité/accès aux soins n'appliquent pas les mêmes critères d'inclusion mais ont les mêmes missions. Les critères d'inclusion varient selon les thématiques : addiction et santé mentale, périnatalité et pédiatrie, grande précarité et exclusion. Selon le rapport sur les populations accueillies dans les réseaux de la FEDERASIF de 2015, la population accueillie dans les réseaux « accès aux soins » est constituée de personnes ou de familles en situation complexe au regard de la vulnérabilité administrative, sociale, économique et psychologique. Et elles sont également porteuses de maladies graves, chroniques et/ou invalidantes ou sont dépendantes à une ou des plusieurs substances psychoactives. La complexité des situations est liée au cumul des problèmes. Le but des réseaux avec volet accès aux soins est de tenter de mettre ou de remettre ces personnes dans le droit commun de la santé, grâce à l'élaboration d'un plan personnalisé de santé (PPS), accepté par les usagers, validé et réalisé avec les professionnels partenaires.

Pour l'ensemble des 12 réseaux « accès aux soins », des objectifs PRAPS ont été rédigés dans les conventions 2013, 2014, 2015 et 2016, à des degrés divers selon les contextes :

- Modéliser les liens entre les réseaux, les PASS ambulatoires, les PASS hospitalières et les LAMPES ;
- Accompagner les publics migrants, primo-arrivants et demandeurs d'asile présentant une souffrance psychologique ;
- Réaliser un diagnostic sanitaire et social des populations « Roms » ;
- Promouvoir l'entrée et le maintien dans les soins de publics migrants hébergés en hôtel et en Centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA) ;
- Poursuivre les expérimentations « PASS ambulatoire » (pour ceux qui en ont) ;
- Poursuivre la participation aux travaux de la FEDERASIF sur le cahier des charges des réseaux d'accès aux soins décrivant les missions (critères d'inclusion, actions, objectifs, parcours de santé..) et les évolutions réseaux d'accès aux soins franciliens...

En 2016, les 12 réseaux de santé avec volet précarité/accès aux soins animent des séances /séminaires, journées de formations interdisciplinaires sur les questions de précarité et santé.

Le Réseau Nord 92 a un agrément DPC (il est reconnu comme organisme DPC). Le réseau ACSANTE 93 a signé une convention avec PARIS XIII (organisme DPC), le réseau RAVMO-DEPSUD avec un organisme DPC : le CNQSP.

Les instances de concertation pluridisciplinaire au niveau du réseau

ACSANTE 93, CRCMRP, réseau nord 92, RAVMO DEPSUD, DAPSA mettent en œuvre des RCP pour l'étude des situations complexes.

Les équipes des réseaux se réunissent au moins une fois par semaine, en interne, et avec les partenaires du réseau au moins une fois par trimestre (variable selon les contextes).

Les permanences d'accès aux soins (PASS ambulatoires)

Quatre réseaux « accès aux soins » mettent en place une permanence d'accès aux soins, type PASS ambulatoires : AVIH, RVH 77 sud, Créteil Solidarité, réseau Nord 92. Deux réseaux participent à l'expérimentation PASS ambulatoire (AVIH et réseau nord 92).

ASDES partage les mêmes locaux et les mêmes médecins que la PASS de Nanterre située au CASH ; de même pour Créteil solidarité et le CHIC de Créteil.

Les démarches d'ouverture de droit par les réseaux de santé

Les réseaux de santé ne doivent pas se substituer aux effecteurs de soins ni aux dispositifs prévus pour réaliser les démarches d'ouverture de droits. Leur objectif principal est d'orienter et de développer des partenariats spécifiques (conventions avec CPAM etc..) pour faciliter les démarches.

Toutefois, la majorité des réseaux comportant un volet précarité/accès aux soins, RVH 77 Sud, AVIH, Réseau Nord 92, ASDES, ASCANTE 93 et le CRCMRP réalisent des démarches d'ouvertures de droit pour 75 % de leur file active.

Conventions formalisées

- 4 réseaux/12 ont une convention avec la CPAM (CPAM 77, CPAM 92, CPAM 94, CPAM 93) ;
- 3/12 ont une convention avec des EMPP (77 sud, 94 ouest et Est) ;
- 4/12 ont une convention avec des PASS (77 Sud Nord, 94 est et ouest) ;
- 12/12 ont une convention avec des associations dites humanitaires ;
- 1/12 ont une convention avec des CCAS (92 nord avec 3 CCAS).

Des conventions avec SOS habitat et SAMU social sont en cours dans le 93.

Plusieurs réseaux n'ont aucune convention formalisée mais travaillent en partenariat avec les CPAM, les CCAS, les EMPP, les PASS, les associations humanitaires et le SAMU social, vers qui ils orientent les patients.

FOCUS RESEAUX REGIONAUX 2016

Centre de ressources pour les mini-réseaux de proximité (CRCMRP)

Le CRCMRP, qui englobe le **dispositif des coursiers sanitaires et sociaux**, a pour but d'appuyer les médecins généralistes libéraux dans les zones déficitaires pour le suivi des patients avec des problématiques sociales. Il est attendu qu'il développe davantage son action sur l'ensemble de la région Île-de-France. De 1 coursier sanitaire et social en 2013, on passe à 3 coursiers sanitaires et sociaux en 2016.

Le nombre de patients suivis est stable depuis 2013 : 202 patients suivis en 2013, en 214 en 2014, 202 en 2015. Les patients suivis sont majoritairement résidents dans le 93 et le 75. Le centre édite chaque année un guide social du médecin.

SOLIPAM

Le réseau SOLIPAM est un **réseau de périnatalité et d'accès aux soins**. Il prend en charge des femmes enceintes en situation de grande précarité, notamment en cas d'hébergement absent ou instable. Il permet aux femmes d'accéder à une offre de soins périnataux complète (IVG, orientation vers les dispositifs et maternités adaptés au niveau de risque périnatal). Il réinscrit les parcours des femmes enceintes et de leurs enfants au plus près de l'offre de soins de proximité, en privilégiant la stabilisation de leur environnement et leur autonomie. La régionalisation de ce réseau - initialement parisien - repose sur le développement de partenariats avec les réseaux de santé périnataux, les dispositifs d'hébergement (115, SIAO), les partenaires associatifs et institutionnels.

Le réseau SOLIPAM a une activité de plus en plus importante avec une augmentation de 26 % de sa file active entre 2014 et 2015.

DAPSA

Le réseau DPASA est un **réseau de pédiatrie, périnatalité, accès aux soins, santé mentale et aDDiction**. Il prend en charge les enfants en difficulté (prématurité, hypotrophie, SAF ou ETCAF, les futurs parents et parents en état de souffrance psychique et/ ou en situation d'aDDiction, et en difficulté dans leur fonction parentale).

Depuis sa régionalisation, le réseau a étendu l'ensemble de ses actions sur la région. Il mène des actions en direction de professionnels des secteurs médicaux (périnatalité, petite enfance, aDDictions et santé mentale), sociaux (hébergement, ASE, services sociaux) et médicosociaux afin d'améliorer le suivi des enfants en situation de vulnérabilité.

Outils /livrables disponibles

1. Rapport sur les populations accueillies dans les réseaux de la FEDERASIF, janvier 2015 ;
2. Cahier des charges relatif à la création d'un réseau de sante pluri-thématique sur l'infra-territoire sud du département de l'Essonne publié 17 Juin 2016 ;
3. Guide du rapport d'activité standardisé.

Principales difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés apparaissent désormais :

- L'absence de possibilité d'accès au logiciel CDR (Consultation des Droits) de l'assurance maladie, lors des évaluations et des suivis des patients ;
- Les frais d'interprétariat ;
- L'augmentation des demandes de prestations dérogatoires de psychologues dans un contexte d'enveloppe contrainte ;
- L'impossibilité de financement de formations pluri professionnels (avec des professionnels de santé et travailleurs sociaux), ne rentrant pas dans le cadre du DPC.

Enjeux

- Mieux évaluer les besoins de développement des volets précarité/accès aux soins dans les territoires dépourvus ;
- Renforcer les rapprochements entre les associations sociales et médico-sociales, et réseaux ;
- Améliorer la visibilité des réseaux avec volet précarité/accès aux soins, renforcer la communication ;
- Développer les liens avec les CPAM : appuyer les conventionnements et faire remonter les difficultés rencontrées territoire par territoire ;
- Approfondir les liens PASS/réseaux (travailler sur la rédaction de conventions), et les liens avec les opérateurs Samu social et SOS habitat.

Les dispositifs de soins résidentiels

Faits marquants, à l'issue du Projet régional de santé 2013-2017

- Une augmentation de 15 % du nombre de places autorisées en Appartements de coordination thérapeutique (ACT) depuis 2010 ;
- Une amélioration de la connaissance des publics accueillis en ACT et de l'activité de structure ;
- La mise en place d'une expérimentation d'ACT oncopédiatriques ;
- Une concertation avec les gestionnaires et les professionnelles pour l'élaboration de bonnes pratiques professionnelles en LHSS ;
- La création de bases de données dédiées aux ACT et aux LHSS ;
- Une offre qui reste encore très insuffisante vis-à-vis de besoins croissants en raison de l'accroissement de la grande précarité, de la complexification des situations, et une fluidité avec le système d'aval (droit commun) qui est problématique.

Le contexte

A plusieurs reprises on a vu que l'absence de logement propre était un vecteur majeur de l'atteinte à la santé pour les personnes précaires en Île-de-France, à la fois en ce qu'elle conduit à des pathologies graves, spécifiques ou non, et en ce qu'elle entrave la mise en œuvre des soins – y compris de première nécessité.

Dans son rapport annuel « Projet dénombrer et décrire en 2014 » financé par la Direction générale de la cohésion (DGCS), le Collectif "Les Morts de la Rue" recense, 498 décès de personnes « sans domicile fixe », dont 37 % en Île-de-France, soit 9 décès signalés par semaine et estime le nombre réel de décès à 2908, soit près de 6 fois plus. Elles sont décédées à 49 ans en moyenne et à 52,6 ans en Île-de-France. 65,3 % vivaient à la rue. Parmi les causes de décès, il est observé 10,0% de tumeurs, 13 % de maladies cardiovasculaires et 8 % de maladies infectieuses, respiratoires ou du système nerveux.

Ce que prévoyait le Projet régional de santé 2013-2017

Les structures de soins résidentiels destinées aux personnes en difficultés spécifiques font l'objet d'une planification issue du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS), d'une programmation et d'une allocation de ressources médico-sociales. Le développement et l'accompagnement de ces structures se font en lien avec PRAPS.

Les dispositifs médico-sociaux à destination des personnes confrontées à des difficultés spécifiques permettant d'assurer conjointement un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social, en un mot une intervention globale reposant sur l'action pluridisciplinaire, concomitante et coordonnée des professionnels des champs concernés, ont été mis en place à destination de ces publics : il s'agit des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), des Lits Haltes Soins Santé (LHSS), et plus récemment à titre expérimental des Lits d'Accueil Médicalisés (LAM).

Les personnes en difficultés spécifiques concernées par le SROMS sont des personnes malades, quel que soit leur situation administrative, en situation de précarité et de vulnérabilité ayant besoin de soins et d'un accompagnement médico-social. Si leur pathologie ou leur état de santé ne justifie pas ou plus une prise en charge hospitalière, ils nécessitent des prestations adaptées et coordonnées, comprenant un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique et un accompagnement social.

Les ACT, les LHSS et les LAM, prévus à l'article L.312-1, 9° du Code de l'action sociale et des familles, constituent des dispositifs de soins résidentiels.

Proposant un accueil inconditionnel (sans condition de ressources ou de droits), ces structures se caractérisent, notamment, par une orientation médicale (se distinguant en cela des structures sociales qui ont pour mission principale la mise à l'abri ou l'hébergement) : les personnes orientées en ACT, LHSS et LAM doivent avoir eu au préalable un diagnostic médical précisant la pathologie justifiant la demande d'admission, laquelle ne peut être examinée que par un professionnel de santé.

Concernant les dispositifs d'accompagnement médico-social des personnes malades en situation de précarité et de vulnérabilité, plusieurs objectifs ont été posés dans le SROMS :

- Assurer aux personnes en logement/hébergement précaire ou sans domicile et malades une prise en charge globale associant un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique, ainsi qu'un accompagnement social ;
- Améliorer la qualité des prestations en garantissant un accueil adapté aux évolutions des besoins et à la diversité des publics (jeunes, femmes/familles, personnes sortant de prison, pathologies chroniques sévères, résidents vieillissants, pratiques aDDictives etc.) ;
- Favoriser la fluidité du parcours de vie et de soins des personnes en situation de précarité et vulnérabilité sociale et/ou psychologiques en organisant les coopérations entre les différents secteurs d'intervention (hôpital, médecine de ville, médico-social, social).

Avec la nécessité de parvenir à :

- Garantir l'accès à la prévention et aux soins aux personnes en situation de précarité, sans domicile, et présentant des besoins spécifiques ;
- Améliorer les sorties du dispositif médico-social dédié aux personnes confrontées à des difficultés spécifiques vers les autres dispositifs sociaux, médico-sociaux ou le logement par un accompagnement adapté ;
- Organiser la complémentarité des acteurs sur le territoire et améliorer la lisibilité du dispositif.

Ce qui a été réalisé

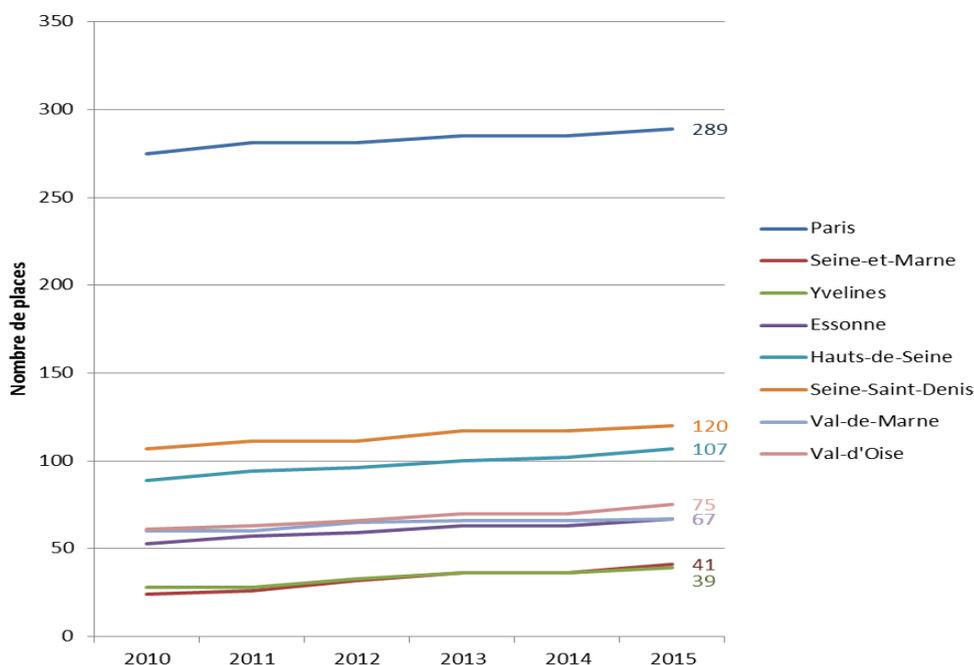
Structurer et développer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT)

L'objectif général est de mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques sévères, en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, une aide à l'observance des traitements, un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.

Deux actions ont été définies et déclinées en leviers d'action :

- Développer l'offre en ACT
- Renforcement de l'offre sur la base de la réduction des inégalités sociales et territoriales et d'extensions non importantes avec :

- En 2012, 23 places nouvelles autorisées dont 5 orientées pour les personnes sortantes de prison ;
- en 2013, 22 places nouvelles et 4 places dédiées pour une expérimentation "ACT pédiatriques", démarrée en septembre 2014.
- **en 2014, 2 places nouvelles autorisées en 2015, 29 nouvelles places autorisées dont 5 dédiées aux sortants de prison ;**
- **en 2015, 806 places d'ACT sont autorisées.**



Graphique 1: Evolution du nombre de places autorisées depuis 2010

Depuis 2010, le nombre de places autorisées en ACT a augmenté de 15 %.

- Améliorer la connaissance des ACT
- 2012: Elaboration d'un rapport d'activité standardisé annuel qui a fait l'objet d'un traitement, d'une exploitation et d'une analyse pour 2012, 2013 et 2014. Ce travail est poursuivi en 2015. Ce RASA a été complété en 2015 par un questionnaire visant à mieux connaître le profil des "accompagnants" (notamment des "enfants accompagnants") et l'accompagnement proposé.
- Poursuite fin 2015 et courant 2016 du Groupe de travail régional ACT sur l'état des lieux des pratiques et la construction d'un socle commun de "bonnes pratiques professionnelles".
- Mise en place et suivi d'une expérimentation "ACT pédiatriques" en 2014 en oncopédiatrie.

Il s'agit de 4 places d'ACT « oncopédiatriques » gérées par l'association SOS-Solidarités, implantées en Seine-Saint-Denis pour une durée de deux ans reconductible trois ans. Le suivi est national (DGS, DGCS, DSS, INCa) et bénéficie d'un pilotage local par l'ARS. Une évaluation est conduite par un prestataire extérieur, indépendant (Plein sens) (financement INCa et ARS).

Ces ACT accueillent des enfants malades en sortie d'hospitalisation en hématologie-oncopédiatrie et leur famille. L'orientation est régionale. L'accompagnement est assuré par une équipe médico-sociale,

pluridisciplinaire (médicale, paramédicale, socio-éducative dont une éducatrice jeune enfant). La coordination médicale est assurée par un médecin de l'ACT, qui comprend notamment les relations avec les médecins hospitaliers, libéraux, les réseaux ville-hôpital, la coordination des soins (infirmiers, paramédicaux, libéraux, HAD, etc.), l'aide à l'observance thérapeutique, l'éducation à la santé, etc.

La coordination psycho-sociale est assurée par un personnel psycho-socio-éducatif, qui comprend notamment l'écoute et l'identification des besoins, l'aide à l'organisation de la vie quotidienne, l'organisation d'activités extérieures, l'accès aux droits et la facilitation des démarches administratives, le soutien à la parentalité, à la fratrie, l'aide à la scolarisation de l'enfant dès que celle-ci est possible, l'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement, en s'appuyant sur les réseaux et dispositifs existants.

- Un guichet unique de gestion des admissions a été créé en Seine-Saint-Denis.

Développer l'offre en lits halte soins santé (LHSS)

L'objectif général défini est d'offrir une suite ou une alternative à l'hospitalisation aux personnes sans domicile sur l'ensemble de la région.

Le nombre de places allouées chaque année est défini dans le cadre de l'instruction interministérielle de campagne budgétaire. En 2015, l'Île-de-France a bénéficié de la création de 10 nouvelles places. Mais, il est à noter que la région n'a pas obtenu de mesures nouvelles depuis 2010. Cependant, le prix de journée par lit a été revu à la hausse (111,68€/lit/jour en 2015).

Les éléments clefs concernant l'offre en LHSS en Île-de-France sont les suivants :

- Une offre globale, diversifiée regroupant l'ensemble des ressources et des compétences ;
- Une répartition géographique hétérogène et inégale selon les territoires.

	Places autorisées au 31/12/2015
75	210
77	25
92	50
93	80
94	20
Total général	385

Aussi dans la perspective de garantir un accès à tous aux soins et de réduire les inégalités territoriales, renforcer les dispositifs médico-sociaux accueillant des personnes en situation de précarité et créer de nouvelles structures et/ou places sont indispensables pour l'organisation régionale. Dès 2013 et pour toute la durée du SROMS, l'ARS Île-de-France a fixé pour objectif de disposer d'une offre en LHSS dans chaque département et de renforcer l'offre régionale. La répartition actuelle de l'offre en LHSS et LAM étant hétérogène sur le territoire, l'ARS Île-de-France prévoit à l'horizon 2019 que tous les départements soient dotés en LHSS et que sept départements soient pourvus en structures LAM. Cette programmation est basée sur la répartition autorisée des places de LHSS et de LAM.

- 2015: définition de la programmation pluriannuelle jusqu'en 2019 ;
- 2016: AAP pour 10 places de LHSS (campagne budgétaire 2015) ;

- 2016: réflexion concertée sur l'orientation régionale et/ou interdépartementale des places LHSS autorisées ;
- Améliorer la connaissance des LHSS ;
- Elaboration d'une cartographie régionale et départementale de l'offre en LHSS ;
- Finalisation d'un rapport d'activité standardisé ;
- Création d'une base de données dédiée, traitement et exploitation des RASA 2012, 2013 et 2014 ;
- 2015 et début 2016: Groupe de travail régional LHSS sur l'état des lieux des pratiques (confrontation avec le rapport national d'évaluation des LHSS rendu public en février 2013) et la construction d'un socle commun/"bonnes pratiques professionnelles" - Finalisation du cahier de bonnes pratiques professionnelles en LHSS en 2016.

Poursuivre l'expérimentation et développer l'offre en LAM

Créés par l'arrêté du 20 mars 2009 portant agrément d'une expérimentation d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité, les lits d'accueil médicalisés (LAM) permettent aux personnes sans domicile, majeures, atteintes de pathologies chroniques de pronostic plus ou moins sombre, et d'impossibilité de prise en charge adaptée dans les structures de droit commun, de recevoir des soins médicaux et paramédicaux ainsi qu'un accompagnement social adaptés. La loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 autorise les LAM au titre du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles comme établissement social et médico-social.

Le rapport d'évaluation élaboré par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'observation des Conditions de Vie (CREDOC) en 2012 de l'expérimentation « LAM » a montré que les LHSS étaient régulièrement occupés par une population extrêmement marginale atteinte de pathologies de pronostic sombre et qui ne peut pas accéder aux dispositifs de droit commun, les LHSS n'étant pas prévus pour accueillir ce public. Les LAM permettent d'offrir à ces personnes, dont l'état de santé est très dégradé, une surveillance médicale, des soins, (notamment de nursing), ainsi qu'un accompagnement social. Ces lits peuvent également être une solution pour les personnes à la rue vieillissantes et les personnes atteintes de tuberculose multi-résistante non contagieuse.

En 2015, l'Île-de-France dispose de 25 places autorisées de LAM gérées par le GIP Samu social de Paris.

Le prix de journée des LAM est réévalué à la hausse (197,98 €/lit/jour en 2015) dans le cadre de la campagne budgétaire 2015.

Quelle prise en compte des inégalités sociales de santé ?

Les structures de soins résidentiels sont des établissements sociaux et médico-sociaux destinés à accueillir des personnes en situation de précarité et ne pouvant pas accéder aux structures de droits commun. Elles prennent en charge aussi bien des personnes ayant des droits sociaux ouverts que des personnes issus des flux migratoires et arrivant sur le territoire sans droit ni titre.

Par ailleurs, dans la perspective d'éventuelles mesures nouvelles pour les années à venir en ACT, l'instruction des demandes de création ou d'extension pourra s'appuyer sur un indice de priorisation départemental composite. Celui-ci a été établi sur trois critères :

- Le taux d'équipement rapporté au nombre de bénéficiaires de la couverture maladie complémentaire (CMU-C) ;
- Des critères épidémiologiques (cas individuels déclarés des MDO Hépatites A et B, VIH et Tuberculose) ;
- Des critères de précarité (taux de pauvreté, bénéficiaires du RSA, population couverte par la CMU-C...).

Analyse des freins et leviers

L'offre francilienne en soins résidentiels est conditionnée par les mesures nouvelles et les crédits alloués dans le cadre de la campagne budgétaire. Ainsi, le département transmet chaque année à la Direction générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et à la Direction générale de la Santé (DGS) les besoins franciliens en matière d'ACT, de LHSS et de LAM. Concernant les ACT, plusieurs freins ont été identifiés par l'exploitation des RASA et des échanges avec les gestionnaires et professionnels :

- a. La situation médicale et sociale des personnes se complexifie depuis plusieurs années. Elle a pour conséquences d'accroître le temps accordé d'une part à l'accompagnement social des personnes et d'autre part à la coordination médicale ;
- b. Les ACT accueillent de plus en plus de personnes sans ressources, dans une situation administrative complexe (personnes non régularisées et/ou en attente de régularisation) ;
- c. Il est constaté une augmentation importante de demandes émanant de personnes ayant une pathologie particulièrement grave et invalidante en grande précarité ;
- d. De fait, la coordination médicale mise en place autour et pour la personne accueillie ne se limite pas à la seule pathologie pour laquelle la personne a été admise. Elle vise la coordination de tous les acteurs et a pour objectif d'assurer le parcours de vie et de soins des personnes dans le temps ;
- e. Les principaux freins identifiés à la sortie, allongeant ainsi les durées de séjour sont induits, notamment, par l'absence de droits ouverts, le difficile accès au logement et la saturation du logement social en Île-de-France et notamment à Paris. Ce phénomène se traduit également au moment des admissions où il est observé une augmentation des demandes liées à des dispositifs sociaux (besoin seulement d'un hébergement).

Les personnes accueillies ont des profils et des parcours de vie très différents. L'évolution des profils, notamment des pathologies principales (c'est-à-dire justifiant l'admission en ACT) et associées (maladies chroniques sévères, cancers, suivis de greffes, hépatites, fin de vie, etc.) ainsi que des situations sociales complexes (grande précarité, absence de droit et titre) conduisent de fait les ACT à adapter les accompagnements médico-psycho-sociaux proposés qui doivent être individualisés.

De la même façon que pour les ACT, les personnes accueillies en LHSS présentent de plus en plus des pathologies chroniques sévères et des situations administratives demandant un travail social important. De fait, les temps de séjour tendent également à s'allonger. De plus, les cas présentés à l'admission étant parfois trop lourds pour les missions des LHSS conduisent à un fort taux de demandes non pourvues. A cela s'ajoutent des besoins très importants en Île-de-France auxquels l'offre francilienne répond avec difficulté. La pression de la demande est aussi importante pour les LAM.

Perspectives

Les perspectives des actions fixées par le SROMS visent d'une part à améliorer la connaissance des structures et la qualité du service rendu et d'autre part à doter tous les départements franciliens de LHSS et de LAM et de continuer le développement de l'offre en ACT. Les actions mises en œuvre ont vocation pour la plupart à monter en charge sur la durée car elles structurent les objectifs fixés dans le SROMS pour toute sa durée.

- Les actions qui se poursuivent, notamment :
 - o Le renforcement du soin résidentiel accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (notamment 10 places de LHSS et 22 places de LAM par des appels à projets) ;
 - o L'amélioration de la connaissance de l'offre et de l'activité : exploitation régionale et départementale des RASA, indicateurs d'activité et de coût ;
 - o Les réflexions et travaux sur l'élaboration de « bonnes pratiques professionnelles ».
- Les actions qui débutent en 2016 :
 - o L'élaboration d'un cahier des bonnes pratiques professionnelles en ACT.
- Les perspectives sur la durée du SROMS, notamment :
 - o Organiser le parcours de vie et de soins des personnes malades et/ou ayant des conduites aDDictives, en situation de précarité et de vulnérabilité (approche globale, coordination du parcours de l'utilisateur/patient/résident, articulation médico-social, sanitaire, social) ;
- Adapter et renforcer le soin résidentiel (en tenant compte de l'évolution des profils, des pathologies et des besoins, en améliorant la couverture régionale/territoriale).

Éléments connexes du bilan

- Bilan des RASA 2014 et 2015 en ACT
- Bilan du PRAPS

Les expérimentations de mission LAMPES

Contexte

Le bilan de l'offre hospitalière de la région a mis en exergue l'augmentation des problématiques liées aux personnes en situation complexe associant précarité sociale et pathologies multiples : retards aux soins, difficultés d'orientation à la sortie, ruptures dans le suivi des traitements, hospitalisations itératives.

Face à une montée en charge de ces situations dans un contexte de tension économique observée dans les établissements, il y a lieu de favoriser une meilleure cohérence du parcours de soins et de vie des personnes et une meilleure coopération entre les acteurs intra hospitaliers et ceux de la ville (du médical, du social, du médicosocial).

Il est question ici de tester des organisations innovantes permettant d'une part, le repérage et la gestion des situations complexes dès l'entrée en hospitalisation et, d'autre part, le développement d'interfaces ville-hôpital visant à conforter le parcours de santé, et faciliter l'orientation et le retour au domicile.

Objet

Le programme de missions de Liaison et d'Accueil Médico Psycho Educatif et Social, dit LAMPES, a été mis en place fin 2013.

Il s'adresse aux personnes démunies atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) hospitalisées, en situation complexe.

Les missions LAMPES sont portées par des structures hospitalières, en lien étroit avec les PASS de ces établissements.

Elles prévoient **une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne et débouche sur des interventions intra et extra hospitalières, un suivi, et une réévaluation à la sortie.**

Elles s'appuient sur un modèle d'organisation entre les acteurs impliqués, intra et extrahospitaliers avec une prise en charge pluri professionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique.

Un budget de 50 000 euros a été alloué annuellement pour chacun des sites expérimentateurs, afin de mettre en place et évaluer le dispositif expérimental, et ce, sur une période de 3 ans.

Objectifs

Il s'agit de renforcer l'inscription des personnes dans un parcours de santé plus complet qui prend en compte tout à la fois les dimensions sociale, psychologique et sanitaire, sans rupture de prise en charge entre l'hôpital et la ville.

Les LAMPES représentent avant tout un mode d'organisation ayant vocation à inscrire les personnes dans un parcours de santé intégré et collaboratif ville-hôpital.

Sur le plan stratégique, les objectifs sont triples, il est question de :

- Renforcer la coordination des acteurs impliqués dans la gestion de situations complexes ;
- Faciliter le retour à domicile (accompagnement social, structure médico-sociale, hébergement adapté ...)
- Eviter les ré-hospitalisations itératives.

Sur le plan opérationnel, l'installation d'une LAMPES implique :

1. D'organiser le repérage et l'évaluation des situations complexes dès l'entrée en hospitalisation ;
2. De mettre en place un projet de soins partagé et un dispositif de suivi et d'accompagnement intra hospitalier des acteurs de la prise en charge impliquant tous les domaines concernés (social, éducatif, psychologique, somatique) : mise en place d'outils, supports, procès, fiches de liaison, réunions type « RCP »... ;
3. De renforcer la coordination d'amont et d'aval dans le lien ville-hôpital, avec l'installation d'instances de concertation et de mobilisation (mise en place d'un COPIL, élaboration d'un annuaire des partenaires extérieurs, conventionnements ...) ;
4. De mettre en place des actions de formation-sensibilisation à destination des acteurs internes sur le repérage et sur les problématiques liées à la précarité.

Phases de mise en œuvre

Le repérage des sites a conduit à l'installation d'une mission LAMPES sur 6 sites volontaires, en deux vagues successives (3 sites en 2013 et 3 sites en 2014). Les établissements porteurs sont les CH de Melun, Meaux, le CASH de Nanterre, les CH de Saint-Denis et de Montfermeil, le CHIC.

L'installation voire la confortation d'une organisation propre à chaque site 2014-2015 s'est faite entre 2014 et 2015. La mise en œuvre opérationnelle s'est vue retardée pour des raisons diverses, notamment de mobilisation de personnel pour la gestion de cette activité. L'analyse comparative des données d'activité avec retours aux opérateurs a été possible en 2016 au vu des remontées des premiers rapports d'activité.

Réalisations

Des travaux ont été réalisés pour définir le concept de patient en situation complexe et préciser le mode de repérage et d'éligibilité au dispositif. **A ce titre une grille d'aide à la décision d'inclusion**, constituée de manière participative, avec une liste de 6 critères mesurables, a été diffusée des 2014.

Sur la base de ces critères, 7 471 patients ont été déclarés inclus en 2015. Pour autant, la file active reste difficile à quantifier tant les critères d'inclusion sont inhomogènes d'un site à l'autre. Pour information la situation 2015 se situe sur une moyenne de près de 1000 inclusions annuelles pour les 6 sites, avec une valeur extrême de 5 868 inclusions sur un site).

Pour ces raisons, un travail de mise à plat et de clarification des critères a été mené début 2016 ayant abouti à la constitution d'une grille d'inclusion remaniée et précisée, présentée aux opérateurs en avril 2016.

Cette grille compte aujourd'hui 7 critères portant sur :

- **La situation administrative** : absence de droits sociaux ouverts, difficultés rencontrées dans l'accès aux droits à l'Assurance Maladie-,... ;
- **L'hébergement** : Absence de lieu de vie stable, notion d'insalubrité, d'indignité, d'inadaptation des conditions d'hébergement ;
- **Les ressources de la personne**: Une insuffisance de ressources pour faire face aux besoins élémentaires (manger, dormir..), des ressources inférieures ou égales au plafond CMU/AME ... ;
- **Le lien social** : Absence de lien social – Situation d'isolement, de rupture familiale, d'exil... ;
- **La communication** : Difficulté de compréhension du parcours de santé et d'usage des dispositifs de soins et de prévention, Difficulté linguistique, ... ;
- **L'état de santé physique**: Présence de comorbidités, pathologies complexes, avec éléments de chronicité, de handicap ... ;
- **L'état de santé mentale** : Présence d'une souffrance psychique, d'une pathologie psychiatrique ; trouble cognitif.

Chaque critère est gradué de 1 à 4 et le seuil d'inclusion proposé est de 20. Ces critères d'inclusion permettent de détecter précocement et à tous les stades du parcours de santé les situations complexes nécessitant des mesures particulières.

On observe que le motif premier de l'inclusion est l'absence de droits ouverts, puis ce sont les insuffisances de ressource et les questions d'hébergement qui prédominent. Depuis le début de l'expérimentation, un effort important a porté sur la formation. On note que bon nombre d'acteurs de santé, 190 au total sur les 6 sites, ont bénéficié de formation portant sur l'accès au droit, l'interculturalité, et les problématiques de santé rencontrées par les personnes en grande précarité.

Le partenariat s'est vu renforcé depuis la mise en place des dispositifs. Au total ce sont 13 nouvelles conventions partenariales, signées ou en cours de signature, depuis le début du programme. Des COPIL pluri sectoriels sont installés sur tous les sites. Les liens avec les CPAM se sont développés, avec des conventions formalisées sur 4 départements.

Par ailleurs, des outils ont été constitués comme un logigramme présentant le circuit du patient LAMPES, les étapes clés et les acteurs impliqués à chaque étape ; et une fiche type patient pour le suivi individuel des interventions. Par ailleurs ont été constitués aussi une trame type de rapport d'activité, celle d'une convention type, et un tableau de bord de suivi comportant 9 indicateurs identifiés. Ces indicateurs portent sur l'organisation de la prise en charge, la satisfaction des usagers et des partenaires, la mise en œuvre de la coordination et de la concertation intersectorielle, l'impact sur le parcours ville-hôpital. Tous ces outils préfigurent une boîte à outils qui devrait pouvoir être mise à la disposition des établissements de santé concernés.

Résultats

Des progrès ressentis

- Une généralisation progressive sur les sites du repérage précoce des situations complexes au sein des services d'accueil et, notamment des urgences.

- Un changement de regard des professionnels de santé hospitaliers sur les questions de recouvrement des droits, une plus grande sensibilisation à l'impact des difficultés sociales dans le parcours de santé.
- Une préoccupation renforcée sur les problématiques de sortie avec une meilleure anticipation de celle-ci : « le temps social n'est pas le même que le temps médical ».

Leviers

Certains leviers ont été identifiés :

- Un appui et une implication de la direction de l'établissement ;
- Un partenariat opérationnel avec un réseau de santé accès aux soins – précarité, et plus largement la mobilisation du réseau d'acteurs de proximité ;
- Un lien privilégié avec une CPAM, impliquée dans la formation des acteurs ;
- Une montée en compétence des agents d'accueil et des professionnels de santé sur les questions d'accès aux droits et sur l'abord des publics confrontés aux situations de précarité ;
- Le développement du repérage des patients en situation complexe au sein des services d'accueil de l'hôpital.

Freins

Certains freins ont été identifiés :

- Il existe un débat sur un impact financier éventuel sur les établissements de santé des délais d'ouverture de droits, mais aucune étude quantifiée n'est repérée à ce jour.
- Des difficultés dans l'accès à la domiciliation.

Perspectives

- Œuvrer pour une meilleure articulation avec les services chargés de l'hébergement pour permettre une continuité de la prise en charge et du suivi médical ;
- Renforcer les liens avec les organismes domiciliaires pour faciliter l'ouverture des droits ;
- Mettre à disposition des établissements de santé la boîte à outils, en cours de finalisation, sur le site de l'Agence
- Proposer une stratégie de déploiement (mesures d'accompagnement, incitation financière) à échéance de 2017

Les expérimentations de PASS ambulatoires

Contexte

D'une manière générale, les structures d'exercice collectif, et plus particulièrement les centres de santé, se veulent accessibles à tout public. En effet, avec la pratique du tiers payant, la garantie tarifaire du secteur 1, une implantation géographique plutôt dans les quartiers défavorisés, ils répondent aux besoins du plus grand nombre. Pour autant, quand il s'agit de patients, désocialisés, en grande précarité, sans droit ouvert aux prestations sociales, le recours aux soins s'avère complexe, et la prise en charge doit aller au-delà des services habituels de ces structures.

Par ailleurs, tant que les droits aux prestations sociales ne sont pas ouverts, les créances ne sont pas recouvrables, et les structures se trouvent devoir assumer un reste à charge qui se surajoute à leur fragilité économique et impacte leur capacité d'accueil de patients en situation complexe, comme le sont souvent les grands précaires.

Il apparaît que les maisons de santé pluridisciplinaires, les centres de santé, les réseaux d'accès à la santé/précarité et des Centres Municipaux de santé sont autant de lieux d'exercice de soins de santé primaires pouvant être mis à contribution à hauteur de leurs moyens, en complémentarité avec les autres dispositifs existants, notamment les PASS.

Les permanences d'accès aux soins de santé, créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, sont exclusivement hospitalières. **A l'heure du virage ambulatoire, et d'une augmentation des besoins (aggravation de la pauvreté), il est apparu important de recourir, de façon complémentaire, à des structures de ville.**

Cette approche permet à la fois d'étendre le périmètre d'accessibilité et d'intervention de ces dispositifs passerelles, mais aussi de faciliter par la suite, leur parcours dans le système ambulatoire de droit commun, et, in fine, de permettre une amélioration de la prise en charge en médecine de ville des grands précaires.

Objet

De manière générale, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ambulatoires sont des dispositifs de coordination de premier recours, avec des engagements conventionnels entre les opérateurs du système de santé et avec les partenaires locaux (services municipaux et départementaux, Caisses d'Assurance Maladie, services hospitaliers de proximité...) pour un accueil inconditionnel, avec prise en charge médicale et accompagnement social, de personnes démunies, en difficulté d'accès au système de soins de santé.

En pratique, les PASS Ambulatoires ont vocation à assurer l'accès à des consultations de médecine générale, à des soins infirmiers, à la délivrance de médicaments, aux soins de prévention (vaccination, dépistage...)..., et à permettre l'orientation, si nécessaire, vers des services d'analyse biologique, d'imagerie médicale, voire

des consultations de spécialité. L'accompagnement social individualisé des personnes reçues est un axe important du dispositif, avec la possibilité de délivrer une information sur les dispositifs de santé et les droits sociaux, et d'aider à la constitution des dossiers d'ouverture de droits et de demande de soins. Les PASS peuvent assurer un accompagnement physique en cas de nécessité, en partenariat avec les acteurs associatifs locaux.

Elles doivent aussi pouvoir être sollicitées « hors les murs » au sein des lieux de vie des personnes, comme par exemple, les espaces solidarité insertion (ESI).

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins à destination des populations démunies (PRAPS), en articulation avec les schémas d'organisation de la prévention et l'offre de santé du SROS-PRS, l'Agence Régionale de Santé a souhaité donner une impulsion particulière au domaine de la prise en charge ambulatoire des publics démunis.

Il a été question de définir ce concept innovant de PASS Ambulatoire, en partant des pratiques de terrain développées par un certain nombre d'opérateurs, dans une approche structurée de co-construction et de partenariat, et d'en tirer des enseignements pour leur pérennisation/modélisation.

L'expérimentation, débutée fin 2013, concerne 4 centres de santé municipaux et 2 réseaux de santé. Ces structures, déjà mobilisées sur ces questions ont rejoint le programme expérimental sur la base du volontariat. Un budget de 20 000 euros a été alloué, annuellement, et par site expérimentateur, pour mettre en place le dispositif et contribuer aux travaux d'évaluation nécessaires, sur une période de 3 ans.

Objectifs

L'objectif des PASS ambulatoires est de faciliter **l'intégration, dans le système de santé ambulatoire de droit commun**, des personnes en grande précarité.

L'objectif de l'expérimentation est de tester un nouveau mode de dispositif PASS, extra hospitalier, porté par une collectivité locale (CMS) ou un réseau de santé, et de proposer un déploiement si le modèle s'avère pertinent et économiquement favorable.

Les objectifs assignés à chaque PASS sont de :

- Développer un accueil et une orientation adaptée ;
- Favoriser les mesures d'accès aux droits et aux soins ;
- Sensibiliser et former le personnel de premier recours ;
- Développer le partenariat et la coordination au sein de leur territoire.

Analyse des réalisations

Données générales

Six dispositifs de PASS ambulatoires sont actifs à ce jour :

- 4 sont portés par des centres communaux de santé implantés sur 4 départements, majoritairement sur la Seine St Denis. Sont concernées les communes du Blanc Mesnil, de Montreuil, Saint-Denis et Ivry.
- 2 sont portés par des réseaux de santé dans deux départements : Arès 92 et AVIH 77.

La gouvernance est installée sur chacun des sites, avec une équipe opérationnelle composée de personnels sociaux et sanitaires.

Une animation régionale a été mise en place au sein du département Précarité/PRAPS de la Direction de la Promotion de la santé et de la Réduction des Inégalités de l'Agence. Cela a permis des échanges réguliers entre opérateurs, une remontée d'expériences, et des retours d'activité guidant l'autoanalyse. Des travaux collaboratifs ont été menés avec les structures et ont conduit à la production d'une trame de rapport d'activité, la définition d'un arbre des objectifs, et l'identification d'indicateurs d'activité.

Données d'activité

Selon les données fournies par les 6 opérateurs (rapports d'activité et questionnaire d'évaluation), on observe :

- Une montée en charge progressive du dispositif depuis 2014, avec une **file active de 1416 personnes en 2015, soit une progression de 46 % en un an (968 personnes en 2014) ;**
- Animées en partenariat avec les CPAM, **le développement de formations** sur l'accès aux droits en santé, l'interculturalité, les problématiques rencontrées par les personnes en grande précarité, etc... Des formations qui ont concerné 458 professionnels parmi lesquels les agents d'accueil, les professionnels de santé, des acteurs sociaux ... ;
- **Des permanences d'accueil organisées sur tous les sites**, permettant notamment, l'accès à une consultation de médecine générale sans avance de frais, et un accompagnement à l'ouverture des droits à l'assurance maladie en tant que de besoin (913 ouvertures de droits réalisées en 2015) ;
- **Des liens actifs avec les effecteurs de soins du secteur libéral, en développement** : pharmacies d'officine, cabinets de radiologie, médecins, paramédicaux, infirmiers, laboratoires d'analyses médicales... ;
- Une activité hors les murs, déployée par une structure (AVIH 77), via une unité mobile se déplaçant sur des lieux de campement.

Leviers

Certains leviers ont été identifiés :

- Le lien organisé localement avec la CPAM pour faciliter l'instruction des dossiers complexes et l'implication de cette dernière dans les actions de formation ;
- La possibilité d'un accompagnement individualisé dans le parcours de santé, permettant de s'adapter aux besoins pluriels des publics en grande difficulté.

Freins

Certains freins ont été identifiés :

- L'impact financier du reste à charge après recouvrement des coûts est un frein important (une moyenne de 10 343 euros par opérateur (données 2015) ;
- Une difficulté à préciser clairement les moyens et l'activité propre de la PASS qui se confond avec l'activité habituelle de la structure, notamment pour les réseaux ;
- L'impossibilité, pour les réseaux, de pouvoir consulter le logiciel CDR (consultation d'accès aux droits en ligne) pour suivre le résultat des démarches d'ouverture de droits et l'entrée dans le parcours de santé ;
- La difficulté de suivre le parcours de santé des personnes ayant bénéficié du dispositif. Aujourd'hui, le système d'information permettant de tracer le parcours de ces personnes à la sortie du dispositif fait défaut.

Résultats

Il apparaît que les PASS ambulatoires contribuent à une prise de conscience des acteurs de santé du territoire sur les problématiques d'accès au système de santé des plus précaires, avec une prise en compte et une implication « qui paraît plus forte dans leur exercice au quotidien ».

Les PASS Ambulatoires semblent avoir contribué à faire évoluer les regards sur les populations en grande précarité : « dépasser les gênes, les renoncements, sortir des préjugés ».

En effet, ce dispositif ouvre la porte des possibles dans l'accès au système de droit commun des plus démunis.

Perspectives

D'ores et déjà, certains opérateurs expriment leur volonté de poursuivre ce dispositif au-delà de l'expérimentation et d'étendre leurs lieux d'accueil avec un développement de moyens sur l'accompagnement individualisé (par exemple : la ville de Saint-Denis dispose aujourd'hui de 4 lieux d'accueil au sein des CMS de la commune ; la ville de Montreuil a développé son assise sur un site complémentaire en 2016).

L'accès des CMS aux informations relatives à l'ouverture des droits pourrait être facilité ; celui des réseaux devrait être rendu possible, au besoin par des dispositions dérogatoires (demande en cours). Le partenariat avec les CPAM devrait pouvoir être plus largement développé, pour ce qui concerne l'accès aux droits des personnes et le suivi du parcours en santé des personnes en grande précarité.

Une démarche d'évaluation est en cours. Un questionnaire a été adressé le 8 août 2016 à l'ensemble des structures. Des visites sur site se conduisent actuellement. Les résultats devront permettre de définir les conditions d'un éventuel déploiement (concernant notamment la prise en charge des frais non recouvrables).

La question de la complémentarité avec les autres dispositifs, PASS hospitalière, PASS externe, centres médico-sociaux, CeGIDD, centres humanitaires, doit être regardée dans une vision stratégique d'ensemble, cohérente et efficiente. Il serait utile de poursuivre le travail engagé autour du développement de compétence des acteurs sur les questions de droit, de ressources, et d'accès au système de santé, en lien avec l'IREPS.

Les interventions en direction des personnes en situation de prostitution

Contexte

Les données d'observation traduisent une grande vulnérabilité sanitaire de personnes travailleuses du sexe dont l'état de santé est globalement très préoccupant. Ces publics sont confrontés aux risques sanitaires inhérents à cette activité et à la situation particulière au regard du suivi médical, et plus généralement, de l'accès aux dispositifs de droit commun (couverture maladie – soins, barrière linguistique, méconnaissance des droits...).

Sont aussi à mettre en avant des conditions de vie souvent difficiles, en particulier dans le cadre de réseaux de traite, et l'isolement qui touche particulièrement les mineures et les personnes étrangères en situation irrégulière.

En matière d'accès à la prévention et aux soins, la politique de l'ARS est principalement articulée avec le secteur associatif spécialisé, notamment autour de la mise en place :

- d'interventions mobiles de prévention (bus, maraudes..) directement au contact des personnes dans les lieux de prostitution extérieurs, permettant la délivrance de messages de prévention, de matériel de prévention et des orientations vers les dispositifs de droit commun relatifs au dépistage du VIH et des hépatites, aux soins et à l'accès aux droits ;
- de dispositifs d'accueil, d'orientation et d'accompagnement des personnes travailleuses du sexe, conjuguant l'accès à la santé et le recouvrement des droits sociaux.

En 2009, les Amis du Bus des Femmes évaluaient à 500 le nombre de femmes en situation de prostitution dites « traditionnelles » à Paris, ce qui ne représente qu'une faible part de la prostitution de rue prise dans son ensemble. Le Lotus Bus, porté par l'Association Médecins du Monde, suit près de 500 personnes (femmes chinoises en situation de prostitution à Paris). Un recensement effectué le 1er octobre 2013, par la Direction de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne (DSPAP) de la Préfecture de police de Paris, a estimé à 837 personnes le nombre de personnes travailleurs du sexe dans les rue de Paris, un chiffre inférieur à la réalité car la prostitution est par nature une activité masquée.

L'augmentation de la prostitution indoor (en appartement, hôtel, salon de massage) et du racolage par Internet sont des éléments à prendre en compte.

Objectifs

Les orientations 2013-2017 se sont déclinées ainsi :

- Sortir d'un mode d'approche focalisé sur Paris pour développer une approche régionale plus ancrée avec la réalité des besoins (et cibler des territoires insuffisamment couverts comme le 77) ;
- Sortir de la vision historique centrée sur la prostitution de rue et s'intéresser aux besoins nouveaux posés par l'utilisation d'Internet, la prostitution en milieux étudiants, en appartements... Mais les outils, les méthodes et les opérateurs manquent (maraudes internet...);
- Réorienter les actions trop spécifiquement axées ces dernières années sur le VIH et les IST (via des fonds VIH) vers une approche plus globale de la santé. La « prévention diversifiée » nécessite des accompagnements individualisés et une nécessaire évolution des interventions des opérateurs. De plus, les besoins apparaissent importants en termes de suivi médical généraliste, de prise en charge en santé mentale... ;
- S'intéresser à la problématique du vieillissement des publics concernés ;
- Développer les partenariats avec les autres acteurs institutionnels (DHRIL, DRJSCS, DDCS, Délégation droit des femmes Ville de Paris ...). En effet, l'approche préventive en santé ne peut être dissociée des actions d'insertion, d'accès vers le logement, de la lutte contre la traite des êtres humains... ;
- Questionner la cohérence des approches entre les intervenants, les possibilités de mutualiser les moyens et les compétences, de développer des partenariats avec les acteurs locaux, de planifier leurs interventions en fonction des besoins, en lien avec la dispersion du phénomène prostitutionnel.
- Apporter une contribution pour la mise en place d'outils visant à la protection des travailleurs du sexe face à l'omniprésence de la violence (de réseaux de traite, de clients malveillants, de délinquants agresseurs...).

Analyse des réalisations

La réflexion engagée au sein de l'Agence, conduite avec ses partenaires et les opérateurs de terrain, vise à terme à revisiter les actions de prévention sanitaire tournées vers les personnes travailleuses du sexe.

Les opérateurs mènent des actions de santé en direction des personnes prostituées en Île-de-France :

- sur les scènes de prostitution, avec un rôle essentiel en matière d'information et de sensibilisation sur les questions de santé (santé sexuelle, hygiène de vie, prévention de la violence) pratiques à risque ;
- Dans leur lieu d'accueil, pour une prise en charge individualisée et un accompagnement vers le soin et l'ouverture de droits

- Dans d'autres lieux, (PASS, prison,...)

Depuis 2012, en termes de subventions, on observe une progression des crédits alloués par l'Agence (de 840 000 euros en 2012 à 1 019 700 euros en 2015) avec une redistribution des budgets au profit d'interventions plus individualisées, voire mobiles, de proximité, sur les scènes de prostitution, et des interventions plus globales en matière de santé.

L'Agence a investi la question de la précarité des personnes transgenres en associant les DD, les institutionnels et les opérateurs concernés, au sein d'un groupe de travail, constitué en 2013-2014. Celui-ci a permis d'améliorer la connaissance des réalisations sur le terrain, en matière de réduction des risques, de prévention des IST, de prise en charge des addictions, de suivi médical global, d'accès aux droits, d'orientation/accompagnement vers les soins... : maraudes, délivrance d'informations, mise à disposition d'outils et matériel, actions de dépistage, accompagnement physique, construction de partenariat d'amont et d'aval... Il a aussi permis de partager les méthodes et les outils, notamment sur la question de la discrimination rencontrée par ces publics sur l'accès aux soins.

En pratique, les actions suivantes ont été réalisées :

- Des temps de concertation avec les principaux opérateurs institutionnels et associatifs : en séances plénières, lors de visites sur sites ... ;
- La mise en place d'une dynamique d'échange partenariale avec les autres institutions que sont : la DRIHL et la Délégation Régionale Droits des Femmes (première réunion organisée le 24 octobre 2011 suivie d'une dizaine d'autres), sur la cohérence et la synergie des interventions et des soutiens financiers. A signaler, un premier contact avec la Brigade de lutte contre le proxénétisme en juin 2013 et la tentative de la construction d'un partenariat avec la Ville de Paris, non aboutie ;
- Un chantier a été ouvert sur l'état des lieux des phénomènes prostitutionnels avec l'objectif de réaliser une cartographie des maraudes. Ce travail a été rendu difficile compte tenu de l'évolution des scènes de prostitution dans un contexte de pénalisation du client.
- Des liens réalisés au niveau national dans le cadre de la mise en œuvre du Plan VIH (études Grisélidis, Pro sante...).

Leviers identifiés

Outre la mise en place d'une équipe-projet interne à l'Agence, le pilotage est désormais interinstitutionnel, impliquant des intervenants associatifs, dans un contexte budgétaire contraint. L'objectif est de définir et d'adopter une position synergique et complémentaire sur la façon dont chacun se saisit de ces questions dans une dynamique vertueuse, et en dépit de la divergence d'approches des institutions ou des opérateurs.

On note surtout une forte mobilisation des associations concernées, tant sur le terrain que dans les échanges avec l'Agence.

L'importante mobilité géographique des personnes victimes de la traite, dépassant souvent très largement le cadre de la région posant de vraies difficultés pour leur prise en charge et leur suivi.

La prostitution de rue n'est que la partie visible de l'iceberg. La majorité des pratiques se situent ailleurs, sur des sites privés tels des appartements, en hôtels, en foyers - via un accès par internet – sites peu accessibles aux opérateurs traditionnels. D'où l'intérêt de soutenir des interventions prenant appui sur les nouveaux outils de communication (comme celles de l'association Acceptess, par ex).

La dispersion des scènes de prostitution, loin des centres villes et des structures d'accompagnement, du fait du risque de pénalisation du client après celui du délit de racolage passif (lois de 2003 et 2016 sur la sécurité intérieure). Plus isolées, et moins visibles pour les associations porteuses d'actions en santé, ces personnes se retrouvent davantage exposées à l'isolement et au risque de violences.

A signaler : des financements de l'état en baisse sur le volet de l'accompagnement social et de l'insertion ces dernières années alors même que progresse le besoin d'intervention sur des territoires plus étendus.

Perspectives

Dans le cadre du PRS 2, plusieurs pistes de travail sont envisagées :

- Développer la mise en lien des opérateurs concernés avec les acteurs de santé de première ligne pour une meilleure connaissance des publics, des interventions et des méthodes, auprès des personnes prostituées.
- Maintenir la dynamique d'échanges individuelle et collective avec les opérateurs : retour d'expériences, observations, mutualisations, planification partagée....
- Faire le lien avec les travaux en cours, notamment dans le cadre du plan VIH, et portant sur l'identification de nouveaux modes d'intervention en matière de prostitution sur internet.
- Réfléchir sur les axes de prévention à développer éventuellement auprès des publics pratiquant la prostitution occasionnelle.
- Développer les compétences des acteurs en matière de « prévention diversifiée ». Engager une réflexion pour l'intégration d'une dimension santé sensibilisation des sur la réduction des risques (dont les rapports non protégés) lors des stages de sensibilisation pour les clients de prostituées organisés dans le cadre de la Loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées.

Les interventions en direction des campements/bidonvilles, composés de regroupements communautaires

Problématique

Au 1er février 2016, les services de l'Etat francilien dénombreaient **7 124 personnes, dont près d'un tiers d'enfants, vivant dans 132 bidonvilles**, des chiffres en baisse depuis trois ans. Mais cela représente environ 40 % des occupants de campements illicites recensés au niveau national. La plupart des occupants sont des ressortissants européens, et sont donc en situation régulière, principalement des ressortissants roumains, bulgares ou d'autres pays des Balkans, majoritairement de culture et d'origine rom. Le sujet est particulièrement prégnant en Île-de-France.

Ces populations vivent dans des conditions précaires et sur des sites dont l'état sanitaire est très dégradé (insuffisance en point d'eau, sanitaires, promiscuité...).

Ces campements/bidonvilles sont repartis, essentiellement sur un axe Nord-Est /Sud-Est, allant de Cergy-Pontoise à Évry, regroupés sur quelques communes et notamment dans les départements 93 et 94.

Contexte national et régional

La Circulaire interministérielle du 26 août 2012, relative à l'anticipation et à l'accompagnement des évacuations de campements illicites, recommande la réalisation de diagnostics permettant de mieux connaître la situation des occupants, d'identifier les personnes vulnérables ou désireuses d'une insertion et de proposer une prise en charge adaptée et un hébergement en particulier aux personnes âgées, malades ou femmes enceintes.

Par ailleurs un programme inter-associatif national de médiation sanitaire a été lancé, inscrit dans le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté officiellement par le gouvernement le 21 janvier 2013. Ce programme de médiation sanitaire, coordonné par l'association ASAV, existe depuis 2011 et doit se poursuivre jusqu'en 2016. Il mobilise l'ARS par l'intermédiaire du financement apporté aux associations en santé qui interviennent en Île-de-France.

Pour rappel, la médiation sanitaire vise à accompagner les personnes dans leurs démarches d'ouverture et de maintien de leurs droits à la couverture maladie; à renforcer leurs capacités à solliciter de façon pertinente et autonome les structures de santé; et à promouvoir les initiatives des offreurs de soins ou de prévention en santé pour améliorer la prise en compte de ce public.

Au niveau régional, ont été mis en place par la préfecture d'Île-de-France :

- En janvier 2015 : une « plateforme d'accueil, d'information, d'orientation et de suivi des populations vivant en campement et bidonville en Île de France » (AIOS), pilotée par le gestionnaire ADOMA.
- En avril 2016, une réflexion stratégique sur l'insertion et le logement pérenne pour les occupants des campements illicites, avec un axe cherchant à garantir un minimum de conditions d'hygiène.

Actions mises en œuvre par l'Agence

La thématique des publics vivant en bidonvilles relève des publics prioritairement ciblés par son action. Les objectifs stratégiques et les réalisations sont les suivants.

1) Intervenir dans les situations à risque épidémique

L'ARS intervient en cas de risque épidémique (tuberculose, rougeole...) en mobilisant les dispositifs de veille et sécurité sanitaire et les structures de gestion concernées (CLAT, CVAX...). On compte un nombre important de situations au sein desquelles il a été décidé soit de procéder à des dépistages, soit de procéder à des vaccinations autour d'un cas, soit enfin de proposer des reports d'évacuation pour raisons sanitaires.

2) Renforcer la prise en charge sanitaire et développer la médiation santé

L'ARS apporte un soutien à plusieurs associations de santé Franciliennes pour la mise en place d'actions de médiation sanitaire et de consultations de prévention sur lieu de campement, et pour la participation aux campagnes de dépistage (4 en 2013 et 5 en 2015). Le budget mobilisé pour ces actions est de 299 450 € en 2013, en augmentation de 33 % en 2 ans (398 800 euros en 2015). Il s'agit de l'épine dorsale de l'intervention pour favoriser l'accès à la santé des populations concernées. On dénombre 7 302 contacts réalisés en 2015 par les associations concernées, sans qu'on puisse déterminer clairement la file active touchée par ces actions.

3) Soutenir les opérateurs chargés d'effectuer les diagnostics globaux (en application de la circulaire du 26 août 2012)



Entre 2013 et 2015, l'ARS a mis en place une formation sur les questions de santé auprès du groupement d'intérêt public Habitat et Interventions Sociales (GIP HIS), opérateur chargé des diagnostics sur cette période.

Elle a constitué un groupe d'échange de pratiques et de réflexion en lien avec les associations en santé et les opérateurs chargés des diagnostics

Elle a produit des outils de soutien aux porteurs dont un guide/annuaire d'accompagnement vers les dispositifs de santé de droit commun, testé et enrichi par les opérateurs et partenaires.

Elle a facilité, sur certains territoires du 93, la transmission de diagnostics socio-sanitaires entre le GIP HIS et les opérateurs de santé (associations de santé, CLAT, ...).

4) Mobiliser le système de santé de droit commun

L'Agence a mis en place un dispositif de suivi des signalements des difficultés rencontrées dans le recours au système de santé, en lien avec son service de gestion des réclamations. Ce dispositif est opérationnel depuis février 2014. Il sert à objectiver les difficultés rencontrées et à jouer son rôle de médiation et d'interpellation des offreurs de soins et des institutions. 15 situations ont été signalées, concernant 14 structures différentes.

Par ailleurs l'Agence a effectué des démarches de mobilisation sur la qualité de l'accueil et la prise en charge des populations Roms auprès des offreurs de soins (courrier DG ARS 2013 en direction des établissements de santé).

Enfin, elle soutient des dispositifs de santé spécifiquement adaptés aux personnes sans droit ouvert (comme les PASS hospitalières, les PASS ambulatoires en expérimentation ...).

5) Contribuer à la réflexion sur la politique régionale à déployer auprès des populations vivant dans les bidonvilles.

L'Agence a été associée à la mise en place de la plateforme AIOS et s'est impliquée dans la définition des orientations stratégiques régionales de la PRIF.

Difficultés rencontrées

1) La persistance des difficultés d'accès au système de santé

Plusieurs raisons sont évoquées :

- L'insuffisance de l'accompagnement social sur le repérage des ressources en santé et les démarches d'ouverture de droit à l'assurance maladie.
- Les problèmes dus au manque de possibilités de domiciliation, le délai anormalement long des ouvertures de droit à la couverture maladie, le problème de l'interprétariat au niveau des offreurs de soins.
- Des phénomènes de discrimination et de rejet pouvant exister entre le public et les structures de santé.

Sur ces questions, l'ARS n'a pas toujours la main et se saisit de son rôle de plaidoyer auprès des institutions compétentes. Au-delà de ces difficultés, la question de l'importance des ressources en médiation sanitaire se pose. Ces ressources passent essentiellement par les associations financées par l'ARS. Aujourd'hui, les effectifs mobilisés à travers les associations permettent à peine de couvrir un quart des campements Franciliens.

Le système de repérage des difficultés rencontrées avec les offreurs de soins, reste intéressant même s'il reste peu utilisé à ce jour. Il serait nécessaire d'en comprendre les raisons.

2) D'autres difficultés remontées par les associations en santé

- La multiplication des expulsions, qui nuit au suivi social et sanitaire des personnes ;
- Une détérioration des relations avec les occupants des bidonvilles devenant réticents, voire interdisant l'entrée des intervenants en santé qu'ils associent à tort aux évacuations (les risques d'amalgames et de rejet de la part des résidents).

3) Des positionnements différents entre les associations en santé et les opérateurs de diagnostics

Une situation qui a pu être tendue car leur mandat est différent, avec des difficultés constatées dans les circuits d'informations entre les acteurs.

Par ailleurs la solution d'hébergement proposée n'est pas toujours acceptée par ce public.

Les points positifs

Plusieurs éléments structurels sont à noter

- Les liens tissés entre les différents acteurs pour coordonner leurs interventions sur l'accès aux soins des populations concernées.
- L'accompagnement, par l'ARS, entre 2013 et 2015, des opérateurs chargés par les préfets d'effectuer les diagnostics globaux (y compris sur le versant sanitaire).
- L'utilité reconnue de pouvoir disposer d'outils permettant, en cas de besoin, d'orienter les personnes vers les structures de soins. **L'édition du guide cité ci-dessus, en septembre 2015, accélérée par sa nécessaire utilisation lors du déclenchement de la crise migratoire, est un élément important. Ce guide s'est avéré particulièrement approprié dans ce nouveau contexte.**

Parmi les leviers intéressants, on peut noter :

- La nomination récente et très prometteuse de référents PRAPS dans les CPAM ;
- Des **expérimentations de médiateurs santé, parlant la langue Romani, placés au sein d'établissements de santé**, à l'exemple de ceux présents dans les hôpitaux de Saint-Denis et de Montreuil ;
- Les ressources que constituent les PASS et les réseaux de santé précarité/accès aux soins dans la région.

Les enjeux pour le deuxième PRAPS

De façon générale, travailler sur l'accès aux soins et à la santé des personnes, en particulier malades, vivant en bidonville ou en campement suppose :

- De pouvoir bénéficier d'un minimum de stabilité sur un site pour mettre en place un parcours de soins/santé des personnes. La répétition des expulsions à court terme anéantit le travail mené et fragilise des personnes déjà marquées par leurs conditions de vie.
- De s'assurer de la non-interruption, du fait des expulsions, des campagnes de dépistage ou de vaccinations en cours, et des démarches de suivi de personnes malades.
- De s'appuyer sur les ressources du droit commun comme modalité principale de recours au système de santé. Il s'agit de ne pas créer de filière de soins parallèle.
- De s'appuyer sur les compétences de médiateurs santé qui mènent un travail d'accompagnement individualisé auprès des personnes dans leur démarche de santé, et contribuent à faire évoluer les représentations entre soignants et soignés.
- De prendre en compte la situation particulière de ces publics pour qu'ils puissent accéder à notre système de santé.
- D'améliorer la connaissance des acteurs de santé sur ces publics.
- D'appuyer les logiques d'insertion et de prise en charge globale, à l'échelle régionale, de ces populations.

Les orientations

Différents axes de développement sont désormais à discuter :

1) Le renforcement de la médiation en santé et de l'interprétariat

L'enveloppe budgétaire contrainte de l'Agence ne permet pas aujourd'hui de développer cette activité autant que nécessaire. A ce titre l'élargissement des sources de financements pourrait être mis à l'ordre du jour : une réflexion est notamment engagée sur la possible mobilisation des programmes de financements européens (FEDER et/ou FSE).

2) Le soutien à la plateforme AIOS régionale

Le dispositif d'accompagnement en santé de cette plateforme pourrait prendre deux formes :

- Un soutien par l'ARS de l'équipe sociale en place, à l'instar de ce qui a été fait avec le GIP-HIS (formation, mise en disposition d'outils...) pour une meilleure information/formation au repérage des problématiques de santé et d'orientation vers les ressources de droit commun ;
- La mise à disposition d'une mission à part entière sur les questions de santé et d'accès effectif au système de soins –en lien avec les associations en santé.

Cette mission serait portée

- o soit par des ressources mutualisées entre les associations en santé ;
 - o soit par un prestataire sollicité à ce titre par un appel à projet sur la base d'un financement inclus dans le périmètre actuel de cette action, ou d'un financement propre.
- 3) La poursuite de travaux plus généraux sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situations de précarité
- 4) La poursuite du plaidoyer et d'une vigilance sur les bonnes pratiques des différents acteurs en lien avec ces publics

L'action sanitaire en direction des personnes migrantes nouvellement arrivées

Contexte

L'Europe a connu à la fin de l'année 2015 une importante augmentation de l'arrivée de migrants venant via l'Europe centrale et via la Méditerranée. Ces migrants proviennent des pays en guerre du Moyen-Orient (Syrie et Irak) mais aussi d'Afrique (Soudan, Ethiopie, Erythrée,..) et d'Asie (Afghanistan en premier lieu).

La France s'est engagée à accueillir sur son sol d'une part 30000 demandeurs d'asile « relocalisés » venant des « hots spots » d'Italie et de Grèce et d'autre part 10000 réfugiés « réinstallés » venant de camps de l'UNHCR (Liban). La région Île-de-France n'a été que marginalement concernée par ces arrivées avec 500 migrants à la fin de 2015 qui sont rapidement devenus des réfugiés statutaires.

Par contre la région Île-de-France est fortement impactée, comme la région des Hauts de France, par une présence ancienne, croissante et importante de migrants arrivés en dehors des circuits officiels. Dans le Nord de la France, ces migrants étaient concentrés dans la lande de Calais. En Île-de-France on a constaté leur installation à Paris dans des campements de rue et quelques squats. En 2015 et 2016, ce sont 30 opérations de mise à l'abri avec démantèlement des campements de rue qui ont été organisées par la Préfecture de Paris avec la DRHIL en charge de l'hébergement d'urgence. Plus de 20 000 migrants se sont vus proposer un accueil inconditionnel d'un mois pour s'engager dans une démarche de demande d'asile. En novembre 2016, après la plus importante opération de mise à l'abri (3852 personnes en une journée), plus de 10 000 migrants étaient hébergés dans des centres, des hôtels et des gymnases.

Dans ce cadre d'accueil massif et urgent d'un public le plus souvent épuisé par son parcours d'exil et ses conditions de vie sur les trottoirs parisiens, l'Agence a développé progressivement un ensemble d'action pour assurer l'accès effectif aux soins des migrants.

Objectifs

L'objectif principal est d'assurer l'accès aux soins des migrants en fonction de leurs besoins et dans le cadre de leur prise en charge globale. Un objectif secondaire, mais constant de nos politiques dans le cadre de la lutte contre les inégalités, est de veiller, dans toute la mesure du possible, à l'inclusion des populations en difficultés dans les parcours de droit commun.

Avant l'entrée dans un dispositif d'hébergement, des actions de veille et de consultation sanitaire sont organisées par des organismes publics (comme le Samu Social de Paris) et des organisations non gouvernementales (comme Médecins du Monde ou Première Urgence Internationale). Ces actions bénéficient d'un soutien financier de l'Agence.

Après l'entrée dans un dispositif d'hébergement spécifique au public migrant, l'action de l'Agence va comporter :

- des actions pour l'accès aux dispositifs de droit commun avec l'accès à une couverture sociale (PUMa ou AME) et l'accès effectif aux structures de soins des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et des services de psychiatrie (équipe mobile psychiatrie précarité EMPP).
- des actions spécifiques au public migrant avec la mise en œuvre d'un bilan d'orientation réalisé par des infirmiers dédiés dans les structures d'hébergement et un suivi épidémiologique des migrants sur la base des résultats anonymes de bilans.

Analyse des réalisations

Dans le cadre du droit commun

- Selon qu'ils ont déposé ou non une demande d'asile, les migrants ont droit à une couverture maladie par la Protection Universelle MALadie (PUMA ex. CMU) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME). L'ouverture des droits est une des étapes du parcours d'intégration.

Afin de faciliter les démarches, l'Agence a fait préciser dans le « cahier des charges », établi par la Préfecture de Paris à l'attention des responsables d'hébergement, que ces centres étaient en charge de l'accompagnement de leurs hébergés dans cette démarche.

Parallèlement, chaque CPAM de la région a désigné un cadre comme interlocuteur privilégié des centres d'hébergement afin de faciliter la constitution des dossiers.

- Dans l'attente de l'ouverture de leurs droits et compte tenu des difficultés liées à la non maîtrise de la langue, le point d'accès adapté pour ce public primo-arrivant est dans un premier temps la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de proximité. Compte tenu de l'importance des psycho-traumatismes liés aux parcours d'exil et de guerre, il y a également un besoin en soins psychiatriques. Aux côtés des trois centres de santé humanitaires qui assurent depuis des années un suivi spécialisé pour les migrants victimes de torture et violence, le réseau des Equipe Mobile Psychiatrie Précarité est la réponse adaptée pour apporter un soutien aux structures d'accueil.

L'Agence a, en outre, pour assurer la mise en relation des différents acteurs, désigné dans chaque délégation départementale un cadre comme « correspondant migrant ».

Afin de prendre en compte la hausse de fréquentation des PASS du développement du public migrant une dotation exceptionnelle de 0,9 M€ de la MIGAC 2015 a été répartie sur les PASS les plus impactées en décembre 2015.

Dans le cadre d'actions spécifiques

- Bilans d'orientation et médiation sanitaire

Dès l'arrivée dans les hébergements, après les premières opérations de mise à l'abri à la fin de l'année 2015, il est apparu nécessaire de pouvoir réaliser un point sur la situation sanitaire de chaque migrant, hors situation d'urgence, afin de pouvoir l'insérer dans le parcours de soins ad-hoc. Idéalement ce bilan d'orientation doit être réalisé dans les premières semaines après l'arrivée dans un hébergement stable. Ce bilan est bien sûr réalisé sur la base du volontariat.

Pour cela deux équipes infirmières assistées de traducteurs ont été constituées, par le Samu Social de Paris et la Croix-Rouge française, pour réaliser ces bilans d'orientation dans les centres sur la base de

questionnaires identiques. A la fin de 2016 les équipes ont été doublées compte tenu du nombre de personnes à examiner.

Par ailleurs, une série de difficultés ponctuelles sont apparues dans des centres ou hôtels suite à l'apparition réelle ou supposée de maladies contagieuses (gale et tuberculose essentiellement) avec des sur-réactions pouvant mettre en cause la qualité, voire la pérennité, de l'hébergement. Après avoir demandé en urgence la réalisation des bilans infirmiers, il s'est avéré plus pertinent de faire intervenir un personnel sanitaire (médecin et/ou infirmier) pour assurer une « médiation » apaisant la situation. Ces médiations sont assurées par le Samu Social et la Croix Rouge.

- **Observation épidémiologique** du public migrant en hébergement

A l'issue des bilans d'orientation, un exemplaire du questionnaire est remis au migrant. Un autre exemplaire anonymisé est transmis à l'Observatoire du Samu Social de Paris pour exploitation. Il a ainsi été possible d'établir le profil socio-sanitaire et de déterminer les besoins de suivi sanitaire de ce public. A la fin 2016, plus de 2000 bilans d'orientation auront été exploités.

- **Prestations Santé au sein du Centre de Premier Accueil**

La pratique de la mise à l'abri par des opérations de grande ampleur n'est à l'évidence pas satisfaisante. C'est pourquoi la Ville de Paris et l'Etat ont décidé de la mise en place d'un Centre de Premier Accueil (CPA) des migrants primo-arrivants en capacité de recevoir jusqu'à 70 personnes par jour (7j/7) et de les héberger le temps d'une réorientation sur un hébergement de plus longue durée. Le CPA a ouvert le 10 novembre 2016.

Dans le cadre de ce centre, il a été mis en place sur la structure adulte et la structure famille des « postes de soins » en capacité de réaliser les bilans d'orientation mais aussi de proposer des consultations médicales de base et des soins infirmiers. Autour de personnels permanents du Samu Social de Paris, des intervenants des services publics (PMI, CLAT et EMPP) et des associations (Médecins du Monde, Gynécologues sans Frontières et Pédiatres du Monde) permettent de proposer des soins de premier recours et l'orientation si nécessaire en lien avec les PASS de proximité.

Le coût financier de ces actions (crédits FIR) a été de 273 K€ en 2015 et de près de 1 M€ en 2016.

Leviers

- Le pilotage interinstitutionnel
Dès les premières opérations de mise à l'abri, l'Agence a été associée aux réunions régulières organisés sous l'égide du préfet de région et travaille en bonne collaboration avec les services de la DRHIL.
- Une forte mobilisation des associations et services publics concernés
Au-delà des acteurs « traditionnels » des rues parisiennes (Samu Social, Médecins du Monde, Emmaüs Solidarité), d'autres associations (Pédiatres du Monde,..) et des services publics (CLAT, EMPP,..) ont manifesté le désir de s'inscrire dans une démarche spécifique de nature à répondre à l'ampleur de la demande. Ainsi, par exemple, une adaptation opérationnelle de la stratégie de dépistage de la tuberculose a été définie et mise en œuvre.

Freins

- L'importante mobilité volontaire ou subie des migrants
La réalisation des bilans et d'opérations de dépistage requièrent une stabilité minimale des personnes. L'importance des mises à l'abri nécessitant de recourir à des solutions temporaires (gymnases et hôtels) complexifie la programmation. Par ailleurs les hébergés sont aussi parfois « volatiles » selon la localisation des hébergements et leur volonté de poursuivre leur parcours vers d'autres pays.
- La question de la traduction
Pour l'essentiel, ce public n'est ni francophone ni anglophone. Dans la mesure où il n'est pas souhaitable pour d'évidentes raisons de confidentialité d'employer des compétences linguistiques internes aux centres, il faut disposer de capacités propres de traduction. Le recours aux interprètes complexifie les interventions et renchérit les coûts.
Cette question est particulièrement prégnante pour les soins psychiques.

Evaluation

Suivi épidémiologique par Observatoire du Samu Social

Le travail réalisé par l'Observatoire du Samu Social sur la base des bilans d'orientation a permis de disposer d'un profil assez précis et fiable de la situation de santé et des besoins. Nous sommes devant un public massivement masculin et plutôt jeune. Les besoins très urgents en soins sont rares mais le suivi des maladies chroniques est souvent mal assuré et les troubles psychiques sont importants.

- *La moitié des migrants est volontaire pour le bilan d'orientation.*
- *Seuls 13% sont francophones (52% arabophones).*
- *95% d'hommes.*
- *71% ont entre 24 et 39 ans.*
- *50% sont en France depuis moins de 6 mois et 8% depuis plus de 2 ans.*
- *25% ont une couverture maladie (PUMA ou AME).*
- *10% se sentent en mauvais état de santé. 10% ont vu un « psy » mais 30% souhaitent en voir un.*
- *1 personne sur 5 déclare un problème de santé chronique.*
- *A l'issue du bilan, une orientation*
vers un médecin a été faite pour plus d'un cas sur deux,
vers un psychologue pour plus d'un cas sur quatre,
vers un dentiste pour plus d'un cas sur quatre.

Ces résultats sont comparables à ceux observés sur le public de la lande de Calais.

Perspectives

L'importance du public actuellement hébergé rend nécessaire la poursuite des bilans d'orientation dans les centres pour le début de l'année 2017.

Désormais, la question centrale est de savoir si le Centre de Premier Accueil sera en capacité d'assurer une prise en compte régulière des migrants primo-arrivants avec la réalisation immédiate du bilan et l'engagement rapide de l'ouverture des droits.

Si cela était le cas, ce qui n'est pas certain, un redimensionnement du dispositif devrait être opéré.

Une contribution au plan de réduction des nuitées hôtelières

Une situation difficile

Chaque nuit, en Île-de-France, l'État héberge plus de 35 000 personnes (essentiellement familles avec enfants) à l'hôtel, qui n'est pas un lieu de vie satisfaisant dans la durée.

Poursuite de la mobilisation de l'Agence

L'Agence a établi des propositions, détaillées ci-dessous, relatives à la réduction des nuitées hôtelières et à l'accompagnement des familles hébergées.

- Analyse qualitative d'ensemble portant sur la mise en œuvre du plan d'actions, les résultats obtenus (quantitatifs et qualitatifs), etc.
- Renforcement de l'accès aux dispositifs de droit commun, type CHU, CHRS, pour les familles en pré et post-natal, en travaillant avec les associations gestionnaires sur les conditions particulières d'accueil d'une jeune femme enceinte et d'un nouveau-né :
 - Mise en place d'un partenariat avec le SIAO 93 pour une meilleure prise en compte des problématiques médicales liées à la grossesse et à la naissance dans les conditions d'hébergement des femmes enceintes et des femmes sortant de maternité : recherche d'une meilleure proximité avec les lieux de soins et d'une meilleure articulation des acteurs du social et de la santé, anticipation des sorties de maternités le plus en amont possible ;
 - Renforcement du partenariat ARS / DRHIL sur le 93 pour la création de places d'hébergement adaptées aux femmes enceintes et sortant de maternités proposant une prise en charge, social, éducative et sanitaire.
- Financement d'associations qui réalisent des actions de promotion de la santé au sein des structures d'hébergement d'urgence et des accueils de jour qui proposent des actions d'accompagnement vers le soin ;
- Plaidoyer pour l'obtention de moyens supplémentaires attribués par l'ONDAM pour les structures ESMS de soins résidentiels : en 2015, ont été obtenues 22 places de LAM, 10 places d'ACT et 10 places LHSS supplémentaires ;
- Réflexion sur la capacité de certaines EMPP à développer des actions en direction du public familial, en développant des compétences spécifiques pédopsychiatriques d'une part, et de liaison avec le champ social polyvalent d'autre part.
- Des réflexions sont en cours sur la faisabilité, et l'opportunité, de différentes propositions :

- Le renforcement d'équipements en Île-de-France accueillant dans le cadre du SSR des couples mère-enfant en périnatalité, lorsqu'existent des problèmes importants de santé et de vulnérabilité sociale, en particulier de santé mentale ;
- L'augmentation du nombre de places en FAM et Foyer de vie, afin d'améliorer la capacité d'accueil ;
- La mise en place d'équipes territoriales, adossées à un équipement médico-social, en charge de la liaison entre les structures d'hébergement et les personnes porteuses de handicap psychique (sur le modèle des UMI autisme) ;
- L'identification de CMP enfants ou CMPP (2 à 3 par département) qui, par le biais d'une convention spécifique avec délégation de moyens dédiés (psychologues, infirmiers), organiseraient l'accueil adapté aux enfants hébergés.

Pour chacune de ces propositions un travail d'évaluation ex-ante est cependant nécessaire, appréciant la viabilité économique et financière, l'impact sanitaire réel, l'impact sur la réduction des situations d'errance et/ou de leurs conséquences, etc....

Les difficultés

- La difficulté à calibrer les besoins.
- L'impossibilité d'accueillir des femmes ou des personnes isolées, avec enfants en LHSS, car les LHSS sont réservés aux majeurs (cf. décret 6 janvier 2016).
- Le taux important de personnes sans projet d'hébergement/logement à la fin de la prise en charge en LHSS.
- Le nombre de places très largement insuffisant en dispositifs de soins résidentiels (LAM, LHSS et ACT) en Île de France (avec 25 lits installés en LAM, au premier semestre 2016).
- La mise en difficulté des services de soins de suite et de réadaptation lors la sortie des personnes sans domicile, ce qui peut constituer un frein au moment de l'admission.
- La difficulté de prise en charge des enfants dans le système des CMP/CMPP en raison, entre autres, de délais d'attente incompatibles avec l'instabilité résidentielle.

Éléments de synthèse - Conclusions

Au regard des éléments présentés ci-dessus, certains éléments de constat et de synthèse peuvent être dégagés dans le bilan de ce premier PRAPS de l'ARS Île-de-France.

Un périmètre difficile à définir

Il n'est pas aisé de déterminer clairement ce que recouvre le PRAPS. Son périmètre d'intervention étant à la fois ouvert, du fait du rôle préventif qu'il occupe aussi dans le champ de la précarité, mais aussi ciblé, pour se focaliser sur les publics les plus en besoin.

Par ailleurs, l'opportunité d'agir est très différente selon les territoires. Ce qui fait sens sur un territoire donné, ne l'est pas nécessairement pour le territoire voisin.

Un sujet qui nécessite un engagement fort

La grande pauvreté est un domaine difficile qui nécessite du temps, de la disponibilité, et de l'engagement. Malgré la difficulté de l'exercice, on note que les acteurs des champs sanitaire et social se sentent de plus en plus concernés sur les questions de grande précarité, dans un contexte d'augmentation des besoins.

Un programme dont la mise en œuvre s'effectue à deux niveaux : territorial et régional

La mise en œuvre du programme s'observe à différents niveaux, selon le contexte. On trouve ainsi :

- des actions régionales sur l'efficacité des dispositifs de droit commun dans l'accès et la continuité des soins (tels les PASS, les expérimentations de PASS ambulatoires...),
- des actions départementales, venant conforter le processus de territorialisation, notamment dans les domaines de la prévention-éducation pour la santé, l'accès aux droits et à la santé, la santé mentale, et la mise en réseau des professionnels de santé...

Une mise en œuvre plurielle, adaptée au contexte, ancrée sur les territoires, qui a nécessité un temps important de coordination. Ceci a été rendu possible du fait d'une certaine volonté de décentralisation dans la gouvernance.

De la gestion des situations complexes

Des dispositifs sont en cours d'expérimentations comme les missions LAMPES en structures hospitalières. Mais, un certain nombre de situations complexes aujourd'hui ne bénéficie pas d'un mode opératoire suffisamment concerté, alors même que la résolution de ces situations nécessiterait un assemblage de compétences élargies par rapport à l'existant. C'est un point à développer dans le PRS2 en lien avec les nouvelles dispositions réglementaires.

De l'importance de la transversalité dans la mise en œuvre

Les enjeux et le périmètre du programme sont tels qu'ils dépassent largement celui de l'organisation de l'ARS et nécessitent une mobilisation transversale des acteurs et des régulateurs du système de santé lui-même. Donner plus d'ampleur au PRAPS, c'est mieux les associer, dans les dimensions ambulatoire, hospitalière, et médico-sociale.

Dans le PRS2, un point d'attention devra être porté aux dispositifs de coordination et d'appui pour une meilleure prise en compte de la dimension de la grande précarité dans leurs actions (Contrats Territoriaux de Santé, plateformes territoriales d'appui dans le cadre de la loi de modernisation de la santé du 26/01/2016).

La pluralité des thèmes traités et des populations concernées, la diversité des parcours et des dispositifs de santé impliqués se révèlent à la fois d'une grande richesse mais aussi d'une complexité dans la traduction d'une vision d'ensemble.

De la mobilisation du droit commun

Compte tenu de la complexité des situations d'isolement et d'exclusion, la mobilisation du droit commun passe par des actions d'accompagnement des personnes dans l'usage du système de santé.

La place de la médiation et de l'interprétariat sont des axes importants sur lesquels l'Agence investit peu à peu. Les expériences en cours autour de la médiation et de l'interprétariat sont suivies avec grand intérêt, dans la suite des travaux d'état des lieux conduits au niveau des PASS franciliennes et par l'AP-HP.

A un autre niveau, les actions « aller-vers », nécessitent d'être davantage soutenues et valorisées pour permettre l'intégration dans un parcours de santé des personnes jusque-là exclues, au-delà de leur inscription dans le guide d'intervention à destination des promoteurs PPS.

Plus largement, les travaux présentés peuvent nourrir la réflexion sur la prise en compte des questions de vulnérabilité dans l'organisation des structures de santé de droit commun et donnent des pistes de travail pour le PRS 2. Pour exemple, on peut citer le repérage systématique, dès l'entrée en structure de soins, de la vulnérabilité sociale (exemple : check-lists de questions incontournables à poser au moment de l'accueil), la mobilisation des personnels des services de facturation sur les recours possibles au tiers-payant, la mise en place de protocoles thérapeutiques et d'outils d'aide à la décision dans le champ de l'intervention médicale auprès des personnes les plus démunies...

Soulignons l'importance de veiller à ne pas induire par nos actions un système de santé à deux vitesses, mais bien d'introduire des dispositifs de coordination, permettant de prendre en compte les deux dimensions santé et sociale, au sein du droit commun.

Un vivier pour des pratiques innovantes

Des expérimentations marquantes sont à noter dans le périmètre du PRAPS, qui peuvent nourrir la réflexion sur l'évolution des organisations.

Citons pour exemple :

- L'expérimentation d'une plateforme de guichet unique d'orientation pour les demandes d'ACT (département personnes en difficultés spécifiques) offre un aperçu de la pertinence d'un guichet unique pour d'autres thématiques ou d'autres publics.
- L'expérimentation des PASS Ambulatoires dans les centres de santé et les réseaux de santé suggère un modèle ambulatoire alternatif à l'accueil en PASS hospitalière, prémices d'une offre de santé dans la ligne du Service Territorial de Santé.

Une démarche d'intégration des champs sanitaire et social

La révision générale des politiques publiques avait conduit à une scission des champs du sanitaire et social. Or, le premier contact avec les personnes les plus exclues relève souvent des intervenants sociaux de terrain. Une phase d'établissement ou de rétablissement du lien social est souvent nécessaire dans un premier temps pour rendre possible une nécessaire intervention vers une structure de soins.

A ce titre, citons :

- la production d'outils de guidance en matière de santé, et de fiches repères, pour les professionnels du secteur social de première ligne (guides santé, annuaire PASS...);
- l'appui à la prise en compte des questions de santé dans les ateliers sociolinguistiques et à la formation des médiateurs sociaux (en lien avec la DRJSCS), qui développent des actions de promotion de la santé dans les structures sociales (accueil de jour, CHR...).

Ces démarches sont à rapprocher de celles du "aller vers" auprès des publics les plus exclus.

Ce souhait d'intégration des démarches santé-social est aujourd'hui investi plus largement sur les territoires, avec des niveaux d'implication variables selon le contexte. On note qu'une dynamique partenariale est très largement engagée entre les délégations départementales et leurs homologues des DDCCS et des unités territoriales de la DRIHL.

De l'implication des personnes démunies

Les actions d'empowerment sont largement déployées dans les actions de prévention et promotion de la santé mises en œuvre par les opérateurs PPS intervenant dans le champ de la grande précarité.

Dans le cadre de la démocratie sanitaire, on note une représentation des associations qui vont au contact des usagers mais pas la présence des usagers eux-mêmes.

Un travail a été initié auprès du Conseil Consultatif régional des personnes accueillies et hébergées pour associer des représentants des personnes très démunies aux travaux du PRAPS. Mais cet axe n'a pas pu être développé dans le cadre du PRS 2013-2017, faute de ressources humaines dédiées.

Plus largement, il apparaît un besoin de sensibiliser les acteurs de santé et ceux du domaine social sur la capacité qu'ont les personnes à mettre en œuvre leurs ressources personnelles. Des actions, pour encourager la formation, le partage des pratiques et des outils en santé communautaire, sont à conduire dans le PRS 2.

De la mobilisation du partenariat

Une montée en charge des partenariats interinstitutionnels est observée tant au niveau régional que territorial, avec des rencontres interservices variables selon les territoires (DD/CPAM/DDCCS/UT-DRIHL) – comme cela a été rappelé plus haut, mais aussi une participation de l'Agence à différents COPIL externes (SRHH, Stratégie préfectorale en direction des publics Roms, Pacte parisien de lutte contre la grande exclusion, Copil régional du plan gouvernemental de lutte contre l'exclusion et pour l'inclusion sociale...).

Une démarche a été développée avec les CPAM à partir d'un repérage participatif des leviers d'amélioration pour l'accès financier aux soins. Une proposition de plan d'action a été formalisée.

Autres exemples :

- L'interpellation des services de la DRIHL pour favoriser la prise en compte, lors des sorties de maternité, des possibilités d'hébergement (suivi en lien avec les structures d'hébergement);
- La démarche territoriale originale impliquant les centres de santé, les ESI, les maraudes et les structures d'hébergement sur le territoire de Paris.

En revanche, pour ce qui est des instances locales et régionales de démocratie sanitaire, la mobilisation reste à développer (CCPP, CRSA, conférences de territoire, aujourd'hui conseils de territoire.)

Le constat est que le partenariat relève encore trop souvent d'initiatives individuelles et ponctuelles. Il serait intéressant de réfléchir à valoriser les démarches partenariales qui portent sur les activités d'accompagnement et de prises en charge. A titre d'exemple, cette activité est valorisée sur les expérimentations de missions LAMPES et les réseaux de santé. L'inter-sectorialité est un domaine à développer dans le cadre des travaux sur les parcours de santé.

Les dispositifs "passerelle" (d'entrée dans le droit commun) ont gagné en visibilité et voient leur rôle renforcé (PASS, EMPP, LHSS...). Ils participent de l'inscription des patients grands précaires dans le droit commun. La vraie difficulté est de passer le relais à un médecin de ville et d'inscrire le suivi médical dans la durée.

A ce titre, la structuration de cadres partenariaux, tels que réalisés dans les expérimentations de PASS ambulatoires et les missions LAMPES, semble être facilitatrice pour la participation des professionnels de ville aux instances de concertation, mais cela reste à évaluer. Pour autant, la participation des libéraux aux RCP est freinée par l'absence de rémunération spécifique.

Pour l'Agence, l'enjeu est d'assurer un travail d'animation territoriale, de facilitateur, pour une meilleure cohérence du parcours de santé à l'échelle des territoires. A un autre niveau, il convient aussi de pérenniser l'existant, de le consolider et d'améliorer la couverture territoriale là où elle est défaillante.

Du plaidoyer auprès des autres institutions

La démarche de plaidoyer a été investie dans le cadre du PRAPS. C'est le cas notamment de l'action de l'Agence auprès des préfets pour adapter les opérations de démantèlements de bidonvilles en fonction des nécessités d'intervention sanitaire, en cas de situation à risque épidémique ou de la présence de personnes gravement malades. C'est aussi le cas de la promotion de la stabilisation de l'hébergement des femmes en période périnatale auprès des acteurs concernés.

Du développement de la formation

L'Agence n'a pas la main sur la question de la formation des professionnels de santé.

Cependant, concernant la formation sur les questions de précarité et l'accompagnement des acteurs de proximité, des avancées existent, notamment sur le versant réseaux de santé et les PASS. En intra-hospitalier, les équipes mobiles thématiques (EMPP, EMSP...) peuvent aussi jouer un rôle dans la sensibilisation/formation de leurs collègues sur les questions de précarité. Mais la dynamique d'ensemble est fragile.

Une stratégie de plaidoyer reste à développer auprès des acteurs concernés (DIRECCTE, DRJSCS, universités de médecine ...), et auprès des réseaux de réseau pour les inciter à obtenir un agrément pour le développement professionnel continu (DPC), en dépit d'une concurrence mal acceptée par les organismes de formation continue spécialisés.

Par ailleurs, l'Agence se donne la possibilité de soutenir des formations interdisciplinaires sur site dans le cadre d'un projet spécifique de santé publique, mais elle ne peut pas soutenir les actions de formation continue en tant que telles. On note enfin que les formations réservées aux personnels médicaux et paramédicaux, au titre du DPC, peuvent apparaître insuffisamment pluridisciplinaires.

Des sujets peu ou pas investis

Une dynamique de travail ARS/DRHIL est engagée sur les problématiques des personnes sans logement en perte d'autonomie. La question des personnes sans droit qui ne peuvent accéder aux structures médico-sociales réservées aux personnes âgées ou handicapées est posée.

Les jeunes en errance, les sortants de prison n'ont pas donné lieu à des travaux spécifiques, mais ceux-ci pourront être développés dans un second temps, à l'occasion du PRAPS 2.

En guise de conclusion

Le PRAPS est un programme ambitieux, transversal qui s'intéresse à l'ensemble du parcours de santé et de vie des personnes démunies. Il œuvre pour l'implémentation de la santé dans le champ du social. Il a permis de développer la visibilité des dispositifs à l'œuvre au bénéfice des populations les plus démunies (annuaire, guide ...), notamment pour les travailleurs sociaux. L'ouverture de dispositifs PASS dans la ville (avec les expérimentations de PASS ambulatoires) constitue une avancée dans l'accessibilité de ces personnes au système de droit commun.

Les impressions renvoyées par les acteurs en interne et en externe montrent que :

- Le PRAPS donne à voir une dynamique de travail qui progresse en transversalité tant au niveau local que régional ;
- Il a produit des outils d'accompagnement en santé, à diffusion large (guide, annuaires...) ;
- Il a investi très largement les dispositifs passerelles tels les PASS pour conforter leur présence et leur visibilité ;
- ...

Mais il reste trop souvent appréhendé comme une déclinaison du schéma régional de prévention du fait de son histoire relative à la promotion de la santé, alors qu'il a vocation à imprégner d'avantage tous les champs de compétences de l'Agence, à savoir les secteurs « prévention et promotion de la santé », ambulatoire, hospitalier et médico-social.

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 régionale 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 : ARSÎLE-DE-FRANCE, 2015.
- ARS Île-de-France, *Fiche pratique PRAPS*, Paris : ARSÎLE-DE-FRANCE 2016.
- ARS Île-de-France, *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)*, Paris : ARSÎLE-DE-FRANCE, 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'Évaluation 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'ÎLE-DE-FRANCE*, 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
- 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.

LEGISLATION :

- 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/O2/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)

SITES INTERNET :

- ADOMA : www.adoma.fr
- Agence Nationale de Santé Publique : www.santepubliquefrance.fr
- Agence Régionale de Santé (ARS) : www.ars.iledefrance.sante.fr
- Amicale du Nid : www.amicaledunid.org
- Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) : www.aphp.fr
- Association pour l'Accueil des Voyageurs (ASAV) : www.fnasat.asso.fr/assoce/92asav.html
- Centre de Lutte Anti Tuberculose (CLAT) :
www.toutsurlatuberculose.fr/Tout_public/4/Adresses_utiles/32
- Comité Médical pour les Exilés (COMEDE) : www.comede.free.fr
- Croix Rouge Française : www.croix-rouge.fr
- Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) :
www.gouvernement.fr/delegation-interministerielle-a-l-hebergement-et-a-l-acces-au-logement
- Direction de la Recherche des études, de l'évaluation et des Statistiques (DREES) :
www.drees.social-sante.gouv.fr
- Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) : www.dgos.social-sante.gouv.fr
- Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (DRIHL) :
www.drihl.île-de-France.developpement-durable.gouv.fr
- Emmaüs Solidarité : www.emmaus-solidarité.org
- Fondation Abbé Pierre : www.fondation-abbe-pierre.fr
- Gynécologues Sans Frontières : www.gynsf.org
- Hôpital : www.hopital.fr/Nos-Missions/Les-missions-de-l-hopital
- Institut d'aménagement de l'Urbanisme (IAU) : www.iau-île-de-France.fr
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) : www.insee.fr
- Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) :
www.inpes.santepubliquefrance.fr
- La documentation française : www.ladocumentationfrançaise.fr
- Légifrance : www.legifrance.gouv.fr
- Les Amis du Bus des Femmes : www.lesamisdubusdesfemmes.org
- Médecins du Monde (MDM) : www.mdm.org
- Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES) : www.onpes.gouv.fr
- Observatoire Régional Île-de-France (ORS) : www.ors-île-de-France.org
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : www.who.int/fr
- Parcours d'Exil : www.parcours-exile.org
- Pédiatres du Monde : www.pediatres-du-monde.org
- PMI : www.pmi.org
- Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres (PASST) : www.passt.fr
- Primo Levi : www.primolevi.org
- PSYCOM (organisme public d'information, de communication et de formation sur la santé mentale) : www.psychom.org
- Samu social de Paris (SSP) : www.samusocial.paris.fr
- Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS) : www.programme.sirs.org
- Secours Populaire Français : www.secourspopulaire.fr
- SOS Habitat : www.groupe-sos.org
- Un chez soi d'abord www.developpement-durable.gouv.fr/.../presentationduprogramme-un-chez-soi-dabord

Agence régionale de santé Île-de-France

35 rue de la Gare - 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

iledefrance.ars.sante.fr

