



Projet Régional  
de Santé Pays de la Loire  
2018-2022

# PROGRAMME RÉGIONAL

relatif à l'accès à la prévention et aux soins



Ce document établi par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire présente le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, à destination des personnes en situation de précarité.

Il constitue l'un des documents du Projet Régional de Santé prévu à l'article L1434-2 du Code de la Santé Publique.

Le projet régional de santé a été arrêté par le directeur général de l'ARS le 18 mai 2018 après avis, à l'issue de la consultation réglementaire prévue à l'article R-1431-1 du code de la santé publique.

## Table des matières

Stratégie régionale d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité .....	4
Promouvoir l'autonomie des personnes en situation de précarité en s'appuyant sur leur expertise .....	8
Adapter l'accès à la prévention et aux soins à la complexité des situations .....	10
Améliorer la coordination opérationnelle des acteurs et leur gouvernance.....	12
Soutenir l'accès aux soins et à la prévention des jeunes en situation de précarité.....	14
Organiser un accueil adapté pour les personnes vieillissantes en situation de précarité.....	16
Améliorer l'accès aux soins des personnes migrantes .....	18
Améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes placées sous-main de justice .....	20
Renforcer l'accès aux soins et la prise en charge des conduites addictives en intégrant la prévention et la réduction des risques.....	22

# Stratégie régionale d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité

## Préambule



La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a réaffirmé la lutte contre les exclusions comme priorité nationale et la nécessité pour chaque agence régionale de santé de formaliser un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. C'est l'un des trois documents officiels et le seul programme spécifique du PRS 2017-2022.

En Pays de la Loire, nous sommes déjà à la 4<sup>ème</sup> génération d'un Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) autour duquel les acteurs de la précarité se mobilisent. Dans la continuité des PRAPS précédents, le public cible est celui des grands exclus, des personnes en situation de détresse sociale et des personnes en situation de vulnérabilité tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Une définition suffisamment large pour englober toutes les situations de précarité.

L'objectif est d'assurer un accès à la prévention et aux soins de ce public souvent éloigné du soin, dans une perspective de retour vers l'utilisation des services de santé de droit commun. Plus encore pour cette population que pour la population générale, une prise en charge globale, c'est-à-dire à la fois sociale, médico sociale et sanitaire est nécessaire. Cette approche globale vaut également pour la mobilisation et la coordination des politiques publiques visant cet objectif tant au niveau régional que territorial.

Le contexte économique et social montre combien des populations, en raison de leur statut professionnel ou de leur statut familial et de leurs faibles revenus (sans pour autant être en situation de précarité) peuvent être fragilisées par des problèmes de santé et s'éloigner du soin. Pour lever les freins à l'accès aux soins (non recours et renoncements aux soins) et contribuer à réduire les inégalités en santé, un objectif opérationnel du Schéma Régional de Santé du PRS vise à développer 'l'aller vers' ce public afin de lui faciliter l'accès aux structures et dispositifs de santé sur les territoires.

## Quelques éléments de contexte régional

La région présente un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale. 10 % des Ligériens sont concernés avec des situations très contrastées suivant les territoires.

Selon les sources INSEE 2014, la région présente un taux de pauvreté parmi les plus faibles de France métropolitaine (10,7 % contre 14,3 % au niveau national) ; ce sont néanmoins près de 392 000 Ligériens qui disposent de moins de 1 000 euros par mois. Parmi eux, 120 000 personnes sur trois vivent en famille avec des enfants : 120 000 enfants pauvres sont recensés en Pays de la Loire. Par ailleurs, dans la région, 157 685 personnes bénéficient de la CMU-C et 79 318 personnes bénéficient du RSA.

Cependant, derrière ces chiffres, se trouve une situation en région très contrastée avec des jeunes de moins de 30 ans très touchés par la pauvreté avec un taux de pauvreté de 17,2 % et des situations territoriales hétérogènes.

La pauvreté est plus importante en volume et en fréquence au sein des grandes villes et dans certains secteurs ruraux (cf. carte régionale) : l'Est du Maine-et-Loire, le Nord de la Mayenne, le Sud Vendée. Le département de la Sarthe est le plus touché de la région.

Une étude conduite par l'ARS en partenariat avec l'INSEE a permis d'établir une typologie des territoires illustrant des fragilités sociales spécifiques variables selon les communes et les quartiers des agglomérations :

les villes centres d'agglomération, Nantes, Saint-Nazaire, Angers, Cholet, Saumur, Laval, Le Mans et La Roche sur Yon (28 % de la population des Pays de la Loire mais 40 % de la population régionale en situation de pauvreté) avec des taux de chômage et de pauvreté élevés (taux de pauvreté de 18 % pour un quartier prioritaire de la politique de la ville d'une agglomération moyenne).

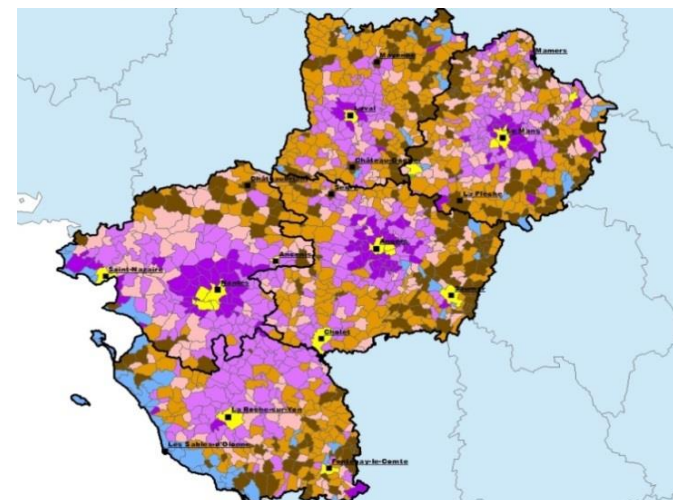
des communes faiblement peuplées avec une population en difficulté cumulant de nombreux facteurs de fragilité (10 % de la population régionale)

des communes à dominante littorale marquées par un fort taux de personnes âgées et de fortes inégalités notamment pour la population jeune touchée par la pauvreté monétaire.

les communes de l'espace périurbain éloignées (deuxième couronne) avec des fragilités liées aux niveaux de revenus (personnes avec des salaires modestes recherchant un immobilier au moindre coût), aux coûts de transports travail-domicile et à la composition familiale.

### Typologie sociale des communes

- A Centres aggro. fortes inégalités
- B Comm peu denses population fragilisée
- C Comm. dominante littorale, pop. âgée et emploi précaire
- D Comm peu denses préservées
- E Périurbain fragile
- F Périurbain aisé peu d'inégalités
- G Premières couronnes aisées des agglomérations



Pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation de précarité, les professionnels de santé et du secteur social, appuyés par l'ARS se sont mobilisés pour mailler le territoire : d'une part, de services de santé dédiés à la population plus précaire avec 17 PASS généralistes, 2 PASS psychiatrique, et deux unités de gynéco-obstétrique psycho-sociales (UGOMS) portés par les deux CHU afin de répondre plus spécifiquement aux problèmes rencontrés par les femmes ; d'autre part, d'un réseau d'équipes mobiles psychiatrie spécialisé dans les questions de précarité. Plus de 120 CMP pour les soins psychiatriques ambulatoires sont répartis dans les différents départements. Chaque département est également doté de Centres Départementaux de prévention médicalisée (ex CFPD), de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et de Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) dont certains portent des actions hors les murs. En matière d'hébergement médico-social, le nombre d'hébergements médico-sociaux dédiés a progressé en quatre ans, de 46 à 72 places pour les appartements de coordination thérapeutique (+56 %), de 34 à 49 lits pour les lits haltes soins santé (+44 %), une couverture progressive sur l'ensemble des départements complétée par 15 lits régionaux d'accueil médicalisé fin 2017. Les professionnels libéraux se sont également mobilisés et, en exercice coordonnés ou non, sont porteurs de projets appuyés par l'URPS-ML et l'APLMS-PDL, pour améliorer l'accès aux soins de proximité pour les personnes en situation de précarité. En matière d'interprétariat, deux associations départementales sont financées et une étude régionale des besoins a été menée mettant en exergue l'évolution des besoins et les actions à mener.

Cette dynamique ligérienne a été favorisée également par des actions interinstitutionnelles, notamment avec la DRDJSCS et le réseau de cohésion sociale en département (notamment dans le déploiement du plan pauvreté) mais aussi avec un partenariat renforcé avec l'éducation nationale et la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), avec une commission régionale santé justice autour des questions de santé pour les personnes incarcérées, avec les collectivités territoriales par des actions concertées dans le cadre de la politique de la ville et des contrats locaux de santé mais aussi en lien avec les membres de la CRSA, et plus particulièrement, les fédérations URIOPSS et la fédération

des acteurs de la solidarité (ex FNARS). Ces deux fédérations portent depuis 2012 un conseil régional des personnes accueillies en structures sociales en capacité d'apporter leur expertise et de dialoguer en tant qu'usager notamment sur les questions d'accessibilité des soins.

## Méthodologie déployée pour l'élaboration du PRAPS

La mobilisation des acteurs ligériens tant au niveau régional que local a été confirmée par l'évaluation des politiques publiques en faveur des publics les plus défavorisés conduite par l'ARS en 2013 et 2014.

Elle s'est poursuivie lors de l'élaboration du PRS2 par l'initiative des acteurs de proposer une démarche en deux temps:

dans un premier temps tirer des enseignements de l'évaluation conduite par l'ARS et des études régionales publiées au cours des quatre dernières années autour du sujet précarité par les différentes institutions, complétées par une bibliographie récente nationale

Dans un deuxième temps, soumettre ces enseignements à l'expertise de groupes de travail régionaux et de représentants des institutions et associations locales concernés par le sujet lors de rencontres départementales.

Ces temps d'échange ont permis d'identifier des enjeux populationnels autour des questions de parcours et des enjeux structurants concernant la mobilisation des acteurs, tant les usagers (qu'ils soient représentés ou non), les professionnels et les institutionnels autour des questions de gouvernance.

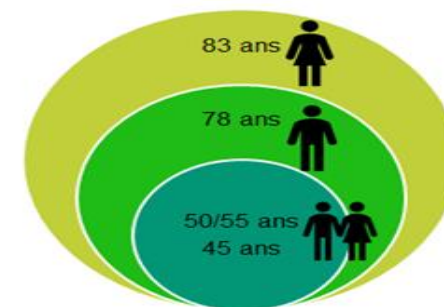
## Quatre enseignements populationnels

La population des personnes en situation de précarité se caractérise :

**Par une diversité et une complexité des situations de vie.** Cette complexité se manifeste notamment dans le parcours des personnes par une difficulté du repérage et de l'accompagnement social et médicosocial. Par exemple, ces personnes peuvent être à la rue, ou hébergées en structures sociales, ou bien encore, dans des logements isolés, tant en milieu rural qu'en milieu urbain.

**Par deux risques majeurs de rupture de vie : l'entrée dans la vie d'adulte et la deuxième partie de l'âge adulte :**

**Pour les jeunes** (adolescents et/ou jeunes adultes), des enjeux majeurs de continuité des soins sont constatés par les acteurs de terrain liés à des décrochages ou sorties des dispositifs scolaires, médico-sociaux ou sociaux, ou liés au changement de dispositif à la majorité. L'absence de revenus et de soutien social amènent un certain nombre d'entre eux à la rue, faute de logement accessible. Cette situation de précarité à haut risque « d'addiction » nécessite une coordination des politiques publiques institutionnelles autour de cette population très hétérogène.



Espérance de vie des personnes à la rue

**En deuxième partie de vie**, les personnes en situation de précarité ont une espérance de vie plus courte, liée aux parcours chaotiques et conditions de vie difficiles rencontrés. Ce sont souvent une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) et addictions qui entraînent une dépendance physique prématurée en comparaison à la population générale.

**Par des difficultés de prise en charge liées à une étroite intrication entre problèmes de santé mentale et addictions.** Il apparaît nécessaire de soutenir les actions concernant les conduites addictives (aux conséquences sociales bien connues, sur la vie familiale, le logement et l'emploi) avec une attention portée autour de l'articulation entre soins somatiques, santé mentale et accompagnement de la personne dans son projet de maintien dans le soin.

**Par deux populations avec un besoin de soutien particulier :**

D'une part, les personnes migrantes, qu'elles soient réfugiées ou réinstallées ou sans statut administratif, en raison de leur parcours, de leur situation de vie difficile et de la barrière de la langue. C'est une population à risque qui a besoin de soutien pour l'accès et le maintien dans le soin.

D'autre part, les personnes placées sous-main de justice, dont les conditions de vie en détention accroissent leurs problèmes de santé et la souffrance psychologique d'un parcours de vie initial souvent chaotique. Ces personnes nécessitent d'être soutenues dans leur parcours de soins pendant l'incarcération en les maintenant dans le soin (en milieu fermé comme en milieu ouvert) et au sortir de leur incarcération, épisode à haut risque de rupture de parcours de soins...).

## De ces enseignements, trois défis structurants sont identifiés

**L'élaboration du PRAPS est l'opportunité pour réaffirmer que l'accès au droit commun est le garant d'une équité d'accès aux soins.**

Pour les personnes en situation de précarité, les études et retours d'expérience des professionnels, montrent que l'accès aux soins, se fait essentiellement de façon non programmée, soit en s'adressant à la PASS soit aux services d'urgences. Ce recours est lié à une difficulté d'accès aux soins en ville et à une absence d'accompagnement individuel ou médico-social.

En effet, les services de droit commun ne sont pas toujours adaptés aux spécificités des personnes en situation de précarité, même si certains dispositifs sont en voie d'adaptation. On peut citer en particulier les dispositifs de prise en charge des addictions CSAPA et CAARUD, les CFPD, les MSP, les CMP et les SSIAD.

Améliorer l'accès aux établissements de santé comme à la médecine de ville, est important pour offrir des réponses de proximité, qui évitent le recours inapproprié aux soins, le plus souvent par les services des urgences.

Cependant des dispositifs dédiés sont nécessaires pour préparer le retour au droit commun. Ces dispositifs dédiés font courir le risque de stigmatisation ou de l'impossibilité d'en sortir entraînant une exclusion supplémentaire.

Face à ces problématiques :

**Un premier défi est celui de prendre en compte l'expertise de l'usager et de promouvoir son autonomie, corrélé à l'adaptation du système de santé**

Partant du principe que l'usager est un 'expert' de sa situation, les acteurs de terrain ligériens proposent de multiples actions en faveur d'un accompagnement de la personne visant l'autonomie, l'expression de ses préférences et le développement de l'estime de soi. Des démarches communautaires en milieu carcéral, le développement des compétences psycho-sociales, l'éducation thérapeutique, la réhabilitation psychosociale

en psychiatrie concourent à un maintien dans le soin, à une stabilisation de la personne et à son inclusion dans la société

Ces dynamiques sont complémentaires de l'amélioration de l'accès aux soins de proximité et de l'évolution des pratiques des professionnels et des bénévoles. L'évolution des pratiques justifie un soutien de l'ARS car c'est un levier pour la promotion d'une approche centrée sur la personne.

**Un second défi est celui de l'équilibre et de la complémentarité** à trouver entre dispositifs dédiés et accès aux services de droit commun. Plusieurs axes de travail sont identifiés :

une adaptation du droit commun aux spécificités des personnes en situation de précarité, en établissements de santé tout comme en médecine de ville

un soutien des professionnels de santé libéraux pour faciliter la prise en charge des personnes en situation de précarité

une organisation territoriale des réponses à apporter pour les situations complexes et leur gestion

et un accompagnement individuel ou médico-social adapté

**Enfin le défi de la coordination des acteurs reste à organiser :**

L'organisation d'une gouvernance interinstitutionnelle et d'une de coordination opérationnelle par département sont nécessaires, Elles sont d'autant plus nécessaires que les prises en charge sanitaires évoluent sont de plus en plus ambulatoires.

Trois niveaux d'actions sont à distinguer :

*Sur le plan infra-départemental*, il s'agit de répondre au plus près des besoins de la personne (soins, logement, emploi) et faciliter la mobilisation des acteurs autour de l'accompagnement de la personne

*Sur le plan départemental*, il s'agit d'organiser la coordination entre les dispositifs et entre les acteurs, et la convergence des politiques publiques reposant sur une gouvernance qui permet de

mutualiser les financements dans les champs de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social

Sur le plan régional, il s'agit de piloter le PRAPS mais aussi de promouvoir les échanges d'expériences, la formation, le décloisonnement des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

### Méthodologie des travaux

L'élaboration du PRAPS a reposé sur une méthodologie participative avec les instances de démocratie sanitaire et les partenaires du champ de la cohésion sociale.

Trois étapes ont été suivies :

- La capitalisation des enseignements tirés des évaluations internes ARS et des études publiées au cours des trois dernières années
- L'expertise de ces enseignements par les acteurs territoriaux : une rencontre par département.
- L'identification des enjeux et objectifs opérationnels par deux groupes de travail :
  - o Le groupe de travail permanent 'Précarité' de la CRSA
  - o Le groupe de travail ARS / DRDJSCS

### Sources bibliographiques

- Evaluation intermédiaire du PRS Pays de la Loire 2012-2016 – Politique régionale en faveur de la santé des populations en grande vulnérabilité – Rapport final. Mars 2014 (et rapport final provisoire de Janvier 2014)
- Evaluation des politiques en faveur des jeunes de -20 ans 2015-2016 ARS Pays de la Loire
- Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire . Décembre 2015 ARS Pays de la Loire
- Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute, et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires .Rapport final. Itinere Conseil – ARS 2014.
- «Enquête sur des parcours singuliers de santé de personnes dites « en grande vulnérabilité» Laboratoire Espaces et Sociétés (ESO Angers) – UMR CNRS 6590
- Etude régional 2014 – Pensions de famille en Pays de la Loire DRDJSCS
- Synthèse régionale des diagnostics territoriaux partagés à 360°. DREAL – DRDJSCS Janvier 2016. Observations et Statistiques Collection n°409.
- L'état de pauvreté en France .Notes de l'Observatoire n°1, octobre 2013. Observatoire des inégalités.
- « Caractérisation des quartiers de la politique de la ville dans les Pays de la Loire » Première typologie des QPV - INSEE juin 2016
- Fragilités sociales et besoins en santé : des situations différenciées d'un territoire à l'autre ; INSEE Analyses Pays de la Loire n°35 2016
- Comment mieux prendre en charge la santé des personnes sans domicile ? Repérage de pratiques innovantes. Mai 2016 n° 18 Les contributions. ANSA / DGCS
- Synthèse régionale Pays de la Loire - Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté. 2015
- « Trop vieux pour la rue, trop jeunes pour la maison de retraite : l'accompagnement des personnes sans domicile fixe vieillissantes dans le département de la Sarthe » Mémoire par Hélène Descourtieux, EHESP mars 2015
- Addictions & lutte contre les exclusions : Travailler ensemble. Fédérations Addictions et FNARS. 2015
- La santé et l'accès aux soins, une urgence pour les femmes – rapport 2017 du Haut Conseil pour l'égalité

## Perspectives et objectifs opérationnels

Le PRAPS 2018-2022, décline le projet régional de santé et ses orientations. L'enjeu d'aller vers' les populations en situation de précarité est inscrit dans un objectif du Schéma Régional de Santé<sup>1</sup>. Huit actions déclinent le programme :

Une action concernant la **reconnaissance et la prise en compte de l'expertise de l'utilisateur pour favoriser son autonomie**.

Deux actions structurant l'offre de santé et la coordination des acteurs :

**L'accès à la prévention et aux soins adapté** à la diversité et à la complexité des situations de vie des personnes en situation de précarité

**La coordination opérationnelle des acteurs**, l'organisation et l'identification du niveau pertinent de gouvernance.

Cinq actions visant à diminuer les risques de rupture de soins :

**L'accès aux soins des jeunes**. Il s'agit d'améliorer l'observation des situations sur les territoires pour mieux cibler nos actions et diminuer les ruptures de soins

**L'accompagnement et l'accueil adapté pour les personnes en situation de précarité, vieillissant prématurément**

**L'accès aux soins et à la prévention des personnes migrantes** avec l'accès à l'interprétariat et les questions de parcours notamment des primo-arrivants

**L'accès aux soins et à la prévention des personnes placées sous-main de justice** et l'anticipation des sorties

**Le soutien à la prise en charge globale des addictions** des personnes en situation de précarité.

<sup>1</sup> Objectif Opérationnel No. 2 (Orientation stratégique 3) : Développer les services et réponses « allant vers » les populations en fragilité sociale



## ARGUMENTAIRE

Le PRAPS vise à développer un système de santé accessible à tous, efficient et à promouvoir l'égalité devant la santé. Cependant, la personne en situation de précarité induit une prise en charge particulière pour les professionnels de santé et du social de part, son parcours complexe, mais aussi, de part un système de santé qui ne lui est pas toujours compréhensible, accessible ou adapté.

Ces difficultés et ces parcours complexes faits de multiples aller et retour dans la prise en charge induisent des surcouts par la redondance des soins et à l'opposé des renoncements aux soins par les intéressés eux-mêmes.

En Pays de la Loire, les acteurs de terrain se sont mobilisés autour de cette problématique de retour vers l'autonomie et des projets et des analyses ont émergés :

Une évolution de la participation des usagers dans la région pour les personnes accueillies ou accompagnées en structures sociales grâce à la mise en place du Conseil régional des personnes accueillies porté par Fédération des Acteurs de la Solidarité (Ex-FNARS) et URIOPSS où près d'une centaine de personnes sont mobilisées autour de thématiques (comme la santé, la parentalité, la violence, les addictions renforçant ainsi leurs connaissances, leurs esprits critiques et favorisant un lien social fort entre participants.

Une réflexion régionale par les établissements de santé, plus particulièrement, les établissements de santé mentale autour de la réhabilitation psychosociale, un processus visant à favoriser l'autonomie et l'indépendance dans la communauté de personnes atteintes de troubles psychiques avec des réentrainements aux habilités sociales et remédiations cognitives.



### Résultat attendu

> Un projet personnalisé, formalisé avec la personne accompagnée et visant son retour vers l'autonomie, facilite son parcours de santé

Des ressources, outils et pratiques régionales existantes en matière de compétences psycho sociales promues par l'IREPS au niveau régional et portées par l'ARS dans ses actions de promotion de la santé auprès des jeunes enfants et dans ses actions sports santé mises en place auprès d'un public précaire. Le développement des compétences psychosociales jouant un rôle important dans l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien être mental en adoptant un comportement approprié et positif (relations avec les autres, sa propre culture et son environnement).

Une politique régionale et des expertises en établissements de santé et en structures médico-sociales autour de l'éducation thérapeutique, contribuant à la construction des projets d'accompagnement à l'autonomie dans la recherche d'une meilleure qualité de vie pour le patient.

Des pratiques sur le terrain de démarches communautaires autour de la personne (non exhaustif) :

Médecins du monde avec son programme expérimental en milieu carcéral à Nantes pour améliorer l'accès aux soins des personnes incarcérées basé notamment sur des ateliers collectifs pour monter des projets portés par les personnes incarcérées,

Une association de santé communautaire « PALOMA » sur Nantes portées par les travailleuses du sexe notamment sur les sujets d'accès aux soins,

Une dynamique qui s'est mise en place depuis quelques années autour des problématiques migratoires et des personnes en situation de

précarité par des médecins généralistes de la région le plus souvent en maisons de santé ou centres de santé, démarche soutenue notamment par l'Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux, la Fédération Française des Maisons et Pôle de Santé et la Fédération Nationale des centres de santé.

Il faut citer également l'intérêt de la mobilisation et la dynamique régionale des associations de malades et des travailleurs pairs, autour de la prise en charge de différentes maladies et des conduites addictives, toutes soutenant l'expression des patients pour faciliter l'accès aux soins, la qualité de vie et son autonomie dans son quotidien.

L'objectif majeur du PRAPS est l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité dans une perspective de retour dans le droit commun et de renforcement de leur autonomie, gage d'une meilleure efficacité et d'une dignité retrouvée. Il est important de prendre en compte leur parole et de s'appuyer sur leur expertise. Il est tout aussi important de mobiliser tous les savoirs et expertises des acteurs régionaux sur ce sujet pour développer des outils et des formations autour de l'accompagnement vers l'autonomie de la personne.

Il s'agira d'accompagner l'évolution des pratiques des professionnels de la santé et du social d'une approche individuelle vers une approche plus collective. En effet, ces évolutions portent des risques d'incompréhension, d'isolement voire de burn-out face à la gestion des situations complexes.



Il s'agira de:

Prendre en compte la personne dans sa globalité dans les actions visant l'inclusion sociale (logement, emploi, activités,...).

S'appuyer sur les travaux régionaux et en capitaliser les enseignements pour favoriser son autonomie, son inclusion et son accès au système de santé (lutte contre la fracture numérique, enjeu de la littéracie<sup>2</sup>).

S'appuyer sur l'expertise des usagers en situation de précarité en région et en département en associant son entourage.

Accompagner les professionnels dans l'évolution de leur métier :

Par des formations initiales et continues, pluridisciplinaires et partagées avec les usagers,

Par la réflexion et l'élaboration autour d'outils partagés sur la création du lien, l'empowerment (ou favoriser l'émergence des capacités des personnes cibles) et le développement de projets personnalisés.

Renforcer l'efficacité des fonctions d'appui aux parcours de santé.



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Associer les usagers dans les diagnostics des parcours de santé par département, dans les évaluations intermédiaires et dans les nouvelles instances territoriales de démocratie sanitaire

Identifier des bonnes pratiques d'association du public ciblé à l'élaboration, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du projet personnalisé

Capitaliser les enseignements et outils favorisant l'émergence des capacités des personnes en situation de précarité et favoriser les actions innovantes de participation :

Démarche collective ou communautaire,

Création de documents d'information et de suivi adaptés au public en application du concept de littéracie<sup>2</sup>

Conforter le lien entre les associations et les professionnels pour mieux accompagner les évolutions.

Mieux accompagner l'évolution des métiers et des compétences des professionnels de santé et du social pour une meilleure prise en charge des personnes en situation de précarité.

<sup>2</sup> Définition : mobiliser les compétences nécessaires à acquérir et comprendre l'information disponible permettant d'être autonome, notamment en matière de santé. Pour approfondir, voir 'Communiquer pour tous : Les enjeux de la 'littéracie' en santé. Dossier thématique. La santé en action n° 440 - juin 2017"  
Définition : adapter les messages de prévention aux différents niveaux de compréhension individuelle



## Résultat attendu

> Les modalités de recours et de prise en charge de la prévention et des soins sont adaptées à la complexité et à la multiplicité des situations

## ARGUMENTAIRE



Des dispositifs dédiés aux spécificités des personnes en situation de précarité ont été construits au fil du temps pour répondre aux difficultés d'accès aux soins pour les personnes vulnérables. Ont ainsi été créés des dispositifs médico-sociaux tels que : les PASS, les EMPP les ACT, LHSS et les LAM, mais aussi des dispositifs d'orientation intégrés dans des structures sociales. Cependant, les réponses aux situations de précarité et de vulnérabilité ne doivent pas être prises en compte uniquement par des dispositifs dédiés qui sont avant tout des dispositifs relais vers le droit commun chaque fois que la situation de la personne le permet. En effet, tout dispositif dédié spécifique peut entraîner, par la stigmatisation potentielle lié au dispositif même, une exclusion supplémentaire.

L'ambition d'un PRAPS est de permettre aux plus démunis d'accéder au système de santé de droit commun, ce qui suppose d'adapter le système de santé pour tenir compte des réalités de vie des plus fragiles.

En Pays de la Loire, l'élaboration d'un état des lieux des dispositifs existants par département, réalisé par le groupe de travail précarité ARS en 2015, a permis d'identifier six conditions nécessaires pour éviter les risques de rupture de parcours d'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité quel que soit la situation de vie de la personne.

Or, les acteurs de terrain constatent tous la multiplicité des situations de vie qui peuvent être liées à des problèmes de santé entraînant une précarité et une perte de logement ou des difficultés de vie majeures occasionnant un « décrochage », une perte de lien, un isolement de la personne face à un système.

C'est le caractère multidimensionnel de ces situations qui représente un défi d'adaptation pour les professionnels et les institutions qui sont généralement centrés sur une seule dimension d'intervention. Les services de santé de droit commun doivent garantir l'équité d'accès aux soins. Il s'agit donc de construire des réponses aux besoins de soins visant à soutenir/accompagner la construction d'un parcours adapté aux réalités de vie de la personne en adaptant les modalités d'intervention des professionnels de santé.

Les problématiques suivantes ont été identifiées

Des dispositifs spécifiques existants sur des territoires mais sans toujours de complémentarité et/ou compensant l'accès au droit commun et ses difficultés.

Des accès aux soins existent sur chaque département mais non adaptés aux plus éloignés des soins (localisation, lisibilité du système, rendez-vous programmés, accès par internet, ...) sans étape d'adaptation.

La difficulté pour les professionnels dans les dispositifs de soins de mettre en œuvre les démarches d'accompagnement de type « aller vers » ou « le logement d'abord » pour favoriser l'inclusion sociale et mettre en place un parcours de vie

Les six conditions nécessaires sur un département pour assurer un accès aux soins en lien avec le parcours vie de la personne en situation de précarité :

- Un « accueil, repérage et orientation » nécessaires
- Un accès aux soins urgents/non programmés, dédié et non dédié précarité
- Un « accès aux soins programmés » 1er recours et soins spécialisés
- Un accompagnement médico-social, avec des dispositifs dédiés (ACT, LHSS et LAM) et des dispositifs adaptés (SSIAD, EHPAD,...)
- Un accompagnement individuel organisé
- Et enfin, une coordination des acteurs autour de situations complexes et des instances de gouvernance interinstitutionnelles

### Quelques chiffres régionaux en juin 2017:

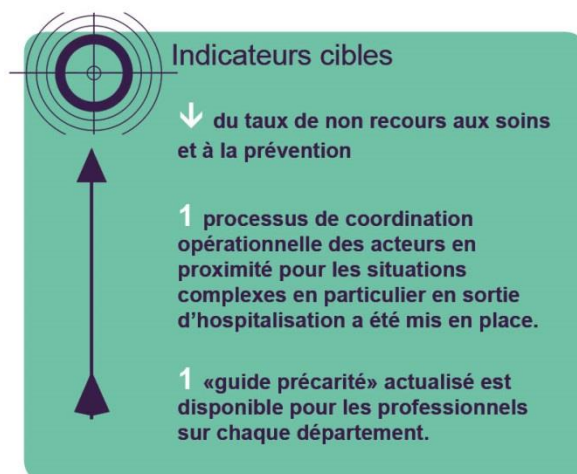
4 440 places d'hébergements et logements adaptés de droit commun :

- 1481 places en CHRS (urgences, insertion et stabilisation)
- 895 places hors CHRS
- 285 places d'hébergement d'insertion
- 689 places en pensions de famille
- 740 places en intermédiation locative
- 5 262 places d'accueil pour les demandeurs d'asile

Les chiffres INSEE 2014 montrent que ce sont aussi 390 000 personnes disposant de moins de 1000 euros dont 2 personnes sur 3 vivent avec des enfants (120 000 enfants pauvres), 157 685 bénéficiaires de la CMU-C et 79 318 bénéficiaires du RSA. Personnes rencontrées en majorité par les CCAS et services sociaux des conseils départementaux



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Organiser par département un diagnostic sur les six conditions nécessaires à l'accès aux soins et à la prévention médicalisée (identifiées lors de l'état des lieux des dispositifs évoqué en introduction) en identifiant les ressources existantes mobilisables.

Poursuivre les actions de communication pour rendre lisible les ressources disponibles par territoire pour qu'elles soient connues par tous (établissements de santé, professionnels sociaux, structures et dispositifs médico-sociaux et sanitaires, usagers ...).

Mettre en lien l'observation sur les territoires et les actions vers les personnes en situation de précarité pour en améliorer la pertinence.

Améliorer l'anticipation des sorties d'hospitalisation (générale et psychiatrique) et des sorties des services d'urgences en lien avec les acteurs du social et de l'hébergement (SIAO, CCAPEX, OFII, PDLH...) pour permettre une sortie adaptée et coordonnée et éviter ainsi une rechute et/ou une rupture des soins.

Soutenir les professionnels de santé libéraux et les professionnels sociaux par des actions d'informations et de formation autour des questions de précarité pour le repérage des situations, la prévention et l'orientation :

- > en renforçant les actions « hors les murs » (PASS, CMP, CFPD,...).
- > En intégrant les questions précarité dans les fonctions d'appui aux professionnels

Identifier et soutenir les bonnes pratiques et les exercices coordonnés favorisant un accueil adapté en médecine de ville aux situations de précarité (accueil administratif, vacation non programmée médicale et IDE, espace d'accueil adapté, bagagerie pharmaceutique) et diffuser l'information

Promouvoir et soutenir les bonnes pratiques pour améliorer l'accessibilité des soins en établissement de santé (lutter contre la fracture numérique, gestion des rendez-vous téléphoniques, accueil administratif adapté, soutien pour les parcours complexes,...).

Conforter un accompagnement médico-social adapté :

- > par des hébergements dédiés (ACT pour les maladies chroniques, Un chez soi d'abord, Lits Halte Soins Santé et Lits d'accueil médicalisés)
- > par des dispositifs de droit commun adapté (HAD, SSIAD, soins palliatifs, soins infirmiers à domicile) en capacité d'intervenir sur les différents lieux de vie de la personne (structures sociales adaptées type maison relais, CHRS, logement personnel ou en intermédiation locative, ...)

En lien avec les acteurs de terrain de proximité, associatifs et institutionnels, organiser des accompagnements individuels gradués en s'appuyant sur des dispositifs existants et/ou un accompagnement coordonné de type médiation.

Organiser par département une gestion des situations complexes graduées suivant la criticité et la nature de la situation de la personne (problème social ou de santé ou encore liée à une dépendance physique) et identifier le bon dispositif et/ou l'instance pour organiser le suivi du parcours ou des dossiers



## ARGUMENTAIRE

Les personnes en situation de précarité cumulent les difficultés socio-économiques ayant un impact déterminant sur la santé : mauvaises conditions de vie dans l'enfance, faible niveau d'accès à l'éducation, difficultés d'accès à l'emploi, faibles revenus, conditions de vie et de travail difficiles, environnements peu favorables, faible intégration. Elles ont parallèlement un faible recours aux droits, à la prévention et aux soins. De nombreux acteurs sociaux, médicaux, médico-sociaux interviennent auprès de ces personnes sans pouvoir toujours partager les informations ou se coordonner entraînant un manque de fluidité dans les parcours individuels, des ruptures dans les soins défavorables au maintien de leur santé.

Autour de ces situations de précarité, se déploient également des plans nationaux et départementaux dont les objectifs et populations ciblées sont souvent proches ou convergents. Un enjeu majeur de coordination d'autant plus nécessaire que les politiques d'hébergement social évoluent vers un hébergement individuel (au détriment d'un hébergement collectif), d'une part, et les prises en charge sanitaires évoluent de plus en plus vers l'ambulatoire, d'autre part.

Toutefois, au cours des échanges en réunion territoriale et avec le groupe de travail précarité de la CRSA, il est apparu nécessaire d'identifier plusieurs niveaux de coordination :

Sur le plan local, pour répondre au plus près des besoins de la personne (accès aux soins, maintien ou accès au logement, emploi, accès aux droits, ...) et faciliter la mobilisation des acteurs autour de l'accompagnement de la personne,

Sur le plan interinstitutionnel, pour faire converger les politiques publiques dans les champs de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social,

Sur le plan régional, pour l'identification des bonnes pratiques et échanges d'expériences, la formation, le décloisonnement des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Au cours de ces échanges, les enjeux suivants ont été identifiés :

Identifier le bon niveau de coordination opérationnelle des acteurs de terrain facilitant une prise en charge globale et individuelle de la personne en proximité de son lieu de vie

Améliorer les coordinations entre les intervenants à l'échelle locale et les dispositifs à l'échelle départementale et à l'échelle régionale, notamment autour des situations complexes

Identifier un niveau de gouvernance qui assure, l'observation, la convergence des politiques publiques ainsi que le suivi du déploiement des actions PRAPS tant régional que départemental.

### Problématiques communes

Il existe de nombreuses instances départementales (portées par les différentes institutions dont l'ARS, la DDCS, le conseil départemental) avec des objectifs concernant la précarité souvent complémentaires. Comment améliorer l'articulation entre les différentes commissions elles-mêmes, l'articulation entre les différents plans d'actions régionaux et départementaux.

De nombreux acteurs sociaux, médicaux, médico-sociaux interviennent auprès de ces personnes sans pouvoir toujours se coordonner et partager les informations entraînant un manque de fluidité dans les parcours individuels, des ruptures dans les soins défavorables au maintien de leur



### Résultats attendus

- > Les instances départementales de gouvernance stratégique des parcours de santé prennent en compte les personnes en situation de précarité
- > Les espaces de coordination de proximité des professionnels de la santé et du social prennent en compte les personnes en situation de précarité

santé. Cependant, un constat partagé par tous : la mobilisation des professionnels pour des actions coordonnées de prise en charge est facilitée sur un territoire de proximité.

La prise en charge concertée d'une situation complexe se fait d'autant plus facilement qu'elle est en proximité du lieu de vie de la personne.

Il est nécessaire d'articuler les différents niveaux régionaux, départementaux et locaux pour observer, déployer et mobiliser les acteurs,

La méconnaissance des professionnels du soin sur les différents dispositifs existants (tant associatifs que sociaux) fait défaut notamment dans le cas de soins non programmés et de sortie d'hospitalisation.

### Recommandations

Conserver un niveau départemental de gouvernance pour coordonner les politiques publiques avec une identification partagée des différentes instances et de leurs objectifs (financiers, de gestion des situations complexes, d'observation et de suivi, etc...) et intégrant la parole et l'expertise de l'utilisateur.

Au niveau ARS, une réflexion est à mener pour identifier les instances les plus pertinentes installées ou à venir (CIAP, PTA, articulation avec les PTSM), avec deux niveaux : instances de coordination et instances de suivi du PRAPS.

Tout en s'adaptant aux spécificités de chaque territoire et département, favoriser une coordination opérationnelle de proximité, suivant la taille du territoire, le niveau recommandé étant l'intercommunal afin de faciliter la mobilisation des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux mais aussi de mobiliser les acteurs de terrain du

quotidien (associations, postiers, responsables de sites localifs, pharmaciens, policiers..).

Pour faciliter la coordination des acteurs :


Identifier les différents dispositifs de coordination des situations complexes par département,

Identifier le porteur « référent » d'une situation qui va impulser et jouer un rôle de facilitateur pour les acteurs de proximité,

Identifier les dispositifs/structures qui serviront de fonctions d'appui de repérage et d'accompagnement des personnes,

Mettre en place des processus de coordination de proximité pour améliorer le maintien dans le soin en sortie des urgences et/ou en sortie d'hospitalisation.

Soutenir le déploiement du PRAPS par un pilotage régional et départemental ainsi qu'une observation des situations de précarité.



### Levers d'action

- > Partenariat avec
  - ORS
  - DRDJSCS, CAF, CPAM, SPIP, OFII
  - Les PASS et les EMPP
  - Les Départements
- > Commissions de coordination des politiques publiques de prévention et médico-sociales et leurs feuilles de route partenariales
- > Dispositifs et Fonctions territoriales d'appui aux professionnels de santé et du social pour la coordination des parcours complexes
- > Dispositifs de coordination territoriale de proximité
- > Stratégie Nationale de Prévention et Lutte contre la pauvreté des Jeunes et des Enfants
- > Politique de la ville



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Identifier les différentes instances interinstitutionnelles départementales où devront être abordées les questions santé précarité et la gouvernance organisée pour mieux soutenir la coordination opérationnelle des parcours.

Identifier par département les bons niveaux de coordination opérationnelle de proximité (intégrer le rôle de facilitateur et les différents niveaux de situations complexes.)

Soutenir les acteurs de terrain dans leurs actions par des lieux et des temps d'échanges

Organiser le suivi du déploiement du PRAPS tant au niveau régional qu'au niveau départemental en identifiant les ressources mobilisées et en organisant une évaluation à mi-parcours de la déclinaison opérationnelle de ses actions

Organiser l'observation des situations de précarité par département et contribuer à la mobilisation régionale autour de la plateforme de l'observation sociale en lien avec le champ social dont les SIAO départementaux



### Indicateurs cibles

- 1 espace de gouvernance interinstitutionnelle départemental traite de la prise en charge coordonnée de la santé des personnes en situation de précarité.
- 1 cartographie des instances départementales et des dispositifs de coordination des acteurs auprès des personnes en situation de précarité est disponible et utilisée.



## ARGUMENTAIRE

L'objectif final du PRAPS est l'accès aux soins et à la prévention pour l'ensemble des personnes en situation de précarité. Cependant, l'observation par les acteurs de terrain des risques de ruptures menant à une situation de précarité a permis d'identifier l'adolescence et le passage à la vie d'adulte comme un des risques majeurs de précarité.

La santé des jeunes a été une priorité régulièrement réaffirmée dans la décennie écoulée au niveau national et déclinée au niveau régional. Elle a connu un regain d'activité fin 2013-début 2014 notamment dans la définition de la stratégie nationale de santé, et constitue l'une des priorités, affichées de la loi de modernisation de santé.

Toutefois, la population des jeunes ne constitue pas une entité homogène, et toute tentative de segmentation par tranche d'âge se heurte à la singularité d'un individu dans le rythme de passage des moments clés que l'on peut retenir pour caractériser ce public (sortie de l'enfance, entrée dans l'adolescence et passage à un mode d'entrée dans la vie adulte). En 2015, l'évaluation de la politique régionale de santé en faveur du bien être des jeunes, identifie la tranche d'âge des 16-25 ans (entrée dans l'adolescence, dans la vie affective et sexuelle et entrée dans la vie active) comme pouvant générer des situations de fragilités, accrues par les déterminants sociaux et environnementaux.

Plusieurs publics ont été identifiés au cours des travaux de cette évaluation ainsi qu'au cours des travaux PRAPS :

Les jeunes en décrochage ou fin de prise en charge par différents dispositifs (scolaires, médico-sociaux, ASE, PJJ, ...),

Les jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance,

Les jeunes relevant de mesures judiciaires (étude de l'IREPS),

Les jeunes présentant des fragilités socio-économiques (dont les jeunes des zones urbaines sensibles),

Les mineurs non accompagnés (MNA)

Les très jeunes parents.

L'évaluation a identifié également quatre problématiques majeures pour l'ensemble des jeunes ligériens :

La mortalité par suicide,

La consommation d'alcool (en particulier pour certaines populations, en apprentissage professionnel, notamment),

Les problématiques psychiques (du mal être aux troubles psychiques voire psychiatriques),

Les questions de surpoids relevées notamment chez les jeunes les moins favorisés.

Des phénomènes de paupérisation sont également observés pour certains publics, notamment parmi les étudiants, les usagers des habitats des jeunes (ex FJT) ou des missions locales, ceux-ci pouvant s'accompagner de phénomène de renoncement aux soins.

Dans tous les cas, les membres des différents groupes de travail PRAPS tant régionaux que départementaux ont relevé que les problématiques liées à l'isolement social, les situations de ruptures familiales ou sentimentales, la sortie de dispositifs scolaires mais aussi sociaux et médico-sociaux (ASE, ITEP, IME,...) sont des facteurs de risques majeurs de situation de précarité, de renoncement aux soins voire de tentatives de suicides.



### Résultat attendu

> La continuité des soins est assurée en sortie de dispositif enfance/adolescence

#### Quelques chiffres en Pays de la Loire

- ✓ 46 % des personnes hébergées en hébergement d'urgence ont moins de 24 ans (soit 665 jeunes sur 1445 personnes hébergées en urgence le 14 mars 2017)
- ✓ 65 000 jeunes accompagnés par 22 missions locales soit un jeunes sur sept dans la classe d'âge 16-25 ans
- ✓ 7500 jeunes entre 16 et 30 ans accueillis dans 52 Habitats des Jeunes (résidences ou FJT)

#### Le taux de pauvreté des moins de 30 ans

- ✓ plus élevé que la moyenne régionale : 17,2 % contre 10,7 %,
- ✓ mais plus faible que la moyenne nationale (22,8 %)
- ✓ et des disparités par département :
  - en Loire-Atlantique : 16.3 %
  - en Maine et Loire : 18.5 %
  - en Mayenne : 16.8 %
  - en Sarthe : 21 %
  - en Vendée : 13.6 %

#### Problématiques communes

Une difficulté d'observation notamment en sortie de dispositif scolaire accrue par l'isolement social et la pluralité des situations (insertion par l'emploi, formation professionnelle hors éducation nationale, insertion en PME, sortie de dispositifs sociaux et médico-sociaux, PPMJ en milieu ouvert, ...) avec la nécessité de travailler l'observation sur deux axes, les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les zones de désertification rurale.

De nombreux partenariats existants mais des difficultés de coordination notamment pour les situations complexes la nécessité d'intégrer dans la coordination les médecins

généralistes pour les aider dans l'orientation de leur jeune patient.

Dans le cadre des coordinations des politiques publiques, des réseaux d'acteurs sont à renforcer par l'ARS notamment dans les champs de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Un rôle de coordination des acteurs accordée aux Maisons des Adolescents (MDA) mais avec quelques limites dont l'inégalité du maillage territorial, l'absence de couverture de la tranche d'âge 21-25 ans pour certaines MDA, l'implication variable de certains acteurs institutionnels.

Enfin, face à la diversité des profils des jeunes et des situations de vie (foyers, établissements scolaires, missions locales, points d'information jeunesse, SUMPS, centres de planification familiale), il n'y a pas de porte d'entrée unique où le champ santé serait investi.

#### Recommandations :

Se saisir de la coordination des politiques publiques pour renforcer l'observation et le suivi des données sur les problématiques de santé des jeunes en situation de précarité afin de mieux identifier les actions à mener par département.

Améliorer le ciblage des actions de prévention et de promotion de la santé dans une visée de prévention des inégalités de santé.

Renforcer le rôle de coordination des Maisons des Adolescents et leur permettre d'aller vers les jeunes publics en situation de précarité, notamment, dans les dispositifs d'accueil et d'orientation.

Organiser la gestion des situations complexes afin de soutenir dans ses soins, tout jeune en sortie de dispositif, tout particulièrement lors du passage du statut de mineur à celui de majeur.

Renforcer les partenariats par des conventions d'observation et de travail en filière, notamment avec l'éducation nationale, la PJJ mais aussi dans les champs de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes.

Articuler le programme de prévention en faveur des jeunes avec le parcours de santé qui depuis 2017 fait partie des nouvelles missions de l'éducation nationale.



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES



### Indicateurs cibles

1 **dispositif pluridisciplinaire départemental type Maison des Ados qui va vers les jeunes publics en situation de précarité**

↑ **du nombre d'actions de prévention ciblées**



### Leviers d'action

- > **Partenariat avec**
  - Départements
  - Rectorat
  - DIRECCTE, DREAL et Protection Judiciaire de la Jeunesse
  - CORREVIH et centres départementaux de prévention médicalisée
  - Maison des ados et EPSM
  - Associations œuvrant pour les publics jeunes en difficulté
- > **Structures en insertion par l'emploi**
- > **Projet PANJO**
- > **Programme régional santé bien être des jeunes**
- > **Programme de renforcement des compétences psychosociales**

Identifier les différents profils des jeunes en situation de précarité par territoire/département et par dispositif assurant le rôle de porte d'entrée afin de mieux couvrir les différents champs (sociaux, insertion sociale et professionnelle, PPMJ en milieu ouvert, formation professionnelle,...) et mieux cibler les actions, notamment de prévention.

Renforcer le maillage territorial des maisons des adolescents (MDA) pour leur permettre d'aller vers les jeunes publics en situation de précarité, en veillant à l'articulation avec les dispositifs d'accueil et d'orientation PAJE et missions locales.

Renforcer la place des professionnels libéraux, notamment, les médecins libéraux en tant qu'acteurs du repérage et de l'orientation des jeunes patients.

Mobiliser par des actions de soutien les professionnels de santé des champs médico-sociaux et sociaux autour des enjeux du repérage précoce des fragilités pour mieux anticiper les sorties ou décrochages de dispositifs (mineurs/majeurs, sortie d'IME et d'ITEP) et ainsi en assurer la continuité des soins.

Soutenir les associations et partenaires œuvrant dans le champ de la prévention promotion de la santé afin de développer des actions auprès des publics jeunes fragiles, notamment, dans les territoires identifiés isolés (IREPS, SUMMPS, ANPA, collectivités, 'habitats des jeunes', PJJ, MSA, CPAM, URIOPSS et FARS...)

Renforcer le programme « développement des compétences psychosociales » tant auprès des équipes pédagogiques de l'éducation nationale que celles des structures médico-sociales et sociales pour mieux les associer à la construction du bien être des jeunes.

Soutenir la parentalité pour les familles en situation de précarité sur les sujets de la petite enfance (relation enfants/parents chez les très jeunes parents) et sur l'accompagnement des jeunes en difficulté par la prise en compte de la parole des parents (en approche individuelle ou collective)



## Résultat attendu

> Une offre d'accompagnement médico-social graduée et des dispositifs adaptés accompagnent le vieillissement des personnes en situation de précarité

## ARGUMENTAIRE



Les professionnels du champ de la lutte contre les exclusions constatent un vieillissement précoce (à partir de 45 ans) des personnes en situation de grande précarité qui ont pu connaître un parcours de rue. (Étude en 2014 DRDJSCS sur pensions de famille, enquête ARS/FNARS en 2016 auprès des CHRS, LHSS, ACT et groupe de travail CRSA santé/précarité).

Cela se traduit par :

- Un état de santé dégradé très tôt impliquant des problèmes de mobilité, de chutes, d'incontinence et de cognition,

- Des traitements médicaux lourds,

- Le besoin d'une présence quotidienne (ménage, courses, retrait d'argent...),

- Des pathologies neurodégénératives.

Pour deux raisons :

- Comme l'évaluation ARS des politiques en faveur des personnes en situation de vulnérabilité le pointe, malgré les difficultés de vie, un grand nombre d'entre-elles, probablement mieux prises en charge, vieillissent plus longtemps, d'une part.

- D'autres sombrent dans la précarité en deuxième partie de vie (pour des raisons de santé, perte d'emploi, rupture familiale, addictions), ou s'isolent lors du passage à la retraite, en milieu urbain comme en milieu rural, d'autre part.

Ainsi, que ce soit de façon prématurée ou non, le nombre de personnes vieillissantes en situation de précarité ayant besoin d'un hébergement médico-social va suivre la même

évolution que pour la population générale. Partageant ce constat dans les Pays de la Loire, l'ARS, en lien avec la commission médico-sociale de la CRSA et la DRDJSCS ont engagé une réflexion régionale sur l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de précarité confrontées au vieillissement. Pour alimenter cette réflexion, deux enquêtes ont été menées, une portée par l'ARS et la FNARS sur les structures d'hébergement médico-sociales et structures d'hébergement d'urgences avec deux constats partagés :

Même si le nombre de personnes en attente d'une place en structure sociale (EHPAD/SSR/FAM/MAS,...) est faible, l'absence de réponse « engorge » les dispositifs médico-sociaux dédiés (Appartement de coordination thérapeutique, Lits Halte Soins Santé et le futur LAM) et les structures sociales (pensions de famille, résidences accueil, CHRS) non adaptées pour les personnes vieillissantes ayant besoin de soins au long cours. Ce qui a pour effet également de diminuer la capacité d'accueil en hébergement pour les personnes en situation de précarité par département.

Ces personnes vieillissantes ont besoin de soins au long cours et malgré une dépendance physique pour certaines sont accueillies dans des locaux non-adaptés.

### Résultats des enquêtes réalisées en 2015 et 2016 :

Sur les 49 places de LHSS, dispositif médico-social pour des séjours de moyenne durée (6 mois, renouvelable), 39 % sont occupées par des personnes de plus de 50 ans dont 76 % sont atteints de maladies chroniques et 42 % avec une mobilité réduite avec des perspectives de sortie du dispositif réduite, ou un risque de retour à la rue dans ces conditions.

Dans les Centres d'hébergement d'urgences/Hébergement de stabilisation et d'insertion (CHRS), 16,4 % des personnes hébergées ont plus de 50 ans (dont 3 étaient âgées de + de 75 ans), 31,40 % souffrant de maladies chroniques, 16 % en situation de mobilité réduite et 15 % relevant d'une place en EHPAD.

Sans oublier les personnes placées sous-main de justice avec une estimation nationale de 11% des plus de 50 ans.

Part des plus de 50 ans hébergées en structures sociales ou médico-sociales en région







## DECLINAISONS OPERATIONNELLES

Mobiliser la coordination des politiques publiques pour favoriser les offres d'hébergements et de logements gradués avec un accueil inconditionnel à proximité de structures collectives et de services.

Renforcer/Compléter la couverture territoriale des dispositifs médico-sociaux dédiés (par des lits haltes soins santé, des Lits d'accueil médicalisés, des Appartements Coordination Thérapeutique et par des logements accompagnés, type « un chez soi d'abord ») pour accueillir et stabiliser la personne avant orientation dans un dispositif de droit commun

Développer la coordination des acteurs avec les structures médico-sociales (personnes âgées, personnes en situation de handicap et personnes en situation de précarité) et avec les structures sociales pour soutenir l'accès aux dispositifs de droit commun.

Accompagner le développement d'accueils adaptés à la précarité par territoire en hébergement médico-social (EHPAD, FAM, MAS) autour des questions de l'adaptation des règlements intérieurs, de l'animation en intégrant les questions de situations administratives sans issues et d'insolvabilité des personnes.

Développer une éducation thérapeutique adaptée aux situations de précarité notamment concernant les maladies neurodégénératives

Conforter la prise en compte de la précarité dans les missions des dispositifs de soins à domicile (SSIAD, HAD, Soins palliatifs, SAMSAH et SAVS) avec une intervention sur les différents lieux de vie (CHRS, Pensions de famille, squat et bidonvilles).

Intégrer les questions de précarité des personnes vieillissantes dans la gestion des situations complexes et leurs accompagnements en lien avec les SIAO et en s'appuyant sur les expertises existantes. Y intégrer l'accompagnement des personnes en situation d'habitat indigne

### Différents profils de personne identifiés avec différents besoins de logement adapté :

- ✓ Personnes ayant connu essentiellement la rue et un parcours d'errance (principalement des hommes seuls),
- ✓ Femmes à la rue de +55 ans suite à des problèmes familiaux ou migrantes,
- ✓ Les personnes non hébergées, isolées dans leur logement en milieu rural ou urbain, en situation d'habitat insalubre ou non,
- ✓ Des personnes avec des maladies chroniques de – 60 ans à la rue ou en hébergement social,
- ✓ Des personnes sous-main de justice ou en sortie d'incarcération dont la dépendance est accrue par une longue peine.

### Les problématiques communes identifiées :

Des maladies chroniques nécessitant une prise de traitement au long cours et des conditions de vies adéquates,

Des personnes pouvant être en situation d'addictions (avec des traitements de substitution de plus en plus fréquents.),

Des personnes en fin de vie,

L'isolement social avec peu ou pas de liens,

Un taux d'endettement ou de très faibles revenus rendant inéligible une demande d'hébergement en établissement pour personnes âgées.

Des situations administratives sans issue,

Une fragilité psychologique accentuée dans les périodes de transition (passage d'un hébergement à un autre),

Un besoin d'être en proximité de leur ancien lieu de vie, d'être assuré de pouvoir y revenir régulièrement pour garder des liens avec son entourage,

Et enfin, la nécessité de sensibiliser les établissements médico-sociaux autour de l'accueil des personnes en situation de précarité.



### Indicateurs cibles

↑ **dispositif de prise en charge coordonnée par département**

↓ **du nombre de personnes à la rue ou en hébergement d'urgence de + 60 ans avec des problématiques de santé**

↓ **du nombre de personnes hébergées en structure sociale de plus de 45 ans en attente d'une prise en charge médico-sociale**



### Leviers d'action

> **Partenariat avec les Départements, DREAL, DDSC et DRDJSCS**

> **Une offre graduée d'hébergements médico-sociaux (accueil adapté en EHPAD et en FAM, LHSS, LAM)**

> **Une offre de logements adaptés (ACT et/ou type «un chez soi d'abord»)**



### Résultat attendu

> Des réponses de soins adaptées aux différentes situations des migrants (primo-arrivants, jeunes mineurs reconnus ou non) et à leur état de santé (maladies chroniques, troubles de santé mentale) sont organisées

## ARGUMENTAIRE



La crise migratoire rencontrée ces deux dernières années a eu un impact direct sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Les personnes avec différents statuts, relocalisées des campements français, en provenance des hot spots d'Italie ou de Grèce, réfugiées du programme de réinstallation ou tout simplement arrivées par leurs propres moyens par différentes filières, ont pour la grande majorité d'entre elles, connu un parcours difficile. Ces personnes sont arrivées fragilisées, vivant dans des conditions très précaires, et les professionnels de santé et sociaux peinent à les aider. Dans tous les cas, quel que soit leur statut, les recommandations nationales concernant le PRAPS de la DGOS et DGCS nous rappellent qu'elles ont droit à un accès aux soins et que nous devons les aider à lever les barrières pour y accéder.

Dans les centres d'accueil et d'orientation et dans les hébergements d'urgence, les professionnels et les associations en charge de leur accueil ont été confrontés à des situations complexes, identifiées ci-dessous :

Plusieurs fins de vie sans accompagnement ont été constatées dans les CADA,

Des femmes et des hommes victimes de violence(s) au cours de leur périple, sont confrontés à une souffrance une fois stabilisés dans un logement sans soutien avec des difficultés liées à la barrière de la langue mais aussi avec des difficultés culturelles,

Une très grande variabilité des problématiques somatiques : si un accès aux soins pour les soins les plus urgents a été apporté majoritairement dans des PASS engorgées, des difficultés sont apparues pour poursuivre ces soins par un médecin traitant ou pour trouver des consultations spécialisées (plus

particulièrement, dans des départements et/ou territoires ruraux avec une démographie en professionnels de santé fragile). Ces difficultés sont liées à une combinaison de plusieurs facteurs (démographie médicale locale, difficultés culturelles à l'utilisation de notre système de santé, barrière de la langue et enfin compétition de priorités dans une situation de précarité liés au parcours difficile),

Des professionnels sociaux se sont trouvés en difficulté pour orienter et/ou accompagner les personnes vers le soin, notamment face aux souffrances et troubles psychiques en raison du manque de lisibilité de l'accès aux soins (absence de point d'entrée, hétérogénéité de l'offre ambulatoire et délais longs),

Les professionnels de santé se sont trouvés très sollicités avec des situations très variables allant de la souffrance à des troubles psychiques, nécessitant une prise en charge adaptée en articulation avec un accompagnement social, un hébergement et des actions d'intégrations,

Et de plus en plus de mineurs/jeunes majeurs migrants arrivent avec un parcours tout aussi difficile que les adultes, un isolement majeur (sans famille) et une insuffisance d'activités affectant leurs besoins de relation sociale et d'activité sociale avec un impact sur leur santé.

Quelques chiffres en région en juin 2017 (source DRDJSCS)

5 262 places d'accueil pour les demandeurs d'asile dont :

- ✓ 980 places en Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO)
- ✓ 2364 places en Centre d' Accueil pour les Demandeurs d'Asile (CADA)
- ✓ 592 places en Accueil Temporaire Service d'Asile (ATSA)
- ✓ 701 places en accueil d'Urgence Demandeurs d'Asile (UDA)

Tous les migrants ne sont pour autant pas hébergés, et depuis un grand nombre d'années, certains d'entre eux vivent dans des squats (dans les plus grandes villes de la région). Certains sont suivis pour des problèmes de santé mais avec une difficulté supplémentaire liée aux mauvaises conditions d'hébergement ou celle liée aux expulsions itératives.

En effet, quel que soit la problématique sanitaire (y compris pour les personnes atteintes de tuberculose), Les expulsions itératives, hébergement en discontinu sur le 115, squat, rue,... accroissent les difficultés propres à la migration et peut aggraver les problématiques sanitaires ainsi que le parcours de soins.

### Plusieurs enjeux ont été identifiés :

Un accès à l'interprétariat médical, qualifié pour les soins, plus particulièrement somatiques et en santé mentale, en établissement de santé comme pour les professionnels de premier recours,

Pour désengorger les PASS, une réflexion est à mener par département autour d'un enjeu de première orientation des « primo-arrivants » en fonction du degré des besoins médicaux, soit vers un parcours de soins structurés soit pour un bilan rassurant la personne (s'appuyant sur les différentes compétences en santé existantes dans chaque département),

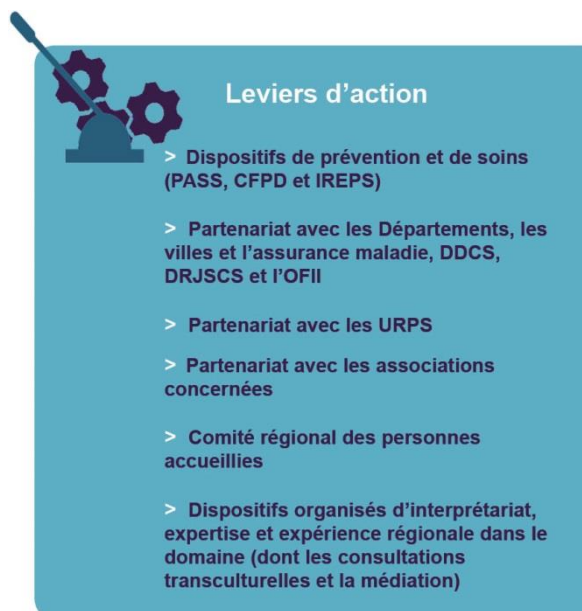
Un accompagnement pour le maintien dans le soin lorsqu'un parcours de soins est à mettre en œuvre (maladies chroniques, tuberculoses et souffrances psychiques) ainsi qu'un accompagnement par des soins palliatifs pour les situations de fin de vie,

Une organisation renforcée territoriale entre les différents acteurs (soin, accès aux droits, alimentation, hébergement, emploi,...) pour éviter les obstacles à l'origine des ruptures de parcours,

Un accompagnement et un soutien plus particulier concernant les jeunes mineurs en articulation avec institutions et associations responsables de leur prise en charge en fonction de leur situation.



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES



Mobiliser les politiques publiques pour organiser une approche globale d'intégration tenant compte des particularités (enjeux culturels, barrière de la langue, jeunes migrants, femmes migrantes...) en adéquation avec l'afflux populationnel par département

Mobiliser les politiques publiques pour mutualiser les ressources et faciliter l'accès aux soins et à la prévention d'une personne migrante primo-arrivante

Mobiliser les politiques publiques autour de l'accompagnement des jeunes majeurs migrants, notamment ceux en sortie de dispositif à leur majorité pour un maintien en hébergement, en activité sociale, en emploi et en hébergement

Organiser l'accès à l'interprétariat médical gradué sur l'ensemble des départements : depuis la mise à disposition d'outils traduits, en passant par l'interprétariat à distance ou par l'interprétariat de visu en intégrant les enjeux de professionnalisation des interprètes et les acteurs de la région.

Accompagner l'accès aux soins en santé mentale par des réponses graduées en soin : du groupe de parole à des consultations en ville de psychologues ou médecins, ou à des consultations en EPSM ou CH (Hospitalisation complète, Hôpital de Jour, CMP ou visite sur le lieu de vie).

Identifier les bonnes pratiques par territoire pour améliorer la coordination des acteurs autour de l'accompagnement de la personne et de son inclusion.

Développer une réflexion sur un dispositif mobile d'accompagnement de proximité adapté aux spécificités de chaque territoire, en capacité d'intervenir dans les hébergements pour demandeurs d'asile et intégrant les orientations nationales autour de la médiation sanitaire.

Soutenir les professionnels du social et de la santé pour mieux accompagner les jeunes mineurs



## ARGUMENTAIRE

L'institut de la veille sanitaire a réalisé en 2016 une étude de l'état des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Elle présente les observations suivantes.

Les personnes placées sous-main de justice, particulièrement les personnes détenues et bien qu'il s'agisse d'une population relativement jeune, cumulent un certain nombre de surexpositions aux risques en santé. Ces risques en santé préexistent généralement à leur entrée en détention, et sont déclenchés voire majorés par l'incarcération elle-même. Cette surreprésentation de certaines pathologies, notamment mentales et infectieuses, tient essentiellement à l'importance relative des catégories sociales défavorisées accueillies en détention. Les addictions (alcool, tabac, drogues, etc...) et leurs conséquences, la souffrance psychique et les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco dentaires, infectieuses, chroniques, y sont plus fréquentes qu'en population générale (hommes et femmes confondus).

Plus de la moitié des personnes détenues en France, ont des antécédents psychiatriques avant leur entrée en détention. Une sur six a été hospitalisée en psychiatrie. Les troubles psychotiques en détention ont une prévalence 5 à 10 fois plus importantes qu'en population générale, les dépressions majeures sont multipliées par 4 : le taux de suicide des hommes incarcérés majeurs est 7 fois supérieur à la moyenne nationale.

Au niveau national, les personnes détenues âgées de plus de 50 ans représentent 11 % de la population carcérale. Même si elles restent minoritaires, elles présentent des problématiques sanitaires spécifiques et complexes nécessitant une prise en charge particulière. Enfin, la population carcérale, à l'instar de la population générale,

vieillit et les conséquences du vieillissement en détention, concernant notamment la perte d'autonomie, doivent être anticipées,

L'état de santé des personnes sous-main de justice en milieu ouvert n'est pas spécifiquement connu. Il apparaît néanmoins que leurs déterminants de santé ne sont pas foncièrement différents de ceux des personnes incarcérées (précarité sociale : altération des liens familiaux, absence de logement stable, faible niveau scolaire, absence de travail,...). Ce public représente plus des deux tiers des personnes suivies par l'administration pénitentiaire et connaît également des périodes d'incarcération.

Au niveau régional, le groupe de travail précarité de la CRSA, identifie deux profils différents entre les personnes incarcérées pour des courtes peines et les personnes incarcérées pour de longues peines. Pour les personnes incarcérées pour de longues peines, l'anticipation de la sortie est d'autant plus nécessaire, qu'en plus de leurs problèmes de santé, leurs capacités physiques et leur capacité à vivre en autonomie dans un logement sont impactées par les longues années d'incarcération.

Il a été constaté qu'un certain nombre d'entre elles, sortent souvent sans couverture sociale, avec des traitements de substitutions en place nécessitant un suivi et un renouvellement rapide, avec des traitements des troubles psychiques (souvent non adaptés à un retour à la vie ordinaire), et avec un besoin de renouvellement et de suivi rapide. Elles présentent souvent des maladies chroniques avec ou sans traitement adapté, et sont en état de vieillissement physique et moral, souvent prématuré. Elles ont des revenus très bas et/ou un taux d'endettement ne permettant pas un accès à un logement ou à un



### Résultat attendu

> La continuité de la prévention et des soins des personnes détenues en milieu pénitentiaire, en milieu ouvert ou sortant de prison est assurée et s'appuie sur un projet personnalisé et des outils de coordination

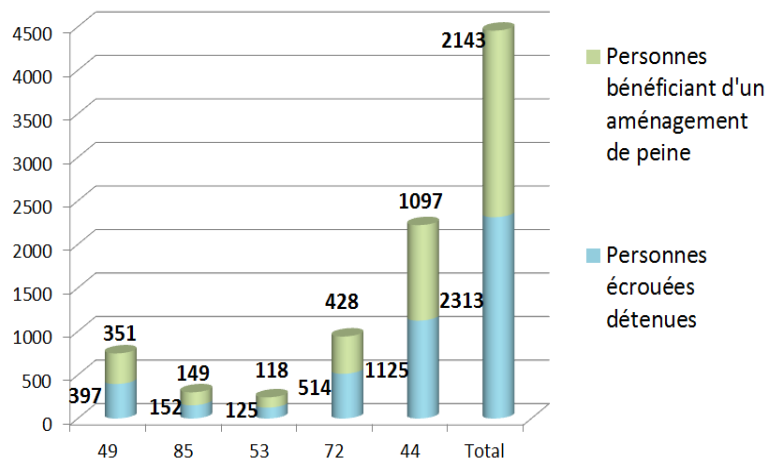
hébergement (hors structure d'urgences) et sont souvent parfois dans une situation administrative sans issue.

Un accompagnement spécifique est d'autant plus nécessaire, que le retour à la vie civile est une période de transition difficile pour la personne, pendant laquelle la réalité vient percuter ses attentes, accroissant sa fragilité psychologique, les risques addictifs et les troubles psychologiques.

Or, la grande majorité des sorties sont des sorties « sèches » entraînant une mise à la rue en quelques jours avec une évaluation réalisée en milieu carcéral ne correspondant pas à la vie quotidienne. Quel que soit le degré d'invalidité ou d'état physique de la personne, les besoins en hébergement médicalisés sont demandés dans un délai court, rendant difficile son orientation. Avec en Pays de la Loire le paradoxe que des places dans des dispositifs médico-sociaux réservées pour les PPMJ sont sous utilisées pour des raisons d'indisponibilité à la date de la sortie.

Pour tous les cas de figure, un enjeu majeur concernant l'anticipation de la sortie avec un logement adapté aux capacités d'autonomie et physique de la personne, tout particulièrement pour les personnes de plus de 50 ans et/ou les personnes en sortie de longue peine, pour assurer la continuité des soins sans rupture en termes de temps et de traitement et la réalisation de leur injonction de soins pour un certain nombre d'entre eux

En Pays de Loire au 1<sup>er</sup> Mai 2017: 4456 personnes placées sous-main de justice



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES



### Indicateurs cibles

**1** projet de soins personnalisé pour chaque personne suivie anticipant les sorties

**1** courrier systématique de sortie par personne détenue suivie

**0** situation sans orientation médicale par site pénitentiaire et en milieu ouvert

**1** programme par département organise le déploiement de la télémédecine en milieu pénitentiaire

Mobiliser les acteurs sur la question des courriers de liaison et sur les renoncements aux soins

Renforcer les actions de prévention notamment les dépistages des infections sexuellement transmissibles (VIH, Hépatites B, C,...) en privilégiant notamment les Test Rapides TROD.

Développer des actions de dépistage du cancer et le cas échéant de la tuberculose

Soutenir les actions de prévention des addictions ayant fait leur preuve auprès des publics cibles, le déploiement d'actions nationales (Ex :Moi(s) sans tabac) et les actions de réductions des risques pour l'ensemble des substances.

Renforcer la coordination entre SPIP/UCSA et dispositifs d'accès aux soins PASS, EMPP, CMP et CSAPA afin de programmer les soins dès la sortie des PPMJ en lien avec le SIAO en charge de leurs orientations pas département. et avec le Service Médico-psychologique Régional (SMPR)

Organiser un parcours de transition pour les PPMJ nécessitant une continuité des soins par la mise en place d'un parcours innovant avec un hébergement transitoire avant orientation en soins ambulatoires ou hébergement médico-social et la mise en place d'outils de coordinations

Favoriser le repérage et l'orientation vers le soin pour les personnes sous-main de justice en milieu ouvert par un accompagnement d'information auprès des professionnels, l'intervention d'équipes mobiles CSAPA, des actions de prévention et de promotion de la santé

Développer des actions de promotion de la santé favorisant la participation de la population et le développement des compétences psychosociales en direction des mineurs incarcérés mais aussi en faveur des jeunes en milieu ouvert.



### Leviers d'action

- > Commission de coordination des politiques publiques de prévention et ses feuilles de route partenariales
- > Partenariat avec administration pénitentiaire, la PJJ, le SPIP, le SIAO et les préfectures
- > CPOM avec le CORREVIH et les établissements porteurs des CEGGID et CFPD
- > CPOM avec les CAARUD et les CSAPA
- > CPOM avec les établissements de santé experts ou de recours
- > Plan MILDECA
- > Télémédecine

Organiser un accès aux soins effectifs en adaptant l'offre de soin aux besoins et attentes des personnes détenues

Innover dans les modalités d'organisation des soins pour les personnes détenues en lien avec les établissements de santé

Identifier les bonnes pratiques en unité sanitaire en région et hors région et organiser une offre en soin par télémédecine (en soins spécialisés dont psychiatrie, pédopsychiatrie et psychologues, addictologies mais aussi détection dentaire, consultations pré anesthésiques, dermatologie,...).



## Résultat attendu

> Une réponse adaptée à la spécificité de chaque situation est proposée pour les personnes en situation de précarité souffrant d'addictions

## ARGUMENTAIRE



Les professionnels de la lutte contre les exclusions sont confrontés à différentes difficultés :

Des problématiques complexes avec des personnes en situation de souffrance psychique et présentant des conduites addictives ou associant addictions et troubles psychiatriques,

Des formes de précarité multiples et en augmentation, avec la progression des travailleurs pauvres, des familles sans –abris, de personnes migrantes,

Un environnement « addictogène » marqué par l'augmentation des facteurs de vulnérabilités (désocialisation, chômage ...),

L'intensification des stimulations sensorielles via le marketing et les nouvelles technologies,

La disponibilité des substances psychoactives sur internet, et sans oublier, les addictions sans produits.

Ce contexte sociétal favorise notamment la diversification des publics consommant des substances psychoactives et l'émergence de nouvelles pratiques addictives (usage des médicaments, les jeux d'argent et les jeux en réseau sur internet,...). Cette évolution nécessite la convergence des actions en faveur d'un accompagnement global des conduites addictives en articulation avec une prise en charge de la souffrance psychique et de la souffrance physique

### Plusieurs problématiques émergent de ces constats :

Un besoin d'accueil de la demande là où elle s'exprime et d'un accompagnement personnalisé diversifié (urgences, structures d'accueil social, ...)

Un besoin de disposer d'un hébergement en sortie d'un dispositif « addiction » cure ou post cure

Une difficulté accrue d'accès à un hébergement/logement en raison de l'addiction elle-même et très souvent d'une absence de revenu de la personne

Pour les professionnels du secteur médico-social et du social en charge de l'accueil des personnes ayant des problèmes d'addiction, un appui et des formations sont nécessaires pour les aider à comprendre et à assurer une continuité de prise en charge

Enfin, une difficulté à repérer, dialoguer et orienter :

Pour les professionnels du social (structures sociales d'insertion, CIAS, CCAS, ...),

Pour les professionnels du social et de l'éducation accompagnant les jeunes (professionnels de l'éducation nationale mais aussi de l'enseignement professionnel ou de l'insertion par l'emploi), une difficulté à repérer, dialoguer et orienter ces publics jeunes, isolés et éloignés du soin.

### Les enjeux identifiés sont :

L'évolution des comportements avec la multiplicité des consommations nécessitent désormais une approche globale de la personne avec un accompagnement adaptée à chaque situation

Une réflexion autour de la « réduction des risques » et de la gestion des consommations adaptée à chaque situation et à chaque structure accompagnant la personne

« Aller vers » avec des équipes mobiles intervenant en articulation avec les professionnels accueillant ou accompagnant la personne en situation de précarité quel que soit son âge et son lieu de vie.

Une formation des acteurs du médico-social (notamment les structures personnes âgées et personnes handicapées susceptibles d'accueillir des personnes en situation de précarité) sur les physiopathologies des addictions, les prises en charge, les traitements de substitutions et l'aide à l'accueil adapté des personnes souffrant d'addiction.

Formation et information auprès des espaces d'accueil des jeunes à la réduction des risques des conduites addictives : espaces éducatifs, accompagnement à l'emploi, ...

A titre indicatif, l'étude sur les pensions de famille en PDL réalisée par la DRDJSCS en 2014, montre que les addictions que rencontrent les résidents font partie des difficultés les plus courantes auxquelles les hôtes des pensions de famille doivent faire face.

- ✓ 83 % dans les pensions de famille classique pour 521 places
- ✓ 100 % dans les résidences accueil pour 130 places

Il est observé « Cette problématique est prégnante avant l'arrivée du pensionnaire, à son arrivée, pendant qu'il y vit et quand il sort de la pension. La structure doit dès lors adapter son accueil.

Les addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments, addictions sans produit, etc...) et leurs conséquences, la souffrance psychique et les actes auto-agressifs, les pathologies psychiatriques, bucco dentaires, infectieuses, chroniques, y sont plus fréquentes qu'en population générale (hommes et femmes confondus). »



## DECLINAISONS OPERATIONNELLES



### Indicateurs cibles

1 projet personnalisé pour chaque personne accompagnée par des équipes mobiles

↑ du nombre d'analyses de pratique sur des situations complexes réalisées par des professionnels de santé libéraux et professionnels du social



### Leviers d'action

- > CPOM avec la Structure Régionale d'appui et d'expertise en addictologie
- > CPOM avec les établissements (EPSM, SSR spécialisés, Equipes de liaison et de soins en addictologie)
- > CPOM avec les CAARUD et les CSAPA
- > CPOM avec les URPS
- > CPOM avec les ANPAA, l'IRESP et AIDES
- > Plan MILDECA

Identifier les lieux les plus propices au recueil et à une première évaluation de la demande d'aide (services des urgences, médecins généralistes, structures sociales, milieu festif, établissement pénitentiaire,...) et soutenir les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par des formations ou informations et par des consultations d'appui pour favoriser une meilleure orientation et prise en charge.

Organiser un soutien des professionnels libéraux, sociaux et sanitaires notamment pour les situations complexes par des temps de reprise et d'analyse des situations.

Capitaliser les bonnes pratiques de prise en charge globale et individualisée ; en diffuser l'information et les outils identifiés auprès des différents champs (social, sanitaire, médico-social et professionnels libéraux) et en lien avec les usagers.

Permettre des parcours de soins adaptés et innovants, sans contrainte de durée de séjour et de sevrage des personnes avec des troubles cognitifs en lien avec l'alcool. Identifier les bonnes pratiques et les facteurs favorisant l'accueil de ces personnes

Conforter si besoin, par département, un panel d'aides des usagers vers les usagers (pair-aidance, associations de soutien ou d'auto-support, système de parrainage, ...) pour lutter contre l'addiction afin d'améliorer le parcours des personnes en situation de précarité en particulier lors des sorties de structures de soins (hospitalières, centres pénitentiaires, LHSS, ACT...)

Intégrer l'approche de réduction des risques dans l'accueil adapté et/ou la prise en charge en structure sociale, médico-sociale et sanitaire pour les personnes en situation de précarité par des actions de formation auprès des professionnels (approche physiopathologie et psychologique, traitements de substitution,...)

Améliorer la prévention ciblée des risques des conduites addictives des personnes en situation de précarité et aller vers des populations éloignées du soin ou isolées en milieu rural, au plus près des besoins de chaque département. Par exemple :

- Des Personnes placées sous-main de justice en milieu ouvert
- Des personnes accueillies en structures sociales
- Des personnes en insertion par l'emploi
- Des travailleurs sans emploi ou en emploi précaire

# Les livrets du PRS



<b>Promotion Prévention Synthèse</b>	<b>Compétences Psychosociales des jeunes</b>	<b>Santé Environnement PRSE 3</b>	<b>Lutte contre les addictions</b>				
<b>Personnes âgées Synthèse</b>	<b>Accessibilité répartition des EHPAD</b>	<b>Bien vieillir à domicile</b>	<b>EHPAD de demain</b>	<b>Parcours personnes âgées</b>	<b>Prévention de la fragilité</b>	<b>Qualité sécurité Etablissements médicosociaux</b>	<b>Soutien aux aidants</b>
<b>Personnes handicapées synthèse</b>	<b>Diagnostic &amp; accompagn précoces</b>	<b>Scolarisation enfants handicapés</b>	<b>Jeunes &amp; Protection de l'enfance</b>	<b>Accompagnem adultes handicapés</b>	<b>Insertion professionnelle &amp; handicap</b>	<b>Accompagn &amp; Polyhandicap</b>	<b>Accès aux soins &amp; handicap</b>
<b>Accès aux soins primaires</b>	<b>Accès aux soins spécialisés</b>	<b>Accès aux soins non programmés</b>	<b>Permanence des soins ambulatoires</b>	<b>Hôpitaux de proximité</b>	<b>Equipes mobiles</b>	<b>Pertinence des soins</b>	<b>Formation par la simulation</b>



Soins palliatifs	Autisme	Troubles des apprentissages	Accidents vasculaires cérébraux	Plan Maladies neuro-dégénératives	Stratégie numérique régionale	Ressources humaines pour la santé	Politique régionale des Investissement
Besoins sanitaires Synthèse	Médecine	Chirurgie	Gynécologie obstétrique	Santé mentale & psychiatrie	Soins de suite & réadaptation Synthèse	SSR cardio vasculaire	SSR maladies respiratoires
SSR addictions	SSR digestif	SSR Neurologie	SSR Locomoteur	Unités de soins longue durée	Cardiologie Interventionnelle	Accès aux soins non programmés	Soins critiques Réanimation soins intensifs
Insuffisance rénale chronique	Assistance médicale à la procréation	Diagnostic prénatal	Traitement du cancer	Equipements & matériels lourds Imagerie	Biologie médicale	Permanence des soins en établissement	Hospitalisation à domicile



